

Quaderni acp

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

L'immagine che non c'è. Istruzioni a pagina cinque



5 L'immagine che non c'è: il walkingbus **6** Contratto con gli it-aliens, postscriptum sulla formazione permanente **7** No comment, cari lettori **8** Lettera aperta al ministro della salute **9** La fase sperimentale dell'ECM, i problemi e le possibili soluzioni **10** Muoversi senza motore, adolescenti nel traffico cittadino **12** Urgenze al pronto soccorso **14** Libri e letture da 0 a 6 anni **14** L'euro facile e divertente **15** Così per gioco **15** I ribelli **15** Burned children of America **16** Pochi lettori in Italia **16** Come iniziare NPL **16** Nati per leggere in Gran Bretagna **16** Libri & biberon **17** A Napoli il primo convegno NPL **17** L'editoria italiana per bambini e ragazzi **18** Viabilità urbana e sicurezza dei bambini **23** Che dire di Harry Potter? **24** Conflitto d'interessi **24** Cassazione: ancora sulla visita domiciliare **24** Milano ancora stupore per la SIDS **25** Milano, i bambini della centrale **26** GIAPPONE Pokemon epidemic hysteria **26** USA Antrace Homemade **26** UE Multe... vitaminiche **27** PALESTINA la guerra in un articolo **27** UK Quanti i ricoveri pediatrici? **27** Il linguaggio di Bush **27** Una ricerca italiana **28** Fattori protettivi e punti di svolta **30** C'era una volta Cuore **31** Indice di sviluppo umano e mortalità nel primo anno di vita in Italia **35** Torino 2001, genesi di un congresso **35** Soave dopo Bassano **36** Interpretare la ricerca **36** La ricerca nell'Apref **37** Sperimentazione clinica, cosa stiamo aspettando? **40** Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura **43** Quanta sofferenza in più non usando l'antibiotico nell'otite? **45** Qual è la terapia della pediculosi recidivante del capo? **46** Quale profilassi in un neonato di madre con varicella insorta un giorno dopo il parto? **47** La cauterizzazione è utile nel trattamento delle epistassi ricorrenti idiopatiche? **48** Glossario dei termini e delle abbreviazioni **50** Metodologia utilizzata nella soluzione degli scenari **52** Le ultime emozioni di un adolescente **54** Quando vaccinare contro lo Pneumococco **56** L'assistenza ai bambini e ai ragazzi con malattie croniche **22** Appuntamenti: Programma preliminare Congresso ACP **55** Appuntamenti: "Gli Argonauti", III incontro tra i pediatri meridionali

gennaio-febbraio 2002 vol IX n° 1

spedizione in abb postale - 45% Art 2, Comma 20/B L. 662/96 filiale di Forlì Aut Tribunale di Oristano 308/89

Clenil per Aerosol

Beclometasone dipropionato

0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

Fluibron[®] per Aerosol

Ambroxol

0,75% Soluzione da nebulizzare



chiesi GROUP
www.chiesigroup.com

Quaderni acp

gennaio - febbraio 2002 vol IX n° 1

Questo numero

- 5 L'immagine che non c'è: il walkingbus
Quaderni acp

Editoriale

- 6 Contratto con gli it-aliens, postscriptum sulla formazione permanente *Giancarlo Biasini*

ACP News

- 8 Lettera aperta al ministro della salute
Nicola D'Andrea
- 9 La fase sperimentale dell'ECM, i problemi e le possibili soluzioni *Vitalia Murgia*

Ricerca

- 10 Muoversi senza motore adolescenti nel traffico cittadino *Laura Todesco e al.*

Libri

- 14 Rita Valentino Merletti, *Libri e letture da 0 a 6 anni*
- 14 Stilton Geronimo, *W L'Euro facile e divertente*
- 14 Guido Davico Bonino, *Così per gioco*
- 15 Sándor Mărai, *I ribelli*
- 15 Autori Vari, *Burned children of America*

Nati Per Leggere

- 16 Pochi lettori in Italia *red*
- 16 Come iniziare il progetto? *Giovanni Simeone*
- 16 Nati per leggere in Gran Bretagna *Giancarlo Biasini*
- 17 A Napoli il primo convegno NPL *Stefania Manetti*
- 17 L'editoria italiana per bambini e ragazzi
Anna Grazia Giulianelli

Salute pubblica

- 18 Viabilità urbana e sicurezza dei bambini
Giulio Maternini

Film per ragazzi

- 23 Che dire di Harry Potter? *Italo Spada*

Info

- 24 Conflitto d'interessi
- 24 Cassazione: ancora sulla visita domiciliare
- 24 Milano, ancora stupore per la SIDS
- 25 Milano, i bambini della centrale

World-Info

- 26 GIAPPONE - Pokemon epidemic hysteria
- 26 USA - Antrace Homemade
- 26 UE - Multe... vitaminiche
- 27 PALESTINA - La guerra in un articolo
- 27 UK - Quanti i ricoveri pediatrici?
- 27 USA - Il linguaggio di Bush

Salute pubblica

- 28 Fattori protettivi e punti di svolta *Rita Semprini*

Buona TV

- 30 C'era una volta Cuore *Livia Vitali*

Organizzazione sanitaria

- 31 Indice di sviluppo umano e mortalità nel primo anno di vita in Italia *Rita Campi, e al.*

ACP News

- 35 Torino 2001: genesi di un congresso *Gianni Garrone*
- 35 Unicef: Soave dopo Bassano *Michele Gangemi*

Lettere

- 36 Interpretare la ricerca *Andrea Rolla*
- 36 La ricerca nell'Apref *Paolo Schievano e al.*
- 37 Sperimentazione clinica: cosa stiamo aspettando?
Giacomo Toffol

Leggere e fare

- 40 Scenari Clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura *Salvo Fedele*
- 43 Quanta sofferenza in più non usando l'antibiotico nell'otite? *Salvo Fedele*
- 45 Qual è la terapia della pediculosi recidivante del capo? *Maria Grazia Lunetta*
- 46 Quale profilassi in un neonato di madre con varicella insorta un giorno dopo il parto? *Rosario Ferracane*
- 47 La cauterizzazione è utile nel trattamento delle epistassi ricorrenti idiopatiche? *Enrico Corpora*
- 48 Glossario *Salvo Fedele*
- 50 Metodologia utilizzata nella soluzione degli scenari *Salvo Fedele*

Esperienze

- 52 Le ultime emozioni di un adolescente
Rosella Pasqua Brunelli

Informazioni per genitori e pazienti

- 54 Quando vaccinare contro lo Pneumococco
Servizio prevenzione Regione Emilia-Romagna

Saper Fare

- 56 L'assistenza ai bambini e ai ragazzi con malattie croniche *Associazione Pediatria di Comunità*

Appuntamenti

- 22 Programma preliminare XIV Congresso ACP
- 55 "Gli Argonauti" III incontro tra i pediatri delle regioni meridionali

No Comment

- 7 Cari lettori
- 12 Urgenze al Pronto soccorso
- 18 Libri & biberon
- 27 Una ricerca italiana

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Responsabile esecutivo

Salvo Fedele

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
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
Stefania Manetti
Gaetano Milioto
Nicola Tarantino
Rosa Maria Testa
Daniela Vernaccini

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
storia della medicina

Francesco Ciotti
scuola e società

Giuseppe Cirillo
salute pubblica

Anna Grazia Giulianelli
editoria per bambini e ragazzi

Luisella Grandori
vaccini

Italo Spada
film per ragazzi

Livia Vitali
buona TV

Organizzazione

Giovanna Benzi

Grafica e impaginazione

Ignazio Bellomo

© Associazione Culturale Pediatri
ACP edizioni No Profit

Quaderni acp è pubblicazione
iscritta nel Registro Nazionale
della Stampa n° 8949

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito <http://www.quaderniacp.it>
e-mail: red@quaderniacp.it

INDIRIZZI

Amministrazione

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

Direttore

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

Redazione e direzione esecutiva

Centro per la salute del bambino
ONLUS, Unità locale di Palermo
via Galileo Galilei 22, 90145 Palermo
Tel. e Fax 0916810715
e-mail: csbdipa@tiscalinet.it

Reclami e copie arretrate

Gianni Piras
via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel. 3332562649, Fax 0792594096
e-mail: info@unclck.it

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

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, di ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

Norme redazionali

Su **Quaderni acp** possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra. I lavori per la rubrica "RICERCA" saranno sottoposti al giudizio di un revisore. Il commento del revisore sarà risottoposto agli AA. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Per Windows si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Per Macintosh si dovranno convertire i file su dischetti IBM-compatibili, tramite Apple File Exchange, per poterli leggere in Word per Windows. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano. Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetti la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non

esclusivo, l'area delle cure primarie e l'attività di base delle unità operative ospedaliere. I testi dovranno essere strutturati in obiettivi, metodi, risultati, discussione e conclusioni; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute; in casi eccezionali da concordare con la direzione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure. Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto di 800 battute. Il riassunto deve essere strutturato in obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni. Devono essere indicate da due a sei parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da puntovirgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette. La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

L'immagine che non c'è: il walkingbus

La copertina di Quaderni acp di questo numero doveva contenere un'immagine molto allegra che proveniva dalla Gran Bretagna, esattamente dalla contea di Hertfordshire: rappresentava un gruppo di bambini che hanno smesso di essere trasportati a scuola dai genitori e a scuola vanno festosamente a piedi. Progettando il numero e impegnandoci nella messa a punto del nuovo contenitore che lo caratterizza abbiamo deciso (per una volta?) di abbandonare le tradizionali immagini che hanno fin qui caratterizzato la grafica di Quaderni acp. Lo abbiamo fatto per una ragione: aderire, a modo nostro, al messaggio di fine d'anno di Beppe Grillo: *issare bandiera bianca*. Questa adesione per noi vuol dire rinunciare alle immagini per far riflettere i nostri lettori sulle immagini che non vedono eppure ci sono. A una di queste immagini vogliamo dedicare questo numero "bianco", invitando caldamente il lettore a cercarle e a trovarle (in fondo ci vuol poco). Dunque nella contea dell'Hertfordshire per convincere le famiglie dei bambini ad abbandonare il trasporto in auto per andare a scuola hanno inventato il walkingbus; lo possiamo tradurre con "bus a piedi" o con "pedibus" ed è il sostituto dello scuolabus: sostituisce alle ruote del bus le gambe dei bambini. Dello scuolabus il pedibus conserva l'idea del percorso di raccolta dei bambini con stazioni intermedie, ma sostituisce un percorso a piedi al percorso in auto. Il pedibus è un carrello a spinta con ruote di gomma, variopinto, nel quale i bambini depositano le borse o gli zainetti e qualsiasi altro oggetto da utilizzare a scuola e vi camminano davanti, a fianco e dietro. Percorre un tragitto definito, ad ore definite, con delle fermate segnalate (walkingbus stop) a cui i genitori portano i bambini. Genitori e bambini aspettano il pedibus fino a quando gli scolari si aggregano agli altri per percorrere insieme il trat-

to di strada fino alla scuola. Ovviamente nelle ore di transito il percorso è protetto ed ha una sua segnaletica orizzontale sulla strada. Ogni pedibus ha un coordinatore che lo precede ed alle fermate suona il corno; il coordinatore ha un registro degli studenti che devono salire ad ogni fermata ed un numero telefonico delle famiglie dei bambini che devono salire nel caso che questi non siano alla fermata. Assieme al coordinatore uno o più adulti guidano, cioè precedono, il pedibus. Altri adulti chiudono il corteo. I rapporti consigliati sono di un adulto per otto ragazzi e di un adulto per quattro bambini. Il pedibus ha un nome che gli viene dato dai bambini, un logo, degli slogan, magari delle musiche. I bambini e gli adulti hanno casacche visibili e rifrangenti diverse in base al pedibus di appartenenza e disegnate con fantasia: sono le divise di quel pedibus e non di altri. Fra pedibus si organizzano gare di disegno, di poesie, di filastrocche di canzoni. Il successo dipende dall'entusiasmo e dalla fantasia del coordinatore e dei suoi collaboratori, ma non da ultimo da quelle dei bambini. Ci possono essere tanti pedibus per una stessa scuola che percorrono vie diverse come raggi che confluiscono al centro. Il tempo di percorrenza di un pedibus è di circa 15 minuti o poco più; in questo percorso i bambini familiarizzano fra di loro, si fanno amici, chiacchierano, cantano, fanno moto e, cosa non trascurabile, imparano i segnali stradali e si abitano alle regole del traffico. Facendo almeno mezzora di cammino a piedi ogni giorno fanno l'esercizio che viene raccomandato per stare in buona salute. Inoltre la presenza dei pedibus riduce l'inquinamento atmosferico totale ed in specie vicino alle scuole. Se ne volete sapere di più e proprio volete vedere qualche bella e gradevole immagine di pedibus visitate il sito www.walkingbus.com.

Ve lo consigliamo caldamente. Siamo certi

che vi divertirete. E magari riuscirete a "immaginare" nelle vostre città qualcosa che gli assomigli. Dopo "Nati per leggere" chissà che non si riesca a fare un "Nati per camminare". L'immaginazione, in fondo, è una tappa essenziale della progettazione.

Per finire qualche spiegazione su questa scelta mancata. In questo numero (pag. 12) pubblichiamo i risultati di una indagine eseguita dall'AcP di Bassano, che riconferma i dati esposti in un convegno dell'AcP Marche tenuto ad Ascoli Piceno il 23 maggio 1998. I bambini, in Italia e non solo, vanno a scuola prevalentemente portati dai genitori; pochi ci vanno autonomamente, in bicicletta, e pochissimi a piedi. Si è detto da più parti che questa disabitudine all'uso delle strade da parte dei bambini incide sulla loro autonomia, sulla loro conoscenza dei rischi, sulla loro capacità di conoscere la città, la toponomastica, la posizione delle strutture civili. Nove su dieci insegnanti di 100 scuole elementari inglesi dell'Hertfordshire affermano che andare a scuola a piedi rende i bambini "more alert" and "more aware of safety issues"; inoltre risparmia ai genitori un consistente tempo di transito fra casa e scuola. Certamente per fare tornare i bambini a scuola a piedi non basta consigliarli, occorre che la città torni ad essere il più possibile simile, quanto a sicurezza, a quella di un tempo. In questo numero (pag. 20) pubblichiamo un articolo dell'ingegnere Maternini dell'Università di Brescia, sulle possibilità esistenti per mettere in sicurezza almeno gli edifici scolastici. Considerate questo numero un nostro piccolo contributo all'esercizio dell'immaginazione. Chissà che ad immagini nuove non possa corrispondere anche un immaginario diverso.

Per corrispondenza
Quaderni acp
e-mail: red@quaderniacp.it

Contratto con gli it-alieni? Postscriptum sulla formazione permanente

Giancarlo Biasini

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

Questa rivista contiene una parte di Ausili Didattici che vorrebbero aiutare il pediatra nello svolgimento della sua attività quotidiana. Si tratta, come i lettori sanno, di analisi della letteratura che si rifanno alla medicina basata sulle prove, materiali per genitori e pazienti, casi che dovrebbero insegnare qualcosa etc.

Si tratta, insomma, dell'intero armamentario che è utile e necessario per la formazione permanente.

Al servizio di questo obiettivo ci preparavamo con grande fatica e con i nostri poveri mezzi a migliorare questa parte della rivista finalizzandola sempre più ad un utilizzo pratico per i piccoli gruppi che alla formazione permanente dedicano tanto impegno. Ci preparavamo con un'innovazione importante (della quale parliamo diffusamente a pagina 42), l'utilizzo della letteratura per la soluzione di scenari clinici. Bene, il ministro Sirchia, uno dei tecnici "prestati" alla politica (per Ruggero il prestito è durato poco) ha deciso di darci una mano nella presentazione del nostro progetto e consentirci di definire meglio qual'è il modello di formazione permanente che è nella "nostra" e nella "sua" mente.

La formazione permanente è un sacrosanto obiettivo-strumento indicato per primo dal ministro Bindi, messo in campo, con le prime attuazioni pratiche, dal ministro Veronesi ed infine attuato dal tecnico Sirchia in fase sperimentale.

Ora che la formazione permanente diviene obbligo, per cui è necessario che i medici italiani comincino a mettere da parte i punti di credito, giunge un decreto tecnico dove con stile molto burocratico si scrive:

Vista la legge finanziaria 2001;

Considerato che dal 1° gennaio 2002 ha inizio l'accreditamento a regime degli eventi formativi residenziali;

Decreta:

- I soggetti pubblici e privati e le società scientifiche, che chiedono, ai sensi dell'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, l'accreditamento di specifiche attività formative promosse o organizzate dagli stessi ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi sono tenuti al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di un contributo alle spese.

- il contributo dovuto per ciascun evento o progetto formativo residenziale è stabilito da un minimo di euro 258,23 (Lit. 500.000) ad un massimo di euro 774,69 (Lit. 1.500.000);

- il contributo minimo di euro 258,23 è riferito ad un evento o progetto formativo che può conseguire un numero di crediti da 1 a 10;

- il contributo per gli eventi o progetti formativi, che possono conseguire un numero

di crediti superiore a 10, è determinato maggiorando il contributo minimo di 258,23 di euro 12,91 per ogni credito eccedente i 10, fino ad un massimo di euro 774,69.

- Il contributo per ciascuno evento o progetto formativo è determinato in base ai crediti effettivi che la Commissione nazionale per la formazione continua attribuisce all'evento o progetto formativo. Ai soggetti pubblici e privati ed alle società scientifiche, che chiedono l'accreditamento nel rispetto delle procedure stabilite dalla Commissione, viene comunicato preventivamente il numero dei crediti che può essere attribuito all'evento o progetto formativo, sulla base dei criteri stabiliti dalla Commissione e della valutazione degli esperti.

I soggetti interessati, ricevuta per via informatica la comunicazione del numero dei crediti che saranno attribuiti all'evento, devono confermare la richiesta di accreditamento versando contestualmente il contributo dovuto.

L'omesso versamento ovvero il versamento in misura inferiore a quella prescritta non consentono l'accreditamento dell'evento o progetto formativo.

Come si vede...

tutto molto preciso ed esauriente.

Dunque il tecnico, messo lì per rilanciare il privato, assai coerentemente obbliga il pri-

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

editoriale

vato (le Associazioni, i Gruppi e le Società Scientifiche) a pagarsi le spese per la valutazione di qualità dell'aggiornamento.

È uomo coerente.

L'aggiornamento serve ad offrire al SSN, cioè ai cittadini, dei buoni medici.

I medici quindi si pagano, coi loro soldi la qualità che serve al ministro per dire che la qualità c'è ed è merito suo.

Ma c'è una ulteriore perversione nel meccanismo ideato dal ministro.

Più un evento merita crediti, cioè più è qualificato, più paga.

Eravamo stati abituati al concetto che erano i buoni e meritevoli, persone ed eventi, quelli che andavano premiati; oggi si cambia: i buoni e meritevoli pagano più tasse. Com'è giusto avendo essi un avvenire più radioso. Speriamo che il buon Dio non adotti questo criterio alle porte dell'aldilà facendoci pagare di più le nostre buone azioni. Venendo a noi, chi pagherà questi contributi che dovrebbero essere sacrosantamente a carico del SSN cui andranno i benefici di una migliore qualità e che per l'ACP ammonterebbero ad alcune decine di milioni?

Il sistema escogitato dall'ineffabile "tecnico" porterà ancora di più l'aggiornamento nelle mani di "chi può", cioè nelle mani dell'industria.

Non saranno certo i congressi balneo-frontali ad uscire danneggiati dalla manovra di Sirchia. Sarà danneggiato l'aggiornamento in piccoli gruppi, quello che la letteratura internazionale giudica il più efficace.

Ecco, insomma, il provvedimento somiglia tanto all'introduzione di una macro "carta da bollo" utile per tenere lontano dalla formazione permanente tutto ciò che di innovativo (ed è tanto in ACP) si va producen-

do al di fuori della logica balneo-frontale. Non certamente un provvedimento tecnico per avvicinarsi allo stile "avanzato" della formazione permanente.

Semmai utile perché sia sempre l'industria a dover riempire i vuoti, a farsi avanti per sostenere l'aggiornamento.

Sarà l'industria a proporsi o ad essere richiesta di proporsi anche da chi finora ha timidamente tentato di far da solo.

Una funzione del SSN sarà affidata surrettiziamente ad altri.

Il SSN risparmierà due lire, ma rinuncerà ad una funzione che è sua.

E naturalmente potranno essere offerte per l'aggiornamento persone di rango, curricula autorevoli che daranno più crediti e necessiteranno di più denaro per essere accreditati. Ed alla fine si capisce tutto: si capisce perché l'aggiornamento non viene pagato dal SSN. Perché ci sia qualcuno che riempia i vuoti.

Cambiare tutto perché nulla cambi.

Una situazione che, come sosteniamo da tempo, danneggia anche l'industria perché interpone fra lei ed i medici una trattativa di genere diverso da quella di tipo informativo-culturale che dovrebbe naturalmente intercorrere e che porterebbe vantaggi alle industrie -e sono molte- che si pongono i problemi dell'innovazione e della ricerca. Noi speriamo solo che i medici, e le loro associazioni, si accorgano del rischio in cui stanno per cadere e facciano la voce grossa. Questa iniziativa del ministro è nell'aria da ottobre, ma tutti fino ad ora hanno taciuto. Che la valutazione della formazione avesse dei costi era chiaro a tutti, ma che dovessero essere pagati da chi si forma e non da chi della formazione era beneficiario era un'assurdità che doveva essere evitata.

no comment

Cari lettori

Ci siamo accorti di avere, talvolta, poca voglia di commentare una notizia. Il più delle volte perché la notizia in sé ha dell'incredibile, tanto è lontana dal nostro modo di pensare o dall'idea che c'eravamo fatti di un progetto, di una ricerca, della gestione di un problema. Così, notizie su notizie, che restano scolpite nella nostra memoria, non vengono trasmesse al lettore, perché finiamo per rimandare il nostro commento che scriviamo e riscriviamo ma quasi sempre ci sembra inevitabilmente troppo feroce.

Ci siamo detti, allora: perché di fronte ad absurdità così macroscopiche non alzare "bandiera bianca" con un semplice e salutare "no comment"?

Per una volta ci sentiremo più buoni e nello stesso tempo queste fotografie del mondo "che cambia" saranno incorniciate dentro questa semplice linea rossa e consegnate alla vostra riflessione, senza neppure un punto esclamativo alla fine.

Le troverete diffuse dentro la rivista, a partire da questo numero.

Soltanto la notizia, perché sempre di più ci pare che ci sia proprio poco da commentare, talvolta anche poco da ridere anche se inevitabilmente tra l'incredulità e la comicità del "delirio" che ci troviamo di fronte il passo è davvero breve, nonostante la nostra nuova e inaspettata bontà.

s.f.

Lettera aperta al ministro della salute

Nicola D'Andrea
Presidente ACP

Gentile Signor Ministro

Cos'è l'ACP

L'ACP, Associazione Culturale Pediatri è una Associazione, non a scopo di lucro, a cui sono iscritti più di 3000 pediatri italiani. Circa 2.400 di questi sono pediatri di famiglia, la parte restante di estrazione ospedaliera ed universitaria.

Quasi tutti gli iscritti sono riuniti in gruppi affiliati distribuiti in varia maniera nelle diverse realtà regionali.

Le iniziative ACP sulla formazione

L'ACP negli ultimi 20 anni ha promosso ininterrottamente attività volte alla formazione ed allo sviluppo professionale continuo adottando sempre metodologie tese all'apprendimento attivo ed all'interattività.

Lo scorso anno nel corso della fase sperimentale l'ACP nazionale ha inserito 39 richieste di accreditamento di eventi e numerose altre sono state inserite da vari gruppi locali.

Si è avuto così modo di mettere alla prova il sistema in tutti i suoi aspetti organizzativi e qualitativi.

Il nostro parere sul sistema ECM

Ad una valutazione attenta si può affermare che la prima fase si è chiusa con molti problemi irrisolti e che la nuova ha portato con sé alcune preoccupanti novità.

Nel progetto a regime persistono alcuni

aspetti problematici della fase sperimentale per i quali non c'è nessuna certezza che la commissione abbia trovato una soluzione accettabile.

Questi riguardano sia l'organizzazione del sistema ECM che la qualità del processo di valutazione degli eventi e sono riportati in maniera analitica nel documento accluso, curato dalla segreteria per la formazione della nostra associazione.

Nello stesso troverà un'analisi dei problemi emersi all'avvio della fase a regime nella quale le difficoltà per adeguarsi ai metodi del sistema sembrano essersi accentuate.

Tra le altre cose ha suscitato parecchio malumore il "contributo" che si dovrà pagare alle casse dello stato e che varierà secondo il numero dei crediti ottenuti, più elevato è il numero dei crediti che si ottiene più alta è la cifra che si deve versare.

Come potrà vedere dall'analisi su questo aspetto, riportata nel documento, con questo contributo sembra che si voglia punire chi lavora meglio creando enormi difficoltà soprattutto ai provider minori che si reggono sul lavoro volontario di medici che hanno sempre voluto migliorare le proprie competenze professionali anche quando l'obbligatorietà non lo imponeva.

Rispondere alle esigenze generali del sistema richiede infatti dei costi in termini di risorse umane ed economiche che non possono essere affrontati da associazioni o gruppi di medici che si reggono esclusivamente sul lavoro volontario.

Insomma si corre il rischio che il sistema ECM possa riuscire laddove un ventennio di cronico disinteresse delle istituzioni non è riuscito: distruggere quella rete di associazioni culturali minori che, soprattutto nell'ambito della pediatria di famiglia, ha garantito la crescita professionale dei medici ed ha supplito alla carenza di iniziative istituzionali.

Da dove ricominciare

A nostro parere occorre un grosso lavoro di ridefinizione di tutto il progetto ECM e vanno trovate soluzioni per tutti i problemi sopraesposti.

In particolare deve esserci una garanzia assoluta sulla qualità dei provider, sul fatto che quanto dichiarano di voler fare venga da loro effettivamente realizzato, su un metodo di valutazione che garantisca una migliore rispondenza del numero dei crediti alla qualità dell'evento.

Vanno previsti i crediti per l'attività di docenza e progettazione di eventi, animatore di formazione, di tutor, di ricercatore.

I referee devono avere una base di competenze comuni come garanzia di un'omogenea capacità di giudizio e della minima soggettività possibile.

Deve essere prevista una valutazione anche solo con un sistema "a campione" di quanto effettivamente realizzato dai provider.

Ci auguriamo che queste note possano esserle di aiuto nella ridefinizione del sistema ECM.

Per corrispondenza:
Nicola D'Andrea
e-mail: ndandre@tiscalinet.it

La fase sperimentale dell'ECM, i problemi e le possibili soluzioni

Vitalia Murgia

responsabile segreteria formazione ACP

Problemi per gli aspetti organizzativi

Il sistema di richiesta di accreditamento è quanto meno farraginoso:

- tempi lunghi da preventivare per la programmazione-progettazione degli eventi
- difficoltà tecniche nell'inserimento dei dati
- tempi d'attesa molto lunghi per la valutazione degli eventi da parte dei referee (molti eventi non sono stati neppure valutati)
- tempi lunghi e molte risorse umane per la preparazione del rendiconto finale.

Problemi per gli aspetti qualitativi

1. Il sistema non permette di valutare in maniera obiettiva e riproducibile la qualità del provider:

- il punteggio viene assegnato ai provider sulla base di resoconti, rappresentati perlopiù da elenchi di eventi.
- nulla si sa sulle competenze del provider stesso riguardo alla definizione ed il rispetto degli obiettivi formativi, sulla conoscenza delle metodologie didattiche adeguate ai diversi tipi di eventi e sulla capacità di applicarle, sulla predisposizione di materiale di supporto pre e post corso, ecc.
- non c'è alcuna garanzia che quanto dichiarato dal provider per il singolo evento verrà effettivamente svolto.

2. Il sistema non permette di valutare in maniera obiettiva e riproducibile la qualità degli eventi:

- le conoscenze sugli eventi desumibili dai progetti allegati sono spesso vaghe ed imprecise
- molte volte è impossibile capire se il progetto risponda veramente agli obiettivi dichiarati e utilizzi le metodologie indicate
- non si conosce mai il livello qualitativo dei materiali didattici di supporto
- è difficile capire come venga fatta la valutazione del livello di apprendimento dei discenti
- il sistema assegna un punteggio automatico che condiziona in maniera importante la valutazione dell'evento, sulla base di parametri prestabiliti che nulla dicono sulla qualità dell'evento stesso. Questo punteggio è immutabile anche quando si riscontrano difformità tra quanto dichiarato dal provider e quanto emerge dai programmi allegati,
- Il punteggio che può assegnare il referee si basa su una serie di item di cui è dubbio il valore e la significatività al fine di giudicare la reale qualità degli eventi
- inoltre tutto il sistema consente un alto livello

di discrezionalità ed approssimazione nel giudizio legato anche alle differenti competenze dei referee in tema di formazione.

Problemi per i referee

1. Vi sono state notevoli difficoltà nell'attivazione degli stessi:

- le società scientifiche hanno segnalato i nominativi nella tarda primavera di quest'anno e molti referee hanno avuto comunicazione dell'incarico assegnato solo nel tardo autunno
- la comunicazione si accompagnava spesso ad un carico di eventi da valutare cui era impossibile dare risposta in tempi brevi (sino a 80-100 eventi)

- le prime sollecitazioni del sistema ECM arrivavano ai referee anche dopo solo una settimana dall'assegnazione di un così alto numero di eventi da valutare.

2. Il tempo da dedicare all'attività di valutazione dell'evento è rilevante: per prendere visione di tutto il materiale e valutare un singolo evento occorre nella migliore delle ipotesi almeno un'ora di lavoro.

3. Nelle prime fasi, pur di fronte a difficoltà tecniche segnalate da più parti, è mancato un supporto efficiente e veloce del sistema di assistenza. Più difficoltà si segnalavano maggiore era il numero di solleciti che giungeva al referee per una più veloce attività di valutazione.

4. Al ritardo nell'assegnazione degli eventi ed al tempo comunque necessario per poter ben valutare si sono aggiunti inizialmente seri problemi di funzionamento del sistema con notevoli difficoltà per scaricare e prendere visione dei vari file allegati. Questo ha reso molto difficile l'attività dei referee allungando a dismisura i tempi da dedicare a questa attività. Per ciascun evento da valutare è, infatti, necessario prendere visione del curriculum del provider, con le caratteristiche della struttura e i precedenti eventi svolti, della scheda di inserimento dell'evento, valutando il programma, i curricula dei relatori e degli organizzatori, gli allegati del programma, del post-test di valutazione dell'apprendimento dei discenti, e soprattutto controllando la rispondenza dei programmi, degli obiettivi, e dei metodi a quanto affermato nella scheda di inserimento.

5. Molte delle richieste di accreditamento erano incomplete o riportavano file non corrispondenti a quanto richiesto dal sistema tanto

da rendere impossibile la valutazione.

6. Il referee non ha uno spazio libero su cui segnalare al sistema ed al provider quali siano le motivazioni che lo hanno spinto a valutare in una determinata maniera un evento se non quando decide che l'evento è inutilizzabile.

Problemi della seconda fase

1. L'inserimento degli eventi in valutazione deve essere fatto almeno 90 giorni prima della data di effettuazione dell'evento e quindi i provider devono completare i progetti di formazione circa quattro mesi prima che l'evento sia effettuato.

2. Si dovrà pagare un "contributo" alle casse dello stato che varierà secondo il numero dei crediti ottenuti. Più elevato è il numero dei crediti più alta è la cifra che si deve versare. L'aspetto più difficile da accettare di questo "contributo" è proprio quello di aver legato l'entità dello stesso al numero di crediti ottenuti dando per scontato che il sistema sia in grado di garantire con certezza che i crediti ottenuti esprimano davvero la qualità di un evento, ed anche che la qualità sia legata in qualche modo al numero di persone che frequentano un evento ed ai maggiori introiti possibili per il provider. La formazione vera però, quella che prevede il confronto fra pari, l'interazione, il fare le cose che si devono imparare e che si propone di modificare i comportamenti professionali ai fini di uno sviluppo professionale continuo, è riferita a piccoli gruppi di discenti e non può quindi per definizione attirare grandi numeri di discenti. Se il sistema di valutazione funzionasse per davvero, gli eventi a cui dovrebbero essere assegnati più crediti sarebbero quelli che coinvolgono un numero non troppo elevato di discenti, con accurata definizione degli obiettivi di formazione, un importante lavoro preliminare di progettazione delle metodologie didattiche da adottare, dei materiali d'aula, del materiale didattico pre e post corso, insomma quelli di più elevata qualità, più difficili e faticosi da realizzare e certo non suscettibili di incrementare gli introiti dei provider.

Per corrispondenza

Vitalia Murgia

e-mail: vmurgia@libero.it

Muoversi senza motore, adolescenti nel traffico cittadino

Laura Todesco¹, Patrizia Bonin¹, Mirella Finco¹, Marzia Marcadella¹, Renata Scala¹, Cristina Beltramello², Anna Katia Miola²

¹Pediatra di base ASL 3 Veneto, ²Dipartimento di prevenzione ASL 3 Veneto

Background

I 28 comuni costituenti l'Azienda socio sanitaria locale (Asl) contano complessivamente 160.000 abitanti, con una popolazione 0-12 anni di 22.054. L'analisi del traffico eseguita dal comune più popoloso, Bassano, ha evidenziato un flusso giornaliero di 100.000 veicoli al giorno (il 90% è costituito da auto private, il 71% dei veicoli trasporta una persona, le soste non superano i 60 minuti nel 40% dei casi). Escluso un piccolo nucleo parzialmente chiuso al traffico, costituito dal centro storico, non esiste nel territorio una precisa differenziazione fra strade residenziali e percorsi utilizzati dai veicoli. La maggior parte delle vie residenziali è sprovvista di marciapiede, è usualmente percorsa da qualsiasi mezzo ed è spesso utilizzata come scorciatoia nei tragitti di attraversamento della città. Il 65% del traffico vede come origine e destinazione la città di Bassano, i trasporti pubblici sono quasi inesistenti e poco utilizzati. Il territorio è complessivamente pianeggiante ed è costituito da centri abitati di comuni diversi senza soluzione di continuità, condizioni che potrebbero essere ideali per muoversi senza motore. Sono mancati finora però dati relativi alle modalità con cui i ragazzi si muovono in questo contesto ambientale. Una precedente ricerca "Il bambino seduto" svolta dalla Acp Marche, ha messo in evidenza la riduzione dell'attività fisica dei bambini di oggi.

Obiettivi

L'obiettivo di questa ricerca della Acp locale è stato quello di cercare dei dati che mettano in evidenza le abitudini di spostamento ed altri problemi connessi al fine di sensibilizzare amministratori locali, genitori, bambini, ragazzi, insegnanti sulla necessità di muoversi senza pericolo in città con mezzi non motorizzati.

Metodi

Sono state estratte 27 classi scelte a caso fra le seconde medie (età media dei ragazzi corrispondente a 12 anni) presenti nel territorio della Asl. Ai ragazzi frequentanti è stato somministrato, durante l'orario scolastico, un questionario anonimo, che può essere richiesto agli autori. Le domande del questionario miravano a rilevare: i mezzi abituali di spostamento, la percezione del rischio, le strategie adottate per muoversi in autonomia, le paure, i desideri, le proposte per una migliore mobilità. Per analizzare i comportamenti in possibili situazioni critiche erano state preparate domande sulle cui risposte era possibile costruire un indice di comportamento con valori da 0, in caso di comportamento del tutto scorretto, a 1, in caso di comportamento del tutto corretto.

Risultati e discussione

Gli intervistati che hanno compilato i questionari sono stati 506 ragazzi, di cui 276 maschi e 230 femmine.

Abitudini di spostamento. Nel percorso casa-scuola-casa il 44,2% dei ragazzi intervistati afferma di andare a scuola in macchina, il 30,3% in autobus, il 25,3% in bicicletta e il 12% a piedi. L'11,8% ha dato più risposte. Tra i ragazzi che utilizzano la macchina il 61,2% preferirebbe utilizzare un altro mezzo, in particolare la bicicletta (47,8%). Il 46,4% preferirebbe andare a scuola da solo. Viceversa, l'84,7% dei ragazzi che vanno a piedi o che utilizzano la bicicletta è soddisfatto. L'abitudine di percorrere il tragitto casa-scuola insieme ai genitori che si recano al luogo di lavoro (31%) rappresenta il motivo principale per cui i ragazzi si recano a scuola in auto, la lontananza dalla scuola (20,8%) è al secondo posto, il 17,1% attribuisce l'uso di questo mezzo di trasporto a condizioni atmosferiche sfavorevoli, la pericolosità delle strade fa sì che l'11,1% dei genitori non consenta ai propri figli di muoversi autonomamente.

Le caratteristiche climatiche e geografiche del territorio ci permettono di affermare che sono poche le situazioni di reale necessità dell'utilizzo dell'automobile, giustificato generalmente da una consolidata abitudine che, aumentando il traffico nelle ore di maggior flusso, incrementa la pericolosità delle strade.

Nel tempo libero il 29,1% dei ragazzi si muovono a piedi o in bicicletta, nel 14% sono sempre accompagnati da un adulto in

Per corrispondenza:
Laura Todesco
e-mail: gibertn@tin.it

ricerca

Abstract

Obiettivi ricercare gli aspetti critici che ostacolano negli adolescenti la necessità di muoversi in città senza pericolo e "senza motore".

Metodi indagine conoscitiva effettuata con questionario, somministrato ad un campione

macchina, nel 56,9% sono accompagnati da un adulto in macchina se il posto non è vicino a casa. Il 63,3% dei ragazzi usa la bicicletta con i genitori (qualche volta o spesso) durante le vacanze o i fine settimana, il 36,7% non la usa mai. In sostanza si confermano per il tempo libero grosso modo le modalità di mobilità usate nell'accesso a scuola, sebbene non ci sia la giustificazione del fare un tratto di strada col genitore che si reca al lavoro. Durante il tempo libero il 96,4% vorrebbe muoversi in bicicletta o a piedi (da solo o con amici), il 3,6% sempre accompagnato da un adulto in macchina.

La dipendenza negli spostamenti del maggior numero di dodicenni intervistati contrasta con il desiderio unanime di muoversi in autonomia, la cui acquisizione è indice di un processo di crescita fisiologico. Il questionario somministrato dall'AcP Marche ai bambini di San Benedetto del Tronto e Ascoli ha dato risultati analoghi per quanto riguarda il trasporto dei bambini a scuola in auto (il 40% è accompagnato a scuola in auto): visto che il bambino non è adattabile al traffico, si è tolto il bambino dal traffico.

Percezione del rischio. La paura nel muoversi per strada è stata indagata con la domanda "quando vai in bicicletta di che cosa hai paura?" per la quale erano previste risposte multiple (figura 1). Mediamente i ragazzi indicano 2,6 elementi di paura, contro i 3,8 indicati dalle ragazze. I ragazzi hanno individuato nel traffico veicolare il principale motivo di pericolo dell'attuale sistema di mobilità urbana, esprimendolo come causa di paura nei loro spostamenti in bicicletta. Per le ragazze il pericolo maggiore è rappresentato dai luoghi poco illuminati.

rappresentativo di ragazzi di scuola media della Asl 3 Veneto.

Risultati il 44,2% dei ragazzi si reca a scuola in macchina, ma il 61,2% di questi userebbe un altro mezzo, in particolare la bicicletta. Il 35,9% dei ragazzi ha subito episodi di paura e il 20,7% incidenti stradali.

Il 35,9% degli intervistati dichiara di aver avuto episodi di paura muovendosi a piedi o in bicicletta. Tale esperienza influenza la percezione della paura: il numero medio delle paure indicate da chi ha sperimentato episodi di paura è di 3,6, significativamente superiore al 2,9 di chi non le ha sperimentate.

Il 20,7% dei ragazzi intervistati ha avuto incidenti stradali. Il 55% di questi ne ha descritto la tipologia: il 34% ha subito un incidente in automobile, il 25% è stato investito mentre si muoveva a piedi, il 41% era in bicicletta. È fuori di dubbio che l'elevata incidenza di tale evento esprime la pericolosità dell'attuale viabilità. L'inadeguatezza o addirittura la totale assenza di percorsi dedicati alla mobilità lenta alimenta l'insicurezza, con l'effetto di aumentare il traffico veicolare con conseguente ulteriore incremento del rischio.

Ciò influisce anche nella scelta del luogo di gioco: questo è sempre la casa per quasi la metà degli intervistati (48,7%). La strada non costituisce più un importante luogo di incontro e di socializzazione, i ragazzi che

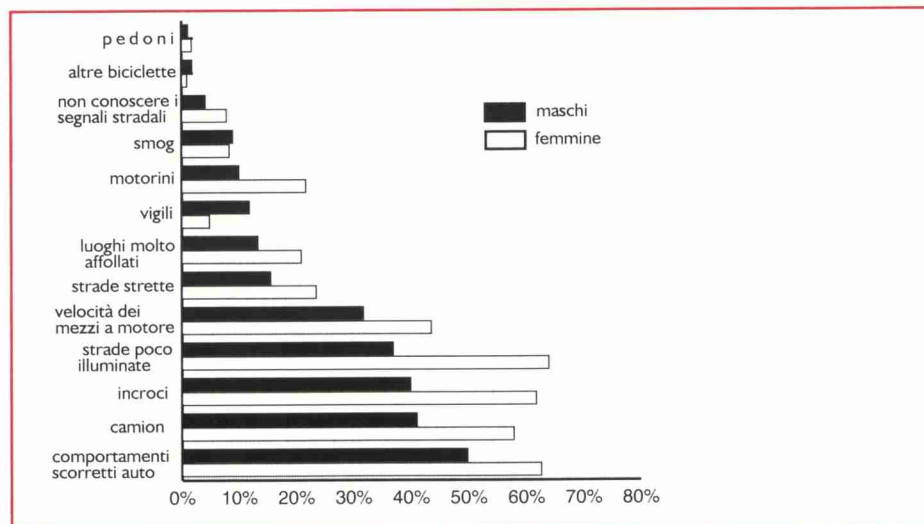
Conclusioni traffico e organizzazione della città condizionano negativamente la mobilità lenta. Sono indispensabili soluzioni strutturali a favore degli utenti deboli

Quaderni acp 2002; vol IX n° 1: 10 -12

affermano di non giocare mai in strada all'aperto sono il 55% del totale e il 74% di questi ultimi non lo desidera nemmeno. A motivare questa scelta il traffico veicolare viene rappresentato come il maggior pericolo per la presenza di mezzi troppo veloci (65,9%), troppe automobili (56,9%), camion (45,1%), motorini (20,9%), biciclette (4,9%). Mediamente le ragazze che dichiarano esserci pericoli nel giocare in strada sono il 90,4%, contro l'80,4% dei ragazzi.

Indice di comportamento. Ai ragazzi che si muovono in bicicletta è stato chiesto se utilizzano il casco. Il 94,7% non lo utilizza mai, il 60% non lo possiede, al 43,4% il casco non piace, il 44,2% non lo usa perché non lo usa nessuno. Solo il 9,7% lo ritiene inutile. Il valore medio dell'indice di comportamento nell'utilizzo della strada è risultato pari a 0,51 con deviazione standard uguale a 0,18. Il confronto dell'indice di comportamento corretto con le paure espresse dai ragazzi dimostra una sensibile diminuzione del valore dell'indice fra i ragazzi (sia maschi sia femmine) che affer-

Figura 1: Motivi per avere paura in bicicletta



mano di avere paura dei vigili. L'indice di comportamento è sensibilmente più basso (da 0,53 a 0,44) tra i maschi che non prendono accordi con i genitori nell'andare o tornare da scuola da soli, mentre per le femmine tale differenza non è così evidente (da 0,55 a 0,52).

Proposte di miglioramento. Alla domanda su quali possibili interventi ritenessero più importanti per rendere più sicuri i loro spostamenti sulla strada potevano essere date tre risposte. Le soluzioni più frequentemente proposte sono: creazione di piste ciclabili (77,2%), maggior severità con gli automobilisti (61,6%), ampliamento dei marciapiedi (45,6%), chiusura al traffico di alcune zone della città (35,1%), incremento dei servizi di trasporto pubblico (15,6%). L'analisi delle corrispondenze ha individuato due tipologie di richieste di intervento: una incentrata su cambiamenti a livello organizzativo-gestionale (più severità con gli automobilisti e chiusura al traffico), indicata con frequenza significativamente maggiore dai ragazzi che hanno paura dei comportamenti scorretti degli automobilisti (62,1% vs 48%); l'altra su interventi di tipo strutturale (marciapiedi e piste ciclabili) significativamente più richiesta da chi usa maggiormente la bicicletta con i genitori (67,4% vs 32,6%). Non emerge alcuna correlazione con altre variabili: sesso, residenza, episodi di paura o incidenti stradali subiti.

Conclusioni

La indagine ha confermato la scarsissima autonomia dei ragazzi delle scuole medie; l'autonomia riguarda in maniera omogenea sia il percorso per la scuola che il tempo libero. L'indagine ha però messo in rilievo anche il forte desiderio di autonomia che è presente nei ragazzi e la richiesta di garan-

zie di maggiore sicurezza rispetto alle dominanti paure connesse con i rischi del traffico (1,2).

Del resto le difficoltà presenti nelle menti dei ragazzi sono oggettive: traffico intenso e indisciplinato, disorganizzazione della vita cittadina, comportamento spesso scorretto dei ragazzi stessi nonostante le buone conoscenze, episodi di paura e incidenti stradali realmente occorsi ad oltre un quinto dei ragazzi intervistati (3,4). Gli strumenti per cambiare sono stati individuati dagli stessi ragazzi: sensibilizzazione degli amministratori locali e degli utenti della strada per creare le premesse affinché siano salvaguardate le esigenze degli utenti deboli (5,6).

L'indagine è nata per capire e per fare capire; il futuro servirà a comprendere la reale efficacia della conoscenza dei problemi.

Bibliografia

- (1) Gandino B et al. La città possibile. Red Edizioni Como 1998
- (2) Lombardo S (a cura di). La guida alle città sostenibili delle bambine e dei bambini. Ministero dell'Ambiente Firenze 1998
- (3) Frera F et al. La sicurezza dei bambini sulle strade. In AAVV. Vivere e camminare in città. European Commission Brussels 1997
- (4) Maternini G. L'ambiente stradale nei pressi delle scuole. In AAVV. Vivere e camminare in città. European Commission Brussels 1997
- (5) Bjerke W et al. Think Safety! Industry involvement in injury prevention in a local community. WHO, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, 21-25 July 1997
- (6) WHO, Regional Office for Europe. Transport, environment and health. In Declaration of Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16-18 June 1999 (<http://www.ifeh.org/londondeclaration.html>)

no comment

Urgenze al pronto soccorso

Presidio Ospedaliero in Emilia Romagna
Referto di Pronto Soccorso

Data: 25/08/01.

Ora accettazione: 14.54

Paziente femmina di anni 24, residente ad Aosta. PA 130/70.

Sta allattando da 12 mesi!!!

Oggi si è alimentata pochissimo e praticamente non ha bevuto.

Durante una passeggiata in spiaggia con il bimbo in braccio ha accusato vertigini e tremori.

DTX 102. Nega patologie croniche ed assunzione di farmaci.

Reidratante 500 cc e glucosata 5% 250 cc.

Ore 16.45 remissione della sintomatologia astenica, si dimette.

Diagnosi: Lipotimia in disidratazione da allattamento prolungato.

Terapie consigliate: Riposo, bere molto, molta frutta e verdure fresche, sospendere l'allattamento!!!

ndr: è conservata la punteggiatura originale del documento.

segnalazione di A. C.

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 rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni Infezioni virali e tubercolari attive o quiescenti locali.** Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. Generalmente controindicato in gravidanza e allattamento (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL. Benché CLENIL sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo anormamente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, cortisonico dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoide ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametazone alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametazone valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL50 (topo per os) >4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) >4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI 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 monolaurato, 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. 25.600. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'alletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE Fluibron A Soluzione Monodose. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione allo 0,75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** Tossicità acuta - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). Tossicità cronica - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. Attività teratogena - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. Attività mutagena - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. Influenza sui vari organi ed apparati - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 13.700. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'alletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

Libri: occasioni per



Alla base di *Nati per Leggere* sta il dato, oramai sperimentalmente provato, che i bambini hanno bisogno di libri e che il libro costruisce un migliore rapporto con i genitori, fa acquisire maggiori competenze linguistiche ed ottenere un maggiore successo scolastico; insegna ad amare il libro. Il rapporto su cui *Nati per Leggere* vuole innestarsi è quello fra genitore e figlio e lo strumento che sceglie, come il progetto ispiratore americano *Reach Out and Read*, è il pediatra che consiglia libri e letture.

Segnaliamo un nuovo volumetto di Rita Valentino Merletti che può aiutare pediatri e genitori proprio in quel periodo prescolare che è il più difficile per la scelta delle letture rispetto a quello successivo in cui le letture personali dei genitori e la conoscenza delle favole classiche rendono più agevole l'operazione.

L'impegno dei genitori è che essi devono credere nella lettura, diventare lettori per il loro bambino, e usare uno strumento utile e divertente senza essere imperativi e noiosi. Pediatri e genitori devono trovare insieme storie adatte e modalità e tempi di lettura adeguati. In questo l'agile volumetto di Rita Valentino Merletti può aiutare, poiché tratta della letteratura da 0 a 6 anni. In un capitolo relativo ai primi tre anni, quando "parlare di lettura ai bambini può sembrare azzardato", l'autrice dà consigli ai genitori ed alle scuole, forse con un'accentuazione del suo interesse per le scuole, mentre il problema di noi pediatri è più quello del-

l'indirizzo dei genitori verso la scelta di libri, o "paralibri", proprio per questa precocissima età. Nel panorama italiano, in cui un grosso ingorgo editoriale rende difficile la scelta, forse anche ai tecnici del libro, il volumetto di Rita Valentino Merletti è certo di aiuto.

Giancarlo Biasini

Rita Valentino Merletti

Libri e lettura da 0 a 6 anni

Mondadori 2001, pp 82, euro 6,20

Possiamo parlare ai nostri bambini dell'introduzione dell'Euro come di una favola a lieto fine? L'editoria per ragazzi non si è lasciata sfuggire l'avvenimento e sono uscite diverse pubblicazioni sul tema.

La più divertente ha come protagonista un personaggio che molti bambini conoscono, Geronimo Stilton, "un tipo anzi un topo" protagonista di molte avventure. Con "Eurofacile", ci fa viaggiare nell'Europa dei 12 paesi con la moneta unica, ci racconta la storia delle monete nei secoli, ci propone esercizi e giochi dove l'euro diventa protagonista. Il libro è adatto ai bambini della scuola elementare ma può essere di aiuto anche ai genitori per rispondere alle domande dei più piccini. Edito dalla Piemme, costa euro 5,11, ha un euroconvertitore multivision allegato, 30 pagine di testo e 10 di esercizi. Il protagonista è frutto di una operazione editoriale del Battello a vapore e ha dato vita a molte storie e persino ad uno Stilton in carne ed ossa almeno quanto Topolino & C a Disneyworld. Il topo della Piemme gira per le scuole italiane per promuovere le sue avventure e l'Euro può essere considerata un'avventura pacifica.

La Panini è uscita con un quadernone per i più piccini (4-6 anni) inventando Eurillo, l'euro grillo, fumetto europeo per familiarizzare con la nuova moneta. Qui i disegni sono a tutta pagina e contengono giochi che aiutano a discriminare i vari tipi di moneta. Sono 16 pagine a euro 2,53 .

Il libro più semplice è "Euro" per le edizioni EL , che contiene monete da ritagliare ed esercizi da fare e fa pensare ai compiti delle vacanze. Sono 16 pagine al costo di euro 4,39. Avere un libro di questo tipo in casa può essere utile: i bambini imparano per fortuna velocemente, noi saremo ancora lì a tradurre in lire, loro non se le ricorderanno più.

Anna Grazia Giulianelli

Stilton Geronimo

W l'Euro facile e divertente!

Piemme, pp 40, euro 5,11



Un libro divertente. Il sottotitolo recita: "Sette secoli di poesia giocosa, parodica e satirica". Oltre cento poeti - da Cecco Angiolieri a Ernesto Ragazzoni, da Berni a Burchiello, dal milanese Porta al "romanaccio" Belli, ma includendo anche poeti altrimenti "severi", come Dante, Della Casa,

Una buona lettura

Parini, Monti, Leopardi con continue sorprese di lettura. Più della metà degli autori sono poco noti dai libri di scuola e buona parte scrivono versi in vernacolo (di cui è annessa la traduzione): è una gradevolissima scoperta l'*Elegia del verme solitario* e la *Laude dei pacifici lapponi e dell'olio di merluzzo* di Ragazzoni o *Dalla mona, perché m'aveu cavà* del veneziano Giorgio Baffo (1694-1768). Da leggersene qualcuna del quattrocento e qualche altra di sessant'anni fa: e mettersi di buon umore. Un'ipotesi, non del tutto peregrina, sostiene che il popolo degli Iks nel nord-ovest dell'Uganda avesse resistito a lungo alla carestia e alle epidemie grazie al riso e alla derisione quali "strumento sociale di sopravvivenza". Il curatore della raccolta, Guido Davico Bonino, si augura che si riveli infondata la profezia di Emile Cioran (l'autore dell'abusata massima "ci si suicida sempre troppo tardi") che ha lasciato scritto: "Qualche generazione ancora, e il riso, riservato agli iniziati, sarà altrettanto impraticabile che l'estasi"

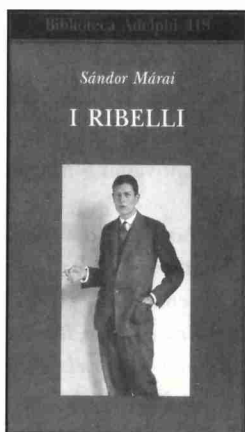
Nicola D'Andrea

a cura di Guido Davico Bonino

Così per gioco

Einaudi, pp 719, euro 12,39

La storia è ambientata durante la prima guerra mondiale in una cittadina dell'alta Ungheria e racconta la vicenda a tratti cupa e morbosa di un manipolo di adolescenti, che hanno una vita adulta da affrontare, senza bussole morali cui affidarsi. Hanno appena superato l'esame di maturità, i loro genitori sono assenti, alcuni morti, altri malati, altri folli, altri lontani a combattere in trincea. Sono stati educati in un sistema



rigido e perfetto, dove ogni cosa sembrava avere una ragion d'essere.

I ribelli, Abel, Tibor, Erno e gli altri, in un clima di serpeggiante decadenza, cercano di costruire un mondo alternativo dove i legami, gli affetti, le amicizie siano organiche e indissolubili.

Si trovano in luoghi segreti, si innamorano, provano a crescere e a dar forma a un universo più autentico, rispetto a quello che i genitori stanno distruggendo.

Ma l'impresa si rivela impossibile.

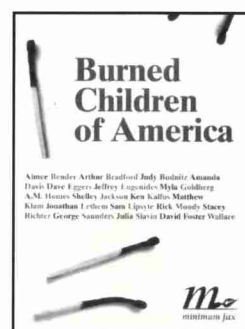
Erno, il figlio del calzolaio, umiliato dalla povertà, non potrà mai esser davvero solida con i nobili Prockauer, che sanno maneggiare con grazia coltello e forchetta, che possiedono una naturale eleganza. L'ambita affinità elettiva della banda ribelle svanisce nel tradimento, nella delazione, nella truffa al gioco delle carte, complici un losco usuraio e l'ambiguo teatrante omosessuale. Il mondo migliore è impossibile. E i sogni dell'adolescenza si scheggiano contro gli spigoli della realtà, su un drammatico suicidio finale.

Nicola D'Andrea

Sándor Márai

I ribelli

Adelphi, pp 276, euro 14,46



Dal risvolto di copertina: "Questo libro contiene: un ingorgo infinito, globuli rossi, centri commerciali con nomi di donna, donne con malformazioni fisiche inusitate, un numero imprecisato di adolescenti, biancheria intima dimenticata in una lavanderia, neonati che parlano, un cane che scrive, dita che aprono porte, il sonno che cade come neve..." e tante altre... diavolerie raccontate in questa antologia da giovani scrittori americani. Sono tutti nati negli anni a cavallo dell'assassinio di John Kennedy, oggi hanno più o meno quarant'anni; hanno parenti o vicini di casa morti in Vietnam, non hanno amato il periodo reaganiano e scrivono racconti su varie riviste americane. Queste diciotto sono "storie di angoscia, di estraneità, di impaccio", storie di un'altra America, tutte scritte prima dell'attacco alle Due Torri. Hanno un filo conduttore: il fuoco, bruciare (burned). Molti episodi raccontano di ustioni, bruciature in atmosfere per lo più favolistiche (il bambino con le dita a chiave che apre porte del mondo), surreali (l'assurda malattia descritta da Julia Slavin) o sospese. E ci spiegano cos'è che fa gli uomini cattivi: "Certi ci nascono. Certi hanno i genitori cattivi. Certi guardano troppo Mtv e si rovinano". I disagi della società americana sono le loro ustioni e ognuno di loro è alla ricerca "della benda che copra, dell'unguento che allevi. Sono tutti ustionati questi figli dell'America e non solo le mostrano, le loro piaghe, ma ne fanno quasi involontariamente manifesto".

Nicola D'Andrea

Autori Vari

Burned children of America

Minum fax, pp 248, euro 13



Pochi lettori in Italia

Solo il 38,6% degli italiani oltre i sei anni ha letto un libro nell'ultimo anno. Così dice l'ultima indagine multiscopo Istat sulle famiglie. La suddivisione per grandi aree rileva che nell'Italia settentrionale i lettori sono il 45,2%, al centro il 40,7%, al sud il 26,9%, nelle isole il 30,3%. La regione che legge di più è il Trentino Alto Adige con il 50,8%, quella che legge di meno è la Campania col 25,2%. Le donne (43,6%) leggono più degli uomini (33,3%).

red.

Come iniziare il progetto?

Vorrei chiedere alcuni consigli sul progetto Nati Per leggere.

Lavoro in un Comune di 30.000 abitanti, ho presentato il progetto all'assessorato ai servizi sociali, agli altri colleghi Pediatri, ad alcuni presidi di scuole materne ed elementari che si sono dimostrati tutti entusiasti e pronti ad aderire al progetto, avendo già il Comune dei progetti simili in corso. Ho raccolto un po' di materiale dal sito dell'AIB, da Medico e Bambino, ho il materiale di Cesena. Parlando con un preside di scuola elementare, anche nel progetto di Cesena che lui aveva letto ed apprezzato molto, mi ha detto di essere rimasto colpito dall'assenza di coinvolgimento della scuola, degli insegnanti in questo percorso. Chiedo e di suggerirmi alcune idee su come coinvolgere

nati per leggere

“praticamente” le scuole, soprattutto materne nel cammino dell’iniziativa. Cosa dovrebbero fare gli insegnanti? Esistono dei corsi per formare gli operatori coinvolti nel progetto?

Giovanni Simeone

La scuola di solito è abbastanza avvertita sulla importanza della lettura ad alta voce anche se una cosa è la lettura di “professionisti” nella scuola, altra cosa la lettura ad alta voce da parte dei genitori. Non dimentichi che il progetto NPL vuole “utilizzare” i genitori per stabilire una relazione genitore/bambino che passa attraverso il libro in modo che questo sia amato e diventi una sorta di strumento della relazione. Infatti, si consiglia di leggere al bambino tenendolo in braccio in modo che genitore e bambino vedano le stesse cose intanto che leggono/ascoltano.

È questo, infatti, che favorirebbe la Emergent Literacy. Non per nulla il logo di NPL disegnato da Altan è un genitore che legge al bambino in braccio. Per la scuola il target dell'impresa è direttamente il bambino; per il nostro progetto il target è il bambino attraverso i genitori. Il progetto utilizza i pediatri che sono uno strumento nuovo proprio perché vissuti come autorevoli dai genitori. Comunque è certo che la scuola è importante per promuovere la lettura.

Nel progetto di Cesena sono stati inseriti, fin dall'inizio, la scuola materna e gli asili nido. Sono state organizzate riunioni nelle scuole (dove già si fa lettura ad alta voce) per parlare con i genitori del progetto in modo da prepararli al consiglio dei pediatri. Erano presenti esperti di letteratura per ragazzi, bibliotecari della biblioteca ragazzi, insegnanti e pediatri. L'affluenza è stata modesta e limitata ai genitori che già leggono e sono venuti per “migliorarsi” e farsi consigliare cosa leggere. In sostanza una fatica molto utile per rinforzare il messaggio, ma non per dargli inizio. Continuiamo a ritenere che per dargli inizio sia fondamentale l'attività del pediatra. In queste stesse scuole nel 2002 saranno

allestite mostre di libri per le età dei bambini frequentanti in modo da invogliare i genitori a comprare libri ed a leggerli.

Quanto ai corsi per formare gli operatori possono essere fatti a cura del Centro Salute del Bambino qualora siano esplicitati i fabbisogni formativi, gli utenti dei corsi, il loro numero etc.

gc. b.

Nati per leggere in Gran Bretagna

In Gran Bretagna esiste un progetto di invito alla lettura per bambini nel primo anno di vita che si chiama BookStart. È cominciato a Birmingham nel 1992, ad opera di una organizzazione di "charity" privata, in 300 famiglie e poi si è esteso, due anni fa, fino a diventare un progetto nazionale. Il programma ha varie modalità di attuazione a livello locale (a Newcastle si chiama Born to Read, come Nati per Leggere), ma sostanzialmente consiste nel dono di un pacco di libri al controllo di salute del 7-9 mese ad opera delle Health Visitor (HV). Al dono è unito un invito a frequentare la locale biblioteca ed un pacchetto informativo per i genitori sulla utilità del leggere ai bambini ad alta voce. Nel corso della visita la HV effettua una osservazione-intervista per valutare il rapporto della famiglia con il libro. Un primo controllo ha rivelato una aumentata frequenza di uso dei libri ed un aumento del “leggere ad alta voce” nelle famiglie.

gc. b.

no comment

Libri & biberon

Leggiamo sul “Giornale” del nuovo progetto della divisione di pediatria dell’Ospedale di Saronno (Varese) dal nome “libri e biberon”.
No comment, appunto.

s.f.

A Napoli il primo convegno di NPL

1 Dicembre 200: a Napoli si è svolto il primo incontro nazionale Nati per leggere. Perri Klass, responsabile nazionale del progetto USA "Reach out and read", "padrino" di Nati per Leggere, è riuscita a trasmettere all'uditorio la passione e la cura con la quale il progetto "Reach out and read" è portato avanti in oramai quasi tutti gli stati americani, con la collaborazione di varie figure professionali: pediatri, educatori, bibliotecari. Perri ci ha illustrato le ultime ricerche (Golova 1999; High 1998; Sanders 2000), sull'efficacia delle strategie ambulatoriali che prevedono il dono del libro da parte dei pediatri sulla attitudine a leggere in famiglia, e che aggiungono evidenze allo "storico" lavoro di Needleman del 1991.

Rita Valentino Merletti ha sottolineato l'importanza che ha la lettura sulla relazione affettiva tra genitore e bambino; un aspetto importante, spesso ritenuto ovvio ma troppo spesso non effettuato in bimbi ritenuti troppo piccoli per poter condividere il libro con il genitore. La relazione affettiva che si instaura tra un genitore che legge regolarmente al proprio figlio è forte e promotrice di una buona capacità di ascolto, oltre a facilitare la emergent literacy, cioè la capacità di collegare il testo scritto con ciò che egli ascolta.

Nel convegno sono stati illustrati inoltre:

- il progetto "sei più uno" delle Regioni Basilicata, Friuli, Piemonte che prevede tra i vari interventi preventivi ritenuti efficaci nell'ambito delle cure primarie anche la promozione della lettura ad alta voce da parte dei pediatri.

- l'andamento di NPL nelle varie regioni Italiane, dove a secondo delle risorse e degli operatori presenti ha una organizzazione diversificata, con accenti più pragmatici in realtà dove operano solo alcune figure (pediatri, bibliotecari, ...).

- il progetto Campano che prenderà avvio nel 2002 con risorse finanziarie rese disponibili con la legge 285, con il coinvolgimento del quartiere di Secondigliano e di alcuni Comuni della Penisola Sorrentina.

Sono emerse dal dibattito anche esperienze più articolate con il coinvolgimento di strutture consultoriali, della scuola materna... Il dibattito è stato ricco e coinvolgente; è emersa la necessità di incontrarsi di nuovo tra 1 anno, di comunicare e di coordinarsi meglio. Il coinvolgimento di operatori con professionalità diverse e la presenza di realtà regionali diversificate crea chiaramente più difficoltà organizzative, di comunicazione e di coordinamento; è tuttavia proprio questo che ci permette di arricchire di contenuti il progetto e di poter, attraverso la collaborazione con figure professionali diverse, crescere nella sua realizzazione.

Ci siamo dati un nuovo appuntamento tra un anno, con l'intento di osservare e poter valutare i progetti in corso e di comunicare questa esperienza italiana, la prima in Europa, ai colleghi americani.

Stefania Manetti

L'editoria italiana per bambini e ragazzi

Che libri comprano le famiglie per i loro ragazzi e i bambini più piccoli? Su *LIBER* abbiamo trovato alcuni dati interessanti. Per quanto riguarda l'andamento dei titoli relativi alle prime letture, 0/3 anni, i dati analizzati (aprile - settembre 2000) ci dicono che, "sul 66,4% delle famiglie con bambini e ragazzi tra 0/14 anni che hanno acquistato un libro non scolastico nei 12 mesi precedenti, il 50,3% ha acquistato Primi Libri e Racconti illustrati dedicati ai piccolissimi" (*LIBER*, Dicembre 2001"). Inoltre più di un libro su quattro è composto da libri con trattamento non tradizionale: libri animati e pop-up, albi cartonati, etc. Anche se interessa solo marginalmente il progetto Nati per leggere, sembra utile riportare qui qualche precisazione sull'andamento generale dell'editoria per bambini e ragazzi: "Con 2044 novità librerie, l'anno 2000 ha raggiunto il punto più alto della fase ascensionale che ha caratterizzato l'editoria per ragazzi in Italia dal 1987. Questo settore di mercato attira un numero crescente di editori: 150 nel 2000 (il 24% in più rispetto all'anno precedente (...)) Fra le

novità del 2000 quasi l'80% raggiunge al massimo una "sufficienza" e, fra queste, almeno un quinto è costituito da prodotti decisamente scadenti. Del rimanente 20% di buoni prodotti editoriali solo poco più del 2% è stato considerato di ottima qualità" Nel 1990 i titoli italiani erano 674, cioè il 53,32 % del totale, nel 2000 i titoli italiani passano a 950 per un 46,48% del totale assestandosi sulla metà. L'altro 50% proviene da Gran Bretagna per il 20%, dagli Stati Uniti per il 9%, dalla Francia per l'8%. Fra gli altri paesi si segnalano, nella narrativa ragazzi, la presenza di "nuove letterature" per ragazzi quali quelle australiana, neozelandese, canadese, argentina, ebraica. Pur confermando il solido primato di prolificità degli editori più importanti (Mondadori, Fabbri, De Agostini, Elle, Piemme) i dati dell'ultimo anno mostrano una tendenziale polverizzazione del mercato dei produttori: nel 2000 il numero degli editori di libri per bambini e ragazzi è salito a 155 (da molti anni non raggiungeva i 130) mentre la media delle novità per editore è scesa a 13,2 titoli. Abbastanza stabile la ripartizione delle novità per generi: anche il 2000 vede nell'ambito della fiction (74% dei titoli) la prevalenza degli albi e dei racconti illustrati, seguiti dai libri gioco e dalle storie fantastiche e avventure; nella non-fiction il settore dei libri di giochi, sport e hobby supera quello della divulgazione naturalistica. La percentuale di novità rivolte ai bambini (da 0 a 7 anni) registra nell'ultimo biennio una tendenza alla diminuzione e va verso un sostanziale pareggio con quella relativa ai ragazzi (oltre gli 8 anni). Ci sono sempre meno classici fra le novità librerie per bambini/e e ragazzi/e. La presenza di opere contemporanee (scritte successivamente alla seconda guerra mondiale) raggiunge ormai valori vicini al 100%. Solo tra le opere inglesi, tedesche e spagnole resta significativa la presenza di classici e di opere dei periodi precedenti. Con 251 nuovi titoli nell'arco del periodo 1987/2000, le opere di narrativa presenti in collane rivolte alle giovani lettrici possono costituire un interessante scaffale, anche per la qualità che caratterizza molte di queste opere.

Anna Grazia Giulianelli

Viabilità urbana e sicurezza dei bambini

Giulio Maternini

Dipartimento di Ingegneria civile, Università degli studi, Brescia

I sistemi di trasporto di una città influiscono notevolmente sul livello della qualità di vita dei suoi cittadini. I diversi sistemi di trasporto consentono ad ogni individuo il diritto di muoversi per raggiungere il luogo di destinazione.

In questi ultimi anni, è stato approfondito lo studio di nuovi sistemi di trasporto pubblico, per soddisfare la crescente domanda, e si è cercato di regolamentare il trasporto privato nelle aree urbanizzate. Sono state realizzate zone pedonali e a traffico limitato, isole ambientali (in cui si privilegia il movimento pedonale); si è introdotta, in alcuni casi, una tariffa per circolare in alcune strade dei centri metropolitani. L'attuazione di queste nuove norme amministrative non sempre ha conseguito gli effetti desiderati.

Sono state trascurate, invece, le problematiche della mobilità degli utenti più deboli della strada, cioè dei pedoni.

Tra essi, i bambini risultano più vulnerabili, soprattutto perché gli accorgimenti infrastrutturali adottati sulle strade sono dimensionati alla persona adulta "normodotata". Si pone, generalmente, una particolare attenzione all'attrezzatura degli spazi stradali adibiti alla circolazione dei veicoli, mentre si trascura l'attrezzatura idonea al movimento dei bambini.

È doveroso (e conveniente, viste le ricadute positive) provvedere immediatamente ad attrezzare adeguatamente i luoghi partico-

larmente dedicati ai bambini: le aree in cui sono collocati gli edifici scolastici, le zone di culto, le aree a verde attrezzato o le zone residenziali. Tali poli di attrazione di flussi di bambini sono da studiare nella loro localizzazione urbanistica e da migliorare nei loro itinerari d'accesso. Lo studio degli itinerari dovrebbe essere finalizzato ad individuare percorsi che siano graditi al bambino. La scelta di un percorso da parte dell'utente giovane è assai significativa, perché sottolinea quali debbono essere le caratteristiche di un tracciato affinché sia accettato dagli utenti.

Gli studi delle progettazioni dei vari elementi infrastrutturali, da inserire nello spazio stradale intorno agli edifici in cui accedono i bambini (soprattutto le scuole), sono molto avanzati in altri paesi europei, con alcune applicazioni e normative già decennali. In Italia non è stata ancora emanata alcuna norma al riguardo.

I bambini: utenti deboli della strada

Si può definire "utente debole" il cittadino che, in caso di collisione tra due o più utenti della strada, risulta più vulnerabile. L'autovettura è "debole" rispetto al mezzo pesante e il ciclomotore "forte" rispetto al velocipede. È da considerare, in modo particolare, l'utente debole che risulta vulnerabile rispetto alle diverse utenze della strada, cioè quello che non è fisicamente protetto: il pedone e il ciclista.

Tra le diverse utenze deboli si possono distinguere le diverse abilità o, come nel caso dei pedoni, i diversi livelli di capacità motoria.

I pedoni bambini sono considerati utenti deboli rispetto al pedone normodotato.

Sono i più esposti al rischio di incidente, sia perché poco visibili (vengono facilmente mascherati dalle autovetture in sosta o dagli elementi di arredo stradale), sia per motivi di comportamento (impulsività, capacità di orientamento, ecc.).

L'utente cosiddetto normale è tale solo relativamente a situazioni ambientali normali e note (ed è per contro a sua volta debole in condizioni anomale). Quindi, gli elementi infrastrutturali, che normalmente sono a favore degli utenti deboli, costituiscono, in realtà, un'importante occasione di incremento della qualità dell'ambiente urbano.

Rendere sicura la mobilità dei bambini sulle strade.

I principali luoghi in cui accedono i bambini sono le strade residenziali, le scuole, i luoghi d'incontro, gli spazi a verde.

Consideriamo l'edificio scolastico: l'ambiente che lo circonda deve essere protetto da quei fattori (inquinamento acustico e atmosferico del traffico) che potrebbero penalizzare le attività che si svolgono in esso. Generalmente non si tiene conto né del grado di sicurezza degli itinerari di

Per corrispondenza:

Quaderni acp

e-mail: red@quaderniacp.it

salute pubblica

Abstract

Vengono presentati gli aspetti strutturali più importanti per rendere sicuro il movimento dei bambini nelle strade.

La ripercussione sulla salute del bambino di questi provvedimenti è superiore a qualsiasi altro provvedimento a favore del trasporto veicolare e incide su diversi aspetti della vita. Si agisce sulla formazione, in quanto il movimento del bambino sulla strada favorisce lo sviluppo della sua autonomia. Inoltre consentire al bambino di muoversi da solo e in sicurezza, per raggiungere la scuola, la chiesa, il campo sportivo, incide sulla qualità di vita ed è un fattore molto importante per determinare il livello di qualità dell'ambiente. Il potersi muovere in luoghi pubblici costituisce uno tra i più importanti mezzi per socializzare.

Quaderni acp 2002; vol IX n° 1: 18-22

accesso alla scuola utilizzati dagli scolari, né del grado di lettura dell'ambiente offerto agli automobilisti perché possano comprendere la presenza della scuola.

Le ricerche condotte, soprattutto in altri stati europei, denunciano che i conflitti tra veicoli in transito e il bambino (a piedi o in bicicletta), che sta andando o tornando da scuola, sono da imputare ad un comportamento non idoneo del veicolo, che non si accorge che sta attraversando una zona in cui è probabile interagire con una tipologia di traffico molto vulnerabile (i bambini).

Il conducente del veicolo adegua il suo comportamento di guida in funzione delle informazioni che riceve dalla segnaletica orizzontale, verticale e dagli impianti semaforici. Ciò è dimostrato, per esempio, dal notevole aumento di velocità che qualsiasi automobilista, vedendo da lontano la luce verde dell'impianto semaforico, impone al suo veicolo, così da sfruttare la fase semaforica a lui favorevole. Tale comporta-

mento è nettamente contrario all'indicazione che dovrebbe fornire l'impianto semaforico, che è collocato in intersezioni pericolose, in cui l'automobilista dovrebbe porre maggior attenzione e per questo ridurre la sua velocità. Pertanto, nelle zone in cui sono ubicati sedi frequentate da bambini, è necessario che la marcia del veicolo sia determinata dall'ambiente, tramite elementi infrastrutturali stradali di moderazione del traffico abbinati ad altri elementi di arredo funzionale, e non dalla segnaletica. Il comportamento di guida risulterebbe, quindi, "condizionato" dal disegno degli spazi stradali.

Elementi di moderazione del traffico

Gli "elementi di moderazione del traffico" sono elementi infrastrutturali che vengono applicati al fine di migliorare la sicurezza della circolazione stradale di tutte le utenze (pedoni, velocipedi, ciclomotori, motomezzi e autovetture), mediante riduzione delle

velocità e dei volumi veicolari in transito.

Tra tali elementi si considereranno solo quelli applicati lungo le strade urbane con presenza di movimento pedonale di bambini.

Nella normativa italiana gli elementi di moderazione del traffico si possono considerare come "elementi di arredo funzionale", definiti dal Cnr come "l'insieme di quegli elementi (impianti, attrezzature, ecc.) che sono indispensabili o che, comunque, forniscono un determinante contributo nella corretta utilizzazione delle strade, in termini di sicurezza e fluidità del traffico veicolare e pedonale" (B.U. n° 150, 1992).

Il principale obiettivo, nell'applicazione degli elementi di moderazione del traffico, consiste nel ridurre la velocità dei veicoli, in quanto una minor velocità comporta una maggior sicurezza nella circolazione stradale e, in caso di conflitto, conseguenze di minor gravità. Per esempio, l'esperienza straniera delle "Zone 30", cioè l'imposizione in aree ben delimitate di una velocità massima dei veicoli di 30 km/h, potrebbe essere utilmente impiegata nelle zone in cui sono collocate le scuole dell'obbligo o nei poli di attrazione di flussi di traffico di bambini (a piedi o in bicicletta).

L'esperienza europea riguardante la progettazione e l'applicazione degli elementi di moderazione del traffico è alquanto ricca di studi e casi applicativi, con le relative norme. Si fa riferimento alla normativa svizzera (VSS), olandese (CROW), francese (CERTU), inglese (TRL) e danese (Vejdirektoratet).

Tra gli elementi infrastrutturali stradali che portano maggiori benefici alla mobilità dei bambini ne presentiamo alcuni.

Porte di accesso. Le porte di accesso (*figura 1*) sono costituite da un insieme di ele-

Figura 1. Esempio di "porta di accesso", con restringimento della carreggiata, ad una zona residenziale



menti di arredo funzionale per evidenziare una zona di transizione. Questa può essere tra la rete stradale extraurbana e la rete urbana, la rete stradale di quartiere ed interzonale e la viabilità locale (movimenti in origine e a destinazione, sosta, ecc.), l'accesso ad una zona caratterizzata da presenze urbane particolari (scuole, negozi, abitazioni, ecc.), zone a traffico moderato; zone con limiti di velocità ridotti ("Zone 30").

Comunemente, la porta di accesso viene indicata studiando, per il luogo di transizione, una specifica geometria, accompagnata da una diversificazione dei materiali di pavimentazione ed incrementando o variando il tipo di illuminazione ed arredo. Tipicamente la porta di accesso viene configurata abbinando al restringimento della carreggiata elementi verticali (illuminazione, segnaletica, alberature e siepi, elementi di arredo, ecc.), che aumentano la visibilità della porta e sottolineano "l'effetto porta". In corrispondenza di una intersezione, la porta di accesso può essere costituita da una rotonda. Nella viabilità locale il restringimento è abbinato alla sopraelevazione della pavimentazione stradale e alla differenziazione dei materiali di pavimentazione. Tali provvedimenti sono finalizzati al miglioramento dell'attraversamento pedonale (che avviene senza variazioni di quota) e della sua percepibilità da parte del conducente. In alcuni casi il restringimento della carreggiata è tale da instaurare un senso unico di marcia alternato, in quanto il numero delle corsie è ridotto da due ad una.

La particolare geometria della porta di accesso comporta una riduzione della velocità veicolare e induce il conducente ad adeguare il proprio comportamento all'ambiente che sta per attraversare, con maggiore



Figura 2. L'isola salvagente restringe la carreggiata, permettendo l'attraversamento dei bambini in due fasi

attenzione nei confronti delle utenze più vulnerabili della strada (bambini in particolare). *Restringimento della carreggiata con isola centrale.* Il restringimento della carreggiata con isola centrale (figura 2) comporta un'alterazione della larghezza della carreggiata, che evidenzia la funzione locale della strada. All'interno del restringimento le corsie dovrebbero avere una larghezza inferiore ai 3,50 m; restringimenti di dimensioni inferiori incidono solo dal punto di vista percettivo e l'isola centrale risulta utile solo come isola salvagente.

Esistono due tipi di isole centrali. Le isole sormontabili costituiscono la tipologia di minor impatto e, senza penalizzare eccessivamente il transito dei mezzi pesanti, sono generalmente più larghe di quelle non sormontabili. Per contro, le isole non sormontabili sono maggiormente visibili; in presenza di attraversamenti pedonali, possono essere attrezzate come isole salvagente. Il restringimento della carreggiata con isola centrale può essere attuato in strade sia urbane di quartiere che locali, con velocità inferiori a 50 km/h. Per evitare che i veicoli superino con velocità eccessive è

necessario adottare degli accorgimenti che mettano in evidenza la presenza dell'ostacolo centrale (differenziazione della pavimentazione stradale, segnaletica orizzontale, ecc.).

Il restringimento della carreggiata con isola centrale comporta una riduzione delle velocità veicolari ed un aumento del livello di attenzione (figura 3). Esso permette l'attraversamento pedonale in due fasi successive, riducendo la lunghezza dell'attraversamento stesso. In prossimità dell'isola centrale risultano inibite sia le manovre di sorpasso che la sosta veicolare. Il restringimento della carreggiata non deve penalizzare il traffico ciclistico, per il quale devono esserci percorsi alternativi, soprattutto in presenza di restringimenti particolarmente lunghi (50÷80 m).

Pavimentazione stradale rialzata lungo il tronco stradale e nelle intersezioni. Gli attraversamenti pedonali rivestono estrema importanza per la sicurezza della circolazione dei bambini sulla strada. L'esperienza straniera ritiene come tipologia infrastrutturale di attraversamento pedonale più sicura quella rialzata. L'attraversamento è a



Figura 3. Restringimento della carreggiata con isola spartitraffico e percorso riservato ai ciclista

quota marciapiede, mentre la strada presenta degli scivoli affinché le autovetture possano sormontarlo. L'altezza della zona sopraelevata, pari a quella dei marciapiedi, permette l'attraversamento pedonale sempre alla stessa quota e la continuità del percorso. La sopraelevazione della pavimentazione ha la funzione di ridurre localmente le velocità veicolari, favorendo l'attraversamento pedonale.

La lunghezza della zona sopraelevata è di almeno 5 m, la lunghezza delle rampe varia in funzione della pendenza adottata, generalmente inferiore al 10%. Materiali differenziati permettono di evidenziare la presenza degli scivoli.

Vicino ai luoghi di attrazione dei bambini sarebbe opportuno anche ridisegnare le intersezioni stradali al fine di assecondare le "linee del desiderio" di attraversamento del pedone. I bambini, e non solo quelli, tendono ad attraversare un'intersezione stradale in diagonale e non usufruiscono dei tradizionali attraversamenti collocati perpendicolarmente alle strade di accesso all'intersezione. In questo caso è utile considerare l'intersezione come un'unica area

di attraversamento pedonale e, di conseguenza, rialzarla a quota dei marciapiedi. L'intersezione rialzata è certamente più sicura rispetto a quella tradizionale, in quanto le autovetture tendono a rallentare considerevolmente, perché avvertono di transitare in un ambiente in cui non hanno la priorità. La sopraelevazione della pavimentazione stradale evidenzia l'uso promiscuo della zona sopraelevata, inducendo il conducente a mantenere una velocità compatibile con quella degli altri utenti. L'attraversamento pedonale può usufruire di un'area di attraversamento più ampia rispetto alle tradizionali strisce zebraie pedonali.

Un accorgimento da adottare, per ottimizzare l'attraversamento pedonale, consiste nel ridurre la larghezza della corsia veicolare, in corrispondenza dell'attraversamento, collocando al centro della carreggiata fioriere o isole salvagente. Una alternativa è data dall'allargamento del marciapiede, al fine di ridurre la larghezza della corsia stradale e di permettere la creazione di un'area pedonale maggiore a servizio dell'attraversamento. Un accorgimento utile è anche quello di utilizzare per l'attraversamento

una pavimentazione diversa rispetto a quella per la corsia veicolare, al fine di rendere più visibile tale infrastruttura.

Zone 30. Il termine "zona 30" indica un'area (a rigore, un insieme di tronchi stradali tra loro connessi) all'interno della quale vige un limite di velocità pari a 30 km/h. La "zona 30" rappresenta un provvedimento innovativo, in quanto non comporta semplicemente una prescrizione normativa (di riduzione della velocità), ma anche un particolare disegno dell'infrastruttura, che interessa soprattutto l'accesso e l'uscita della zona.

Le "zone 30" generalmente vengono create laddove si pone l'obiettivo di privilegiare le funzioni propriamente urbane (residenziali, commerciali, ricreative, ecc.), facendole prevalere sulle esigenze del traffico motorizzato. Pertanto in queste strade la promiscuità per le varie componenti del traffico risulta sicura, soprattutto adeguata all'utente debole della strada. Agli effetti dell'accessibilità veicolare, le "zone 30", rispetto alle "zone a traffico limitato", comportano penalità inferiori, in quanto non vietano l'accesso. Le esperienze condotte in Francia dimostrano come l'istituzione di una "zona 30" consenta di associare alle politiche di moderazione del traffico, obiettivi di ricomposizione degli spazi urbani, per una loro maggiore vitalità, leggibilità e sicurezza.

La sistemazione di una "zona 30" dovrebbe incidere sui comportamenti di guida dei conducenti, aumentandone l'attenzione e migliorando le condizioni di circolazione di pedoni e ciclisti. Modificando opportunamente la geometria della strada, adottando elementi di moderazione del traffico, gli spazi riservati ai pedoni dovrebbero risultare ampliati, mentre il riordino degli stalli di

sosta potrebbe contribuire ad una migliore ripartizione degli spazi stradali.

Bibliografia

(1) Busi R et al. Atti della III Conferenza Internazionale "Vivere e camminare in città. Andare a scuola", Università degli Studi, Brescia, 1996

(2) CERTU Guida alla Zona 30. Metodologia e raccomandazioni, traduzione a cura di V. Ventura, CeSCAm, quaderno n. 1, Bios, Cosenza, 1999

(3) Dumas Safety for Pedestrians and Two Wheelers, Developing Urban Management and Safety, Final Report, Deliverable, luglio 1998

(4) Forschungsgesellschaft Fur Strassen Und Verkehrswesen, Empfehlungen für die Anlage von Hauptverkehrsstrassen EAHV93, Ausgabe 1993

(5) Forschungsgesellschaft Fur Strassen Und Verkehrswesen Arbeitsgruppe Strassenentwurf, Empfehlungen für die Anlage von Erschließungsstraßen, EAE85/95, Ausgabe 1985, Ergänzende Fassung 1995

(6) ITE, Disegno di strade urbane e controllo del traffico, Institute of Transportation Engineers, HOEPLI, 1993

(7) Maternini G. La sicurezza del pedone in città. Il Caso di Brescia (Vol. 1), Sintesi, Brescia, 1994

(8) Maternini G. Metropoli e mobilità - Il caso di Brescia, Verso un manuale per la pianificazione d'area metropolitana, Vol. 6, Sintesi Editrice, 2000

(9) OCED Vulnerable Road Users, Road Transport Research Programme, 1995

(10) TRL Children and roads: a safer way, The Department of Transport, Londra, 1988.

G. Maternini - Viabilità urbana e sicurezza dei bambini- **Quaderni acp 2002**; vol IX n°1: 18-22

ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

XIV CONGRESSO NAZIONALE

PROGRAMMA PRELIMINARE

Roma: 10, 11, 12 ottobre 2002

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE

Il bambino e la città, una storia romana

relatore: F. Tonucci, Roma
discussant: L. Todesco, Bassano

La pediatria fra subspecialità e pseudopatologia

ADHD, vera malattia?

relatore: S. Faraone, Harvard
discussant: M. P. Torrioli, Roma

Il paese di Lilliput

GH: uso e abuso
relatore: A. Ravaglia, Torino
discussant: B. Boscherini, Roma

Comunicazione al congresso dei gruppi locali ACP

VENERDÌ 11 OTTOBRE

Malattie, immunità, immunostimolanti

relatore: A. Ugazio, Roma
discussant: G. Bartolozzi, Firenze

La salute dell'infanzia e dell'adolescenza rapporto 2002 del "Centro per la Salute del Bambino" - ONLUS

relatori:
A. Macaluso, L. Ronfani,
G. Tamburini, Trieste
moderatore: GC. Biasini, Cesena

Assemblea ACP

SABATO 12 OTTOBRE

Le scuole di specialità in pediatria, quale futuro?

relatori:
L. Greco, Napoli; G. Masera, Monza
moderatore: P. Mastroiacovo

Prevenire, che cosa?

relatore: P. Bacigalupi, Roma
discussant: M.P. Ferrari, Roma

La biomedicina di oggi e di domani

relatore: E. Boncinelli, Trieste
discussant: M. Castello, Roma

Medicina e salute sulla carta stampata

relatore: M. Macchiaiolo, Roma
discussant: R. Castelnuovo, Roma

I genitori nella rete

relatore: G. Caso, Bergamo
discussant: B. Varrasi, Brescia

Vaccinazioni: comunicare e farsi capire

relatore: A. Tozzi, Roma
discussant: L. Grandori, Modena

Malattie memorabili e da dimenticare

relatore: F. Panizon, Trieste
discussant: L. Reali, Roma

ROMA, 10, 11, 12 OTTOBRE 2002

CENTRO CONGRESSI DELLA BIBLIOTECA NAZIONALE
VIA CASTRO PRETORIO

La saga di Harry Potter ha scatenato molte polemiche tra critici, pedagoghi e genitori. Se ne sono occupati anche alcuni religiosi per deprecare "il ricorso spudorato alla magia" e il pericolo di riconoscere una magia buona e vincente da contrapporre ad una cattiva. Ma cosa ha di particolare questa saga da tenere avvinti piccoli lettori ed adulti?

Che dire di Harry Potter?

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi

Che c'è di nuovo nell'*Harry Potter e la pietra filosofale* di Chris Columbus (lo stesso regista di *Mamma ho perso l'aereo*, e di *Mrs. Doubtfire*) da scatenare una serie di dibattiti non solo tra critici cinematografici, pedagoghi e genitori, ma anche tra esperti di religione, di esoterismo e di magia? Fino a quando attorno ad esso si muove il mercato della *pottermania* e Bruno Vespa spalanca la sua *Porta a porta* si possono anche fare spallucce, giacché è ovvio che, in una società in cui ognuno tira acqua al proprio mulino, i commercianti pensino ai gadget e la Tv ad accaparrarsi spettatori; ma cosa bisogna pensare quando la discussione di salotto diventa diatriba tra teologi e studiosi dell'occulto?

Sintetizziamo la *querelle*, così com'è stata riportata dai giornali. Padre Gabriele Amorth, religioso modenese e presidente dell'Associazione internazionale degli esorcisti, vede il film e insorge; parla di "ricorso spudorato alla magia", "di menzogna giustificata", "di inganno condito di falsa bontà" "di arte satanica per eccellenza". Anche Carlo Climati, esperto cattolico di esoterismo, dice la sua e afferma che *Harry Potter* nasconde il rischio di avallare una magia buona capace di opporsi a quella cattiva. Non è dello stesso parere Massimo Introvigne, studioso di nuove religioni, il quale, oltre a far notare che la letteratura popolare per l'infanzia ha sempre fatto ricorso a temi magici (da *Biancaneve* a *Peter Pan*), rileva come la vicenda del piccolo mago dia risalto al perdono, valore caratterizzante del cristianesimo. Allarghiamo la discussione al libro, anzi all'intera saga. Se è vero (come è vero) che i romanzi della J.K. Rowling hanno venduto più di 100 milioni di copie in tutto il mondo, se è vero (come si dice) che la casa editrice inglese Bloomsburykl, per permettere anche agli adulti una lettura senza vergogna in tram o nelle pause di lavoro, ha camuffato le copertine, se è vero (come qualcuno afferma) che quando i bambini si addormentano i padri continuano la lettura per conto proprio, qualcosa di "particolare" questo *Harry Potter* dovrà pure

averla. Ma cosa?

La storia, come è ormai risaputo da tutti, ha un incipit da *Oliver Twist* (un bambino vive nella casa di zii dispotici e con un cugino antipatico), si indirizza immediatamente nel mondo della fiaba (persone trasformate in gatti, civette che portano messaggi, muri che si aprono) e della magia (il bambino scopre di essere un mago figlio di maghi) e intreccia temi cari al genere avventuroso (tipo *I predatori dell'arca perduta*, o *Indiana Jones*) e al giallo-noir (con tanto di sorpresa finale sull'individuazione del cattivo di turno). Come dire: uno strano miscuglio che, al tirar delle somme, non presenta niente di nuovo. *Déjà vu* - il cinema di Spielberg e soci da anni ci ha abituati al meraviglioso - persino negli effetti speciali da premio Oscar delle scene madri che entusiasmano il pubblico (la partita di Quiddich e la partita a scacchi). E allora? Dove sta il vero segreto del successo e dell'interesse che il film ha suscitato? Provo a immaginarlo, sdoppiando la mia visione e riflettendo, in una sorta di montaggio mentale alternato, da adulto e da ragazzino.

Harry Potter e la pietra filosofale è un film sulla magia; su un mondo che sfugge al nostro controllo e mette a nudo la nostra impotenza. Abituati a razionalizzare tutto e a trovare una risposta a tutte le domande, rifiutiamo spontaneamente ciò che non si spiega. Se si tratta di argomenti religiosi, siamo chiamati a fare i conti con la fede: se l'abbiamo, siamo credenti; se non l'abbiamo, siamo atei. In tutte e due i casi, l'argomento è chiuso. Se l'argomento non riguarda direttamente la religione, allora possiamo sbizzarrirci in ipotesi, supposizioni, prove, affermazioni, sperimentazioni. La magia è un misto di religione, tradizione, scienza, gioco, fantasia, cultura, arte, spettacolo. Qualcuno crede in essa e cita episodi realmente accaduti, organizza sedute, resta affascinato, si ammala e guarisce; qualche altro ne svela i trucchi, la sbugiarda, sorride, compatisce. Due correnti di pensiero, diametralmente opposte, che sopravvivono grazie alla loro inconciliabilità. Il giorno in cui

la prima venisse provata non sarebbe più magia; il giorno in cui la seconda avesse il sopravvento si parlerebbe, com'è accaduto altre volte, di un'ennesima conquista della scienza e l'ipotesi magia verrebbe definitivamente accantonata. Un bel ginepraio nel quale, tuttavia, ci piace perdersi perché ci piace discutere. Ma, *Harry Potter e la pietra filosofale* è anche un libro-film fiaba e, come tutte le fiabe, presenta diversi livelli di lettura. Chi vuole leggerlo caricandolo di significati e messaggi reconditi può farlo, ma senza dimenticare che lo scopo principale per il quale sia il libro che il film sono nati è quello di nutrire la fantasia dei bambini. Se si è del parere che una storia popolata di draghi, maghi, specchi magici, mantelli invisibili, animali parlanti e quant'altro può influire negativamente sulla crescita psicologica e individuale di un bambino, allora si urli allo scandalo, ma per coerenza si iniziino a rivedere molte cose, a partire da Babbo Natale che porta i doni con le sue renne volanti e dal topolino che viene a ritirare i primi dentini caduti. Se, invece, si è del parere che credere oggi in una fiaba per sdrammatizzarla domani fa parte della normale evoluzione dell'individuo, allora si accompagni senza timore il proprio bimbo a vedere *Harry Potter*. A vedere Bergman e Bunuel, Antonioni e Rohmer provvederà da solo: quando scoprirà che la *Hogwarts School* non esiste, purtroppo. Immagino che qualche lettore possa chiedermi: "Perché purtroppo?" Avete mai visto *Zero in condotta*, un vecchio film del 1933 di Jean Vigo? Parla di ragazzi che studiano in un collegio e che si ribellano a causa della severità del direttore nano e dei docenti. Nella mia visione numero 2 - quella fatta con gli occhi dell'infanzia - ho spesso pensato a come sarebbe stato accolto, in quel gruppo, un ragazzo dotato di poteri magici come Harry Potter, che, purtroppo, non era ancora nemmeno nella mente della J.K. Rowling.

film per
ragazzi

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

info: notizie sulla

Conflitto d'interessi

Un documento, dal titolo "Sponsorship, authorship and accountability" (*Lancet* 2001;358:854), firmato dai direttori di sette autorevoli riviste di medicina generale, riguarda i rapporti fra industrie e correttezza della ricerca scientifica. È un tema trattato più volte su *Quaderni acp*. Riescono le industrie a influenzare i ricercatori e a condizionare il contenuto di ciò che essi sottopongono alle riviste? Non c'è dubbio che ciò accade, dicono i direttori delle riviste. Allora le riviste dichiarano che "richiederanno agli autori di rivelare i dettagli del ruolo proprio e degli sponsor..., non pubblicheranno articoli che consentono allo sponsor di detenere il controllo dei dati... e non pubblicheranno articoli nei cui protocolli di ricerca è concesso allo sponsor di valutare se pubblicare o no la ricerca stessa..., vorranno che sia dichiarato il conflitto d'interessi", attualmente dichiarato nell'1% dei casi.

Tutto vero. Ma cos'è il conflitto d'interessi? L'articolo riporta che il conflitto di interessi può esistere quando un autore o l'istituzione cui appartiene, un revisore, un direttore di giornali, hanno relazioni economiche con altre persone o organizzazioni che possono influenzarne l'operato. In questi casi, il conflitto di interessi va dichiarato ogni volta che ci si pronuncia sull'affidabilità dei prodotti di una ditta. Quindi è certamente conflitto di interessi l'aver azioni della ditta produttrice, ma non basta. Può entrare in conflitto di interessi anche chi ha prodotto articoli, brochure o pezzi giornalistici, del tipo "Informazioni dalle aziende", di presentazione di farmaci (o di lattini) per una ditta? Avere effettuato corsi o formazione per le ditte per le quali si è prodotto il lavoro? Avere partecipato a congressi sponsorizzati dall'industria? Dirigere o essere proprietario di una rivista che riceve pubblicità dall'industria? Avere collaborato a pubblicazioni, periodiche o no, della ditta per la quale si è effettuata la ricerca?

Il problema è assai vasto. Ma non succede mai che in Italia chi presenta un prodotto nuovo di una ditta dichiari quali supporti ha avuto, nel presente o nel passato, dalla ditta stessa.

g.c. b.

Cassazione: ancora sulla visita domiciliare

La trasportabilità dell'ammalato è "l'unico discrimine" alla trasferibilità dell'ammalato. Lo ha stabilito la VI sezione penale della Cassazione (sentenza 41646 del 04/10/01) che ha annullato la condanna a 20 giorni di reclusione, per il reato di corruzione in atti di ufficio, inflitta dal tribunale di Milano a un medico generalista, colpevole di avere accettato il pagamento di lire 100.000 per una visita domiciliare a una paziente sedicenne affetta da influenza. I giudici, in accordo con la convenzione della medicina generale [ma anche con l'accordo collettivo nazionale della pediatria di libera scelta - *n.d.r.*], hanno accolto il ricorso del medico con la motivazione che la visita domiciliare è in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale "alla sola condizione dell'intrasportabilità dell'ammalato".

Nella sentenza si legge che il malato è intrasferibile "quando si trova in uno stato soggettivo tale che il solo fatto dello spostamento possa causare rischi gravi per la salute o creare condizioni di vita particolarmente penose". "Certo - si legge ancora - il sistema assistenziale non può atteggiarsi in modo che una persona malata (o che reputa di esserlo) debba sentirsi in qualche modo costretta a lasciare la propria abitazione per trovare dell'assistenza sanitaria, (...) ma questa esigenza si fronteggia in modo diverso e anzitutto con mezzi il cui costo possa gravare, ripartito, sulla collettività, senza penalizzare ingiustificatamente una certa categoria professionale". Il medico deve tenere conto che "la via giusta di attacco

è quella della graduatoria dei valori in campo e della relativa comparazione".

Nella valutazione non devono entrare in gioco altri dati, come quelli "attinenti a situazioni ambientali", tra i quali la "disponibilità di mezzi".

Il giudizio sulla non trasferibilità, secondo la Cassazione, deve essere dato "dopo la visita", non solo per l'esigenza di informazione, il più possibile completa, ma soprattutto per evitare il rischio di "mercanteggiamento della salute".

Dunque al medico spetta stabilire "necessità, tempo e luogo dell'esame diretto del paziente", al malato provare "l'infondatezza della valutazione di trasferibilità".

Dopo la sentenza (n° 10389) del 30/07/01, che aveva stabilito la necessità di soddisfare il bisogno di rassicurazione dei genitori di un piccolo paziente (*Quaderni acp* 2001;6:26), sembra che la Cassazione abbia aperto il nuovo corso del Servizio sanitario nazionale che, nell'ottica dei livelli essenziali di assistenza (Lea), non può più assicurare prestazioni improprie o di comodo.

g.m.

Milano, ancora "stupore" per la SIDS

Recentemente (*Quaderni acp* 2001;5:7) vi avevamo informato sulla polemica ospitata da *Lancet* tra ricercatori del Mario Negri e il prof. Schwartz a proposito della proposta di screenare tutti i neonati con l'EEG alla ricerca di un QT lungo per la prevenzione della SIDS.

Avevamo ancora prima affrontato il problema riferendo delle critiche al lavoro di Schwartz apparse su *Pediatrics* (1999;103:812).

Le polemiche non sembrano destinate a placarsi; questa volta lo scenario è italiano (www.tempomedico.it accesso 22.11.01) e l'interlocutore del prof. Schwartz è Roberto Buzzetti.

Schwartz continua a usare toni molto duri nei

salute in **Italia**

confronti di chi critica le sue ipotesi sulla eziopatogenesi della SIDS e afferma che si tratta di "una strana controversia dai toni accesi, guidata da persone che non hanno mai fatto vera ricerca sulla SIDS", quasi che per esprimere critiche ad un lavoro si debba necessariamente essere "esperti" proprio in quel campo e non si possano con uguale competenza valutare i "numeri". A difesa della sua tesi sottolinea l'importanza pratica del fatto che le SIDS dovute a allungamento del QT sono evitabili con l'uso dei betabloccanti, se la diagnosi è fatta in tempo con l'ECG, che tra l'altro se eseguito nel primo mese di vita può identificare molte patologie, tra cui le cardiopatie congenite. Schwartz si stupisce del fatto che molti pediatri si siano scagliati contro una misura di prevenzione così "poco costosa (20-30 miliardi, pari allo 0,13 per mille della spesa sanitaria annua), semplice da eseguire, totalmente non invasiva" solo "per paura di responsabilità medico legali, in caso di interpretazioni errate dell'ECG, e nel timore che si finisca per dare betabloccanti (per altro farmaci sicuri anche nell'infanzia, se usati correttamente) a un numero eccessivo di neonati", che secondo i suoi calcoli dovrebbero essere 2-3/1000.

Buzzetti, per parte sua, ricorda che alcuni tra i criteri per sottoporre a screening una popolazione in questo caso non vengono soddisfatti: non è dimostrato con certezza che il QT lungo è causa di SIDS; non è certo che l'ECG ha validità diagnostica e che è riproducibile; non esiste una terapia efficace e con effetti collaterali accettabili, esistono difficoltà organizzative non gestibili facilmente.

A queste osservazioni "da epidemiologo" di Buzzetti, Schwartz ribatte (facendoci tornare in mente tante frasi dette a proposito della cura Di Bella): "se le venisse detto che suo figlio....." e "ho guardato negli occhi troppi genitori di bambini morti improvvisamente per tollerare considerazioni statistiche epidemiologiche che, se staccate da buona conoscenza clinica, portano a decisioni burocrati-

che pericolose per la vita dei pazienti".

Ognuno giudichi da sé ...

Per la cronaca, intanto, la Regione Lombardia ha presentato un progetto finalizzato (già finanziato dal ministero), di cui ha affidato la direzione scientifica al Prof. Schwartz, per uno studio pilota in 50.000 neonati per valutare l'incidenza delle malattie cardiovascolari rilevabili all'ECG, e la sua fattibilità su scala nazionale.

s. c.n.

Milano, i bambini della Centrale

Purtroppo anche in Italia i ragazzini che sniffano "colla".

E Milano ha scoperto di avere i suoi "meninos de rua" come a Rio e a Nairobi.

Abbiamo finalmente ritrovato due di quei piccoli.

Che ci raccontano la loro vita tra i semafori di giorno e lo spaccio alla sera.

Sono alla stazione centrale; davanti a me ci sono due ragazzi marocchini. Sono Mustafà e Muhamed, rispettivamente di 14 e 15 anni.

Mi volete dire da quanto tempo siete in Italia?

Circa due anni.

Siete arrivati insieme?

Sì.

Dove vivete?

In una fabbrica abbandonata.

Dove?

Sono tante a Milano le aree dismesse...

Non te lo dico.

Perché? Avete paura?

Sì, perché poi arriva la polizia e ci mandano via da lì.

Siete arrivati qui con i vostri

genitori o con gli amici?

No, siamo con degli amici.

Avete un lavoro? Oppure fate altre cose?

Lavoriamo insieme, al semaforo.

Muhamed, perché parli sempre tu?

Perché lui è timido.

Muhamed, arriviamo al dunque, vi ricordate che mesi fa, alla stazione centrale, c'è stata una festa ed eravate presenti anche voi.

Vi ho visto insieme anche ad altri ragazzi, e "sniffavate" colla. Perché?

E chi vi ha insegnato a fare cose così brutte?

Nessuno ci ha insegnato a sniffare.

Solo che avevamo visto che nostri amici lo facevano e noi eravamo curiosi di scoprire che effetto faceva.

Da quanto tempo vi fate di colla?

Adesso ormai sono otto mesi che la usiamo. Così ci sentiamo più allegri.

Prima mi hai detto che lavori al semaforo; mi vuoi dire, in tutta sincerità, come riesci a vivere?

I soldi guadagnati al semaforo ti bastano per mangiare e per comprarti la colla da sniffare?

Faccio un secondo lavoro.

Quale?

È vero che di giorno lavoro al semaforo, ma di sera spaccio; così riesco a mantenermi, sia per l'uno che per l'altro.

Chi ti dà la "roba" da spacciare?

Non te lo dirò mai.

Perché? Hai paura?

Sì.

Ma ci puoi dire dove spacci?

Per lo più a Romolo; e poi mi sposto in altre varie zone.

Tu pensi di andare avanti così?

Penso di sì.

E quanto guadagni?

Centomila lire per me, ma "loro" di più.

Come pensi che sarà il tuo futuro?

Boh, uno schifo.

(da Scarp de' tenis)

world info: salute

Giappone Pokemon epidemic hysteria

Possono i media far ammalare la gente?

È la domanda che si pongono due rispettabili autori, Radford B. e Bartholomew R. (Pokemon contagion: photosensitive epilepsy or mass psychogenic illness? - *So Med J* 2001; 94:197). Come tutti sanno, i Pokemon, "pocket monsters", sono uno show molto popolare tra i bambini. Nel 1997 un episodio andato in onda per la prima volta in Giappone mostrò Pikachu (uno dei più popolari personaggi della serie) in lotta con una "virus bomb", rappresentata in TV da una veloce sequenza di luci lampeggianti. In pochi minuti 618 bambini, tra i milioni che sedevano in quel momento alla televisione, furono portati in ospedale perché accusavano convulsioni, mal di testa, nausea, vomito, disturbi della visione, aumento della frequenza respiratoria. Il giorno dopo dell'ampio ricorso alle cure mediche dei bambini affetti dalla malattia (epilessia fotosensibile) fu dato, dai media giapponesi, grande risalto alla vicenda (ma il lettore ricorderà l'attenzione data al problema anche dai nostri media).

Gli autori dello studio hanno calcolato (mirabilie dei sistemi di rilevazione epidemiologica che funzionano!) che, in seguito alle segnalazioni fatte sui giornali, ben 12.000 bambini risultarono affetti, in Giappone, dall'epilessia fotosensibile: 11.382 furono curati per epilessia fotosensibile nei giorni immediatamente successivi alla comparsa della notizia. Fatto un rapido calcolo gli autori hanno tratto le seguenti conclusioni.

Dal momento che in condizioni "normali", senza l'influenza dei media, l'incidenza della malattia è dello 0,025% (cifra del tutto compatibile con il numero di bambini che si recano durante lo show in ospedale) e che in seguito alla "conoscenza del problema" trasmessa dai media gli affetti furono il 7% dei bambini che avevano visto lo show, in Giappone è stata documentata un'epidemia di iste-

ria collettiva causata dalla "rapida disseminazione di informazione".

Se questi sono gli effetti delle notizie vere, quali quelli delle notizie false?

Piccolo puzzle finale: il lettore provi a collegare l'elenco delle sindromi che seguono a episodi di isteria collettiva.

Malattia di Lyme, Sick building syndrome, Fede's show, Elvis sightings.

s.f.

USA Antrace Homemade

La professoressa Barbara Rosenberg, capo del gruppo di studio sulle armi biologiche dell'Università di New York, ha dichiarato alla Conferenza di Ginevra, di recente (21 novembre 2001) organizzata sulle armi biologiche, che è oramai certo che le buste all'antrace non provengono da laboratori clandestini, ma da laboratori americani in piena efficienza.

"Credo - ha aggiunto la Rosenberg - che l'FBI sappia di quale laboratorio si tratti e che vi stia indagando dentro". (*Nature* 2001;414:570)

g.c. b.

UE Multa...vitaminiche

Una multa di 855 milioni di euro (pari a lire 1.700 miliardi) è stata inflitta dalla Commissione europea ad otto industrie farmaceutiche, per aver partecipato a un "cartello" costituito per "aggiustare" il prezzo delle vitamine. È la più grande multa della storia della Commissione europea.

La "truffa", spiega il commissario Ue alla concorrenza Mario Monti che l'ha smascherata, è da considerare particolarmente dannosa per il numero di vitamine interessate, presenti in molti prodotti: dai cereali ai biscotti, dalle bibite al cibo per animali, dalle medicine ai cosmetici.

Scrivete *Il Giorno* (22/11/01): "Si trattava, insomma, di una specie di Opec, con la diffe-

renza che invece che il petrolio, il cartello vendeva vitamina A, E, B1, B2, B5, B6, C, D3, biotina, acido folico, betacarotene... Con profitti illegali altissimi, visto che quando il cartello si è sciolto le vendite in Europa della vitamina C sono passate dai 250 milioni di euro del 1995, l'ultimo anno in cui il cartello ha funzionato, ai 120 milioni di euro del 1998. La differenza è l'equivalente dell'estorsione realizzata dalle compagnie, soltanto sul mercato della vitamina C". Il mercato europeo delle vitamine ammonta a circa 800 milioni di euro l'anno.

L'indagine era stata avviata, nel maggio 1999, nei confronti di 13 gruppi. Di questi otto sono stati condannati, per cinque compagnie (quasi tutte giapponesi) invece il reato è caduto in prescrizione perché ritiratesi dal cartello cinque anni prima dell'inizio dell'indagine della Commissione.

Alla svizzera Hoffman-La Roche, "istigatrice" del cartello e detentrica del 50% del mercato mondiale delle vitamine, è stata inflitta l'ammenda più elevata, pari a 462 milioni di euro. Secondo il gruppo tedesco Basf con 296,16 milioni di euro.

Seguono la francese Aventis (che ha ottenuto uno "sconto" per la collaborazione fornita), la belga Solvay, la tedesca Merck Kgaa e le giapponesi Daiichi Pharmaceutical, Elisai e Takeda.

Ancora *Il Giorno* scrive: "La Roche ha sentito il bisogno di salvare, per quanto possibile, la faccia; inviamo 8 mila dirigenti l'anno a corsi di formazione sulle leggi dell'Antitrust europeo, ha detto un suo portavoce. Per imparare a eluderle meglio?" (insinua l'autore del pezzo).

Alla Roche e alle altre compagnie noi consigliamo un corso di formazione anche sull'Antitrust americana che due anni fa aveva condannato i principali partecipanti al cartello europeo, per lo stesso motivo, a una multa di 2,1 miliardi di dollari (oltre 4 mila miliardi di lire).

g.m.

nel mondo

Palestina **La guerra in un articolo**

Un articolo sulla genetica dei palestinesi si è trovato al centro della bufera. La rivista è *Human Immunology* (2001;62:889), il numero quello di settembre, gli autori Arnaiz A.-Villenaet et al. dell'Università Complutense di Madrid. Il direttore della rivista è Nicole Sociu-Foca della Columbia University (NY). Il lavoro conduce un'indagine sulla variabilità genetica del complesso HLA in un campione di palestinesi, ma - qui la controversia - include un'introduzione storica e chiama gli israeliani che abitano la striscia di Gaza "colonist", e descrivendo il setting di gruppi palestinesi, li definisce "persone che vivono in concentration camp". L'articolo, che faceva parte di un fascicolo speciale sull'antropologia coordinato da Arnaiz-Villenaet, ha provocato una cascata di lettere che affermavano che queste definizioni erano giudizi che non hanno campo in un articolo scientifico.

Il presidente della Società Americana di Immunogenetica, che pubblica la rivista, in una lettera ai soci ha scritto che la Società è "offended and embarrassed" per la pubblicazione. L'editore, la Elsevier Science, lo ha rimosso dalle pagine elettroniche e ha inviato una lettera agli abbonati pregandoli di ignorare l'articolo o "preferably to physically remove the relevant pages".

L'autore ha precisato che non intendeva affatto offendere alcuno e ha definito le decisioni della rivista come irragionevoli; ha riferito di avere ricevuto lettere di appoggio da singoli e società scientifiche, ha sottolineato che l'articolo era stato esaminato da due revisori.

Il contenuto dell'articolo, che si è perduto nelle polemiche politiche, concludeva che palestinesi ed ebrei hanno strette relazioni genetiche; è stato giudicato molto interessante e agli aa è stato chiesto di riscriverlo in maniera più asettica (*Nature* 2001;414:382).

g.c. b.

UK **Quanti i ricoveri pediatrici?**

Su Archives of Disease in Childhood (2001;82:203) è pubblicato un articolo sui ricoveri in Inghilterra (England, non Gran Bretagna) che dimostra come in quel paese ci siano serie difficoltà ad avere un'indicazione statisticamente precisa sull'entità del ricovero dei bambini. Esistono difformità di dati nelle diverse fonti che rendono difficile per gli inglesi un calcolo sicuro dei ricoveri. Un'ulteriore difficoltà ad identificare il tasso di ospedalizzazione sta nel fatto che in alcune fonti sono segnalati come ricoveri anche i Well babies, cioè coloro che nei punti nascita vengono in qualche modo assistiti dai pediatri. Se si calcola l'indice di ospedalizzazione da 0 a 6 giorni sui Well babies, più quelli ammessi per terapie intensive o no si ottiene un valore di 818/1000. In sostanza, quasi tutti i neonati hanno bisogno del pediatra e questo è considerato ricovero; più o meno come in Italia quando non era compensato il drg del neonato sano. In Italia l'indice di ospedalizzazione da 0 a 7 giorni nel 1998 è risultato di 301/1000. Il tentativo di costituire analogie con l'Italia è dunque difficile. Però qualche confronto può essere fatto. L'indice di ospedalizzazione dei bambini da 0 a 14 anni ricoverato in Unità mediche e chirurgiche è risultato per il 1995 di 73/1000 e il numero dei ricoveri degli anni seguenti (1996, 1997) fa presumere una sua staticità, mentre era aumentato molto negli anni precedenti. In Italia l'indice per la stessa fascia di età è stato per il 1998 di 124/1000, cioè nettamente superiore. L'ospedalizzazione da 0 a 4 anni riguarda in Inghilterra il 32,5% della popolazione (in Italia il 29%), ma su questo valore inglese pesa l'altissimo indice del periodo 0-6 giorni di cui abbiamo sopra riferito. Da 5 a 14 anni viene ricoverato in Inghilterra il 5,8%; in Italia il valore non è molto distante: 7,7%.

g.c. b.

USA **Il linguaggio di Bush**

"President George W. Bush's departures from standard English syntax are well known; Tarzan's departures are more extreme."

G. Pollum et al. *Nature* 2001;413:367

no comment

Una ricerca italiana

Titolo: Winter Mortality in Emilia-Romagna (IT)

Autori: Cordioli F et al

Rivista: *International Journal of Circumpolar Health* (2000;59:164)

Abstract: Abbiamo studiato nel 1997 la mortalità per cardiopatie ischemiche, cerebrovasculopatie, ipertensione e pneumopatie nei pazienti con età compresa tra 58 e 89 anni. I risultati dimostrano alti indici di mortalità negli anziani: l'indice più alto è quello fra 80 ed 89 anni nel periodo invernale, con un massimo in gennaio. C'è qualche differenza fra maschi e femmine rispetto alla mortalità da freddo. Confrontando la mortalità degli abitanti che vivono nel Nord (Piacenza) e nel sud (Rimini) della regione, si riscontra una minore mortalità nella popolazione riminese al di sopra degli 80 anni. I risultati confermano una relazione fra l'età avanzata e i morti da freddo, probabilmente legata a modificazioni del sistema simpatico e all'effetto del freddo sull'omeostasi nell'anziano.

red.

Fattori protettivi e punti di svolta

Rita Semprini
Psicologa - Bologna

Per molto tempo è prevalsa fra i teorici dello sviluppo la nozione di "continuità evolutiva" secondo la quale i primi anni di vita e le esperienze interne alla famiglia influenzerebbero in modo determinante il futuro sviluppo psico-fisico della persona, con la conseguenza che gli effetti dannosi prodotti da condizioni di rischio precoci sarebbero permanenti e irreversibili.

Le ricerche longitudinali e soprattutto quelle che coprono l'intero arco di vita, inteso come processo di crescita continuo, hanno dimostrato che, di fatto, non è esattamente così. Pur venendo riconosciuta l'importanza delle esperienze precoci - e in particolare delle relazioni primarie - nello sviluppo della personalità, si è visto che i percorsi evolutivi individuali seguono traiettorie differenziate dove si presentano sia continuità che discontinuità. Disturbi comportamentali o disadattativi dell'infanzia a volte evolvono in vere proprie patologie nell'età adulta, ma molto spesso si risolvono nel corso degli anni. Sembra che la persistenza di psicopatologie o comportamenti devianti infantili spesso dipenda dalla continuità di ambienti e situazioni sfavorevoli nel corso di vita della persona per l'effetto a catena che essi creano riproducendo ulteriori avversità. Si è visto che un percorso evolutivo è passibile di cambiamenti radicali ad ogni momento del ciclo vitale qualora si verificano condizioni o avvenimenti che producono una discontinuità nell'e-

sperienza dell'individuo aprendo nuove prospettive, nuove opportunità e possibilità di cambiamento. Eventi "trasformativi", capaci di segnare un punto di svolta decisivo (*turning points*) nella storia della persona è più probabile si presentino in determinati momenti evolutivi, come i momenti di "transizione", cioè le fasi di passaggio della vita, quali ad esempio, l'ingresso nel mondo della scuola e del lavoro, il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, il matrimonio, la nascita dei figli.

Studi che hanno analizzato i possibili eventi cruciali nel ciclo di vita evidenziano come, in determinati soggetti, il servizio militare possa giocare un ruolo significativo nel ridefinire il corso della vita (*reshaping the life course*). Negli Stati Uniti sono state condotte numerose ricerche longitudinali per verificare effetti a breve e lungo termine sia dell'esperienza del servizio di leva sia di programmi socio-educativi effettuati durante la permanenza nell'esercito (preciso che le ricerche fanno riferimento alla realtà americana). Le rassegne di questi lavori (2, 9), confermano l'idea che il servizio militare e l'arruolamento nell'esercito possa costituire un punto di svolta nella vita dei ragazzi -sia in positivo che in negativo- in un momento "critico" della crescita quale la fase di passaggio verso l'età adulta. È da precisare che tale esperienza è risultata avere effetti positivi solo in soggetti con un *background* "svantaggiato"

che entravano nell'esercito in età molto giovane (fra i 17 e i 21 anni) subito dopo aver lasciato la scuola, che non avevano ancora una sistemazione rispetto al lavoro e alla famiglia. I benefici maggiori si sono presentati in ragazzi di basso ceto sociale, con una storia di insuccessi scolastici, con scarse competenze e senso di inadeguatezza personale ed in soggetti con comportamenti antisociali o già imputati di reato con ridotte prospettive di integrazione sociale. Per tutti è risultato determinante l'aver partecipato ai programmi socio-educativi messi a disposizione dal governo. I vantaggi consistono soprattutto nel raggiungimento di un certo benessere economico, di una stabilità lavorativa e matrimoniale e di un buon funzionamento psicologico e sociale nella vita adulta. Follow-up ripetuti (a 25, 32 e 47 anni) mostrano che i risultati positivi tendono a persistere nel tempo anche a distanza di più di vent'anni dall'uscita dall'esercito (9). Al contrario, per soggetti senza le caratteristiche descritte, cioè non provenienti da un *background* svantaggiato, che avevano già una loro situazione familiare definita e un lavoro stabile e per quelli arruolati dopo i 25 anni, il servizio militare non solo non è risultato vantaggioso, ma in alcuni casi ha avuto effetti totalmente distruttivi. Per questi soggetti anche il prendere parte ai programmi che venivano offerti non ha portato vantaggi rilevanti. Sono state formulate varie ipotesi circa i

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

salute pubblica

Abstract

Alcuni eventi possono rappresentare un punto di svolta decisivo nella storia della persona.

Bisogna saper capire quali possono essere i fattori protettivi in situazioni di rischio e attraverso quali meccanismi interrompere i cicli di svantaggio, promuovendo esperienze educative.

In quest'articolo si parla delle esperienze e degli interventi associati al servizio militare negli Stati Uniti.

Quaderni acp 2002; vol IX n°1: 28-30

possibili fattori e meccanismi protettivi responsabili di questi risultati. Un elemento positivo sembra dato dal fatto che l'ambiente militare presenta caratteristiche spesso assenti nel *background* di soggetti a rischio quali: una disciplina ferma, il rispetto di regole precise, *leadership* chiare e indiscusse, l'assunzione di incarichi e responsabilità, la cooperazione con gli altri, il lavoro di squadra e la presenza di figure maschili competenti che possono diventare dei validi modelli da imitare o con cui identificarsi (9). A ciò si aggiunge la possibilità di costruire nuove amicizie, l'importanza di legami sociali nati nella condivisione di difficoltà e di stress, l'imparare le regole della convivenza, lo spirito di gruppo, e il valore del gruppo come punto di riferimento. Inoltre la caserma, in quanto situazione istituzionale "forte", identità solida costituita, può avere una funzione di "contenimento" e di "controllo" che delimita l'assunzione di condotte antisociali stabilendo chiaramente i confini fra ciò che si può e non si può fare. Tutti gli autori concordano comunque nel ritenere che ciò che soprattutto ha potuto rendere positiva questo tipo di esperienza per giovani svantaggiati siano stati da un lato, le opportunità "educative" offerte dal servizio militare e dall'altro il "momento" (*timing*) in cui i soggetti hanno vissuto l'esperienza (1). Gli interventi educativi associati al servizio militare (G.I. Bill training) offerti per un certo periodo dal governo americano davano l'opportunità ai ragazzi di studiare, di prendere un diploma, di partecipare a programmi di formazione professionale o di inserimento al lavoro, opportunità che molti ragazzi non avrebbero avuto altrimenti. Pare sia stato determinante, per quei giovani che avevano rifiuta-

to la scuola, la possibilità di riprendere gli studi in un ambiente più adulto. Come abbiamo già visto, il valore protettivo della scuola, dei successi in ambito scolastico, non si limita alle opportunità lavorative e di guadagno date dal titolo di studio ma ha a che fare con la costruzione del senso di sé, della fiducia personale e dell'autostima.

È risultato poi che gli esiti positivi (stabilità matrimoniale e lavorativa) e loro durata nel tempo fossero correlati all'età di ingresso nell'esercito -inferiore ai 21 anni. Il servizio militare potrebbe costituire un momento di "pausa", in una fase decisiva della vita, che rimanda certe decisioni come il matrimonio e i figli, ad una età più matura, evitando i rischi associati a matrimoni fra adolescenti e ampliando le possibilità di scelta dei partner. Si è visto che soggetti con *background* "svantaggiato" tendono a frequentare compagnie e ambienti deprivati, simili al loro, a sposarsi presto, scegliendo un partner nella propria cerchia di amicizie e ad avere figli in età molto giovane creando così i presupposti per un fallimento matrimoniale e per il perpetuarsi di condizioni di rischio anche nella generazione successiva. Diversi studi dimostrano che un "buon" matrimonio (inteso come relazione stabile, non conflittuale con sostegno reciproco) è uno dei più importanti fattori trasformativi nella vita adulta, con molteplici effetti positivi che riguardano l'identità personale, la funzione genitoriale, e il funzionamento psicosociale includendo in generale l'abbandono di precedenti comportamenti antisociali (6).

Le ricerche sul rischio dimostrano come il fatto stesso di allontanarsi da casa e dal proprio ambiente di vita, quando questi siano molto sfavorevoli o dannosi, sia di

per sé un fattore di protezione, soprattutto per ragazzi coinvolti in gruppi devianti. Chiaramente è altrettanto importante che le persone abbiano alternative valide. Questa è un'altra delle ipotesi circa il ruolo giocato dal servizio militare: pare sia particolarmente vantaggioso, per giovani con precedenti penali, prestare servizio in un altro paese, non solo per la possibilità di entrare in contatto con realtà e culture diverse, ma per poter "dare un taglio" al passato e liberarsi dalla stigmatizzazione sociale favorendo il processo di ricostruzione di una nuova dimensione di vita. Il messaggio che si può ricavare da questi studi è che "la storia non è un destino". Quello del servizio militare vuole essere solo un esempio - che vale per tutte le esperienze che aprono nuovi orizzonti - per capire quali possono essere i fattori protettivi in situazioni di rischio e attraverso quali meccanismi essi possano creare le condizioni per interrompere un ciclo di svantaggio e avviare un percorso più adattivo. Come sottolineano gli autori: non vuol dire che entrare nell'esercito sia di per sé un fattore positivo o protettivo e certamente non significa che l'assenza di tale esperienza sia un fattore di rischio di psicopatologia. Per molti giovani arruolarsi può essere totalmente distruttivo, ma quando tale esperienza diventa un'esperienza educativa, di crescita personale e formativa rispetto al lavoro può segnare un nuovo inizio (4, 7, 10).

Bibliografia

(1) Caspi A et al. When Do Individual Difference Matters? A Paradoxical Theory of Personality Coherence. *Psychological Inquiry* 1993;4:247

C'era una volta Cuore

Livia Vitali

(2) Elder GH. Military Times and Turning Points in Men's Lives. *Developmental Psychology* 1986; 2:233

(3) Hinde A et al. Discontinuities versus continuities in behavioral development and the neglect of process. *International Journal of Behavioral Development* 1984;1:129

(4) Long JV et al. The natural history of male psychological health, IX: Escape from the underclass. *American Journal of Psychiatry* 1984;141:341

(5) Masten AS et al. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 1990;2:425

(6) Quinton D et al. Partners, peers and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorders. *Development and Psychopathology* 1993;5:763

(7) Rutter M. Transitions and turning points in developmental Psychology: As applied to age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development* 1996;19:603

(8) Ryder N. The Cohort as a Concept in the study of Social Change. *American Sociological Review* 1965;30:843

(9) Sampson R.J ET AL. Socioeconomic achievement in the life course of disadvantage men: Military service as a turning point, 1941-1965. *American Sociological Review* 1996;26:728

(10) Werner E ET AL. Overcoming the Odds: High Risk Children From Birth to Adulthood. *Itaca NY: Cornell University Press* 1992

È stato trasmesso da canale 5 lo sceneggiato *Cuore*, tratto da Maurizio Zaccaro dal racconto di Edmondo De Amicis. Ci si era chiesti perché mai lo sceneggiato di un libro classico per l'infanzia venisse trasmesso di sera, e fino a così tardi. Si è capito fin dalla prima puntata. Il *Cuore* di Zaccaro non è più il racconto per i bambini per i quali era stato concepito; il serial è stato confezionato per gli adulti che il ricordo di una lettura giovanile ha richiamato davanti allo schermo; a questi canale 5 ha fornito un prodotto appunto per adulti. Vediamo in breve la trasformazione che il racconto di De Amicis ha subito: la maestrina dalla penna rossa da quasi adolescente "arruffata, sgolata, ansante" è diventata una sorta di fascinosa ed azzardata top girl conquistatrice del povero maestro Perboni. Il loro amore è stato messo alla base della conduzione di tutto il racconto come in qualsiasi serial televisivo. Per rendere più arruffata la complessità di questo rapporto si è inventata la storia di una moglie pazza attribuita al povero Perboni, di una famiglia di lei ossessiva, della ...tossicodipendenza da laudano del povero maestro, della tubercolosi della maestra; si è fatta risuscitare la madre del maestro ("morta un anno fa", come lo stesso Perboni comunica il primo giorno di scuola) perché collabori alla realizzazione di questa arruffata storia d'amore. L'operazione da TV commerciale ha poi lavorato a rendere meno drammatica la situazione familiare dei bambini e meno crudele la società del tempo. De Amicis, che suo fratello Tito definiva "tristissimo", è portato alle riflessioni su malattie, disgrazie, lutti, tragedie, bimbi rachitici, piccoli morti, gobbi, sordomuti, tubercolotici. Ci sono capitoli intitolati a queste disgrazie e non per nulla la madre di Enrico nel commiato dice che i suoi compagni "...avranno delle disgrazie, perderanno presto il padre e la madre, altri moriranno giovani, altri verseranno il sangue in battaglia...". Ma i poveri dello sceneggiato non sono, poi, così poveri e così disperati. La stanza del piccolo muratorino malato è vasta ed ha un letto d'autore, la casa del povero Nelli, col genitore galeotto, è calda e abbastanza fornita di appetitose e fumanti vivande; in De Amicis, Nelli è gobbetto e nel serial solo magrolino e bruttino; il buonismo trionfante mostra un Franti ("quella brutta faccia" dice De Amicis nel presentarlo) con un bel sorriso, occhi celesti, in fondo appena discolorato, un po' goliardico con quella vendita del buco per vedere "le donne nude". Un Franti non cattivo che alla fine viene salvato col cucirgli addosso la storia di sangue romagnolo, che nel racconto riguarda altri luoghi ed altre miserie. Il linguaggio dei ragazzi è tutt'altro che elementare: una improbabile Olga dice (a Franti!) "il lamento non ti si addice" e Franti orgogliosamente "non è assolutamente compito mio". Ci sono astute melensaggini come l'omaggio finale al padre di Rabucco che ha conquistato il diploma serale o il padre di Garrone che da rivoluzionario braccato viene scarcerato e riassunto alle Ferrovie perché Perboni assicura "...macché, non è un anarchico". Una trasposizione televisiva è un'opera altra rispetto al testo dal quale deriva e non ci si sente di condannare per questo la versione televisiva di *Cuore*, testo che, negli ultimi tempi, non ha granché goduto del favore dei critici della letteratura per l'infanzia dell'800, che gli preferiscono Salgari e Collodi. Ma dovrebbe essere chiarito che si è trasformato radicalmente un racconto per bambini in un serial per adulti; e lo si è fatto in un anno in cui i programmi per i ragazzi sono stati drammaticamente impoveriti: per restare al cosiddetto servizio pubblico, la *Melevisione* (Rai 3) ha fatto solo repliche, non c'è molto di nuovo nei *Digimon* (Rai 2), *l'albero azzurro* (Rai 1) va in onda dalle 10 alle 10,30 del sabato mattina e dalle 7,30 alle 8 (sic!) della domenica mattina, e con vecchie repliche. Oramai Mediaset controlla la televisione dei più piccoli anche se solo con cartoni animati. La realtà è che i bambini sono pochi oramai, e non riescono ad alzare ed abbassare l'auditel.

Indice di sviluppo umano e mortalità nel primo anno di vita in Italia

Rita Campi, Maurizio Bonati

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano

I tassi di mortalità perinatale e infantile sono utilizzati come indicatori delle condizioni di salute e di benessere dell'intera popolazione, e il loro contributo nel tempo o tra nazioni, regioni, ecc. consente di evidenziare disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria associate a fattori socio-economici e alle condizioni di vita. A partire dal 1990 l'UNDP (United Nations Development Programme) pubblica annualmente il *Rapporto sullo Sviluppo Umano*, uno dei punti di riferimento per quanti si interessano di sviluppo, globalizzazione e cooperazione. Risultato del contributo di eminenti professori ed economisti provenienti per lo più dal Sud del mondo, tra i quali s'inserisce quello determinante di Amartya Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998, il *Rapporto sullo Sviluppo Umano*, non rappresenta solo una raccolta aggiornata di indicatori multidisciplinari di tutti i paesi del mondo, ma anche la sede principale dei tentativi di misurazione del concetto di Sviluppo Umano oltre la dimensione monetaria. Questa nuova visione dello Sviluppo sposta l'attenzione dagli indicatori economici riferiti ad un collettivo ad indici più compositi, tra i quali si colloca l'Indice di Sviluppo Umano (ISU). L'ISU misura il benessere di una nazione inteso come *wellbeing* ("lo star bene"), integrando il PIL o PNL (Prodotto Interno Lordo o Prodotto Nazionale Lordo), tradizionalmente impiegato dagli economisti

come indicatore di sviluppo, con altri aspetti della vita di un individuo. Longevità, conoscenze e reddito sono le tre dimensioni fondamentali che entrano nel calcolo dell'ISU. La longevità riflette la capacità di vivere a lungo ed è indicativa delle condizioni di vita materiale di ogni individuo; le conoscenze e l'istruzione esprimono la capacità dell'individuo di comunicare e di partecipare alla vita comunitaria; l'accesso alle risorse economiche (reddito) è rappresentativo di uno standard decente di vita. Il valore dell'ISU, compreso tra 0 e 1, mostra la distanza che un paese deve compiere per raggiungere il massimo valore (uno) e, calcolato per quasi tutti gli stati del mondo (162 nel 2001), consente di fare confronti tra paesi e di monitorare il progresso nello Sviluppo Umano. Gli studi condotti sull'ISU mostrano che esistono delle differenze non solo tra paesi e tra Nord e Sud. I dati nazionali sullo Sviluppo Umano, disaggregati per regione, genere, gruppo etnico o aree urbane e rurali, rivelano disparità significative all'interno dei paesi che risultano correlate e sovrapposte. Molti studi hanno dimostrato un'elevata correlazione dell'ISU con alcuni indicatori: gli indici di contaminazione ambientale, l'incidenza di malattie, la mortalità materna e infantile. A questo proposito è ben noto il permanere delle differenze nei tassi di mortalità infantile tra le regioni del Nord e quelle del Sud d'Italia e, sulla base di quan-

to proposto dall'UNDP, è stato calcolato per la prima volta l'ISU a livello regionale italiano, definito per convenzione ISU-It, testando l'associazione tra eguaglianze di sviluppo e indicatori di salute (i tassi di mortalità nel primo anno di vita).

La disaggregazione dell'Indice di Sviluppo Umano

L'ISU-It è stato calcolato facendo riferimento alla metodologia impiegata dall'UNDP e utilizzando i dati statistici italiani disponibili a livello regionale per l'anno di riferimento 1996 (*Appendice 1*). L'Indice di Sviluppo Umano proposto dall'UNDP misura i risultati medi nello Sviluppo Umano con un unico indice composto che tiene conto di tre fattori – longevità, conoscenze e standard di vita – con i rispettivi indicatori: attesa di vita alla nascita; livello d'istruzione, rappresentato dall'indice di alfabetizzazione della popolazione adulta e dal tasso lordo d'iscrizione per tutti i livelli scolastici, reddito, rappresentato dal PIL pro-capite del reale potere d'acquisto del paese.

Nella costruzione dell'ISU-It si è dovuto tener conto dei limiti di comparabilità a livello internazionale dei dati per definire il tasso di alfabetizzazione degli adulti e i rapporti d'iscrizione per i diversi livelli scolastici calcolati dall'Unesco, pertanto gli indicatori relativi alla componente istruzione sono stati rivisti impiegando i dati

Per corrispondenza:
Rita Campi
e-mail: campi@marionegri.it

organizzazione sanitaria

Abstract

L'indice di sviluppo umano (ISU) misura il benessere di una nazione integrando alcuni indicatori (reddito, PIL, speranza di vita, livello di istruzione). Per la prima volta è stato calcolato l'indice di sviluppo umano in Italia (ISU-IT) disaggregato a livello regionale e stimata la sua correlazione con la latitudine e i tassi di mortalità infantile. I risultati avvalorano l'ipotesi che non solo fattori economici ma anche sociali e culturali (da soli o insieme) possano rendere conto delle differenze regionali. Tuttavia per capire come e perché le ineguaglianze sono prodotte e riprodotte occorre considerare altri indicatori, a livello regionale e locale. Questo può essere l'obiettivo di altri studi e interventi di sanità pubblica.

Quaderni acp 2002; vol IX n°1: 31-34

delle indagini nazionali attualmente disponibili (**Appendice 2**). Per quanto riguarda l'indice di longevità nell'ISU-It è stata considerata l'attesa di vita non alla nascita, come indicato dall'UNDP, ma a 1 anno, per depurare l'ISU da una variabile intrinsecamente correlata con la mortalità infantile, che rappresenta l'outcome dell'analisi.

Le stime sul reddito utilizzate nell'ISU-It sono stime del PIL convertite in dollari internazionali ricorrendo alla Parità del Potere d'Acquisto (PPA), come indicato dalla Banca Mondiale, basandosi sui risultati delle indagini dell'International Comparison Programme (ICP) del 1993 (fonte OCSE). Per ordinare la sequenza delle regioni dal Nord al Sud è stato utilizzato il valore medio di latitudine calcolato a partire dal punto di minima e di massima latitudine per ogni regione. I dati impiegati nel presente lavoro sono stati ricavati dalle pubblicazioni dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Per l'analisi statistica dei dati è stato impiegato il coefficiente di correlazione di Pearson, con un intervallo di confidenza al 95% con la trasformazione di Fisher, per determinare se esistono associazioni dirette o inverse tra l'ISU-It, le sue componenti, la latitudine e i tassi di mortalità. Sono stati utilizzati i coefficienti di correlazione parziale e un modello di regressione multipla univariata per spiegare la varianza della mortalità infantile con quella delle variabili esplicative indipendenti, Indice di Sviluppo Umano e latitudine, prese congiuntamente e no.

I dati regionali italiani

Le stime dell'Indice di Sviluppo Umano (ISU-It) per l'anno 1996, calcolate per singola regione (**Tabella 1**), rivelano che lo stato di sviluppo umano presenta delle dif-

ferenze all'interno di una singola nazione, in questo caso l'Italia. Tali differenze, seppur contenute in termini di valore assoluto, si accentrano procedendo dal Nord al Sud, o viceversa. La regione Emilia Romagna si colloca al primo posto nella graduatoria delle regioni italiane (0,911), mentre la Calabria all'ultimo (0,847) con una differenza assoluta di 0,066. Il valore medio della latitudine è, infatti, significativamente correlato all'ISU-It (0,843; IC al 95% 0,639; 0,936), all'indice di reddito (0,928; IC al 95% 0,824; 0,972) e dei risultati scolastici (0,456; IC al 95% 0,017; 0,748), ma non alla longevità, l'unica componente dell'ISU che non cambia in modo consistente tra una regione e l'altra. Sono stati poi considerati i tassi di mortalità infantile e delle sue componenti, mortalità neonatale precoce, tardiva e postneonatale, per l'anno 1996 delle regioni italiane. Sono soprattutto le morti neonatali (4,5/1000 nati vivi) a determinare circa il 75% della mortalità nel primo anno di vita (6,0/1000 nati vivi), e in particolare quelle avvenute nella prima settimana di vita (mortalità neonatale precoce: 3,4/1000 nati vivi). I tassi di mortalità infantile tra le regioni italiane sono correlati negativamente con l'ISU-It (-0,702; IC al 95% -0,376; -0,873). Anche tra la latitudine e il tasso di mortalità infantile è stata trovata una correlazione statisticamente significativa (-0,808; IC al 95% -0,569; -0,921), indicando che la situazione della mortalità infantile non è omogenea su tutto il territorio nazionale, ma esiste un gradiente di mortalità nord-sud, con valori che in Italia meridionale sono sempre superiori al resto del paese, in particolare in Sicilia. Il coefficiente di correlazione parziale calcolato tra la latitudine e il tasso di mortalità infantile, aggiustato per l'ISU-It, è pari a -0,438. In

un modello di regressione multipla univariata, la quota di varianza della mortalità infantile spiegata dall'ISU-It e dalla latitudine è pari al 62%.

Discussione

L'indice di sviluppo umano proposto dall'UNDP misura i risultati medi dello sviluppo con un unico indice composito, con un approccio che va oltre lo sviluppo economico in senso stretto. Lo Sviluppo Umano comprende l'espansione del reddito e della ricchezza, ma anche altri elementi, quali il condurre una vita lunga e sana o disporre di istruzione. Fin dalla sua nascita l'ISU ha suscitato molte critiche sulla scelta delle dimensioni e degli indicatori impiegati, sugli errori di misurazione dei dati, sulle ponderazioni e sulla validità della struttura, ciò non toglie che la sua utilizzazione come indice di riferimento sia aumentata nel tempo, trattandosi di un indice semplice e facilmente comprensibile anche dai non professionisti. Nel corso degli anni la metodologia con cui è elaborato l'ISU è stata perfezionata, limitando la possibilità di un confronto tra indici riferiti ad anni diversi, non sono tuttavia cambiate le dimensioni e gli indicatori di riferimento. L'ISU è un indice sempre in evoluzione, sono state apportate modifiche di metodo e di sostanza. E' spesso impiegato per verificare, nel corso del tempo, se i paesi hanno migliorato e quanto hanno migliorato le loro prestazioni e studi sull'ISU disaggregato hanno dimostrato che esistono profonde disparità anche all'interno dei confini nazionali. Il valore nazionale dell'ISU-It è di 0,888, molto simile a quello riportato dall'UNDP (0,892 per il 1995; 0,905 per il 1999). L'ISU-It mostra significative correlazioni con la latitudine, rivelando una ten-

Tabella 1. Stime dell'indice di longevità (IL), dei risultati scolastici (IRS), di reddito (IR) e Sviluppo Umano in Italia (ISU - IT) per regione nel 1996

| Regioni* | S | T | R | P | IL | IRS | IR | ISU-IT |
|----------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| TRENTINO A. A. | 78,1 | 99,7 | 67,9 | 25.964 | 0,885 | 0,891 | 0,928 | 0,901 |
| FRIULI V. G. | 77,1 | 99,5 | 77,2 | 25.121 | 0,868 | 0,921 | 0,922 | 0,904 |
| VENETO | 77,9 | 99,2 | 72,3 | 24.852 | 0,882 | 0,902 | 0,921 | 0,902 |
| VALLE D'AOSTA | 76,7 | 99,4 | 74,2 | 26.730 | 0,862 | 0,910 | 0,933 | 0,902 |
| LOMBARDIA | 77,5 | 99,3 | 72,2 | 26.263 | 0,875 | 0,903 | 0,930 | 0,903 |
| PIEMONTE | 77,4 | 99,0 | 72,5 | 23.325 | 0,873 | 0,902 | 0,910 | 0,895 |
| EMILIA R. | 78,2 | 99,0 | 76,3 | 26.473 | 0,887 | 0,914 | 0,931 | 0,911 |
| LIGURIA | 77,3 | 99,1 | 79,3 | 23.541 | 0,872 | 0,925 | 0,912 | 0,903 |
| TOSCANA | 78,5 | 98,6 | 78,5 | 22.022 | 0,892 | 0,919 | 0,900 | 0,904 |
| MARCHE | 79,0 | 98,2 | 81,0 | 21.399 | 0,900 | 0,925 | 0,896 | 0,907 |
| UMBRIA | 78,5 | 98,0 | 81,9 | 19.308 | 0,892 | 0,926 | 0,878 | 0,899 |
| ABRUZZO | 78,3 | 96,5 | 83,0 | 17.714 | 0,888 | 0,920 | 0,864 | 0,891 |
| LAZIO | 77,4 | 98,4 | 83,9 | 22.531 | 0,873 | 0,936 | 0,904 | 0,904 |
| MOLISE | 78,3 | 95,1 | 79,6 | 15.252 | 0,888 | 0,899 | 0,839 | 0,875 |
| PUGLIA | 78,0 | 95,9 | 74,1 | 14.019 | 0,883 | 0,886 | 0,825 | 0,865 |
| CAMPANIA | 76,2 | 95,1 | 74,9 | 12.684 | 0,853 | 0,883 | 0,808 | 0,848 |
| BASILICATA | 77,9 | 92,4 | 82,3 | 13.220 | 0,882 | 0,890 | 0,815 | 0,862 |
| SARDEGNA | 77,5 | 96,4 | 80,6 | 14.562 | 0,875 | 0,911 | 0,831 | 0,872 |
| CALABRIA | 77,9 | 91,6 | 77,6 | 11.447 | 0,882 | 0,869 | 0,791 | 0,847 |
| SICILIA | 77,1 | 95,1 | 74,0 | 12.603 | 0,868 | 0,880 | 0,807 | 0,852 |
| ITALIA | 77,5 | 97,6 | 75,9 | 20.239 | 0,875 | 0,904 | 0,886 | 0,888 |

* in ordine decrescente per latitudine

S = Speranza di vita ad 1 anno (anni) 1995
T = Tasso di alfabetizzazione degli adulti (%) 1991
R = Rapporto lordo di iscrizioni (%) 1995-96
P = PIL pro-capite annuale (\$) 1996
IL = Indice di Longevità
IRS = Indice dei Risultati Scolastici
IR = Indice di Reddito

denza delle regioni settentrionali a godere di un maggiore Sviluppo Umano, differenze che sono determinate soprattutto dalla componente reddito e dalla scolarità.

La mortalità infantile, e in particolare quella neonatale, presenta evidenti disparità all'interno del territorio nazionale: è più elevata nell'Italia meridionale che in quella centro-settentrionale, come indica l'indice di correlazione con la latitudine, ed è il risultato delle diverse condizioni socio-economiche (scolarità e reddito) che sono

valutate considerando l'ISU-It.

Il percorso di calcolo ed analisi qui sintetizzato ha consentito di determinare per la prima volta un indice sintetico di sviluppo umano per le diverse realtà italiane e di verificare l'associazione con indicatori sanitari. L'ISU-It si è rivelato un potenziale strumento per evidenziare disuguaglianze presenti anche in regioni con profili socio-economici simili, indicando che le disparità osservate potrebbero essere associate alla qualità dei servizi sanitari e sociali e delle

prestazioni da questi erogate. Il lavoro futuro sarà quello di verificare se altri indicatori (da soli od integrati in indici) consentiranno di misurare e meglio interpretare i bisogni di salute della popolazione e le insufficienze del sistema assistenziale.

Bibliografia

(1) Akder HA. A means to closing gaps: disaggregated human development index. *United Nations Development Programme: Occasional Paper 1994; 18: www.undp.org/hdro/oc18a.htm*

(2) Campi R et al. Regional differences in vaccination coverage as health care system indicators, in relation to Human Development Index in Italy. *Il Giornale Italiano di Farmacia Clinica, 2000;2:71*

(3) Campi R et al. Le disuguaglianze di mortalità infantile in Italia in relazione alla latitudine e all'Indice di Sviluppo Umano. *Prospettive Sociali e Sanitarie, 2000;19:6*

(4) Hales S et al. J. National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet 1999;354:2047*

(5) Lee KS et al. Human development index as a predictor of infant and maternal mortality rates. *J Pediatr 1997;131:430*

(6) Matteson DW et al. Infant mortality: a multi-level analysis of individual and community risk factors. *Social Science Med 1998;47:1841*

(7) Pedrotti D. La mortalità infantile "per nati residenti" negli anni novanta. *Quaderni ACP 2000;6:29*

(8) Robinson J et al. Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. *J Adv Nurs 2000;32:28*

(9) Sagar AD et al. The human development index: a critical review. *Ecological Economics 1998;25:249*

(10) Turrel G et al. Socioeconomic status and infant mortality in Australia: a national study of small urban areas, 1985-89. *Social Science Med, 2000;50:209*

(11) United Nations Development Programme. *Human Development Report 2000*. New York: Oxford University Press 2000

Appendice 1 Il calcolo dell'Indice di Sviluppo Umano

L'Indice di Sviluppo Umano è un indice basato su tre indicatori:

- **longevità**, misurata dalla speranza di vita alla nascita;
- **risultati scolastici**, misurati come combinazione del tasso di alfabetizzazione degli adulti e del rapporto congiunto di iscrizione lordo, assegnando un peso di 2/3 al primo e di 1/3 al secondo;
- **accesso alle risorse economiche**, misurato dal logaritmo del prodotto interno lordo pro-capite in dollari corretto dalla parità del potere d'acquisto.

Gli indicatori elementari – speranza di vita, tasso di alfabetizzazione, rapporto lordo di iscrizioni e reddito pro-capite – sono espressi in unità di misura diverse e per renderli confrontabili sono stati normalizzati in modo tale che abbiano una scala di misura comune, utilizzando per ciascuno un valore minimo e un valore massimo di riferimento, ricorrendo alla seguente formula:

$$\frac{\text{valore attuale } x_i - \text{valore minimo } x_i}{\text{valore massimo } x_i - \text{valore minimo } x_i}$$

In questo modo per ciascun paese o regione si considera il valore effettivo o attuale di un dato indicatore e si pone a confronto con dei valori minimi e massimi di riferimento, in una scala che va da zero, che indica una posizione di deprivazione, a uno, che invece rappresenta una situazione di grande vantaggio.

I valori minimi e massimi utilizzati sono stati definiti dall'UNDP in base ai valori minimi osservati nei 30 anni passati e ai valori massimi attesi nei prossimi 30 anni per ciascuna componente.

Ottenuti

- l'indice di longevità (*IL*),

- l'indice dei risultati scolastici (*IRS*)

[combinazione del tasso di alfabetizzazione degli adulti (*IRS1*) e del rapporto di iscrizione lordo (*IRS2*)]

- l'indice di accesso alle risorse economiche (*IR*)

L'Indice di Sviluppo Umano è ricavato come semplice media aritmetica di *IL*, *IRS*, *IR*

L'ESEMPIO DELL'ISU-It:

Nella tabella sono riportati i valori effettivi, minimi e massimi:

| | S | T | R | P |
|--------------|------|-------|-------|-------|
| ITALIA | 77,5 | 97,6 | 75,9 | 20239 |
| Valore min. | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 100 |
| Valore mass. | 85,0 | 100,0 | 100,0 | 40000 |

S = Speranza di vita a 1 anno (anni)
T = Tasso di alfabetizzazione degli adulti (%)
R = Rapporto lordo di iscrizioni (%)
P = PIL pro-capite annuale(\$)

Per ogni componente dell'indice sono stati calcolati gli indici individuali:

Indice di longevità:

$$IL = \frac{(77,5 - 25)}{(85 - 25)} = 0,875$$

Indice dei risultati scolastici:

$$IRS = \frac{2}{3} IRS_1 + \frac{1}{3} IRS_2 = 0,904$$

dove:

$$IRS_1 = \frac{(97,6 - 0)}{(100 - 0)} = 0,976$$

$$IRS_2 = \frac{(75,9 - 0)}{(100 - 0)} = 0,759$$

Indice di accesso alle risorse economiche:

$$IR = \frac{(4,31 - 2)}{(4,6 - 2)} = 0,886$$

da cui è stato ricavato l'ISU-It:

$$\frac{(0,875 + 0,904 + 0,886)}{3} = 0,888$$

La stessa procedura è stata utilizzata impiegando i dati regionali per ottenere l'ISU-It disaggregato.

Appendice 2 Definizione degli Indicatori

Latitudine: la latitudine del punto è la misura in gradi dell'arco di meridiano passante da quel punto a partire dall'equatore.

Parità del potere d'acquisto (dollari statunitensi PPA): il potere di acquisto della valuta di un paese, ossia il numero di unità di

quella valuta richiesto per acquistare il medesimo paniere convenzionale di beni e servizi che a dollari USA (valuta di riferimento) si potrebbe acquistare negli Stati Uniti **Prodotto Interno Lordo (PIL):** il totale dei beni e servizi finali prodotti da un'economia, sia dai residenti che dai non residenti, a prescindere dalla ripartizione fra percettori interni ed esteri. Non include l'esaurimento e il degrado delle risorse naturali.

PIL reale pro-capite: il Prodotto Interno Lordo a prezzi di mercato per abitante.

PIL reale pro-capite (dollari PPA): il Prodotto Interno Lordo reale pro-capite convertito in dollari statunitensi sulla base del tasso di cambio a parità del potere d'acquisto.

Rapporto lordo di iscrizione scolastica di primo, secondo e terzo livello: il rapporto tra il totale degli iscritti ai livelli di istruzione primaria, secondaria e terziaria e il totale della popolazione residente per i gruppi di età corrispondenti, espresso in percentuale. Per livello primario si intende la scuola elementare (popolazione di riferimento: 6-10 anni); per livello secondario la scuola media inferiore e superiore, quest'ultima comprende gli Istituti professionali, gli Istituti tecnici, i Licei, le Scuole magistrali, gli Istituti magistrali, gli Istituti d'arte e i Licei artistici (popolazione di riferimento: 11-19 anni); per livello terziario l'università e i diplomi universitari (popolazione di riferimento: 20-23 anni).

Speranza di vita a un anno: il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età di un anno.

Tasso di alfabetizzazione degli adulti: il rapporto tra la popolazione alfabetizzata di 15 anni o più e quella residente del gruppo di età corrispondente, moltiplicato per 100. La popolazione alfabetizzata è stata ricavata sottraendo alla popolazione residente totale la popolazione residente analfabeta e quella con meno di 15 anni di età.

Tasso di mortalità infantile: il numero di morti nel primo anno di vita sul numero di nati vivi per 1000.

Tasso di mortalità neonatale precoce: il numero di bambini morti a meno di sette giorni sul numero di nati vivi per 1000.

Tasso di mortalità neonatale tardiva: il numero di bambini morti tra i sette e i ventotto giorni sul numero di nati vivi per 1000.

Tasso di mortalità neonatale totale: il numero di bambini morti a meno di ventotto giorni sul numero di nati vivi per 1000.

Torino 2001

genesì di un congresso

Gianni Garrone
ACP Piemonte e Valle D'Aosta

È una storia che parte da lontano, ormai si perde un po' nel passato: ricevevamo la proposta di organizzare il congresso nazionale già per il '99, congresso che si tenne poi ad Assisi; la rinuncia di allora si fondava sul timore di non essere pronti a sopportare l'impegno di un nazionale, nonostante nel '97 avessimo fondato il gruppo regionale Piemonte-Val d'Aosta forte di un centinaio di iscritti. La proposta, comunque, non era stata cestinata, anzi "il gran rifiuto" ha continuato ad essere analizzato e dibattuto, così dopo discussioni e tentennamenti ci proponemmo per il 2001 all'allora presidente Tamburlini; l'ansia di non essere pronti non si era del tutto placata, e si tradusse nell'iniziare a elaborare idee molto prima della scadenza, arrivando ad accumularne perfino troppe.

Fin dall'inizio tre cose ci parevano importanti: individuare un filo conduttore, che ci ha condotto alla scelta del tema "sicurezza ed insicurezze"; mantenere uno stile che fosse coerente con la storia ACP; sviluppare temi inerenti alla sfera relazionale, anche al di là dell'aspetto counselling già trattato in precedenti congressi Acp.

Nel frattempo, visto il successo nel marzo 2000 dell'incontro con Daniel Stern a Torino, nasceva l'ambiziosa idea di invitare Brazelton, e in questo abbiamo trovato l'appoggio e la collaborazione di Gherardo Rapisardi, che ne ha poi resa possibile la concretizzazione. Dal congresso di Vicenza, le osservazioni del prof. Biasini, sul fatto che anche un convegno frontale andasse preparato con cura, senza fermarsi ad un semplice elenco di argomenti e relatori, ci hanno guidato lungo un iter scandito da numerosi incontri e da un fitto scambio di e-mail al nostro interno.

Nell'ottobre del 2000 Maria Merlo e io abbiamo presentato al direttivo nazionale la nostra proposta di programma; con grande soddisfazione abbiamo registrato la piena accettazione

dell'impianto del congresso da noi immaginato, compresa la giornata iniziale aperta ad altre professionalità. Si sono così costituiti localmente un Comitato scientifico ed un Comitato organizzativo, in costante contatto col direttivo locale e con Nicola D'Andrea, che ci ha lasciato molta autonomia (fin troppa, abbiamo pensato in alcuni momenti!), intervenendo solo con consigli, correzioni e qualche proposta.

Abbiamo costruito le giornate (certamente troppo dense, la voglia di fare ci ha un po' traditi) sforzandoci di mantenere il filo logico che ci eravamo dati, mettendo in contatto fra loro alcuni relatori, andando a parlare con quelli torinesi, e chiedendo a tutti un sunto dell'intervento, pervenutoci peraltro solo da alcuni e quasi sempre in extremis. Un'eccezione è stata fatta per il prof. Panizon, sicuri che avrebbe saputo concludere il congresso da par suo, come in effetti è stato.

Abbiamo individuato una sala ampia ma relativamente poco costosa, il che ci ha permesso di spendere per il rimborso spese di Brazelton e per la traduzione simultanea, anche se le quote di iscrizione hanno dovuto essere aumentate rispetto al passato. Non siamo riusciti a fare a meno della sponsorizzazione di alcune case farmaceutiche come avremmo in origine voluto, anche perché è risultato più arduo del previsto ricavare finanziamenti da sponsor di altro genere.

Sottolineiamo che nella scelta dei relatori non si è tenuto conto di alcun criterio diplomatico, se non per la scelta condivisa dal presidente nazionale di inserirne molti locali per stimolare la partecipazione dei pediatri piemontesi. L'esito finale delle nostre fatiche, che, viste a posteriori, non sono poi state terribili, ci ha lasciato soddisfatti; soprattutto ci è piaciuto il clima di calore e le emozioni che sono state suscitate. Torino non è una città così fredda come spesso si crede, e il nostro gruppo si



sente oggi molto più partecipe dell'Acp nazionale, grazie anche agli attestati di amicizia che abbiamo ricevuto in quelle indimenticabili tre giornate.

Sulla ricaduta a livello locale attualmente al nostro interno vi è una certa discussione, nel valutare la risonanza e la capacità di attrazione che può avere avuto il congresso, ma anche se e fino a che punto il lavoro di preparazione abbia indotto una crescita del nostro gruppo, oppure solo di chi ne è stato più coinvolto. Sicuramente abbiamo sacrificato altre iniziative, d'altro canto abbiamo accumulato idee che dovrebbero permetterci di organizzare eventi formativi in chiave regionale. Un bilancio definitivo potremo farlo probabilmente solo a distanza di più tempo.

Unicef: Soave dopo Bassano

L'ospedale di Soave in provincia di Verona è il secondo ospedale italiano nominato "Amico dei Bambini". Il 20 dicembre 2001 l'Unicef-Italia ne ha ufficialmente annunciato la nomina. L'ospedale di Soave appartiene alla USL 20 ed il lavoro svolto ha interessato operatori sia intra che extraospedalieri, sia nella fase formativa che attuativa. L'APCP di Verona ha dato un fattivo contributo alla realizzazione del progetto.

m.g.

Interpretare la ricerca

In merito all'articolo pubblicato su Quaderni acp (2001;5:20), mi interessa sapere se i lavori citati sono sufficienti per sconsigliare l'uso dell'acido niflumico nelle affezioni respiratorie alte dei bambini oppure necessitano di ulteriori contributi per valutare l'effettivo rischio dell'utilizzo del farmaco in questione. Aggiungo che mi era stata proposta una ricerca ambulatoriale sull'acido niflumico, a cui non ho aderito.

Andrea Rolla

La ricerca nell'Apref

In concomitanza con l'entrata in vigore delle normative sulla sperimentazione clinica in medicina e pediatria di base e con l'occasione della partecipazione al convegno organizzato dall'AcP-Asolo, su sperimentazione e ricerca in pediatria di famiglia, l'Apref ha avviato al suo interno una fase di riflessione e di rivalutazione della sua attività, nei dodici anni di vita dell'associazione stessa, con particolare attenzione alla caduta di interesse e di spinta verso la realizzazione di progetti di ricerca. Ultimo in ordine di tempo, ma non meno importante è arrivato lo stimolo della presentazione da parte di una società privata di servizi a carattere commerciale, di un progetto di ricerca informatizzato e on-line, sugli effetti collaterali dell'acido niflumico

Il gruppo che ha promosso questa riflessione può identificarsi con quella che alcuni anni fa venne nominata "commissione per la ricerca" dell'Apref. Esso, con l'apporto delle risposte di un questionario inviato a tutti i soci e del confronto con i colleghi che si è svolto in una apposita riunione, ha formulato alcune importanti considerazioni.

La ricerca clinica in pediatria di famiglia:

1. Si esplica in successive fasi: da un'attenta identificazione dei bisogni e dalla valutazione della rilevanza del problema, attraverso la formulazione dell'ipotesi, lo studio della bibliografia, la produzione del protocollo di ricerca e delle schede di rilevazione dei dati, la raccolta dei dati, la loro elaborazione e valutazione, fino alla pubblicazione dei risultati.

2. È uno strumento di formazione per chi partecipa attivamente, nel senso che il ricercatore deve essere messo nelle condizioni di "imparare facendo" proprio nel percorrere, personalmente e in gruppi di lavoro, le diverse fasi che caratterizzano la ricerca.

3. È un'occasione di sviluppo, di autonomia e di indipendenza culturale, in quanto il pediatra ricercatore non svolge un ruolo subalterno e puramente esecutivo di compilazione di schede.

4. È un'occasione di visibilità per la categoria perché l'ampia e fattiva partecipazione dei pediatri rende significativi i risultati e concreta la ricaduta nella pratica quotidiana.

5. Deve prevedere un reclutamento dei pediatri ricercatori non individuale, ma collegiale, in modo da permettere che si stabilisca una "rete" interattiva, che favorisca lo scambio reciproco di opinioni e di osservazioni per una crescita culturale di tutti.

6. Richiede adeguati finanziamenti per la realizzazione di tutte le fasi operative e trasparenza nello stabilire i compensi per i pediatri ricercatori. Tali compensi dovrebbero essere congrui rispetto all'impegno personale e al tempo dedicato al lavoro di ricerca. Il compenso potrebbe non essere esclusivamente economico, ma consistere anche in crediti e opportunità di perfezionamento nella metodologia della ricerca. Questi aspetti, unitamente al raggiungimento di un adeguato grado di soddisfazione personale, rappresentano un chiaro segno nell'avanzamento professionale

del pediatra ricercatore.

Alla luce delle precedenti considerazioni, la commissione per la ricerca dell'Apref, riflettendo in merito alla ricerca proposta recentemente sugli effetti collaterali dell'acido niflumico, è giunta alla conclusione di considerare un chiaro esempio di come non dovrebbe essere una ricerca clinica, per alcuni motivi di seguito indicati:

1. Non vi è alcun coinvolgimento dei ricercatori nel pensare e formulare il protocollo dello studio, e tanto meno nell'esplicitazione del "bisogno" di una ricerca di questo tipo.

2. Il concetto di "rete" è inteso solo in senso unidirezionale, cioè dai singoli ricercatori al gruppo di coordinamento. Infatti ciascuno di noi riceve per posta elettronica l'invito e il protocollo, non conosce gli indirizzi degli altri ricercatori, partecipa individualmente alla ricerca, riceve le informazioni di rimando alla fine della stessa, non sa nulla di quello che pensano e rilevano gli altri.

3. L'impegno personale nella ricerca è ridotto al minimo: un programma ad hoc estrae tutti i dati che interessano, senza permettere allo stesso ricercatore di conoscere la propria situazione prescrittiva, cosa che dovrebbe essere possibile autonomamente e in ogni momento per chi utilizza un software per la gestione dell'ambulatorio. D'altra parte, lo scopo principale di molte ricerche non sembra essere quello di accrescere la cultura e la formazione dei pediatri di famiglia, ma di utilizzarne le potenzialità, mettendole di volta in volta a disposizione di qualche interesse particolare, talora anche senza una valida impostazione scientifica, purché probabilmente ben remunerato. In tal senso riteniamo che l'immagine della pediatria di famiglia, a lungo andare, possa essere danneggiata da ricerche di questo tipo.

4. Il primo obiettivo dello studio ("descrivere l'uso di acido niflumico in un campione rap-

di Quaderni acp

presentativo di bambini italiani dalla nascita all'età di 14 anni, seguiti da pediatri di libera scelta"), più che un interesse culturale dei pediatri di famiglia, sembra essere un interesse pratico della ditta che produce il farmaco e sponsorizza la ricerca.

5. Come appare anche nella premessa al protocollo ("tali variazioni indicano dei comportamenti prescrittivi differenti dei pediatri italiani e possono corrispondere a quadri clinici disomogenei nei pazienti"), un vero bisogno di conoscenza dei pediatri di famiglia italiani è piuttosto una rilevazione delle motivazioni che inducono all'utilizzo degli antinfiammatori non steroidei e un'indagine sulla reale efficacia di questi farmaci per le patologie per le quali vengono usati, peraltro in modo spesso ingiustificato. Infatti, mentre studi di questo tipo in area pediatrica sono molto scarsi se non del tutto assenti come pure linee-guida che ne traccino il corretto utilizzo, l'acido niflumico, come anche la maggior parte degli altri FANS, viene utilizzato dai pediatri, e ancor più largamente dalla gente come automedicazione, al di fuori delle indicazioni per cui questi farmaci sono registrati. L'unico FANS che viene indicato dalla letteratura per l'uso pediatrico è l'ibuprofene, che ora è disponibile anche in forma di sciroppo. In particolare, l'acido niflumico è un farmaco pediatrico prevalentemente "italiano", in quanto nel Regno Unito non esiste in commercio, mentre in altri paesi è indicato esclusivamente per gli adulti e come seconda scelta.

Con questo momento di riflessione e di dibattito, che si è avviato in Apref, sul significato di "ricerca scientifica", si è giunti alle considerazioni più sopra esposte, che vanno intese come "linee-guida" per la formulazione di progetti di ricerca e come "raccomandazioni" per i soci Apref, perché aderiscano a ricerche che rispondano a queste caratteristiche, secondo le finalità statutarie dell'associazio-

ne. Tali "raccomandazioni", elaborate e condivise nella nostra associazione, vengono qui presentate come spunto per una più ampia discussione.

*commissione Apref per la ricerca
P. Schievano, C. Angeli, R. Bussi, L. Caielli,
S. Drago, S. Pasquato, L. Pisanello*

Bibliografia

- (1) Dichiarazione di Erice sulla sperimentazione clinica dei farmaci nella Medicina del Territorio. International School of Pharmacology del Centro Ettore Majorana. Gennaio 2000. www.csem.infn.it
- (2) Posizione dello CSeRMEG (Centro Studi e Ricerche in Medicina generale) sulla Sperimentazione Clinica in medicina generale. Giugno 2001. <http://www.csermeg.it/docum/DocumRicercaMG.html>
- (3) Cazzato T et al. Gruppo di lavoro dell'AcP Puglia-Basilicata. Attitudini prescrittive nella pediatria di famiglia. *Giorn. Ital. Farmacia Clinica*. 2001;15:21
- (4) Marchetti F. Ibuprofene in *Pediatria Medico e Bambino* 2001;20:387
- (5) Clavenna A et al. Una "Dear Doctor Letter" per razionalizzare l'uso dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei bambini? *Giorn Ital Farmacia Clinica* 2001;15:36
- (6) Font M. Acido Niflumico/Morniflumato nell'infanzia. *Dialogo sui Farmaci* 2001;5:233 (in corso di pubblicazione).

Sperimentazione clinica: cosa stiamo aspettando?

Dalla lettura del documento Acp sulla sperimentazione clinica in pediatria territoriale (*Quaderni acp* 2001;4:20) ho ricavato numerosi spunti di meditazione ed alcune domande. Manca ormai solo un mese al primo dicembre, giorno in cui diventerà operativo il decreto sulla sperimentazione clinica ambulatoriale, (G.U. del 18 giugno 2001) e ritengo che molte affermazioni contenute nel decreto debbano ancora essere chiarite. Mi chiedo in

particolare quali saranno i criteri a cui si affideranno le Asl per stilare la lista dei medici sperimentatori e quali le forze a cui potranno affidare il settore della formazione di detti pediatri.

Non ho sentito ancora nessuna proposta concreta al riguardo, e non vorrei che tutto venisse affidato, direttamente o indirettamente, all'industria del farmaco. Credo che la stessa acp, in collaborazione con le altre figure sindacali e culturali della pediatria di famiglia si debba assumere il compito di:

- predisporre ed offrire al ministero una griglia con i criteri da seguire per la selezione degli sperimentatori;
- preparare un pacchetto formativo da offrire poi alle regioni o alle singole aziende sanitarie locali. Questo pacchetto dovrebbe contenere anche degli strumenti critici (capacità di lettura di trial clinici, metanalisi, nozioni di ebm) con cui il futuro sperimentatore possa essere in grado di valutare l'eticità e la reale necessità delle sperimentazioni che verranno proposte. In tal modo potremmo sperare che i pediatri sperimentatori possano essere in grado di identificare, effettuare ed addirittura proporre delle sperimentazioni realmente utili, escludendo le eventuali proposte di scarsa o nulla rilevanza nella pratica clinica.

Ritengo che la nostra associazione abbia al suo interno le forze per affrontare una simile sfida ma bisogna fare presto! L'inizio della sperimentazione è ormai alle porte, noi a che punto siamo?

Giacomo Toffol

La pubblicizzazione nel corso del 2001 dei risultati di uno studio sulle reazioni mucocutanee gravi manifestate in 15 bambini campani cui era stato somministrato acido niflumico (1) ha indotto molte preoccupazioni (o giuste riflessioni) circa l'uso razionale degli

antiinfiammatori non steroidei (FANS) e, più in generale, dei farmaci in pediatria. L'acido niflumico (e il suo beta-morfolinoetilestere: il morniflumato) è un FANS, registrato in Italia fin dal 1981 e disponibile per l'uso nei bambini anche in Francia e in Spagna (2). In altre nazioni europee il farmaco è registrato solo per l'uso negli adulti, mentre non è stato registrato in Inghilterra (3). Sebbene i bambini sembrano meno sensibili agli effetti collaterali dei FANS rispetto agli adulti, già in passato segnalazioni francesi e spagnole avevano documentato reazioni cutanee e danni renali nei bambini ai quali era stato somministrato acido niflumico. In particolare, a partire dal 1994, sono stati denunciati 2 casi di sindrome di Lyell e 10 casi di insufficienza renale acuta in bambini dai 6 mesi ai 14 anni.

Da una ricerca nei database Medline ed Embase, e una ricerca manuale di citazioni bibliografiche, non sono state trovate evidenze che supportino un uso razionale di questo farmaco nei bambini. I trial clinici controllati sono a tutt'oggi scarsi, presentano limitazioni metodologiche, un esiguo numero di pazienti arruolati, e sono pubblicati prevalentemente su riviste nazionali, non indicizzate dai database bibliografici (3). Nonostante ciò l'acido niflumico è ampiamente utilizzato in Italia nella popolazione pediatrica. Una sorveglianza su 27.777 bambini assistiti da 35 pediatri di famiglia ha mostrato che il tasso di prescrizione di acido niflumico è risultato di 57 per 1000 bambini, rispetto al 125,7 per 1000 del paracetamolo (4). Le più frequenti indicazioni terapeutiche correlate all'uso dell'acido niflumico, da solo o con un antibiotico, erano faringotonsillite, raffreddore, otite media acuta. Dall'analisi di dodici linee-guida terapeutiche internazionali, nel tentativo di chiarire il profilo di utilizzo del farmaco, il paracetamolo è risultato essere il farmaco di prima scelta, seguito dall'ibuprofene

per il dolore lieve e moderato, con infiammazione e febbre nei bambini, per le malattie dell'orecchio e delle vie respiratorie superiori. Non sono suggeriti/indicati altri FANS.

In tale contesto, caratterizzato dal frequente utilizzo di composti il cui profilo rischio/beneficio è scarsamente documentato, con conseguente scarsa aderenza alle linee guida terapeutiche, l'attitudine prescrittiva nei bambini può essere considerata largamente "evidence unbased"(5).

Nonostante i progressi per armonizzare in Europa i processi regolatori e i tentativi di avviare un efficiente sistema internazionale per la sorveglianza postmarketing dei farmaci, ancora molto deve essere fatto per una delle distorsioni, che si può evidenziare attraverso un sistematico e continuo monitoraggio dell'uso dei farmaci a livello nazionale. Più in generale, anche questo "caso italiano" indica quanto reale sia il bisogno di un'informazione continua ed una efficace educazione per un uso appropriato dei farmaci.

Bisogna comunque osservare che il "caso niflumico", contestualizzato nelle molteplici realtà territoriali nazionali (amministrative e assistenziali), pone interrogativi molto più generale ed "essenziali" sulla ricerca, la formazione, l'informazione, l'efficacia e l'efficienza delle cure primarie; e non ultimo, sui bisogni (ancora) inevasi della popolazione pediatrica. La riflessione della commissione ricerca dell'Apref (avanzata e a tutt'oggi ancora unica) come pur le domande poste da Toffol (che attendono risposta anche dai lettori di *Quaderni*) indicano quanto sia "evidente" oggi il bisogno di un approccio assistenziale/culturale critico del fare quotidiano "ricerca e pratica". Nulla di nuovo in ambito Acp, ma sicuramente da ribadire e riattivare, anche in considerazione delle novità in tema di politica sanitaria. Con l'entrata in vigore del decreto ministeriale sulla sperimentazio-

ne nella medicina territoriale, anche i pdf possono infatti contribuire direttamente alla valutazione formale, in particolare, del profilo di sicurezza ed efficacia degli approcci. In tale contesto, sarà la propositività e l'autonomia dei pdf a caratterizzare l'attuazione dei principi che sottendono al decreto. La lettera dell'Apref è un esempio dell'approccio necessario e un esplicito avvertimento che, ancora una volta, "altre" possono essere le logiche e gli interessi (e conseguentemente gli esiti) a guidare i percorsi di conoscenza (di ricerca). Compito e responsabilità di tutti è che l'occasione che si presenta con il decreto rappresenti l'inizio di un nuovo e comune percorso collaborativo di informazione degli operatori, degli assistiti e delle loro famiglie. Anche questo andrà monitorato e valutato, come ogni ricerca, affinché il principio di "una salute migliore per tutti" sia ottemperato. Perché è questo lo spirito del decreto.

m.b.

Bibliografia

- (1) Minniti I et al. and the Santoro Study Group for Adverse Drug Reactions in Children. Niflumic acid and cutaneous reactions in children. *Arch Dis Chil* 2001; 84:430
- (2) RCPCH (1999). *Medicine for Children*. RCPCH Publications Limited, London.
- (3) Referenze disponibili su richiesta
- (4) Cazzato T et al. and the Acp Puglia-Basilicata in Working Group. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:611
- (5) Bonati M et al. Medicines for Children in Europe at the Beginning of the New Millennium. *Paediatr Perinatal Drug Ther* 2001;4:82

Leggere e fare

40 Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura

Si può realizzare un modello di formazione permanente “povero” ma culturalmente avanzato? Il leggere e fare è dedicato alla soluzione di scenari clinici.

È solo l'inizio di un nuovo percorso fatto di EBM, banche dati, riviste elettroniche, abc del leggere e fare e con qualche ambizione in più: sanità pubblica e malastampa che affronteremo nei prossimi numeri. Un'innovazione, all'interno del percorso tradizionale di “interessi” della nostra rivista.

43 Quanta sofferenza in più, non usando l'antibiotico nell'otite?

45 Qual è la terapia della pediculosi recidivante del capo?

46 Quale profilassi in un neonato di madre con varicella insorta un giorno dopo il parto

47 La cauterizzazione è utile nella epistassi idiopatica ricorrente?

48 Glossario

50 Metodologia degli scenari del leggere e fare

Esperienze

52 Le ultime emozioni di un adolescente

Il pediatra è poco abituato a vivere a contatto con un adolescente vicino alla morte che è esperienza emotivamente complessa, coinvolgente e “sconvolgente”, per la quantità e la qualità dei sentimenti che entrano in gioco.

Questo case-report vuole aiutare a capire situazioni e sentimenti.

Informazioni per genitori e pazienti

54 Quando vaccinare contro lo Pneumococco

La Regione Emilia-Romagna, in base alle attuali conoscenze epidemiologiche, ha scelto di limitare le indicazioni per la vaccinazione contro lo Pneumococco. Tuttavia, tenuto conto che si tratta di infezioni rare ma gravi, ha ritenuto doveroso informare i genitori dell'esistenza e dell'efficacia del nuovo vaccino coniugato per i vari tipi di infezione da Streptococco Pneumoniae, spiegando che le motivazioni delle scelte di Sanità Pubblica non precludono opzioni diverse in ambito privato, purché “informate”.

Saper fare

56 L'assistenza ai bambini con malattie croniche

Questo articolo vuole essere una guida per coloro che a livello distrettuale devono organizzare l'assistenza integrata al bambino con malattia cronica.

Forse l'inizio di un percorso che porterà alla definizione di linee guida in questo delicato e difficile settore di sanità pubblica.

Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura

Salvo Fedele

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

La risposta o la domanda?

Ogni giorno un pediatra affronta una mole notevole di domande reali che provengono dai suoi pazienti sotto forma di enigmi clinici o di quesiti ragionevoli: il dubbio scientifico è (o dovrebbe essere) l'elemento fondamentale della nostra professione.

In realtà così non è. Più di un articolo ha sottolineato bene uno dei problemi fondamentali che derivano dalla nostra "sicurezza di massa": *l'incapacità di farsi domande*.

Non la difficoltà di trovare risposte, che è invece il problema maggiormente affrontato dalla letteratura "modernista"; non l'eccesso di informazione che ci sommerge o la difficoltà per il medico pratico di districarsi tra questo eccesso di informazione.

L'eccesso di informazione è certamente un problema reale, non tanto grande quanto quello che qui si vorrebbe sottolineare: rivoliamo a noi stessi, ogni giorno, un numero sufficiente di domande in grado di mantenere la nostra capacità di pensare, la nostra capacità di difenderci da un comportamento massificato e non sempre ragionevole? Abbiamo la capacità di aiutare il paziente e la famiglia in scelte consapevoli e scientificamente corrette? E ancora: sappiamo quantificare il grado di certezza scientifica che c'è dietro un nostro consiglio? Quel che si cercherà di dimostrare è che l'eccesso di informazione è un problema risolvibile se ci si pone prima l'obiettivo di saper fare le domande.

Le tipologie di domande che un professionista della salute dovrebbe quotidianamente farsi sono riconducibili secondo la letteratura a due: domande di **background** e domande di **foreground** (1). Come per un'immagine fotografica *background* e *foreground* esprimono bene l'idea di sfondo e di primo piano che caratterizza gli scenari clinici che ci troviamo di fronte. Ogni scenario clinico ha uno sfondo di conoscenze che generalmente affrontiamo grazie alla nostra preparazione di base e all'esperienza che ci siamo fatti. Ma non è certo una novità ricordare che il *background* di

conoscenze mediche è in continua evoluzione e che le nostre risposte (o le risposte dei libri) meritano di essere verificate. In più ogni paziente ci pone dei problemi che sono tipicamente suoi: le motivazioni per cui lo vediamo, le opzioni tra le quali dobbiamo scegliere, gli esiti possibili del nostro intervento che dobbiamo prendere in considerazione. Le domande che mettono in primo piano il paziente e le sue caratteristiche sono le domande di *foreground*.

Alcuni esempi renderanno chiare le differenze tra queste tipologie di domanda.

Una bambina di 10 anni presenta acutamente un dolore in sede sacrale. Il dolore le impedisce di stare seduta, si accentua quando si siede o si alza. La bambina non presenta febbre. È presente una posizione antalgica che mette in risalto una lieve scoliosi lombare. L'anamnesi è negativa per traumi o episodi febbrili recenti.

Questo scenario clinico riguarda certamente un problema non comunissimo, ma ci consente subito di porre l'attenzione su un deficit di conoscenze tipicamente da "background". Ognuno di noi ha nel suo ambulatorio un certo numero di fonti informative. La cosa più verosimile è che prima di ogni progetto diagnostico e terapeutico un pediatra di fronte a questo scenario, consulti rapidamente le sue fonti. Comincia quindi l'affannosa ricerca di indici analitici e, a seconda dell'abilità di ricerca, in un tempo "ragionevole" sarà in grado di avere una discreta quantità di ipotesi diagnostiche, di segni clinici da ricercare, di indagini da effettuare. Potrebbe decidere di delegare il problema a qualcun altro, ma per quel che ci serve discutere qui, questo è irrilevante. Anche quest'altro verosimilmente non si troverebbe in una situazione molto diversa. Nel frattempo dove starà la bambina?

Se il rapporto con la famiglia lo consente potrebbe tornare tranquillamente a casa e attendere la nostra affannosa ricerca di "sapere di background". Se non conosciamo la famiglia, verosimilmente l'avremmo ricove-

rata subito o inviata a fare la prima indagine che ci salta in mente per "togliercela di torno", anche se solo per qualche ora. Ma quale indagine? Vale la pena fare la prima indagine che ci salta in mente? Magari una radiografia, senza conoscere esattamente quel che cerchiamo? Conoscendo il carico radioattivo di un Rx che indaga il sacro, ci comporteremo così di fronte a nostra figlia? In realtà alcune risorse ci consentirebbero nel giro di poco tempo di prendere una decisione di primo impatto saggia e scientificamente corretta.

L'eccesso di informazione che tanto preoccupa ci consentirebbe di arrivare piuttosto presto a un programma diagnostico-terapeutico "giusto" e "razionale", a partire dalla domanda giusta:

"Quali sono le cause di dolore sacrale acuto in una bambina di 10 anni?"

Il ragionamento che abbiamo fatto fin qui ci permette di vedere subito alcune caratteristiche delle "domande di background".

La domanda di background che proviene dalla professione reale mette a fuoco un vuoto di conoscenza che non lascia margini a dubbi. Certo, c'è una differenza fondamentale tra un medico esperto e uno studente di medicina. La domanda di background per lo studente di medicina sarà più facilmente qualcosa di simile a:

"Qual è la patogenesi del dolore sacrale acuto nel bambino?"

La domanda di background del medico pratico sarà invece centrata sulle cause, in funzione dell'urgenza del problema che ci troviamo di fronte. Sarà più rivolta al programma da attuare. Questo *semplice* passaggio è frutto dell'esperienza concreta, è difficile (non impossibile) da insegnare in un contesto educativo formale.

L'altra caratteristica fondamentale che ci interessa sottolineare a proposito di una domanda di background è la ricerca della fonte informativa giusta.

La fonte informativa non è difficile da imma-

Per corrispondenza:

CSB Palermo

e-mail: csbdipa@tiscalinet.it

leggere e fare

Abstract

Si può realizzare un modello di formazione permanente "povero" ma culturalmente avanzato? Il leggere e fare è dedicato alla soluzione di scenari clinici. È solo l'inizio di un nuovo percorso fatto di EBM, banche dati, riviste elettroniche, abc del leggere e fare e con qualche ambizione in più: sanità pubblica e malastampa che affronteremo nei prossimi numeri. Un'innovazione, all'interno del percorso tradizionale di "interessi" della nostra rivista.

Quaderni acp 2002; vol IX n°1: 40-42

ginare, è una fonte informativa *tradizionale*: un libro, un articolo di review. Difficile per una domanda di background trovare qualcosa di "più evidente". Forse un protocollo, più spesso qualcosa che si definisce presuntuosamente "una linea guida". La risposta a una domanda di background difficilmente può esser in realtà qualcosa di *meglio e di più* di un review dell'argomento. Spesso solo la "presunzione" del gruppo di lavoro di turno trasforma una "review" in una "linea guida". In poche occasioni questa trasformazione si realizza davvero. In quel caso, per quanto a bassa prevalenza, il problema ha suscitato l'interesse di un gruppo di lavoro al punto da mettere in moto tutti i meccanismi di consenso collettivo che sono alla base di "una linea guida" vera.

Per i pediatri c'è un problema in più, poco affrontato dalla letteratura: si può estendere una linea guida dell'adulto a un problema pediatrico? Non è un problema teorico, più di una volta ci siamo trovati a dover affrontare un quesito simile.

Ma anche la fonte informativa tradizionale può essere consultata ormai più facilmente ed efficientemente con poco sforzo. Solo con un po' di addestramento specifico.

Certamente in maniera più proficua: nessuno di noi ha a casa (e nessuno potrebbe pretenderlo) le ultime edizioni aggiornate dei principali libri di pediatria. Nessuno ha l'elenco aggiornato degli articoli di review che riguardano l'argomento a bassa prevalenza su cui ci siamo appena imbattuti. Tutti però potremmo avere, in considerazione del fatto di far parte di un *gruppo di formazione lungimirante*, l'accesso in *full-text* a una biblioteca elettronica di interesse pediatrico. Tutti potremmo avere l'accesso elettronico in *full-text* alle principali riviste pediatriche, in modo da poter ricercare la review giusta sull'argomento che ci interessa. Esistono anche biblioteche elettroniche di libri, sono database indicizzati automaticamente che consentono l'accesso contemporaneo ad alcuni libri elettronici (in genere una versione elettronica di un libro tradizionale). Ma interessanti sviluppi si stanno attuando anche in questo campo.

Non sono ancora una risorsa molto conosciuta in Italia, per la verità sono una risorsa ancora largamente sottoutilizzata persino nel mondo anglosassone. Ce ne sono ormai diverse. Alcune richiedono un investimento economico molto alto e sono alla portata soltanto di società scientifiche [qualche società scientifi-

ca fornisce l'accesso ad Ovid e ai suoi innumerevoli database tra i quali anche Books@Ovid (<http://gateway.ovid.com>)]. Altre sono alla portata anche di piccoli gruppi di formazione come MD Consult (<http://www.mdconsult.com>) [MD Consult mette a disposizione degli abbonati una invidiabile biblioteca di libri elettronici e consente un accesso di prova per dieci giorni che include, oltre alla biblioteca elettronica in cui sono inseriti ad esempio il Nelson o il Red Book, un accesso semplificato a Medline e il full-text per 40 riviste, tra le quali il Journal of Pediatrics, Pediatrics, Pediatrics in Review, Clinical Pediatric of North America]. Altre risorse elettroniche stanno sviluppando il loro interesse per la pediatria, tra le più promettenti, ad esempio, Up to Date (<http://www.uptodate.com>), (anche per questa risorsa è previsto un accesso di prova). C'è poi Clinical Evidence, ormai qualcosa in più di una promessa, sia per il pediatra ambulatoriale che per il sub-specialista di settore. In generale, esempi di risorse per piccoli gruppi di formazione sono ormai innumerevoli e probabilmente sarà utile fornire al lettore, in uno dei prossimi numeri di *Quaderni acp*, un elenco aggiornato e completo dei loro costi di accesso.

Ma procediamo con ordine e torniamo al nostro esempio. La consultazione dei libri che trattano il dolore sacrale ci restituisce un lungo elenco di cause. Il sapere di background ci porta ad altre domande che riguardano la semeiotica, la diagnostica differenziale, le indagini diagnostiche da effettuare. Questo esempio ci consente di trarre una prima conclusione provvisoria: un primo obiettivo potrebbe essere quello di saper affrontare e risolvere le domande che provengono dalla professione reale.

Quanti nuclei di formazione permanente si riuniscono periodicamente ed esaminano le domande reali che provengono dal proprio lavoro? Le domande devono essere trasformate in domande per la letteratura. Questo passaggio richiede una fase di addestramento specifico? Probabilmente sì.

In questa rubrica ci occuperemo di fare esempi concreti per aiutare a sviluppare questa metodologia. Come si vede, fin qui si è tenuta volutamente fuori l'EBM. Non perché non ci sia utile, ma perché prima vorremmo chiederci: *serve sviluppare la capacità di interrogare un esperto competente di nome: "la letteratura medica"?*

L'impressione è che talvolta si vada svilup-

pando tra i colleghi l'idea che il telefono o l'e-mail possano sostituire efficacemente la capacità di saper rivolgere domande alla letteratura. In realtà, senza nulla voler togliere all'enorme valore educativo della discussione di gruppo dei casi clinici (pratica semmai troppo poco praticata in Italia, se non con rilevanti ed estremamente istruttive eccezioni), la capacità di saper chiedere soluzioni alla letteratura è pratica ancora meno diffusa, come se "la tradizione orale", il "colloquio informale" potesse essere sempre un'alternativa efficace e realizzabile.

Torniamo al nostro esempio e diamo per scontato che la progressiva acquisizione di sapere di background ci ha portato a risolvere alcuni quesiti sulle cause possibili e le manovre semeiotiche di base; inevitabilmente ci troveremo di fronte a domande che riguardano "il nostro paziente":

Come scoprire il valore di uno o dell'altro test diagnostico? Che valore dare ad un test per escludere con certezza un problema che ci preoccupa? Che valore dare a un test per confermare una patologia che potrebbe essere trattata con un farmaco relativamente innocuo ma per un periodo lungo? Quale terapia proporre? Quale prognosi formulare? Tutto questo richiede l'acquisizione di competenze specifiche proprie del "saper leggere la letteratura"; l'EBM che è stata messa da parte fin qui, non può che tornarci utile: *come si affronta senza l'EBM l'eccesso di informazione che caratterizza la letteratura medica?*

Questa nuova rubrica nasce per rispondere a due quesiti fondamentali:

- Come formulare le domande per saper condurre una buona ricerca bibliografica?
- Come interpretare i dati della letteratura per risolvere i nostri quesiti clinici?

Non sarà facile, ma è un progetto che ci appassiona. L'esperienza maturata con il leggere e fare ci ha insegnato molto sui nostri difetti, ci auguriamo di migliorare almeno un po' con questa nuova rubrica.

Gli esempi che leggerete in questo numero sono tratti dalla sperimentazione avviata all'interno del *Centro per la Salute del Bambino* e del gruppo di *Quaderni acp* negli ultimi tre anni. Speriamo di stimolare la vostra curiosità e di aiutare a diffondere un metodo che per noi (ma forse ancor più per i nostri pazienti) si è rivelato estremamente proficuo. Preferiamo non dilungarci sullo schema che abbiamo scelto per proporre la presentazione dei quesiti e delle soluzioni. Si vuol solo pre-

Nota

Per facilitare la lettura degli scenari del leggere e fare abbiamo preparato un **glossario**, si veda **pagina 48**, dove troverete **tutti i termini marcati in MAIUSCOLETTA ROSSA**. Molte spiegazioni verranno inoltre fornite contestualmente alla presentazione degli scenari nei box in grigio.

cisare (ma ci torneremo diffusamente in seguito) che l'esposizione è una variante di quella proposta dai Critically Appraise Topic (CAT) di Sackett (2), solo leggermente modificata. L'esperienza internazionale ha infatti dimostrato che questo modello è quello più vicino al medico pratico che si trova a dover affrontare spesso molti quesiti per i quali difficilmente avrà la possibilità di fare riferimento a **METANALISI O RCT DI ALTA QUALITÀ**. Gli "scenari clinici del leggere e fare" non escluderanno pertanto dalla loro analisi articoli che non raggiungono l'apice della **scala dell'evidenza**, ma si farà attenzione a sottolineare costantemente le debolezze degli articoli scelti e il grado di "certezza scientifica" che è dietro ad ogni affermazione.

Ognuno di noi ha sperimentato, come medico pratico, il senso di impotenza che si prova di fronte ad affermazioni nettamente contrastanti che derivano dalla lettura di articoli di autori diversi, anche se sullo stesso argomento. Non ci sono soluzioni facili rispetto a questo problema: l'esercizio alla lettura critica è l'unica soluzione.

Tuttavia, per cominciare e fare riferimento a un linguaggio condiviso minimo abbiamo deciso di marcare le affermazioni fatte nelle conclusioni con un "grado di evidenza" estremamente semplificato.

In accordo all'esperienza dei medici di medicina generale del Galles (3) (4) utilizzeremo una gerarchia molto semplificata (e imprecisa). Diremo che le conclusioni raggiungono gradi di evidenza da 4 a 1:

4 molto bassa, 1 molto alta. (**tabella 1**)

Mentre le conclusioni che fanno riferimento a una linea guida verranno marcate con la lettera G, proprio per l'enorme difficoltà di discernere tra linee guida di diversa qualità cui si faceva riferimento prima in questo articolo: l'intelligenza critica del lettore è l'unica garanzia che siamo riusciti ad individuare.

Un'evidenza molto bassa non significa necessariamente che la qualità dello studio è molto bassa. Per alcuni problemi è pressoché impossibile raggiungere evidenze molto alte. Chi sottoporrebbe suo figlio a uno studio metodologicamente perfetto per scoprire il carico radioattivo necessario a causargli la leucemia linfatica acuta?

Per certi problemi dobbiamo fare riferimento a "evidenze epidemiologiche più modeste". Per altri problemi invece, per lo più di terapia (in specie laddove la pressione del marketing è più forte), non prenderemo in considerazione

ne articoli di livello inferiore agli **RCT**. Marcare una affermazione scientifica facendo riferimento a una scala gerarchica è sempre operazione difficile e dubbia, ma è il dubbio e non la certezza il pregio maggiore della metodologia scientifica; è il dubbio e non la certezza quel che avvicina di più la medicina moderna alla scienza moderna. Lasciamo le certezze ai cattivi maestri (categoria rigorosamente distinta da quella degli esperti) non dimenticando che ce ne sono anche tra i "cultori dell'evidenza" (5) e avviciniamoci ai problemi con cautela, incertezza, passione e rispetto per i nostri pazienti.

Tabella 1: Gerarchia semplificata dell'evidenza (4)

| Grado di evidenza | Tipo di studio |
|-------------------|--|
| 1 | Review sistematica metanalisi |
| 2 | RCT |
| 3 | Studi di coorte Studi caso-controllo Survey Case report |
| 4 | Opinione di esperti |
| G | Linee guida pubblicate |

NOTE FINALI

1. A pagina 50 pubblichiamo una sintesi del processo metodologico utilizzato per la soluzione degli scenari; un processo, ovviamente, in itinere che non pretende di essere completo o metodologicamente "perfetto". Il lettore "curioso" troverà utile confrontarsi con la nostra proposta e analizzare i punti critici di questo processo.

2. Le abbreviazioni utilizzate negli scenari e riprese nel glossario di pagina 48 sono quelle della letteratura internazionale EBM perché ci siamo accorti che il tentativo (fatto nei numeri precedenti di *Quaderni acp*) di tradurre in italiano le sigle genera frequentemente confusione.

PREREQUISITI PER LA LETTURA DEGLI SCENARI DEL LEGGERE E FARE

1. Il glossario pubblicato a pagina 48 è un invito alla verifica della conoscenza di concetti di base che non possono esaurirsi in semplici definizioni. Il glossario completo è disponibile sul web all'indirizzo di *Quaderni acp*: www.quaderniacp.it

2. Gli scenari che presentiamo in questo numero riguardano problemi di terapia. Abbiamo preferito presentare i risultati, laddove possibile, in termini di eventi, confrontando il numero di insuccessi nel gruppo sperimentale (**EER: EXPERIMENTAL EVENT RATE**) con quello del gruppo controllo (**CER: CONTROL EVENT RATE**).

3. Sono disponibili on line numerosi articoli-guida alla lettura critica di problemi di terapia. Contemporaneamente alla versione su carta, di questo articolo sarà realizzata una versione per il sito di *Quaderni acp* con attivi una selezione di link didattici.

4. I concetti di base che il lettore deve preliminarmente conoscere per avvicinarsi alla lettura sono oltre all'**EER** (EXPERIMENTAL EVENT RATE), al **CER** (CONTROL EVENT RATE), all'**INTERVALLO DI CONFIDENZA (IC)**, quello di **DIFFERENZA STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA**, di **RRR** (RELATIVE RISK REDUCTION) **ARR** (ABSOLUTE RISK REDUCTION) E DI **NNT** (NUMBER NEEDED TO TREAT), concetti tutti ripresi nel glossario cui si rimanda anche per la bibliografia di riferimento.

Bibliografia

- (1) Sackett D et al. How to practice and teach EBM Churchill Livingstone 2000
- (2) Centre for Evidence-Based Medicine What is a Cat? <http://cebml.jr2.ox.ac.uk/docs/cats/catabout.html> (accesso 2 febbraio 2002)
- (3) Brassey J et al. Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT project *BMJ* 2001;322:529
- (4) Attract project EBM, Hierarchies of Evidence <http://www.attract.wales.nhs.uk/about/HOE.htm> (accesso 5 febbraio 2002)
- (5) Sackett D The sins of expertness and a proposal for redemption *BMJ* 2000;320:1283

Quanta sofferenza in più non usando l'antibiotico nell'otite?

Salvo Fedele
 Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

Scenario Clinico

Ad un bambino di due anni faccio diagnosi di otite media. Il bambino la notte precedente ha avuto otalgia della durata di circa due ore, adesso l'otalgia è finita, anche se persiste la febbre. È il primo episodio di otite, spiego alla madre che per due giorni ancora può utilizzare il paracetamolo per il dolore o la febbre e dal terzo giorno, solo in caso di persistenza dei sintomi (febbre o dolore), amoxicillina per cinque giorni. La madre ha capito che il bambino non corre alcun rischio supplementare per l'utilizzo non immediato dell'antibiotico, è d'accordo anche sulla prescrizione che propongo, finalizzata all'uso ponderato dell'antibiotico, ma si chiede e mi chiede: quanta "sofferenza in più" comporta per il bambino (in termini di dolore, febbre, pianto, etc.) quest'eventuale ritardo nell'uso dell'antibiotico?

Background

Per le preoccupazioni sempre più diffuse in letteratura circa la possibilità di selezionare germi multiresistenti, l'uso di antibiotici nella patologia corrente deve essere ridotto e limitato alle situazioni in cui l'utilizzo del farmaco è davvero indispensabile. Molte revisioni sistematiche hanno concluso che nella maggior parte dei bambini l'otalgia si risolve spontaneamente anche in 24 ore (1), le metanalisi però non rispondono a un quesito: come comportarsi di fronte a bambini che non hanno una pronta regressione dei sintomi? Ritardare la prescrizione determina maggiori rischi per il bambino che presenta persistenza dei sintomi? L'unico studio che ha documentato maggiori rischi per i bambini che non vengono sottoposti a nessuna terapia antibiotica è lo **STUDIO DI COORTE** di Van Buchen (2) in cui l'unico caso di mastoidite si erano verificati tutti nel gruppo che non veniva trattato, nonostante la persistenza dei sintomi oltre il terzo giorno di malattia, per cui una strategia di attesa non oltre il terzo giorno di malattia sembra sicura e praticabile in un setting ambulatoriale.

La domanda in tre parti

In un [bambino con otite media acuta] (POPOLAZIONE E PATOLOGIA ESAMINATA) quanto è meno efficace [una prescrizione ritardata rispetto alla tradizionale terapia immediata] (INTERVENTO E CONTROLLO)

nel ridurre [la durata dei sintomi di otite media acuta]? (OUTCOME)

Commento:

l'addestramento a trasformare i propri quesiti clinici in domande per i database di ricerca è uno degli aspetti più importanti del metodo proposto.

Sackett nel suo libro (3) propone la cosiddetta "prescrizione educativa" per favorire l'addestramento del medico.

La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:

1. Popolazione e patologia esaminata

2. Intervento (ed eventuale controllo)

3. Esito dell'intervento (e del controllo)

Durante la routine quotidiana il medico può prendere appunti sui problemi (che poi potrà risolvere ricorrendo ai database) utilizzando lo schema mostrato in figura

Rx Prescrizione Educativa

Nome del paziente: _____

Domanda in tre parti

Patologia esaminata: _____

Intervento (± confronto): _____

Esito: _____

Data e luogo: _____

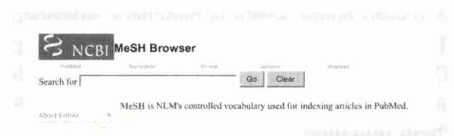
Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH Browser di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini:

- OTITIS - CHILD - DRUGS, NON-PRESCRIPTION
- ANTIBIOTICS - TREATMENT OUTCOME

Commento:

il MeSH Browser di MEDLINE include l'elenco completo delle parole chiave utilizzate per indicizzare tutti gli articoli registrati nel database. Vi si accede dal link MeSH Browser della Home Page di MEDLINE/Pub Med <http://www.nlm.nih.gov>

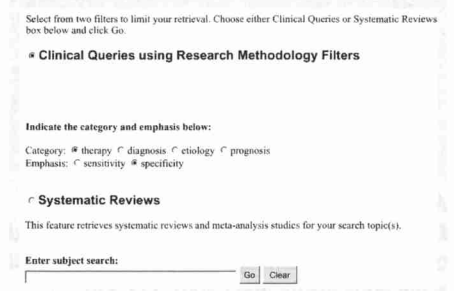


"frequentare" il Browser MeSH è un'altra tappa fondamentale per addestrarsi a trasformare con efficienza le domande che derivano dalla propria attività clinica in domande per i database di ricerca bibliografica. L'ottima guida in linea (continuamente aggiornata) è stata preparata dallo staff della National Library ed aiuta a capire la logica e i pregi di questo efficientissimo dizionario ragionato. L'utilizzo dei termini di ricerca corretti è essenziale per condurre la ricerca bibliografica che, a differenza di quel che comunemente si pensa, è una "THINKING SKILL" che potremmo tradurre "ABILITÀ PENSAnte" e non una "COMPUTER SKILL".

Sono pronto per tradurre la mia domanda, debbo però ancora scegliere dove trascriverla. Pub Med offre infatti diverse opzioni, la più vicina alle esigenze del medico pratico, come recentemente sottolineato da un editoriale di ACP Journal Club (4) è la maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters"

Commento:

*la maschera utilizzata è reperibile al link Clinical Queries della Home page di MEDLINE/PubMed. Il filtro Therapy seleziona tutti gli articoli di terapia; il filtro "Specificity" seleziona gli **RCT IN DOPPIO CIECO**. Articoli con livelli di evidenza minore possono essere selezionati utilizzando il filtro "Sensitivity". In seguito parleremo un po' più diffusamente della gerarchia dell'evidenza, quel che ci preme sottolineare qui è la possibilità di selezionare, già in fase di ricerca, articoli "di qualità".*



Nota

Per facilitare la lettura degli Scenari del leggere e fare abbiamo preparato un **glossario**, si veda **pagina 48**, dove troverete **tutti i termini marcati in rosso**. Molte spiegazioni verranno inoltre fornite contestualmente alla presentazione degli scenari nei box in grigio.

A questo punto, scelta la maschera, selezione Therapy e Specificity e scrivo la mia domanda: **Otitis AND Child AND (“Drugs, Non-Prescription” OR Antibiotics) AND “Treatment outcome”**

Commento:

nella maschera è essenziale mettere i termini di ricerca composti da più parole tra virgolette. Ricordarsi di scrivere gli operatori logici OR e AND in maiuscolo. Le parentesi hanno la stessa funzione svolta nelle espressioni aritmetiche.

Non trovo nessun articolo; provo allora a ripetere la stessa domanda utilizzando i filtri Therapy e Sensitivity; PubMed mi restituisce sette articoli, tra i quali, dopo aver letto gli abstract, seleziono un solo articolo che è un **RCT NON IN CIECO**.

Commento:

uno degli equivoci più diffusi è quello di finalizzare la ricerca all'affermazione finale “c'è evidenza” oppure “non c'è evidenza”. L'EBM in realtà, così come è stata formulata dai suoi fondatori, vuole aiutare il medico e i pazienti a prendere una decisione in base alle “evidenze disponibili”. Se una affermazione è supportata da una **METANALISI**, potremo affermare che il grado di evidenza di quella affermazione è altissimo, ma se, come vedremo nel nostro caso, non sono disponibili metanalisi o **RCT IN DOPPIO CIECO** ma “soltanto” un **RCT** potremo alla fine trarre lo stesso le nostre conclusioni, ma di “evidenza inferiore”. L'attenzione continua degli esperti dell'EBM alla “scala dell'evidenza” non va fraintesa. La “scala” consente di utilizzare un linguaggio condiviso. Le scale però sono degli strumenti perfettibili. Per fare un esempio: le scale attualmente proposte dagli esperti di EBM non tengono nel giusto conto l'importanza del “setting” in cui è condotta una ricerca. In ogni caso però il parere dell'esperto resta soltanto e sempre “il parere dell'esperto” ed è fortemente influenzato da fattori che non risentono della “qualità” delle affermazioni fatte ma da altri fattori quali la “fiducia”, la “considerazione scientifica” per chi formula quella affermazione, la simpatia o l'antipatia personale.

Articoli selezionati

Little P et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336

Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 2001; Nazione: UK
 Tipo di studio: RCT (non in cieco) con follow-up di una settimana. Setting: ambulatori medici di medicina generale nel sud-est dell'UK

Commento:

il trial mette a confronto la terapia antibiotica immediata con la prescrizione di una terapia antibiotica da iniziare soltanto in caso di persistenza dei sintomi dopo tre giorni dalla visita. Lo studio non è stato condotto in cieco: per la natura della prescrizione è difficile disegnare in cieco per la famiglia un trial di questo tipo. Poco chiara è la metodologia di allocazione dei pazienti in uno dei due bracci di intervento. Il setting dove è stato condotta la ricerca è molto simile a quello dello scenario.

Pazienti e interventi confrontati

Pazienti:

N = 315 BAMBINI (DI ETÀ TRA 6 MESI E 10 ANNI) CHE AVEVANO OTALGIA ACUTA E EVIDENZE OTOSCOPICHE DI INFIAMMAZIONE ACUTA DELLA MT.

Gruppo sperimentale:

N = 164 [ANALIZZATI = 150]
 PRESCRIZIONE DI TERAPIA RITARDATA CON AMOXICILLINA (DOPO 72 ORE DI ATTESA, IN CASO DI PERSISTENZA DI SINTOMI) PER 7 GIORNI.

Gruppo controllo:

N = 151 [ANALIZZATI = 143]
 TERAPIA CON AMOXICILLINA AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI PER 7 GIORNI.

Criteri di esclusione: aspetto della MT suggestivo di OM con effusione o OM cronica suppurativa, uso dell'antibiotico nelle due settimane precedenti l'insorgere dell'OMA.

La durata della sintomatologia prima dell'assegnazione ad uno dei due trattamenti analizzati nello studio non è precisata e questo deve essere considerato l'aspetto metodologicamente più debole dello studio.

Eventi presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|---|---------------|--------------|-------|-------|--------------------|
| Bambini in trattamento antibiotico dopo 7 giorni dall'esordio | 132/151 (87%) | 36/164 (22%) | 74,9% | 65,5% | 2 IC 95% 2-2 |

Commento:

La prescrizione di utilizzare l'antibiotico solo in caso di persistenza dei sintomi ottiene un grosso successo. L'obiettivo di ridurre l'uso dell'antibiotico è raggiunto; un NNT uguale 2 in questo caso significa che ogni due “prescrizioni di ritardare l'uso del farmaco” un bambino potrà farne completamente a meno.

Altri Outcome presentati dagli Autori

| Durata dei sintomi | Differenza media tra i gruppi | IC 95% |
|--------------------|--|-----------|
| Otalgia | 1,1 giorni in più per il gruppo sperimentale | 0,54-1,48 |
| Otorrea | 0,7 giorni in più per il gruppo sperimentale | 0,19-1,13 |
| Disturbi del sonno | 0,7 giorni in più per il gruppo sperimentale | 0,30-1,13 |
| Pianto | 0,7 giorni in più per il gruppo sperimentale | 0,31-1,08 |

Commento:

otalgia, otorrea, disturbi del sonno, presentano differenze statisticamente significative ma giudicate dagli autori clinicamente “irrilevanti”. Questa valutazione di “irrelevanza” va però discussa con la famiglia: un genitore potrebbe avere una opinione diversa rispetto a quella del medico. Piuttosto che in termini di differenze significative sarebbe più utile e immediatamente comprensibile presentare i risultati in termini di eventi. Purtroppo gli autori presentano i dati in maniera aggregata come confronto tra medie. Non è così possibile dai dati pubblicati ricavare il numero di eventi nei due gruppi (ad esempio dopo due o tre giorni di terapia o di non terapia quanti soggetti hanno ancora otalgia, otorrea, disturbi del sonno?)

Conclusioni (aggiornamento 5-2-2002)

La raccomandazione di utilizzare l'antibiotico nell'otite media acuta solo in caso di persistenza dei sintomi (febbre, otorrea, otalgia) per più di tre giorni è accettata dalle famiglie. Il grado di sofferenza in più per il bambino che questa prescrizione comporta non è quantificabile in termini di eventi clinicamente rilevanti ma solo in termini di differenze statisticamente significative **[EVIDENZA 2]**

Bibliografia

- (1) Glasziou PP et al Antibiotics for acute otitis media in children *Cochrane Database Syst rev* 2000
- (2) Van Bunchen P et al Acute otitis media a new treatment strategy *BMJ* 1985; 290: 1033
- (3) Sackett D et al. How to practice and teach EBM *Churchill Livingstone* 2000

Qual è la terapia della pediculosi recidivante del capo?

Maria Grazia Lunetta
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

Scenario Clinico

Controllo in ambulatorio un bambino di 9 anni con pediculosi del capo, malgrado 2 trattamenti (a distanza di 8 giorni) l'uno con permetrina all'1% e l'altro con malathion gel allo 0,5%. La madre, scoraggiata dall'insuccesso dei trattamenti, mi chiede se ci sono pediculosi più efficaci

Background

Numerosi articoli segnalano un aumento della resistenza del pidocchio ai comuni pediculosidi (1) che ha portato all'uso di prodotti più concentrati. Un altro problema sollevato in letteratura (2) è una sovrastima di reinfestazione (diagnosi effettuata in presenza solo delle uova) con conseguente eccessivo utilizzo di prodotti tossici.

La domanda in tre parti

In un [bambino con pediculosi del capo già trattato con permetrina all'1% o con malathion] qual è il [trattamento adeguato] per evitare [ricorrenza per insuccesso terapeutico da resistenza]?

Strategia di ricerca

Dopo aver verificato nel browser MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini:

- PEDICULUS - CHILD - PERMETHRIN
- MALATHION - RECURRENCE

Avevo inserito "head lice infestation" ma il termine MeSH è pediculus o "lice infestations". Resistance non è termine MeSH, ma decido di utilizzarlo per cercare di selezionare articoli più adatti al mio scenario

sempre su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" seleziono Therapy e Specificity e traduco la mia domanda:

Pediculus AND child AND (permethrin OR malathion) AND recurrence AND "treatment failure" AND resistance

e la ricerca non seleziona articoli. Seleziono Therapy e Sensitivity e la ricerca seleziona 1 articolo

Articoli selezionati

Hipolito RB et al. Head lice infestation: single drug versus combination therapy with one percent permethrin and trimethoprim/sulfa-

methoxazole. *Pediatrics* 2001;107:e30

È uno studio che paragona l'efficacia della terapia combinata di permetrina crema all'1% + trimetoprim/sulfametossazolo (per os) al trattamento con gli stessi farmaci usati singolarmente.

Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 2001; Nazione: USA
Tipo di studio: RCT (NON IN CIECO) CON UN FOLLOW-UP DI DUE E QUATTRO SETTIMANE.
Setting: TRE STUDI MEDICI PRIVATI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA IN CALIFORNIA.
Lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra luglio 1996 e dicembre 1999.

Pazienti e interventi confrontati

Pazienti:

N = 115 BAMBINI (DI ETÀ TRA 2 E 13 ANNI) CON INFESTAZIONE DI PIDOCCHI

Diagnosi di infestazione: presenza di pidocchi adulti, allo stadio larvale o uova embrionate (la presenza di sole uova non embrionate dopo trattamento non era considerato segno di infestazione). Criteri di esclusione: erano stati reclutati 125 bambini ma 10 sono stati esclusi per ipersensibilità ai farmaci, scarsa compliance familiare.

Gruppo controllo permetrina:

N = 39 [ANALIZZATI = 39]
APPLICAZIONE PER 10 MINUTI DI PERMETRINA ALL'1% RIPETUTA DOPO 7 GIORNI SE PRESENZA ANCORA DI INFESTAZIONE*

Gruppo controllo Tmp/Smx:

N = 36 [ANALIZZATI = 36]
TMP/SMX 10 MG/KG/DIE IN DUE DOSI GIORNALIERE PER 10 GIORNI*

Gruppo sperimentale in terapia combinata:

N = 40 [ANALIZZATI = 40]
TERAPIA COMBINATA CON PERMETRINA ALL'1% E TMP/SMX *

* DOPO DUE SETTIMANE IL TRATTAMENTO VENIVA RIPETUTO SE PERSISTEVA L'INFESTAZIONE

Eventi presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO PERMETRINA 1%

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|--|------------|-----------|-----|-----|----------------------|
| Infestazione dopo 2 settimane di terapia | 8/39 (20%) | 2/40 (5%) | 75% | 15% | 7 IC 95% 4-117 |

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|--|-------------|-------------|-----|-------|---------------------|
| Infestazione dopo 4 settimane di terapia | 11/39 (28%) | 3/40 (7,5%) | 73% | 20,5% | 5 IC 95% 3-25 |

NNT 5 significa che dobbiamo trattare con la terapia combinata 5 bambini con pediculosi per avere un successo in più rispetto al trattamento con la sola permetrina. È un NNT da considerare rilevante per il ristretto IC 95% e, soprattutto, se si considera che il confronto non è fatto con il placebo ma con la crema alla permetrina all'1%, farmaco di prima scelta per la pediculosi.

2. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO TMP/SMX

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|--|------------|-------------|-----|-----|--------------------|
| Infestazione dopo 4 settimane di terapia | 8/36 (22%) | 3/40 (7,5%) | 66% | 14% | 5 IC 95% 4-∞ |

L'intervallo di confidenza del NNT che tende all'infinito (∞) indica l'assenza di differenze significative.

Conclusioni (aggiornamento 5-2-2002)

La terapia combinata con permetrina all'1% + trimetoprim/sulfametossazolo riduce la ricorrenza di pediculosi maggiormente rispetto all'uso singolo della permetrina all'1%. Non si evidenzia invece differenza significativa con la terapia con solo trimetoprim/sulfametossazolo. La terapia combinata trova indicazione solo nei casi di insuccesso terapeutico con trattamenti topici. **[EVIDENZA 2]**

Bibliografia

- (1) Pollack RJ et al. Differential Permethrin Susceptibility of Head Lice Sampled in the United States and Borneo. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:969
- (2) Pollack RJ et al. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America. *Ped Inf Dis* 2000;19:689

Quale profilassi in un neonato di madre con varicella insorta un giorno dopo il parto?

Rosario Ferracane

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

Scenario Clinico

Telefona una signora per parlarmi della sorella che ha partorito da un giorno e ha cominciato a manifestare la varicella. In ospedale hanno programmato di iniziare una terapia alla neonata qualora dovesse sviluppare la varicella. Chiede un mio parere. Rispondo che un intervento profilattico con VZIG è consigliato. Non ne conosco l'efficacia. Non so se è indicata la profilassi anche con aciclovir.

Background

Una varicella materna che esordisce nella settimana precedente o seguente il parto può determinare la comparsa nel neonato di varicella con un alto rischio di complicanze gravi. L'infezione iniziale è intrauterina, benché il neonato sviluppi le manifestazioni cliniche dopo il parto. Il rischio per il neonato di avere una forma grave è correlato alla quantità di anticorpi materni anti-VZV che il feto ha acquisito attraverso la placenta prima della nascita. Se c'è stato un intervallo > di 1 settimana tra manifestazione della varicella nella madre e il parto, è verosimile che il neonato abbia ricevuto un livello di anticorpi anti-VZV sufficiente a migliorare la prognosi dell'infezione. Viceversa, se l'intervallo è stato < di 1 settimana o la varicella materna è esordita nei primi giorni dopo il parto, il neonato non ha verosimilmente la quantità necessaria di anticorpi anti-VZV con effetto protettivo e la varicella può essere molto grave. Il dato "storico" è che la varicella neonatale non sottoposta a profilassi e trattamento ha una mortalità del 31% quando segue a una varicella materna insorta tra 4 giorni prima del parto e 2 giorni dopo (1). Le linee guida dell'Advisory Committee on Immunization Practices consigliano l'uso delle VZIG nei neonati da madri che sviluppano la varicella tra 5 giorni prima e 2 giorni dopo il parto (2).

La domanda in tre parti

In un [neonato da madre con varicella perinatale] la profilassi con [VZIG o aciclovir] riduce gli [esiti della varicella]?

Strategia di ricerca

Dopo aver verificato nel browser MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini:

- CHICKENPOX - INFANT, NEWBORN
- IMMUNOGLOBULINS - ACYCLOVIR

sempre su PubMed nella maschera "Clinical

Queries using Research Methodology Filters" seleziono per una prima ricerca prognosis e sensitivity, successivamente seleziono per una seconda ricerca therapy e sensitivity, e traduco la mia domanda:

Chickenpox AND "Infant, newborn" AND (Immunoglobulins OR Acyclovir)

Con la prima ricerca trovo 16 articoli e seleziono un solo studio. Nessun altro studio rilevante è stato trovato con la seconda ricerca.

Nella maschera utilizzata il filtro prognosis seleziona tutti gli articoli che descrivono la prognosi e gli esiti di una patologia; In questo caso il filtro specificity seleziona tutti gli studi di Coorte longitudinali; il filtro sensitivity seleziona anche articoli con un livello di evidenza inferiore.

Articoli selezionati

1. Miller E et al. Outcome in newborn babies given anti-varicella-zoster immunoglobulin after perinatal maternal infection with varicella-zoster virus. *Lancet* 1989;2:371

Caratteristiche principali dello studio

Autore: Miller E et al

Data di pubblicazione: 1989; Nazione: UK

Tipo di studio: STUDIO DI COORTE CON UN FOLLOW-UP DI SEI-OTTO SETTIMANE.

Setting: TUTTE LE NEONATOLOGIE DELL'UK

Lo studio è stato condotto dal 1979 al 1988.

Pazienti e interventi dello studio

Pazienti:

N = 281 NEONATI [ANALIZZATI 280]

(NEONATI LE CUI MADRI AVEVANO MANIFESTATO LA VARICELLA NEL MESE ANTECEDENTE O SUCCESSIVO AL PARTO)

Coorte di soggetti a rischio elevato

N = 176 [ANALIZZATI 176]

VARICELLA MATERNA DA 7 GG PRIMA A 7 GG DOPO IL PARTO

Sottogruppo di soggetti a massimo rischio

N = 118 [ANALIZZATI 118]

VARICELLA MATERNA DA 4 GG PRIMA A 2 GG DOPO IL PARTO

Interventi:

Tutti i NATI DA MADRI IN CUI LA VARICELLA ERA COMPARSITA NELLA SETTIMANA ANTECEDENTE IL PARTO O NEL MESE SEGUENTE ERANO TRATTATI CON VZIG (100 mg o 250 mg intramuscolo a seconda delle conoscenze farmacologiche del

periodo in cui i bambini sono nati, 100 mg fino al 1984 e 250 mg dopo. È stato eseguito un follow up clinico e sierologico di tutti i 281 neonati .

Outcome analizzabili dallo studio

1. COORTE SOGGETTI A RISCHIO ELEVATO: VARICELLA MATERNA DA 7 GG PRIMA A 7 GG DOPO IL PARTO

| OUTCOME | N° (%) |
|----------------------|---------------|
| infetti | 119/176 (68%) |
| infetti asintomatici | 14/176 (8%) |
| infetti sintomatici | 105/176 (60%) |
| infetti gravi | 18/176 (10%) |

2. SOTTOGRUPPO A MASSIMO RISCHIO: VARICELLA MATERNA DA 4 GG PRIMA A 2 GG DOPO IL PARTO

| OUTCOME | N° (%) |
|---------------|--------------|
| infetti gravi | 16/118 (14%) |

16 neonati con infezione grave sono nel sottogruppo a massimo rischio.

In totale lo studio ha individuato 19 infezioni gravi. L'unico bambino che ha avuto un'infezione grave al di fuori della coorte a rischio elevato era nato da madre che aveva contratto la varicella nella settimana compresa tra 14 giorni e 8 giorni prima del parto.

Conclusioni (aggiornamento 5-2-2002)

Le VZIG verosimilmente non prevengono la varicella neonatale da infezione materna perinatale, ma probabilmente attenuano il decorso [EVIDENZA 3]. Il consiglio di usarle nella prevenzione, presente nelle linee guida inglesi e americane, dà a questo trattamento valore etico condiviso [EVIDENZA G]. La ricerca bibliografica non ci ha consentito di individuare alcun RCT sull'utilizzo dell'aciclovir nella profilassi della varicella neonatale e pertanto, alla luce delle attuali conoscenze, l'utilizzo di questo farmaco non ha documentazione di efficacia.

Bibliografia

- (1) Meyers JD. Congenital varicella in term infants: Risk reconsidered. *J Infect Dis* 1974;129:215
- (2) Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* 1996;45:1

La cauterizzazione è utile nel trattamento delle epistassi ricorrenti idiopatiche?

Enrico Corpora

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

Scenario Clinico

Vincenzo è un bambino di 10 anni che da circa un anno soffre di epistassi ricorrenti non sostenute da cause secondarie (traumi, rinite, allergie, disturbi della coagulazione). Viene in ambulatorio di ritorno dal pronto soccorso dove gli è stato applicato un tampone emostatico e gli è stato proposto a breve scadenza un trattamento di cauterizzazione con nitrato d'argento dei vasi teleangectasici della parete anteriore del setto nasale. Il padre che l'accompagna mi chiede se la cauterizzazione sia più efficace delle comuni creme nel ridurre la ricorrenza dei sanguinamenti nasali.

Background

L'epistassi ricorrente idiopatica, sostenuta dalla fragilità della mucosa settale anteriore, è un problema medico frequente (ne soffre circa il 9% dei bambini tra 11 e 14 anni) che si risolve spontaneamente in circa il 90% dei casi con la crescita. Per il suo trattamento sono prescritti vari prodotti topici che agirebbero positivamente sull'infezione e sull'infiammazione della mucosa nasale, riducendo la formazione delle croste e i sanguinamenti. Un altro trattamento consiste nella cauterizzazione con nitrato d'argento che, sclerosando i vasi sanguigni teleangectasici, sostituisce un'area di mucosa nasale con tessuto cicatriziale. Questa tecnica, largamente consigliata non è scevra da complicanze (formazione di croste, reazioni mucocutanee locali, tatuaggio della mucosa nasale, perforazione del setto) ed è vissuta come particolarmente dolorosa dai bambini, nonostante l'anestesia locale.

La domanda in tre parti

In un [bambino con epistassi ricorrente idiopatica] è più efficace [la cauterizzazione con nitrato d'argento rispetto agli antisettici topici] nel ridurre [la frequenza dei sanguinamenti nasali]?

Strategia di ricerca

Dopo aver verificato nel MeSH Browser di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini:

- EPISTAXIS - CHILD - CAUTERY
- ANTI-SEPTIC AGENTS, LOCAL

Avevo inserito antibiotics, ma il termine MeSH è anti-septic agents, local. Non sono riuscito a trovare un termine MeSH equivalente a epistassi idiopatica.

sempre su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" seleziono Therapy e Sensitivity

Specificity seleziona gli RCT in doppio cieco ma non mi aspettavo di trovare (come di fatto ho verificato) studi di questo tipo per la natura dei trattamenti confrontati (crema versus cauterizzazione).

e traduco la mia domanda:

Epistaxis AND Child AND (Cautery OR "Anti-septic agents, local")

La ricerca seleziona 8 articoli.

Dopo aver letto gli abstract ne scelgo uno.

Articoli selezionati

(1) Ruddy J et al. Management of epistaxis in children. *Int J of Pediatr Otorhinolaryngol* 1991;21:139

Degli otto articoli selezionati mi è sembrato il più vicino al mio caso sia per popolazione studiata (bambini con epistassi "idiopatica") sia per interventi confrontati (cauterizzazione versus crema).

LA RICERCA È STATA POI PERFEZIONATA UTILIZZANDO IL LINK "RELATED ARTICLES" (ARTICOLI ATTINENTI) GRAZIE AL QUALE È STATO POSSIBILE SELEZIONARE UN SECONDO RCT:

(2) Murthy P et al. A randomised clinical trial of antiseptic nasal carrier cream and silver nitrate cautery in the treatment of recurrent anterior epistaxis. *Clin Otolaryngol* 1999;228:2310

Questo RCT non è stato selezionato nella precedente ricerca essendo condotto su una popolazione di adulti e adolescenti (e quindi escluso dal termine di ricerca child). Mi è sembrato utile per gli interventi confrontati (crema versus cauterizzazione+crema), allo scopo di valutare meglio l'eventuale effetto aggiuntivo della cauterizzazione.

Caratteristiche principali dello studio (1)

Autore: Ruddy; Data di pubblicazione: 1991; Nazione: UK

Tipo di studio: RCT (NON IN CIECO) CON UN FOLLOW-UP DI 8 SETTIMANE.

Setting: UN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO.

Questo RCT non può essere certamente considerato uno studio di qualità anche per il campione estremamente esiguo.

Dallo studio sono stati esclusi i bambini con epistassi secondarie.

Pazienti e interventi confrontati nello studio (1)

Pazienti:

N = 48 BAMBINI TRA 3-14 ANNI CON EPISTASSI RICORRENTI E ALMENO UN EPISODIO NELLE ULTIME 4 SETTIMANE

Gruppo sperimentale:

N = 24 [ANALIZZATI = 22]

CAUTERIZZAZIONE CON NITRATO D'ARGENTO

Gruppo controllo:

N = 24 [ANALIZZATI = 23]

CREMA ANTISETTICA (CLOREXIDINA 0,1% + NEOMICINA 0,5%) X 2 VOLTE AL GIORNO X 4 SETTIMANE

Eventi presentati dagli autori nello studio (1)

CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|---|-------------|------------|-----|-----|--------------------------------|
| Presenza di sanguinamento nelle ultime 4 settimane di follow-up | 11/24 (46%) | 9/24 (38%) | 18% | 8% | 13 IC _{95%} 3-∞ |

Il follow-up è stato di 8 settimane ma gli autori hanno considerato solo i sanguinamenti che si erano verificati nelle ultime 4 settimane.

Questi dati rilevano delle differenze non significative tra i due gruppi.

L'intervallo di confidenza dell'NNT che tende all'infinito indica l'assenza di differenze significative.

Caratteristiche principali dello studio (2)

Autore: Murthy; Data di pubblicazione: 1999; Nazione: UK

Tipo di studio: RCT (NON IN CIECO) CON UN FOLLOW-UP DI 8 SETTIMANE.

Setting: UN AMBULATORIO DI OTORINOLARINGOIATRIA.

Questo RCT ha un numero elevato di pazienti persi al follow-up.

I dati presentati dagli autori non consentono l'analisi secondo l'intention to treat.

Anche in questo caso il campione è troppo piccolo per dimostrare una differenza significativa tra le terapie messe a confronto.

La popolazione pediatrica selezionata è definita molto genericamente come di età inferiore a 16 anni;

Glossario dei

Salvo Fedele

Pazienti e interventi confrontati nello studio (2)

Pazienti:

N = 64 [ANALIZZATI = 50]

ADULTI E BAMBINI CON UNA STORIA DI EPISTASSI RICORRENTE E ALMENO UN EPISODIO NELLE ULTIME 2 SETTIMANE

Gruppo sperimentale:

N = ? [ANALIZZATI = 28]

CAUTERIZZAZIONE CON NITRATO D'ARGENTO + CREMA ANTISETTICA (CLOREXIDINA 0,1% + NEOMICINA 0,5%) X 2 VOLTE AL DÌ X 2 SETTIMANE

Gruppo controllo:

N = ? [ANALIZZATI = 22]

CREMA ANTISETTICA (CLOREXIDINA 0,1% + NEOMICINA 0,5%) X 2 VOLTE AL DÌ X 2 SETTIMANE

Eventi presentati dagli autori nello studio (2)

CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO

| Evento | CER | EER | RRR | ARR | NNT |
|---|------|-------|-----|-----|-----|
| Presenza di sanguinamento nelle ultime 4 settimane di follow-up | 8/22 | 12/28 | | | |

Questa tabella non è semivuota per un errore di stampa, è un invito alla riflessione per il lettore che ci consentirà di introdurre altri concetti che tratteremo nel prossimo numero di Quaderni acp.

Come si vede, nel gruppo trattato il numero di sanguinamenti è maggiore rispetto al gruppo controllo.

Non serve allora fare nessun calcolo:

la terapia in base ai risultati di questo studio non funziona.

Sono attendibili questi risultati di maggiore sanguinamento nel gruppo trattato o entra in gioco soltanto e semplicemente il caso?

Possiamo dire che la terapia non solo è fallita ma addirittura crea rischi di sanguinamento supplementare?

Come si calcolano gli effetti collaterali di una terapia? Ne parleremo affrontando scenari in cui al centro del problema ci sarà il rischio.

Conclusioni

La cauterizzazione non aggiunge alcun beneficio supplementare nella terapia delle epistassi idiopatiche [EVIDENZA 2]

EVENTO

Si intende l'outcome clinicamente rilevante oggetto dello studio.

CER = CONTROL EVENT RATE

Eventi presenti nel gruppo controllo (quello in cui proviamo il placebo o il vecchio farmaco) alla fine dell'esperimento.

Generalmente presentati come percentuale. ESEMPIO: NUMERO BAMBINI CON DIARREA NEL GRUPPO CONTROLLO = $5/20 = 0,25 = 25\%$

EER = EXPERIMENTAL EVENT RATE

Eventi presenti nel gruppo sperimentale (quello in cui proviamo il nuovo farmaco) alla fine dell'esperimento.

Generalmente presentati come percentuale. ESEMPIO: NUMERO BAMBINI CON DIARREA NEL GRUPPO SPERIMENTALE = $2/20 = 0,10 = 10\%$

RRR = RELATIVE RISK REDUCTION

Il concetto di RRR è estremamente intuitivo; è stato felicemente definito: "il concetto della massaia" ovvero: se un supermercato mi offre un prodotto a 10 Euro e l'altro a 5 dirò che il secondo supermercato mi fa risparmiare la metà (il 50%) e quindi che l'RRR è di 50%.

La formula per calcolarlo è $(10 - 5) / 10 = 0,5$ ossia 50%. NELL'ESEMPIO FATTO PRIMA (SI VEDA ALLA VOCE CER e EER DI QUESTO GLOSSARIO), QUANTE DIARREE MI FARÀ "RISPARMIARE" IL NUOVO FARMACO? PER SAPERLO DEBBO APPLICARE LA FORMULA: $(CER - EER) / CER$ E CIOÈ $(25\% - 10\%) / 25\%$

CHE IN TERMINI ARITMETICI È PIÙ CORRETTAMENTE SCRITTA: $(0,25 - 0,10) / 0,25 = 0,60$ OSSIA 60%.

ARR = ABSOLUTE RISK REDUCTION

Anche il concetto di ARR può spiegarsi con l'esempio dei due supermercati: se voglio una misura assoluta del risparmio della massaia dirò che ha risparmiato 5 euro (10-5).

Perché è importante anche questa definizione assoluta del risparmio? La massaia dell'esempio precedente vive a Milano e risparmia scegliendo il secondo supermercato 5 euro. Una seconda massaia vive a Napoli e confronta lo stesso prodotto in due supermercati della sua città, scopre che in uno il costo è 4 euro e nell'altro il costo è 2 euro. Scegliendo il supermercato più economico anche questa seconda massaia risparmierà il 50% ma il risparmio assoluto sarà di 2 Euro. Se vogliamo confrontare due esperimenti sullo stesso trattamento fatti in due contesti diversi (ad esempio ambulatoriale ed ospedaliero) ci

verrà utile il confronto del risparmio ottenuto non solo in termini relativi ma anche in termini assoluti. TORNIAMO ALL'ESEMPIO DELLE DIARREE, (SI VEDA ALLA VOCE CER e EER DI QUESTO GLOSSARIO) QUANTO SARÀ L'ARR NEL NOSTRO ESEMPIO? LO SCOPRIREMO UTILIZZANDO LA FORMULA: $(CER - EER)$ E CIOÈ: $25\% - 10\%$ CHE IN TERMINI ARITMETICI È PIÙ CORRETTAMENTE SCRITTA: $(0,25 - 0,10) = 0,15 = 15\%$

NNT = NUMBER NEEDED TO TREAT

Quando si confrontano due trattamenti, analizzare il risparmio di insuccessi è certamente una modalità molto intuitiva di misurare l'efficacia di quel che si fa. Se un trattamento invece che Euro mi fa risparmiare giorni di febbre, giorni di dolore, o altri "eventi" importanti, anche noi, come una buona massaia, saremo in grado di capire il vantaggio di un farmaco rispetto all'altro. Le riviste mediche fanno di tutto per "nascondere" questa modalità di misurare l'efficacia di una terapia, ma con un po' di esercizio non è difficile trasformare i risultati in termini di RRR e ARR (la cosa più difficile in un articolo è semmai trovare i risultati!).

Il passaggio da ARR a NNT è soltanto una divisione: $NNT = 1/ARR$; l'NNT è l'inverso dell'ARR.

Perché è utile presentare i risultati anche in termini di NNT e non solo di ARR?

L'informazione supplementare che questa divisione ci dà è molto importante: nel confronto tra trattamenti diversi o tra il gruppo sperimentale e quello controllo non è solo importante quanti insuccessi "si risparmiano" in termini relativi o assoluti, ma qualcosa di più: QUANTI SOGGETTI DEBBO TRATTARE PER OTTENERE UN SUCCESSO. Nessun trattamento è infallibile (per quanto questa sia la speranza del medico e del paziente). Il trattamento infallibile è quel trattamento che determina, al "tempo x", la guarigione nel 100% dei soggetti a confronto di un 100% di malattia nel gruppo controllo. In questo caso diremo che l'NNT è di 1. In realtà le cose non vanno mai così, per fortuna le malattie riescono a guarire anche senza i medici... TORNIAMO ALL'ESEMPIO DELLE DIARREE, (SI VEDA ALLA VOCE CER e EER DI QUESTO GLOSSARIO) QUANTO SARÀ L'NNT? $1/ARR = 1/15\% = 1/0,15 = 6,6$ QUESTO VUOL DIRE CHE DEBBO TRATTARE QUASI 7 BAMBINI PER VEDERE UN BENEFICIO IN PIÙ ATTRIBUIBILE AL NUOVO FARMACO.

Come si vede l'informazione pratica in questo caso è davvero molto precisa: il medico

termini e delle abbreviazioni

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità Locale di Palermo

che legge un articolo in cui i risultati sono presentati esclusivamente come RRR e che non ha l'abitudine a trasformare i risultati in NNT, sa del nuovo farmaco che ottiene una riduzione di insuccessi del 60% ed è portato erroneamente a pensare che in più della metà dei casi il nuovo farmaco funzionerà; il medico che sappia fare qualche sottrazione e divisione riuscirà a capire il significato vero e pratico da attribuire ai risultati presentati dagli autori.

IC = INTERVALLO DI CONFIDENZA

I risultati di un esperimento sono i numeri di cui abbiamo parlato fin qui, ma i risultati di un esperimento sono influenzati da numerosi fattori. Uno dei criteri fondamentali con cui la scienza moderna valuta l'attendibilità di un esperimento è la sua riproducibilità. L'esperimento deve poter essere ripetuto e i risultati confermati. Non possiamo però aspettarci 100 esperimenti in cui i risultati siano sempre ed esattamente gli stessi. NELL'ESEMPIO DELLE DIARREE UTILIZZATO FIN QUI (SI VEDA ALLA VOCE CER e EER DI QUESTO GLOSSARIO) CI SORPRENDEREBBE SE UN ALTRO AUTORE parlasse di un NNT di 10 o di 15? CI SORPRENDEREBBE SE PARLASSE DI UN NNT DI 2500?

L'intervallo di confidenza è una stima della variabilità del risultato, ancora una volta una stima molto utile per il medico pratico. Leggere che il risultato dell'esperimento è un NNT di 6 con un IC compreso tra 3 e 25 per il medico pratico significa che deve aspettarsi un beneficio in più ogni 6 bambini trattati, ma la stima del risultato è dentro un margine di errore compreso tra 3 e 25 (potrebbe avere un beneficio in più trattando soltanto 3 bambini, ma potrebbe avere un beneficio in più solo trattando 25 bambini (tutti i bambini che vede in un mese affetti da diarrea?).

Sul web abbiamo preparato un articolo che nei dettagli presenta l'IC e il suo rapporto con il concetto tanto amato dalla letteratura medica di "significatività statistica" (nella versione elettronica di questo glossario sul sito di *Quaderni acp*, troverete un link diretto). Quel che ci preme sottolineare qui è che l'IC fornisce informazioni pratiche al lettore mentre la significatività statistica è un concetto più astratto, utile certamente per riuscire a pubblicare un articolo rendendo felici committenti e revisori di giornali medici, meno utile per far capire ai lettori il significato vero di un risultato. Sugli scenari del leggere e fare presenteremo i risultati che non sono trasformabili in eventi perché gli autori "hanno dimen-

ticato di trascrivere le cose utili, nonostante pagine di parole e infinite tabelle dall'aspetto accattivante" fornendo gli IC e non limitandoci a parlare di differenze significative.

DIFFERENZA STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA

Abbiamo dedicato l'ABC del leggere e fare del numero 6 2001 di *Quaderni acp* a questo concetto, rimandiamo il lettore a questo articolo per i necessari approfondimenti. Qui vorremmo sottolineare soltanto che la significatività statistica può essere facilmente deducibile leggendo gli intervalli di confidenza di un risultato. Si prenda ad esempio la tabella pubblicata a pagina 44 che tratta della differenza media tra gruppo trattato con antibiotico e gruppo cui è stato prescritto il "trattamento ritardato", (in caso di persistenza dei sintomi per più di 3 giorni) nella cura dell'otite. Gli IC mostrano che il valore minimo di questa differenza è sempre superiore allo zero. Ciò sta a significare che nel gruppo trattato c'è sempre un beneficio. Ma questo beneficio può essere nel caso di otalgia solo di 0,54 (mezza giornata), nel caso di otorrea solo 0,19 (qualche ora) nel caso dei disturbi del sonno 0,3 (meno di un terzo di giornata).

Le informazioni quindi che il lettore può avere sono molto maggiori rispetto alla "lacconica affermazione": "le differenze sono statisticamente significative".

STUDIO SPERIMENTALE

Abbiamo fin qui parlato genericamente di esperimenti, in realtà gli studi sperimentali utilizzati in letteratura medica sono di diversa tipologia. A secondo del problema e della fattibilità pratica, il tipo di esperimento condotto avrà caratteristiche assai diverse. Di seguito riportiamo le definizioni delle tipologie di studio sperimentale cui si fa riferimento negli scenari clinici di questo numero.

RCT = RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

L'RCT viene considerato lo studio sperimentale per eccellenza. In questo tipo di studio il confronto viene fatto tra due o più gruppi cui viene assegnato il trattamento (o i trattamenti) e il placebo (o il trattamento controllo). La comparabilità dei gruppi è garantita dalla ripartizione casuale dei soggetti nei gruppi prima dell'inizio del trattamento (**RANDOMIZZAZIONE**). Gli RCT che utilizzano criteri più complessi, in grado di garantire l'obiettività dell'esperimento, sono quelli in **DOPPIO CIECO** (sia gli sperimentatori che i pazienti non conoscono il tipo di trattamento cui sono

sottoposti: placebo o nuovo farmaco?). In alcuni casi è difficile disegnare uno RCT in doppio cieco, anche in considerazione del **SETTING** in cui è condotta la ricerca (il contesto in cui è condotto l'esperimento: ambulatoriale, ospedaliero, di comunità; le caratteristiche dei pazienti inclusi nello studio, lo staff medico coinvolto nell'esperimento).

STUDIO DI COORTE

Per alcuni problemi o terapie "time honored" "l'etica condivisa" non consente di utilizzare un'esperimento come quello dell'RCT. Purtroppo "l'etica condivisa" è piuttosto "variabile" nel pianeta e molte terapie che non possono sperimentarsi nell'evoluto emisfero occidentale si sperimentano in "soggetti volontari" o "popolazioni volontarie".

In contrapposizione a studi di dubbia eticità l'epidemiologia clinica ha sviluppato con gli Studi di Coorte uno degli strumenti di sperimentazione più eleganti e complessi (e che richiedono un servizio sanitario di qualità per la loro fattibilità). Nello studio di Coorte si valutano, in un intervallo temporale definito, i rischi cui i gruppi si sono "trovati a essere nella realtà" e la loro relazione con gli outcome oggetto di studio. La complessità e l'eleganza di questi studi meriterebbe un'analisi approfondita, sul web abbiamo scelto alcuni articoli cui rimandiamo il lettore per il necessario approfondimento.

LETTERATURA SECONDARIA

Esistono varie tipologie di studi che analizzano gli "esperimenti pubblicati" e vengono definiti "letteratura secondaria" in opposizione alla "letteratura primaria", che è quella degli studi sperimentali. Una tipologia di letteratura secondaria è quella dei CAT (Critically Appraise Topic) cui gli scenari fanno riferimento. Studi secondari più complessi e che richiedono uno sforzo metodologico più impegnativo sono le Metanalisi e le Review sistematiche.

METANALISI E REVIEW SISTEMATICHE

In questi studi gli autori fanno degli approfondimenti molto utili e "al servizio del lettore": sintetizzano i risultati di più studi per fornire un'unico risultato e i suoi intervalli di confidenza, approfondiscono pregi e difetti degli studi valutando tutti i possibili bias metodologici.

Il glossario arricchito di link ad articoli didattici è sul sito di Quaderni acp: www.quaderniacp.it

Metodologia utilizzata

Salvo Fedele

L'esperienza diffusa

Qual è la tua esperienza nei confronti della letteratura scientifica? Provando a fare questa domanda, nove volte su dieci la risposta è: "troppo distante dai problemi di ogni giorno", "troppo difficile da consultare". È certo però che sapersi districare nella letteratura medica e cercare una risposta ragionevole a un quesito che deriva dalla nostra pratica tornerebbe utile in più di una occasione. Attualmente ognuno di noi si è faticosamente costruito una rete di esperti e di fronte a un problema consulta il suo esperto, magari in rete, e del suo esperto si fida e al suo esperto affida la soluzione del "suo problema". Obiettivamente tutto questo non solo è logico ma è anche "scientifico" nell'accezione più ampia del termine. La soluzione di un problema ha bisogno dell'investimento "energetico", "economico", "intellettuale" più basso possibile e il ricorso all'esperto in genere risponde a queste caratteristiche. La soluzione dell'esperto è davvero però sempre la migliore?

Se abbiamo un bambino con bassa statura e ci rivolgiamo ad un'esperto per la soluzione del problema, la sua risposta dipenderà non solo dalle sue convinzioni personali ma da una serie di fattori che spesso "esulano" anche dal controllo razionale.

La ragione principale per la quale ci rivolgiamo poi "esclusivamente" ad un esperto è la nostra incapacità di "saper leggere".

Gli strumenti che la nostra formazione tradizionale ci ha dato per "saper leggere" non sono più adeguati alla crescita esponenziale di conoscenze mediche.

Si dice che una delle competenze più importanti del pediatra è quella di saper rispondere al ruolo di *advocacy*, una parola difficile che ci ricorda che quando una famiglia chiede un consiglio, quando fa richiesta della soluzione di un problema ci fa dono della sua fiducia, un regalo importante.

Il dono più importante da rispettare e che ci richiama alla necessità di ricercare sempre la migliore risposta possibile.

Gli otto passi per la soluzione degli scenari

Come si può vedere analizzando la *figura 1* si è cercato di suddividere in tappe la metodologia utilizzata per la soluzione dei quesiti.

Dei primi due passi si è discusso diffusamente negli esempi pubblicati in questo numero.

Per il terzo passo abbiamo scelto tre risorse per approfondire il background [MD Consult, Book@Ovid e Up to Date]. L'indicizzazione elettronica ci ha consentito di recuperare la bibliografia necessaria in pochi minuti. Più difficile è quantificare il tempo medio di consultazione, fortemente condizionato dalla complessità dell'argomento affrontato e dalle conoscenze dell'autore dello scenario circa il problema in esame.

Per il quarto passo il TRIP Database [Turning Resource into Practice: www.tripdatabase.com] si è dimostrato una risorsa inestimabile. Questo database a libero accesso ha un formidabile motore di ricerca in cui è indicizzata non solo tutta la letteratura EBM ma anche tutta quella letteratura secondaria che "muove i primi passi" verso l'EBM, spesso utilissima come confronto metodologico per scoprire insidie e difficoltà già affrontate e superate, in particolare per i problemi di metodologia didattica della "lettura critica".

Il quinto passo è il più difficile da raccontare in poche righe. La letteratura secondaria viene considerata spesso molto distante dai problemi quotidiani del medico pratico. Numerosi bibliotecari raccontano la loro esperienza in cui il medico che si avvicina a una ricerca bibliografica non sente quasi mai la necessità di consultare i vari database dell'evidenza e spesso nelle poche biblioteche italiane funzionanti, le riviste che fanno letteratura secondaria sono le prime ad essere depennate quando i fondi disponibili scarseggiano: "vengono consultate pochissimo" - la giustificazione non del tutto immotivata. In realtà la letteratura secondaria anche quando non è in grado di risolvere il problema aiuta moltissimo a impostarlo correttamente. Molti articoli di Best Evidence o paragrafi di Clini-

cal Evidence o anche semplici abstract della Cochrane Library rappresentano un importante spunto conoscitivo sia per la presentazione di alcuni risultati sia per l'attenta selezione di studi di qualità in grado di aiutare a impostare correttamente il problema in esame. Questo il senso dell'espressione usata in figura quando si scrive: "In ogni caso la ricerca sulla letteratura EBM viene utilizzata per arricchire il background".

Sul sesto passo ci siamo dilungati negli esempi di scenari presentati in questo numero. Si raccomanda al lettore di utilizzare le diverse maschere disponibili su PubMed e confrontarne l'efficienza e soprattutto curiosare in cerca della logica utilizzata dal motore di ricerca (quando PubMed restituisce la ricerca bibliografica il link "details" è utilissimo per imparare la logica di ricerca più efficiente). La scelta che abbiamo fatto di presentare in tutti gli scenari la ricerca fatta nella maschera Clinical Query di PubMed è stata a lungo dibattuta nel nostro gruppo. Molti di noi hanno imparato la logica di ricerca Medline senza una maschera facilitata, confrontandosi con manuali estenuanti; abbiamo "sofferto" molto il ritardo con cui PubMed ha reso disponibile e via via reso più efficiente questa maschera che consente di arrivare a ricerche estremamente precise nonostante l'assoluta ignoranza circa la metodologia utilizzata dal motore di ricerca. Dobbiamo confessare però che non abbiamo quasi mai rinunciato a "verificare" la ricerca effettuata con ricerche più complesse e con i sistemi per noi più tradizionali, primo tra tutti la maschera Ovid di accesso a Medline, che rappresenta ancora oggi uno strumento di verifica irrinunciabile. Molto utile per i neofiti della ricerca bibliografica la maschera semplificata di MD Consult che raccomandiamo di utilizzare anche solo per qualche giorno in accesso prova gratuito all'indirizzo www.mdconsult.com

Il settimo passo è quello che ha richiesto l'addestramento più lungo. Oggi tutti hanno a disposizione una quantità inverosimile di pro-

Per corrispondenza:

CSB Palermo

e-mail: csbdipa@tiscalinet.it

leggere e fare

nella soluzione degli scenari

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità Locale di Palermo

grammi gratuiti e articoli eccellenti per l'apprendimento on line della lettura critica. Due indirizzi internet sono particolarmente utili:

1. il sito del Centre for Evidence-Based Medicine della Oxford University (<http://cebim.jr2.ox.ac.uk>) dove è possibile scaricare gratuitamente il software di addestramento ai CAT per l'analisi critica della letteratura,
2. il sito del Canadian Centres for Health Evidence (www.cche.net/CHE/home.asp).

L'ottavo passo rappresenta la volontà di contribuire a quello straordinario movimento internazionale, fortemente impegnato nella ridefinizione critica del sapere scientifico, che ci ha consentito di progredire nel nostro lavoro.

Conclusioni

La metodologia utilizzata nella soluzione degli scenari tiene in gran conto gli sviluppi che l'EBM ha raggiunto in questi ultimi anni, i database di letteratura secondaria che si sono imposti all'attenzione del medico pratico in tutto il mondo. Il giudizio degli scenari, come ogni giudizio scientifico è però un giudizio incerto, per niente definitivo, un tentativo di dare una risposta metodologica prima che una raccomandazione. L'invito ad iniziare un percorso formativo indispensabile per mantenere un ruolo che sappia onorare la nostra professione. Non diversamente dalla risposta dell'esperto anche una risposta che tiene conto della letteratura risente di tutte le contraddizioni della scienza moderna (per fare solo alcuni esempi: quali studi vengono finanziati? quali pubblicati?).

Una risposta metodologicamente corretta dovrà tenere in considerazione queste problematiche, per questo consideriamo la nostra proposta un processo in itinere che non pretende di essere completo o metodologicamente "perfetto". Soltanto "pesando" le contraddizioni ci si può avvicinare alla "verità scientifica del momento": la cautela e l'incertezza nel giudizio deve essere sempre con noi. Anche per questo non abbiamo trasformato le conclusioni in raccomandazioni. Non ci sentiamo di raccomandare comportamenti. Contiamo invece nel lettore "curioso" che troverà utile confrontarsi con la nostra proposta, analizzare (e rimproverarci) i punti critici di questo processo.

Ringraziamenti

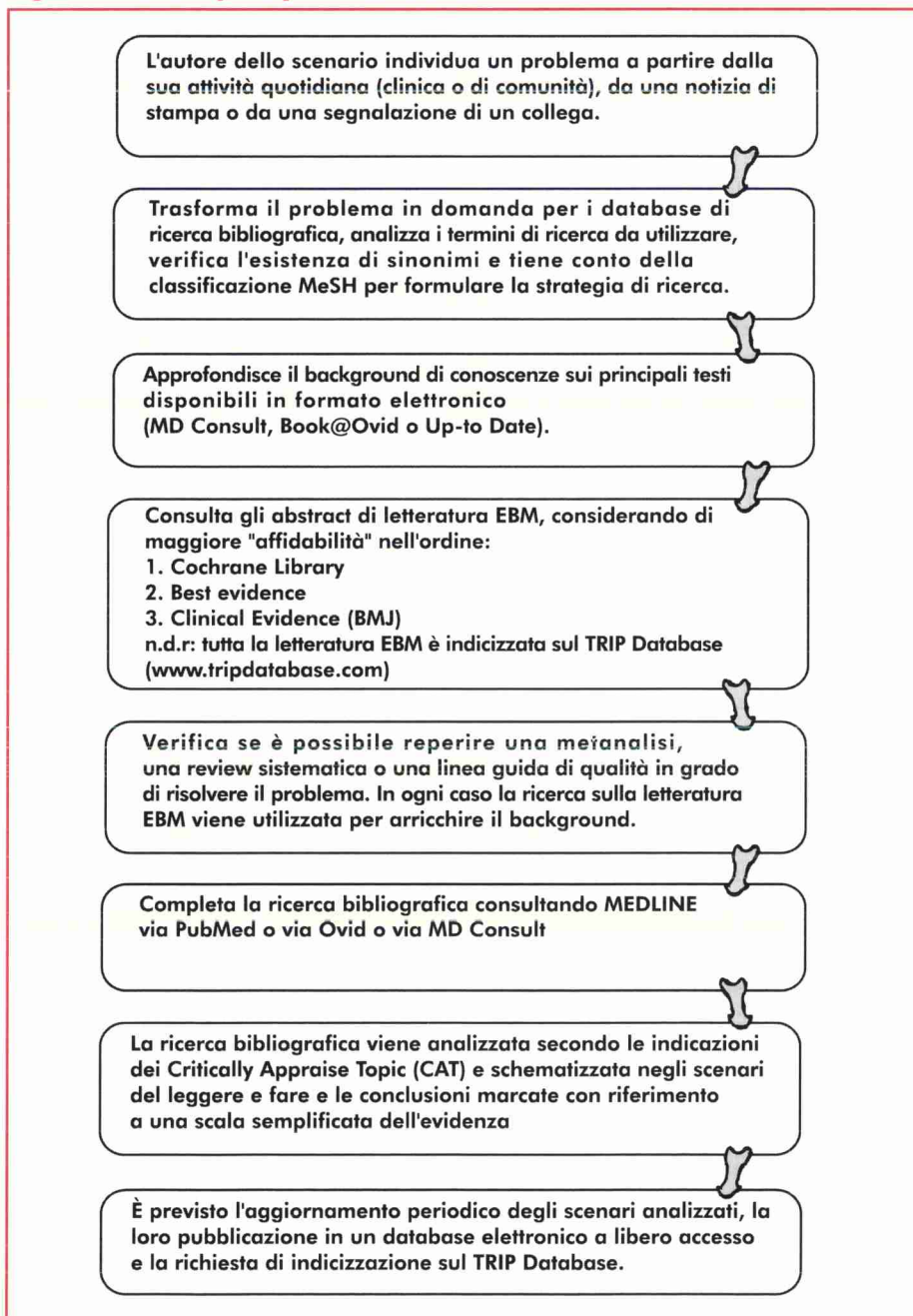
- Un ringraziamento va al dr. Fabrizio Liggi della D.E.A che ci ha consentito per lunghissimi periodi l'accesso sperimentale agli innumerevoli database e

riviste di Ovid. Il dr. Liggi ha investito sul nostro progetto, con una logica di impresa poco diffusa, puntando cioè a un investimento sul lungo periodo, ben conscio che i tempi di trasformazione da progetto sperimentale a progetto di massa non potranno essere certamente brevi. La fiducia dimostrata per il nostro lavoro e la sicurezza con cui ha intravisto nel nostro progetto un momento praticabile di trasformazione verso la consultazione critica e attiva della letteratura sono stati per noi uno stimolo a

dir poco importante. Della fiducia accordataci gli siamo affettuosamente grati.

- Un ringraziamento particolare va al dr. Pasquale Causa, compagno instancabile di innumerevoli tentativi di sensibilizzare amici e colleghi al progetto degli Scenari Clinici del Leggere e Fare. Per mille ragioni senza di lui questo progetto non sarebbe nato. Dobbiamo esclusivamente a lui l'ostinazione con cui siamo andati avanti in questi mesi.

Figura 1. Gli otto passi per la soluzione di uno scenario



Le ultime emozioni di un adolescente

Rosella Pasqua Brunelli

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

"...la più grande sventura della malattia è la solitudine" (John Donne)

Il caso

M. è un adolescente sedicenne ammalato di fibrosi cistica, dall'aspetto fragile e minuto, con i segni evidenti della malattia, che lo fa apparire più bambino della sua età. Il carattere un po' chiuso, apparentemente spigoloso, a difesa di una sensibilità profonda, ha reso, in passato, talvolta un po' difficile il contatto. La diagnosi di malattia viene effettuata nel primo mese di vita, nel centro di fibrosi cistica di Cesena. La fibrosi cistica è una patologia che la famiglia ha già conosciuto per la primogenita, morta a nove mesi. M. è l'ultimo nato, dopo tre fratelli sani. La comunicazione della diagnosi determina nella madre l'instaurarsi di meccanismi depressivi, collegabili a vissuti di lutto anticipatorio (nella mente materna, M. è destinato ad una morte precoce), che diminuisce l'attivazione della speranza e l'adeguatezza della compliance e del coping. In particolare, il senso di minaccia di morte sembra acuirsi ad ogni ricovero che si rende necessario per l'esacerbarsi dei sintomi e per rendere meno difficile alla famiglia la gestione delle varie terapie. Nei primi dieci anni, le degenze in ospedale si verificano in media due-tre volte l'anno; in seguito, si fanno più frequenti e lunghe. Nell'ultima, della durata di quasi tre mesi, le condizioni cliniche sono gravemente compromesse (insufficienza respiratoria con infezione polmonare cronica da Burkholderia cepacia) e la sofferenza non sembra essere gestibile a casa; pertanto la famiglia si affida completamente all'ospedale, dimostrando grande dipendenza, sia dal punto di vista medico che psicologico. Lo stesso M., dal secondo mese di ricovero, non chiede più di tornare a casa: si sente "più sicuro" in ospedale, dove il personale è disponibile non solo a dedicargli energia e tempo per le terapie (trattamento antibiotico, vitaminico con estratto pancreatico, fisioterapia e ossigeno terapia), ma si sforza anche di divenire più attento e ricettivo al suo mondo interno, alla sua sofferenza mentale, al suo desiderio di "tranquillità

e pace". Per la vicinanza a M. è stata utilizzata spesso una comunicazione infraverbale, in cui la manifestazione di gesti d'affetto (l'essere toccato con gli occhi, con le mani e con le emozioni), ha potuto rispondere meglio al principio di utilità terapeutica, al suo bisogno di "regressione profonda" e di riemersione di bisogni infantili. Nella fase terminale, M. mostrava un particolare sollievo ad essere accudito e accarezzato: quasi fosse tornato bambino e avesse messo il suo piccolo corpo sofferente, al centro degli scambi relazionali e affettivi. Per meglio comprendere l'esigenza di profonda dipendenza manifestata da M., sembra particolarmente pertinente il pensiero di Crocetti, secondo cui il morente è molto vicino alla condizione esperienziale neonatale, una condizione dove prevalgono i bisogni di accoglimento, di contatto, di presenza empatica e soprattutto di ascolto. Secondo l'autore, "è l'ascolto vero, l'ascolto come partecipazione, il legante tra la vita e la morte". L'ascolto vero necessita di silenzio, un silenzio attivo e partecipe con la condivisione della pena e la capacità di tenerla nella mente: questa modalità ha costituito la forma più efficace di comunicazione con M. Il setting dei miei ultimi incontri con il ragazzo e i suoi familiari è costituito prevalentemente dalla stanza di degenza, poiché M. è allattato con continua necessità di ossigeno. Egli vive un profondo sconvolgimento emotivo per la "disgregazione" del suo corpo, una tensione insopportabile, una "terribile incertezza", un'agonia anche psichica che sfocia in interrogativi esistenziali, a testimonianza anche di un suo "ampliamento di coscienza". Al fine di contenere l'ansia e offrirgli suggestioni e immagini rasserenanti, si pensa di accudirlo attraverso un rapporto un po' "materno"; la psicologa si avvale, dietro suo consenso, di una tecnica di rilassamento, combinata con visualizzazioni guidate, per favorire uno stato di maggior distensione fisica e per utilizzare l'efficacia terapeutica dell'immaginazione e del simbolo, che si svolge indipendentemente dal livello di comprensione e acquisizione consapevole (nota 1). I simboli proposti sono costituiti da "ele-

menti vitali" (mare, sole, alberi, fiori, volti di persone care ecc), proiezioni del desiderio di atmosfere "leggere e luminose" in cui rigenerarsi per una nuova vita.

Il decorso

Il diario clinico viene presentato nella sua forma originale, redatto in forma personale proprio per la singolarità del rapporto fra la psicologa e M.

- 7 Luglio. Appena entro e lo saluto, M. mi dice di sentirsi distrutto, di non farcela più. Cambia letto e nuovamente si lamenta: afferma di voler morire, sembra insopportabile di tutto. Lo accarezzo sulle braccia e l'invito a non pensare esclusivamente alla malattia, ma sembra un'indicazione aberrante: tanto forte è il suo stare male. Quando arriva il "suo" fisioterapista, M. sembra ritrovare un po' di energia e si dichiara pronto ad andare a giocare con lui su internet.

La zia mi comunica che M. va sempre peggio e che non riesce più a mangiare.

- 9 Luglio. M. non riesce più a giocare con il computer e gli chiedo se desidera provare un esercizio di rilassamento: acconsente. Gli offro qualche spiegazione introduttiva e gli chiedo se, durante l'esercizio, gli piace visualizzare qualche immagine rasserenante, di sua preferenza. Vorrebbe visualizzare delle fragole; gli domando se ha voglia di mangiarle, ma risponde che non riesce a mandare giù più nulla. Durante l'esercizio, M. si lascia andare, sembra allentare il controllo estenuante: mostra "scariche autogene", soprattutto ai piedi. Durante la visualizzazione, gli suggerisco simboli rasserenanti attraverso la presentazione di paesaggi primaverili, di alberi, di fiori e di frutti invitanti, tra cui le rosse fragole. Mi rendo conto che il rilassamento di M. si sta facendo più profondo. Il viso mi appare meno teso. Al momento del "risveglio", dice di avere provato un senso di sollievo e di sentirsi più sereno: vorrebbe imparare ad essere "calmo, rilassato, disteso", come suggerito durante l'esercizio, e aggiunge anche "tran-

Per corrispondenza:

Rosella Pasqua Brunelli

e-mail: smi@asul-cesenaemr-it

esperienze

Abstract

Il pediatra è poco abituato a vivere a contatto con un adolescente vicino alla morte che è esperienza emotivamente complessa, coinvolgente e "sconvolgente", per la quantità e la qualità dei sentimenti che entrano in gioco.

Questo case-report della morte di un adolescente, è di una psicologa che da molti anni lavora con i pediatri ed è scritto per i pediatri. La scrittura è di lodevole semplicità e aiuta a capire situazioni e sentimenti.

Quaderni acp 2002; vol IX n° 1: 52-54

quillo". Dopo qualche ora, dietro richiesta di M., ritorno nella stanza e lo trovo desideroso di ripetere il rilassamento. Mi dice che vorrebbe sentirsi sempre tranquillo e rilassato per permettere ai suoi polmoni di respirare con regolarità e al cuore di battere con calma. Durante il nuovo esercizio, M. visualizza, di sua iniziativa, un grande albero sotto di cui sedere per attingere refrigerio e serenità. Al termine, mi chiede come poter tornare sereno quando si sente agitato: è preoccupato per lo stomaco chiuso e per il cuore troppo stanco, sente di aver perduto la voglia di vivere e di desiderare ormai di morire.

"A chi debbo rivolgermi, a chi debbo chiedere aiuto quando mi sento male e sono disperato?" Afferma di avere poca fede e di non saper pregare. Gli accarezzo una mano e dico che penso che accettare la sofferenza sia un modo di pregare. Poi rimaniamo a lungo in silenzio e, quando mi alzo dalla sedia per salutarlo, mi prende la collana con la mano, pregandomi di non andare via. Mi risiedo vicino a lui, fino a quando mi invita a lasciarlo e mi saluta con un "a domani". Al ritorno a casa, avverto una sensazione di profonda stanchezza e malinconia.

- 10 Luglio. Giungo da M. alle ore 19 e lo trovo un po' assopito: sono presenti un fratello e la madre. Il fratello gli tiene la mano, mentre la madre è seduta sul letto vicino. Sottovoce mi dice che M. è sempre più in difficoltà, che non ha preso nessun cibo, che ormai non c'è proprio più nulla da fare: la degenza in ospedale è stato un modo per prolungare la sofferenza. Mi racconta che il figlio, già da tempo, le aveva chiesto quale era stata l'ultima informazione del dottore: se c'era ancora per lui qualche speranza, sarebbe voluto tornare a casa, ma non ne ha avuto il coraggio, poiché "qui è molto seguito e tutti gli vogliono bene". Ribadisce più volte che la malattia è terribile, lei la conosce da tanto tempo: la sua prima bambina, che ora avrebbe trenta anni, è morta di fibrosi cistica ad appena nove mesi. Il "colpo" è stato così grave che ha avuto difficoltà a superare "l'esaurimento" successivo all'evento. Poi, fortunatamente, sono nati anche tre figli sani: ciò la consola, perché, dice, molte famiglie restano ancora più disperate alla morte dell'unico figlio ammalato.

Intanto M. apre gli occhi, lo saluto e gli chiedo se ha voglia di fare il rilassamento. Gli faccio visualizzare un mare calmo, un cielo sereno e tanta luce; al termine dell'esercizio, mi dice che ha bisogno di imparare ad essere più

tranquillo, perché si sente "troppo agitato". Mi allontano con un senso di angoscia e impotenza.

- 12 Luglio. Giungo alle ore 18 e trovo, accanto a M., la zia con cui il ragazzo ha molta confidenza, e alcuni parenti (uno zio e una cugina) che gli hanno portato dei doni; mi allontanano per un po' e, al mio ritorno, M. mi dice di sentirsi sfinito, "in preda al panico". Gradisce essere accarezzato: noto che le gambe sono molto tese; comunque, riesce a seguire l'esercizio di visualizzazione, in cui gli suggerisco paesaggi pieni di luce e volti di persone care; poi, quando M. sembra in difficoltà a riprendere la condizione normale, mi viene la fantasia che stia morendo in uno stato di tranquilla semincoscienza. Mentre mi sto rendendo conto che questa è solo la proiezione del mio desiderio che abbia un trapasso sereno, M. riprende coscienza e mi dice di sentirsi meglio. Rimango vicina a lui, in silenzio, fino a quando, al ritorno della zia, lo lascio con la promessa di vederlo all'indomani.

- 13 Luglio. Giungo alle ore 17 e trovo M. molto aggravato. Alterna momenti di lucidità a momenti di sopore profondo. Oltre alla zia e a due fratelli, sono presenti il fisioterapista e la fisioterapista che lo ha seguito a domicilio per tanti anni, la quale gli stringe le mani con affetto e racconta, a voce alta, della lunga "avventura" con M. Afferma che ora si sente quasi in colpa per la rigidità con cui, talvolta, gli faceva rispettare le regole. M. sembra tranquillizzarla abbozzando un lieve sorriso. La comunicazione, da parte della fisioterapista e mia, diventa soprattutto gestuale: M. sembra godere di tornare bambino e di ricevere sguardi affettuosi e "coccole".

- 14 Luglio. Entro nella stanza di M. alle ore 12.45 e trovo accanto al letto i familiari, un'infermiera, i fisioterapisti e la dottoressa che si occupa di lui con amorevole cura. Il papà ha gli occhi pieni di pianto, come pure la zia, mentre la sorella tiene una mano di M. e il fratello gli accarezza l'altra mano.

M. è in uno stato di incoscienza e respira con grandissima difficoltà. Mi avvicino alla madre che mi invita a sederle accanto e l'ascolto mentre mi dice che le mancherà molto non avere più il figlio sempre vicino e che si sentirà veramente sola. Mi racconta che M. ha dormito, fino ad un anno fa, nella stanza con lei, perché non avevano altro posto. Finalmen-

te, chiudendo un terrazzo, erano riusciti a regalargli una stanza e M. sembrava orgoglioso di avere uno spazio privato, tutto per sé.

Durante il ricovero, un giorno le aveva posto questa domanda: "che ne farete della mia stanza quando sarò morto?" Purtroppo, commenta, non l'ha potuta godere a lungo, anche se vi restava sveglia fino alle ore piccole, dilettandosi al computer con i suoi videogiochi; poi suonava il campanello e lei e il marito accorrevano per metterlo a letto. Sembrava volesse prolungare all'infinito il tempo della veglia! La signora ribadisce che si sentirà veramente "abbandonata" senza di lui, anche se ammette che negli ultimi tempi la vita del figlio è stata una "non-vita".

Intanto passano i minuti e le condizioni di M. si fanno sempre più critiche: la mamma mi fa osservare il respiro sempre più lento e difficoltoso e sottolinea che è veramente la fine. In effetti, poco dopo, M. spira, mentre noi operatori presenti abbiamo gli occhi lucidi. Il papà, in pianto, prende in braccio il figlio e gli chiude gli occhi, mentre la sorella e il fratello gli si stringono vicino. Allora mi rivolgo alla madre e la invito ad andare da suo figlio. Scoppia a piangere, lo abbraccia e appoggia a lungo il suo viso su quello del figlio.

Rimango ancora alcuni minuti nella stanza, in silenzio, con molta emozione: poi, dopo aver salutato i familiari, mi allontanano con una dolorosa sensazione di perdita.

Cosa ci ha detto il caso di M.

Vivere a stretto contatto con un adolescente vicino alla morte è emotivamente complesso, coinvolgente e "sconvolgente", per la quantità e la qualità dei sentimenti che entrano in gioco. Ciò che sembra maggiormente colpire gli operatori di un'unità operativa che perde i propri assistiti è il senso di "impotenza terapeutica" che, se non elaborato, può sfociare in meccanismi difensivi di "fuga" e di "abbandono", fino a momenti di vero e proprio *burn-out*. Tuttavia la "coralità" del gruppo è utile a diminuire l'angoscia e a focalizzare un intervento assistenziale, che privilegia la qualità ambientale e relazionale dell'ascolto empatico, piuttosto che la modalità del "fare" e dell'accanimento terapeutico. In questa prospettiva, la tecnica del rilassamento e dell'immaginazione guidata rappresenta un ausilio per alleviare il dolore fisico e la sofferenza mentale, che impediscono a M. di "trovare pace". Essa offre uno spazio all'espressione di sensazioni ed emozioni, assecondando anche il

Quando vaccinare contro lo Pneumococco

I consigli del servizio prevenzione
Assessorato regionale sanità Regione Emilia Romagna

bisogno di regressione emotivo-affettiva. Soprattutto l'uso di simboli rasserenanti ha il compito di diminuire l'angoscia e di "cullare" la sua parte infantile, favorendo il passaggio "dall'incubo al sogno", come lui desidera.

A distanza di tempo dalla sua morte, nonostante l'impegno profuso e la speranza di essergli stati di aiuto, permangono sentimenti controtransferali di limite e inadeguatezza. L'accompagnamento finale, comunque, ha costituito per noi un'esperienza faticosa, ma al tempo stesso preziosa per affinare le nostre potenzialità intuitive e di apprendimento. "Curare", nel significato originario di "prenderci cura", comporta il tentativo di comprendere il senso di eventi importanti, come la malattia e la morte, piuttosto che l'osservazione del loro decorso. Il "coronamento" del curare consiste, paradossalmente, qualora non sia più possibile il "guarire", nel dare spazio e valore al processo del morire, come stadio ultimo dell'esperienza evolutiva dell'individuo in cui, anziché perdersi, la soggettività e l'unicità del Sé del malato può acquisire maggiore rilevanza e spessore. I curanti, con la vicinanza e la continuità della loro presenza, dovrebbero porsi in ascolto del messaggio "totale" del morente, sia nelle sue componenti di paura, rabbia, angoscia e depressione, sia nella richiesta di speranza, amore e ricerca di significato.

Nota

1. La tecnica del rilassamento utilizzata (derivata dal Training Autogeno ideato da J.H.Schultz) consiste nel guidare il paziente, mediante esercizi psichici, a raggiungere uno stato psicofisico di distensione e di calma, durante il quale si produce un abbassamento generalizzato del biotono dello stato di veglia con modificazioni neurofisiologiche (muscolari, respiratorie ecc..) ed emozionali. Tale tecnica è utile in campo psicoterapeutico per il controllo del dolore e degli stati di ansia.

Bibliografia

- (1) Crocetti G. Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia. Ed. Borla, Roma, 1992;115
(2) Crotti N et al. Il rapporto con i malati terminali. Salute e territorio 1999;117:280
(3) Pinkus L. Curare chi muore in ospedale. Salute e territorio 1993;82/83:61

Quali malattie provoca lo pneumococco?

Lo pneumococco (chiamato scientificamente *Streptococcus pneumoniae*) è un microbo di cui esistono tanti tipi diversi. Se ne conoscono più di 90, ma solo una parte di questi è in grado di provocare malattie importanti come meningiti, polmoniti o infezioni diffuse a tutto l'organismo (*sepsi*). I tipi di pneumococco che causano queste gravi infezioni variano a seconda dell'età delle persone, dell'area geografica in cui vivono e anche dell'etnia a cui appartengono. Questo microbo è spesso causa anche di disturbi meno gravi ma frequenti come otiti, sinusiti e bronchiti. Le malattie da pneumococco sono diffuse in tutto il mondo, ma costituiscono un problema particolarmente grave per i bambini che vivono nei paesi più poveri e per gli anziani che vivono nei paesi economicamente avanzati come il nostro. I dati oggi disponibili fanno ritenere che in Italia, come in tutta Europa, le meningiti da pneumococco nei bambini siano meno frequenti che negli Stati Uniti. A tutte le età e dovunque, il rischio di essere aggrediti in modo grave dallo pneumococco è molto più alto nelle persone che hanno malattie capaci di indebolire le loro difese come:

- difetti importanti delle difese immunitarie (comprese malattie come tumori, leucemie, o infezione da HIV) che compromettono la loro capacità di difendersi dalle infezioni in generale
- forme rare di anemia dovute a difetti congeniti (come l'anemia falciforme)
- mancanza o cattivo funzionamento della milza
- malattie polmonari croniche (non l'asma)
- importanti malattie del cuore
- malattie croniche del fegato
- diabete mellito

I vaccini contro lo pneumococco

Esistono due tipi di vaccino contro lo pneumococco:

- il cosiddetto 23 valente, perché contiene 23

tipi di pneumococco, già usato da anni anche in Italia, che protegge bene i bambini con rischio elevato di infezioni gravi dovute a questo microbo, ma che può essere usato solo dopo i 2 anni di età. Prima di questa età infatti il vaccino 23-valente, non è in grado di stimolare in modo adeguato il sistema immunitario del bambino e quindi non lo protegge.

- il cosiddetto 7 valente "coniugato", disponibile in Italia da soli pochi mesi che, come dice il nome, contiene 7 tipi di pneumococco e, per il modo con cui viene preparato ("coniugato"), riesce a stimolare la produzione di difese efficaci contro le infezioni dovute a quei 7 tipi, fin dai primi mesi di vita.

La capacità di prevenire le infezioni più gravi è molto alta, fino al 100%, mentre la protezione dalle otiti è molto limitata.

Gli effetti collaterali

Entrambi i vaccini sono ben tollerati, talvolta si presentano disturbi come rossore, gonfiore e dolore nella sede dell'iniezione, oppure il bambino può essere più irritabile o più sonnolento del solito. Anche la febbre, difficilmente elevata, così come mal di testa o debolezza, sono poco frequenti. Le reazioni allergiche a componenti del vaccino, sono eccezionali come per tutti i vaccini.

Chi vaccinare contro lo pneumococco

Le indicazioni del Ministero della Salute suggeriscono ai servizi vaccinali che il vaccino antipneumococcico venga offerto gratuitamente ai bambini che hanno malattie come quelle descritte sopra, utilizzando quello 7 valente prima dei 2 anni di età e il 23 valente in età successive.

Per corrispondenza:

servizio prevenzione Emilia Romagna
e-mail: malinf@regione.emilia-romagna.it

ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI PUGLIA E BASILICATA

“Gli Argonauti” - III incontro tra i pediatri delle regioni meridionali

Castellaneta Marina: 10, 11, 12 maggio 2002

VENERDÌ 10 MAGGIO

9.00 – 13.00

Bronzini *I bambini, la malattia e la magia*
Stella *I disturbi della lettoscrittura*
Vairo *Il punto sulla patologia cardiaca in età pediatrica*
Rana *Le linfadenopatie*

15.00 – 19.00

CORSI DI FORMAZIONE - PRIMA PARTE
Stella *Disturbi della lettoscrittura*
Conti Nibali *Problem solving via internet*
Gruppo MUP *Rianimazione pediatrica: teoria e pratica con manichini*
Vairo *I soffi cardiaci in età pediatrica*
Rapisardi-Zanetto *Il pediatra osserva il comportamento del neonato e la relazione madre/figlio*

SABATO 11 MAGGIO

9.00-13.00

Martocchia *Quando chiedere una radiografia?*
Fariello *Quando è utile una radiografia*
Rapisardi *Il metodo Brazelton*
Zanetto *Osservazione del rapporto madre-figlio: proposta di lavoro per il pediatra*

15.00 – 19.00

CORSI DI FORMAZIONE - SECONDA PARTE
Stella *Disturbi della lettoscrittura*
Conti Nibali *Problem solving via internet*
Gruppo MUP *Rianimazione pediatrica: teoria e pratica con manichini*
Vairo *I soffi cardiaci in età pediatrica*
Rapisardi-Zanetto *Il pediatra osserva il comportamento del neonato e la relazione madre/figlio*

DOMENICA 12 MAGGIO

9.30-13.30

Rella *Un caso di...postvaccinica?*
Greco *Vaccina tuo figlio*
Comitati *antivaccinazione Lascia fare alla natura*
Panizon *Vaccinazione uguale prevenzione, questa equazione è sempre valida?*

PER INFORMAZIONI

ACP Puglia e Basilicata
via Sele, 13 Altamura
tel/fax 08031496709
www.acppugliabasilicata.it
e-mail: acppb@tiscalinet.it

Nicola D'Andrea
Ospedale di Matera
tel. 0835243323 fax. 0835243293
e-mail: ndandre@tiscalinet.it

SEDE DEL CONVEGNO

Villaggio “Il Valentino”
S.S. 106 Castellaneta Marina (TA)
tel. 099843.26.01 fax. 099843.26.09
e-mail: ilvalentino@ilvalentino.it

QUOTA DI ISCRIZIONE

SOCI ACP
PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO E A UN CORSO DI FORMAZIONE: Euro 200

NON SOCI ACP O SPONSOR
PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO E A UN CORSO DI FORMAZIONE: Euro 250

SPECIALIZZANDI
PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO E A UN CORSO DI FORMAZIONE: Euro 125

TICKET CENA
Euro 25.00

La quota d'iscrizione dà diritto a
- partecipazione ai lavori congressuali
- partecipazione ad un corso di formazione
- 3 colazioni di lavoro
- kit congressuale.

Se la richiesta d'iscrizione perviene dopo il 10 aprile 2002 le suddette quote vanno aumentate del 20% e potranno non essere assicurate le iscrizioni ai corsi di formazione. I corsi di formazione sono a numero chiuso e comprenderanno solo i primi 30 colleghi (per ogni singolo corso) che ci faranno pervenire la loro quota di iscrizione.

ANNULLAMENTO ISCRIZIONE
in caso di rinuncia, da comunicarsi per iscritto entro e non oltre il 10 Aprile 2002, è previsto un rimborso pari al 50% delle quote versate. Dopo tale data non verrà effettuato alcun rimborso.

ATTIVITÀ RICREATIVE

Per la cena del Sabato è previsto uno spettacolo con la partecipazione di pediatri e di “genitori” per sketch (anche telefonici) relativi alla nostra attività quotidiana. È gradita la partecipazione attiva anche all'attività teatrale.

PER I VERSAMENTI

Utilizzare il C/C n. 62234505, intestato all'ACP Puglia e Basilicata presso la Banca Popolare di Puglia e Basilicata (ABI 5385 CAB 41330)

RAZIONALE DEI CORSI DI FORMAZIONE

Durata: otto ore

STELLA *Disturbi della lettoscrittura*

OBBIETTIVO: Il pediatra deve essere in grado di individuare i disturbi della lettoscrittura attraverso test utilizzabili nel proprio ambulatorio.

OBBIETTIVI SPECIFICI:

1. organizzare una attività di screening per la dislessia nell'ambulatorio del pediatra di famiglia.
2. saper diagnosticare la dislessia nei casi sospetti

MATERIALI: test diagnostici, videotape, casi clinici.

CONTI NIBALI *Problem solving via internet*

OBBIETTIVO: utilizzare internet come strumento di aggiornamento professionale in pediatria

OBBIETTIVI SPECIFICI: il pediatra deve essere in grado di formulare in modo chiaro il quesito, saper scegliere i siti congrui al problema, utilizzare un appropriato motore di ricerca al fine di risolvere la problematica con le più recenti acquisizioni scientifiche sull'argomento.

MATERIALI: elenco siti utili, computer e modem (sala con n° 10 postazioni singole per internet), esercitazione pratica, test finale individuale, esercitazione on line e non in linea.

GRUPPO MUP *Rianimazione pediatrica*

OBBIETTIVO: Il pediatra deve essere in grado di saper operare davanti ad una urgenza cardio-respiratoria, applicando tecniche di rianimazione valide in età pediatrica.

OBBIETTIVI SPECIFICI: saper affrontare una emergenza di tipo cardio-respiratorio

MATERIALI: manichini, videotape, attività di tutor.

VAIRO *I soffi cardiaci in età pediatrica*

OBBIETTIVO: Il pediatra deve essere in grado di riconoscere i soffi cardiaci, fare diagnosi differenziale fra quelli innocenti e patologici per un razionale invio allo specialista

OBBIETTIVI SPECIFICI:

1. acquisire le competenze per valutare una auscultazione normale dell'obiettività cardiaca;
2. acquisire le competenze per riconoscere un soffio innocente; acquisire le competenze per riconoscere un soffio patologico

MATERIALI: videotape e ascoltazione di nastri, casi clinici e casi controllo.

ZANETTO e RAPISARDI *Il pediatra osserva il comportamento del neonato e la relazione madre/figlio*

OBBIETTIVO: Il pediatra deve essere in grado di valutare il comportamento del neonato ed il rapporto madre-figlio

OBBIETTIVI SPECIFICI: - Il pediatra deve conoscere e applicare la scala di valutazione comportamentale di Brazelton
Il pediatra deve essere in grado di promuovere con la famiglia lo sviluppo neurocomportamentale del neonato
Il pediatra deve essere in grado di riconoscere un rapporto genitore-figlio adeguato o alterato e offrire modelli di intervento efficaci

MATERIALI: videotape, casi simulati, griglie di osservazione.

L'assistenza ai bambini e ai ragazzi con malattie croniche

a cura dell'Associazione Pediatria di Comunità
APeC, società affiliata all'Associazione Culturale Pediatri

Premessa

Questo articolo vuole essere una guida per coloro che a livello distrettuale devono organizzare l'assistenza integrata al bambino con malattia cronica.

L'APeC propone questo documento, che esprime l'opinione di una delle parti interessate, confidando che una discussione franca e articolata contribuisca a sciogliere alcuni nodi e possa portare alla definizione di linee guida condivise.

Si deve tenere conto dei problemi legati all'età: nel bambino piccolo è, infatti, difficile definire livelli di autosufficienza; sono carenti scale validate per definire la gravità delle patologie che colpiscono i bambini e ragazzi e che permettano la confrontabilità di patologie diverse.

È necessario tenere in costante considerazione le progressive "autonomie" legate allo sviluppo, favorire l'inserimento in comunità educative e ludico-ricreative come tappa di ogni percorso assistenziale, considerare l'atteggiamento, le aspettative e "l'investimento" della famiglia nei confronti del minore malato. Per attivare un'assistenza distrettuale integrata sono necessari alcuni prerequisiti qui elencati in ordine di priorità:

- presenza di un contesto organizzativo che tenga in considerazione la specificità dell'area dell'assistenza all'infanzia e all'adolescente (preferibilmente il Dipartimento materno infantile o eventuali strutture equivalenti) e che metta in collegamento strutturale o funzionale le varie figure professionali che ruotano attorno al bambino e alla sua famiglia (pediatria ospedaliera, pediatria di base, neuropsichiatria infantile, ecc.)
- presenza di un progetto aziendale condiviso con budget
- livelli di responsabilità ben individuati
- personale, soprattutto di area infermieristica e tecnico-professionale, in misura sufficiente o possibilità di attivare risorse esterne
- possibilità di mettere in rete risorse non sanitarie della comunità di riferimento: scuola

(scuola a domicilio, progetto sei, ecc.), enti locali, associazioni dei genitori, volontariato

- presenza di momenti formali di confronto e supervisione.

Obiettivi

Gli interventi devono essere garantiti a tutti coloro che ne hanno bisogno, superando difficoltà di accesso legate a condizioni socio-culturali o economiche svantaggiate. Devono inoltre avere le seguenti caratteristiche:

- mirare alla "autonomia" nella gestione della malattia sostenendo le competenze genitoriali
- mirare alla limitazione delle ospedalizzazioni ai soli momenti di acuzie non gestibili a livello ambulatoriale e/o domiciliare
- favorire l'inserimento e il mantenimento del minore in collettività educative e ludico-ricreative
- rispettare modalità di assistenza legate a tradizioni culturali e religiose diverse, garantendo nello stesso tempo al minore i livelli massimi di cura possibili
- tendere al coinvolgimento del "capitale sociale" (volontariato, vicinato, ecc.) inserendolo nel processo assistenziale evitando la delega a tali attori di funzioni professionali che devono essere attribuite a operatori professionali.

Strumenti

L'assistenza da erogare nei confronti dei bambini e ragazzi con patologia cronica, disabilità o malattie rare è complessa per le seguenti ragioni:

- l'estrema varietà delle forme cliniche, molte delle quali mal definite dal punto di vista diagnostico o talmente poco frequenti da non poter trovare a livello distrettuale la presenza di competenze specifiche
- l'estrema varietà delle situazioni familiari, socio-culturali, economiche, ambientali in cui le varie forme cliniche si manifestano (cosicché anche la gestione di una patologia frequente, nota e relativamente "semplice" può diventare complessa).

Per questo è necessario superare la visione "nosografica" delle patologie che impronta la cultura medica per acquisire un'ottica "funzionale".

Per avvicinarsi alla cronicità con l'ottica del sostegno/miglioramento delle funzioni, accanto ad una corretta assistenza "medica", occorre privilegiare azioni che tendano ad un'efficace rimozione degli ostacoli disabilitanti a loro volta legati in parte al tipo di malattia, in parte (spesso più rilevante) al contesto "socio-ambientale": si pensi alle barriere architettoniche per tutti i disabili motori. Bambini con malattie croniche differenti possono esprimere bisogni molto simili. Soffermarsi solo sulle caratteristiche cliniche delle loro patologie può allontanare la soluzione delle reali esigenze.

Il piano assistenziale individuale (p.a.i.) è per i suddetti motivi il cardine di una corretta assistenza.

Esso è un documento in cui il gruppo distrettuale che si occupa dell'assistenza alle malattie croniche, integrato dagli operatori che direttamente forniscono assistenza a quel singolo caso, delinea dettagliatamente per il paziente e la sua famiglia gli obiettivi assistenziali sia quantitativi sia qualitativi stabilendone i tempi dell'attuazione. Il piano assistenziale individuale deve essere discusso con la famiglia e condiviso con essa. Perché un p.a.i. sia applicabile sempre e in qualsiasi distretto, perché non sia basato sulla "emergenza" o sulla "buona volontà" dei singoli operatori e servizi è indispensabile che esista un progetto a monte.

Il progetto assistenziale aziendale è un documento in cui il gruppo di coordinamento aziendale per l'assistenza alle malattie croniche delinea i bisogni, le risorse dedicate (o comunque reperibili in caso di necessità specifiche) e la conseguente offerta di servizi e prestazioni che il Ssn e il privato sociale può mettere in campo sia per le disabilità in gene-

Per corrispondenza:
Massimo Farneti
e-mail: mfarneti@auslcesena.emr.it

saper fare

Abstract

Questo articolo vuole essere una guida per coloro che a livello distrettuale devono organizzare l'assistenza integrata al bambino con malattia cronica.

Forse l'inizio di un percorso che porterà alla definizione di linee guida in questo delicato e difficile settore di sanità pubblica.

Quaderni acp 2002; vol IX n° 1: 56-58

re, sia per le singole patologie. Esso dovrebbe garantire la possibilità di attuazione dei *p.a.i.* nei casi ad alta complessità e consentire una "gestione" molto semplificata delle situazioni a bassa e media complessità, dove possono essere sufficienti alcune garanzie generali (per es. iter burocratici chiari e semplici, "immediata" disponibilità di diete speciali nelle scuole...) e l'applicazione dei protocolli terapeutici (quando esistenti ed applicabili).

Il protocollo terapeutico è un documento in cui un gruppo di esperti o una società scientifica hanno stabilito, richiamandosi obbligatoriamente alle evidenze disponibili, quali siano le procedure diagnostico-terapeutiche per una certa malattia.

Gli attori

Sono molteplici i sanitari e le strutture che ruotano attorno al bambino con patologia cronica, disabilità o malattie rare.

Il livello regionale (unità di progetto per l'assistenza ai bambini e ragazzi con patologia cronica) deve:

- sovrintendere al progetto regionale attivando un sistema informativo specifico per il monitoraggio e la valutazione degli interventi
 - acquisire i protocolli terapeutici delle varie malattie, vagliarli e stendere il protocollo regionale ufficiale per ogni malattia alla luce dei dati della *ebm*
 - tenere i contatti con le associazioni regionali e nazionali dei pazienti e delle loro famiglie
 - essere di stimolo e di supporto al consiglio regionale per la attuazione di politiche integrate di area per il superamento degli ostacoli disabilitanti (sostegno educativo, barriere architettoniche, inserimento lavorativo, ecc.)
- Compito particolarmente importante del livello regionale è attivare una "banca dati" per le patologie rare o non inquadrabili per le quali non esista protocollo terapeutico "scientifico".

Il livello aziendale (unità di progetto aziendale per l'assistenza ai bambini e ragazzi con patologia cronica) deve avere il compito di redigere il progetto aziendale di assistenza ai malati cronici in età evolutiva e i vari protocolli assistenziali, coordinare e valutare l'assistenza erogata, sollecitare azioni (non strettamente di pertinenza sanitaria) atte alla rimozione degli ostacoli disabilitanti (es. barriere architettoniche). Deve tenere i contatti con le associazioni locali dei pazienti e delle loro

famiglie e gestire il registro delle patologie croniche. È bene che ne facciano parte un pediatra di comunità (ove esista, o una figura simile di sanità pubblica), un pediatra di base, un pediatra ospedaliero, un assistente sociale, uno psicologo, un neuropsichiatra infantile, un assistente sanitario e un referente del servizio infermieristico. Di volta in volta la struttura aziendale può essere integrata da specialisti di patologia o di organo.

Dato il peso della prevalenza delle malattie psichiatriche e psicopatologiche il neuropsichiatra infantile, a questo livello di coordinamento, non può essere equiparato allo "specialista di patologia" ma è figura indispensabile nella progettazione aziendale.

Il livello distrettuale (unità di valutazione pediatrica distrettuale) è un gruppo operativo formato da un pediatra di comunità (vedi sopra), un assistente sociale, il pediatra di base del caso e si integra al bisogno con gli operatori necessari alla stesura del *p.a.i.*

In caso di *p.a.i.* "complesso" deve essere sempre individuato il responsabile del progetto. Il gruppo distrettuale si riunisce periodicamente per la valutazione dei *p.a.i.* "complessi" e per il loro adeguamento.

Qualora il *p.a.i.* richieda un aumento di risorse o una loro nuova collocazione distrettuale o aziendale il responsabile dovrà rapportarsi al direttore del distretto e alla unità di progetto aziendale per l'assistenza ai bambini e ragazzi con patologia cronica.

Il responsabile terapeutico del caso è il professionista che segue il paziente in tutte le varie fasi dell'assistenza sanitaria; di norma è il medico o il pediatra di base. Egli è garante che il protocollo terapeutico sia seguito e opera, in contatto con gli specialisti e gli altri operatori territoriali, per superare le eventuali difficoltà sia diagnostico-terapeutiche, sia assistenziali.

Il responsabile del piano assistenziale individuale è il professionista garante della attuazione dei vari interventi assistenziali contemplati nel *p.a.i.* Non esiste a priori un professionista più adatto a svolgere tale funzione, per cui deve essere individuato volta per volta in colui che, in quel caso specifico, può meglio presidiare e gestire l'integrazione dei vari professionisti e servizi.

L'infermiere professionale in prima persona

svolge attività di assistenza infermieristica domiciliare e/o a livello di comunità educative. La sua collocazione funzionale è all'interno del pool infermieristico distrettuale diretto dal responsabile dell'assistenza infermieristica distrettuale.

L'assistente sanitario è la figura di area infermieristica, di norma dell'area di pediatria di comunità o di sanità pubblica, che coadiuva il responsabile del *p.a.i.* (nel caso non lo sia l'assistente sanitario) nel coordinamento operativo-assistenziale e si fa carico direttamente dell'educazione sanitaria del paziente e della sua famiglia rispetto alla autogestione della malattia e ai percorsi assistenziali. Sovrintende all'inserimento in comunità educative del minore pianificandone le necessità "speciali" (dieta, farmaci, ecc.) in rapporto con la famiglia e il curante e mantenendo i contatti con la direzione delle comunità educative. Qualora il minore necessiti, per un valido inserimento in comunità, di assistenza infermieristica la attiva tramite il responsabile del *p.a.i.*

L'assistente di base è una figura importante per l'assistenza domiciliare e/o in ambito di collettività educativa nei casi multiproblematici. Mentre è possibile tracciare i compiti e la relativa professionalità necessaria a svolgere questo incarico, non è possibile attribuire a tale figura in un preciso profilo professionale. L'assistente di base deve svolgere sia funzioni di tipo assistenziale alla persona (dall'igiene, alla nutrizione fino a semplici pratiche sanitarie come la regolazione di una pompa per la nutrizione enterale) sia funzioni educativo-relazionali.

Tale figura è spesso la più gradita dalle famiglie perché rappresenta un supporto professionale "esperto" da inserire nella gestione quotidiana del bambino malato cronico multiproblematico. Un ventaglio tanto ampio di competenze si coniuga male con i cosiddetti "mansionari" e i problemi di responsabilità medico-legale.

È inevitabile quindi optare, spesso, per una pluralità di figure professionali che ruotano attorno al bambino e alla sua famiglia invece di privilegiare tale figura polifunzionale.

Problema aperto rimane l'iter formativo dell'assistente di base, per ora, appare in gran parte affidato alla formazione legata all'esperienza, con scarsa supervisione professionale; altrettanto scarso appare l'iter formati-

vo specifico più orientato a funzioni di "bassa assistenza".

La presa in carico

Per la presa in carico integrata a livello distrettuale non possono essere indicati dei rigidi criteri di eleggibilità che potranno essere tracciati, in parte, solo all'interno dei vari livelli di complessità assistenziale (vedi oltre).

Per l'attivazione degli interventi assistenziali la figura cardine è il pediatra/medico di base. Per rendere la modalità di "ingresso nel circuito assistenziale" efficiente ed evitare il rischio che i soggetti più "deboli" possano rimanere esclusi è indispensabile però un buon livello di informazione dei professionisti, delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie e dei vari operatori che entrano in contatto con le famiglie (ad es. gli amministrativi dei centri di prenotazione).

La presa in carico deve essere programmata tenendo in considerazione i vari gradi di complessità assistenziale.

Si può andare da bambini e ragazzi con malattie croniche che possono essere gestiti in toto dal "responsabile terapeutico" (vedi sopra), che può attivare gli altri servizi territoriali su esigenze specifiche e limitate nel tempo (ad es. l'inserimento in una comunità educativa in cui avvenga la consumazione del pasto di un minore affetto da celiachia), a casi multiproblematici in cui è necessaria, oltre all'attivazione del livello distrettuale, anche l'intervento della unità di progetto aziendale per l'assistenza ai bambini e ragazzi con patologia cronica. Per meglio sintetizzare i livelli assistenziali questi si possono schematizzare in complessità bassa, media alta.

Bassa complessità: è attivato il livello aziendale con il solo compito di coordinamento e valutazione complessiva della qualità della assistenza erogata. In questa categoria sono compresi i casi in cui è disponibile un protocollo assistenziale aziendale e, data la relativa semplicità assistenziale, è sufficiente la presenza del solo responsabile terapeutico il quale, al bisogno, può attivare gli altri operatori territoriali per interventi circoscritti e standardizzati.

Media complessità: è sempre attivata il livello aziendale; il livello distrettuale provvede ad interventi personalizzati.

In questa categoria sono compresi i casi in cui

è disponibile un protocollo assistenziale aziendale e non è richiesta una alta intensità assistenziale.

Alta complessità: è sempre attivata il livello distrettuale allargato; deve essere steso il piano assistenziale individuale e deve esserne individuato il responsabile. In questa categoria ricadono tutti i casi multiproblematici in cui non sia disponibile un protocollo assistenziale aziendale o, se questo è disponibile, sia necessario attivare la assistenza infermieristica domiciliare e/o in comunità educativa e in cui la complessità della patologia di base richieda interventi continui e complessi. Fanno parte di questa categoria anche i casi multiproblematici che richiedano, per la precarietà del nucleo familiare o per il livello socioculturale, interventi continui e complessi di figure non sanitarie.

All'interno della assistenza integrata ad alta complessità assistenziale è compresa la *assistenza domiciliare integrata (ADI)* che presenta peculiarità molto rilevanti rispetto all'*ADI* dell'adulto.

Per essere attivata devono essere presenti alcuni prerequisiti simili a quelli richiesti per l'adulto e cioè la disponibilità e capacità dei genitori o della cerchia parentale ad acquisire alcune competenze specifiche necessarie alla continuità dell'assistenza (es. semplici tecniche infermieristiche) e a riconoscere alcuni semplici parametri vitali per la valutazione di eventuali situazioni di emergenza. Devono esistere anche i basilari canoni abitativi compatibili con una assistenza domiciliare priva di eccessivi rischi (presenza del telefono, standard abitativi minimi, ecc.).

Ma, per bambini e ragazzi, la scarsa "competenza" genitoriale o addirittura la carenza/mancanza di un nucleo genitoriale apre una serie di difficoltà che poco hanno a che fare con l'area dell'adulto ove tali difficoltà parentali vengono spesso superate con il ricovero in strutture protette.

Tali scelte, per i bambini e ragazzi, devono essere tendenzialmente evitate per l'impatto psico-relazionale che comportano ma, d'altra parte, attualmente le soluzioni non istituzionalizzanti appaiono carenti o episodiche. Appare urgente perciò pensare a soluzioni "familiari" per dare risposta a questi problemi che probabilmente in futuro saranno in aumento.

All'interno dell'*ADI* pediatrica si collocano anche casi che richiedono una assistenza di

tipo intensivo o subintensivo (es. bambini con respiratore, assistenza h. 24, ecc.). Per tali casi è necessario che il livello distrettuale sia supportato da quello aziendale e possa, al bisogno, attivare risorse extradistrettuali. Per i casi ad assistenza intensiva e/o super specialistica sono ipotizzabili due differenti schemi assistenziali: l' "ospedale a domicilio" e l' "*ADI* intensiva".

Nell'"ospedale a domicilio" vengono attivate le risorse specialistiche ospedaliere (in genere del centro specialistico di 2°/3° livello) che devono essere integrate con l'equipe distrettuale.

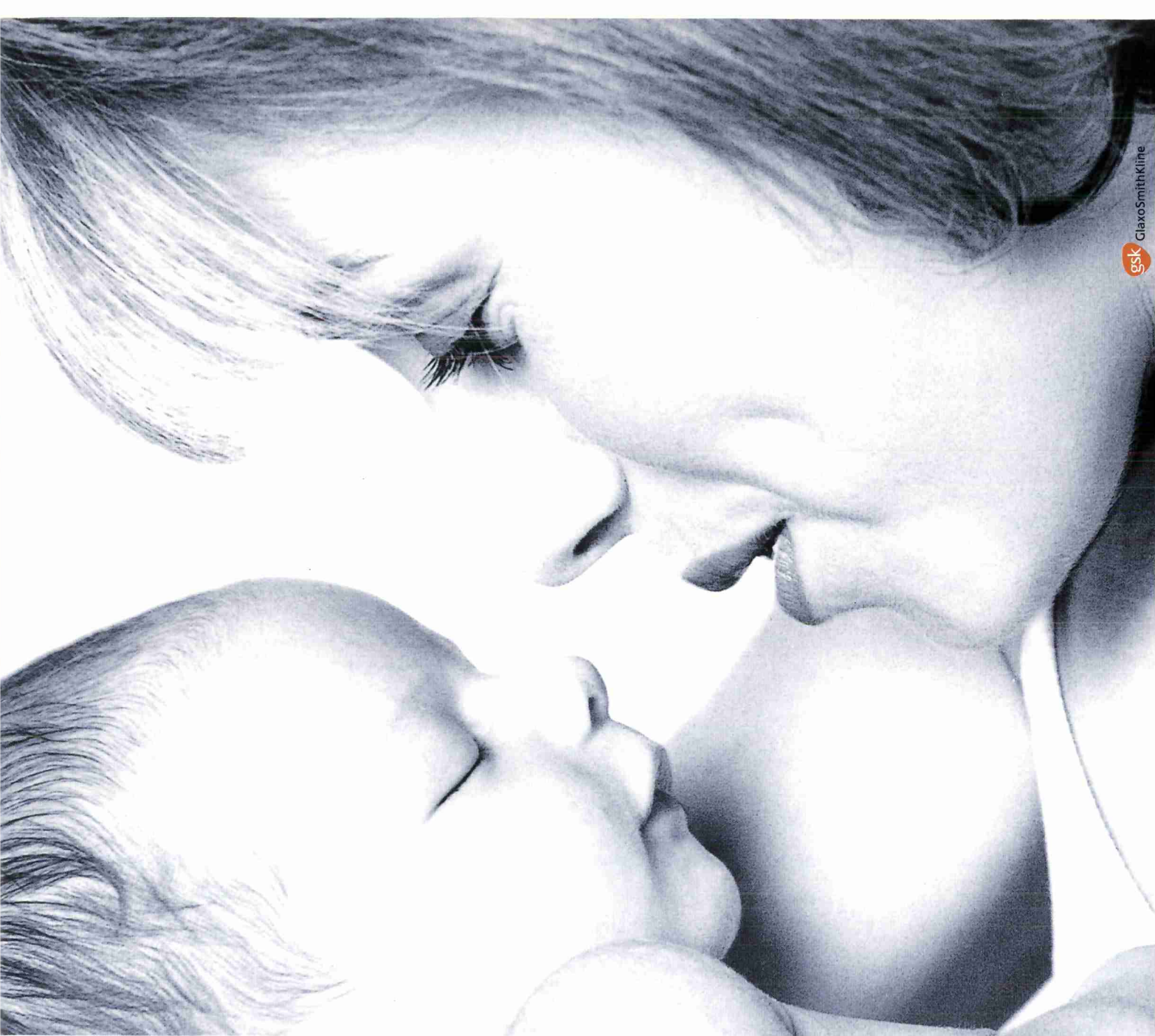
L'assistenza domiciliare integrata intensiva può avere due possibilità alternative, ma a volte complementari:

- le risorse di personale professionale sono reperite tramite agenzie esterne o addirittura si acquisisce, tramite sempre agenzie esterne, il servizio specialistico "completo" (es. servizio di nutrizione parenterale)

- si formano, sul caso, risorse professionali presenti all'interno del distretto si acquisisce direttamente la eventuale strumentazione necessaria

Entrambi gli schemi hanno pregi e difetti e l'opzione dovrà tenere conto delle risorse presenti nel territorio aziendale (centri specialistici, preparazione "specialistica" del personale, risorse economiche) oltre che delle specifiche necessità dei singoli casi.

L'esperienza dice che questi casi ad altissima complessità, pur se scarsi, proprio per la loro rarità e imprevedibilità, assorbono una quota molto rilevante di risorse (professionali, economiche, gestionali e persino "ideative") col rischio di ridurre la capacità di dare risposta ai casi più semplici e certamente più frequenti. Per questo si ritiene di fondamentale importanza la stesura del progetto aziendale generale, che faciliti la gestione dei casi meno complessi e nel quale tuttavia i piani assistenziali individuali ad alta complessità possano trovare supporti adeguati.



gsk GlaxoSmithKline

Se respira e dorme bene, il merito è anche del suo pediatra.

Soluzione fisiologica sterile allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, Libenar è un rimedio semplice e naturale indicato per:

- risolvere e prevenire i piccoli problemi igienici del nasino di neonati e bambini
- facilitare la poppata e il sonno dei lattanti
- idratare le mucose nasali
- ripristinare le caratteristiche reologiche del muco
- diluire altri farmaci in aerosolterapia

Libenar agisce esclusivamente a livello locale, non contiene principi farmacologicamente attivi, né conservanti e può quindi essere utilizzato per lunghi periodi senza controindicazioni, anche dalle mamme in attesa.

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



Libenar®

soluzioni per nasi e nasini

In farmacia.
Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24
Spray da 40 e 125 ml



®

Eurospital

Celiachia

Eurospital
pionieri
della ricerca
sulla diagnosi
in vitro
di celiachia



Eu-DQ®

Test che definisce la predisposizione genetica nei confronti della Malattia Celiaca mediante la determinazione, ad alta risoluzione, degli aplotipi HLAII DQ2 e DQ8.