

# Quaderni acp

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

## L'immagine che c'è. Istruzioni a pagina trenta



**5** L'immagine che c'è: dov'è il Mare di Aral? **6** il medico: servo di tre padroni? **7** Accordo quadro tra ACP e Istituto degli Innocenti **8** Milano: non solo farmaci **8** Eurispes & Telefono Azzurro **9** Guarire in Italia e nel Sud del Mondo **10** Allattamento al seno, conoscenze e pratiche dopo un corso di 18 ore **14** Modello Lombardo **16** Nati per leggere in Campania **16** Nati per leggere a Ferrara **16** Nati per leggere a Pordenone **16** La ricerca in occidente **17** Nati per leggere a Mesagne **17** Nati per leggere: una tesi di laurea **17** Una lettera dal Ministero dei beni culturali **17** Nati per leggere rassegna stampa **17** Conflitto di interessi **18** La promozione della lettura durante le visite di controllo **21** Votazioni ACP 2002 **22** Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti da 6 mesi a due anni **25** L'invito al gioco del favoloso mondo di Amélie **25** La risposta di Cretì **26** Benvenuto Osservatorio italiano sulla salute globale **27** Chi rompe paga e i ticket sono suoi **27** I problemi dei medici dipendenti con Sirchia **28** Le fantastiche avventure di Kavalier e Clay **28** Il sogno di mia madre **29** No **29** Il mistero di Edwin Drood **30** Per far rivivere la speranza tra la gente del mare di Aral: 5000 dollari, libri e riviste per il Medical Institute del Karakalpakstan **32** Etica, eticismo e ricerca biomedica nei paesi poveri **35** Toscana e Lombardia: sistemi regionali **36** Trambusto a Lainate **36** Evidenze e case report **37** CBM contro EBM **40** A scuola di semplicità: una polemica "inglese" **42** Il sonnambulismo del bambino ha una terapia troppo economica per meritare un RCT? **43** La profilassi intermittente è efficace nei soggetti con convulsioni febbrili? **44** Come illustrare i risultati di uno scenario alla famiglia **45** Quali indicazioni per la profilassi con Palivizumab nel pretermine? **46** La congiuntivite ha bisogno sempre di una terapia empirica con antibiotico? **47** Glossario dei termini e delle abbreviazioni **50** Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati **51** Lavorare per l'infanzia **52** Il futuro dei bambini con diabete **56** Il bambino con artrite idiopatica giovanile **38** Appuntamenti: Programma preliminare Congresso ACP

marzo - aprile 2002 vol IX n°2

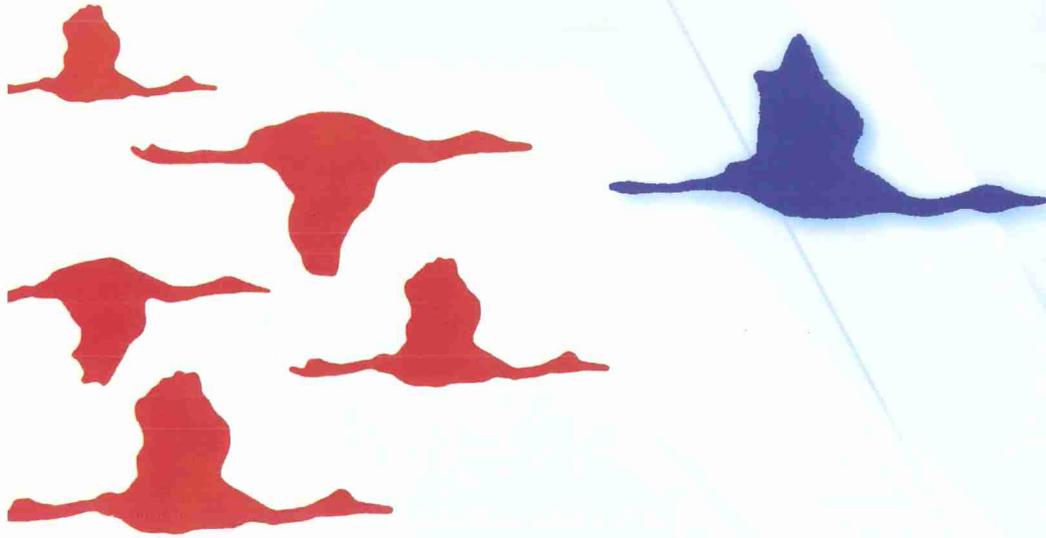
spedizione in abb postale - 45% Art 2, Comma 20/B L 662/96 filiale di Forlì Aut Tribunale di Oristano 308/89



# Zirtec<sup>®</sup>

ANTIALLERGICO

cetirizina



Dep. Min. Sal. 15/11/2001



## Questo numero

- 5 L'immagine che c'è: dov'è il Mare di Aral?  
*Giancarlo Biasini*

## Editoriale

- 6 Il medico: servo di tre padroni?  
*Sandro Spinsantii*

## ACP News

- 7 Accordo quadro tra ACP e Istituto degli Innocenti  
*Nicola D'Andrea*  
21 Votazioni ACP 2002

## Congressi controlloce

- 8 Milano: non solo farmaci  
9 Guarire in Italia e nel Sud del Mondo

## Ricerca

- 10 Allattamento al seno, conoscenze e pratiche dopo un corso di 18 ore *Adriano Cattaneo et al.*

## Nati Per Leggere

- 16 Nati per leggere in Campania  
16 Nati per leggere a Ferrara  
16 Nati per leggere a Pordenone  
17 Nati per leggere a Mesagne  
17 Nati per leggere: una tesi di laurea  
17 Una lettera dal Ministero dei beni culturali  
17 Nati per leggere rassegna stampa  
18 La promozione della lettura durante le visite di controllo *Pasquale Causa, Stefania Manetti*  
22 Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti da 6 mesi a 2 anni  
*Maria Letizia Meacci*

## Film per ragazzi

- 25 L'invito al gioco del favoloso mondo di Amélie *Italo Spada*

## Info

- 26 Benvenuto Osservatorio italiano sulla salute globale  
27 Chi rompe paga e i ticket sono suoi  
27 I problemi dei medici dipendenti con Sirchia

## Libri

- 28 Michael Chabon, *Le fantastiche avventure di Kavalier e Clay*  
28 Alice Munro, *Il sogno di mia madre*  
29 Diego Cugia, *No*  
29 Charles Dickens, *Il mistero di Edwin Drood*  
51 Francesco Ciotti, *Lavorare per l'infanzia*

## World-Info

- 30 Per far rivivere la speranza tra la gente del mare di Aral: 5000 dollari, libri e riviste

## Osservatorio internazionale

- 32 Etica, eticismo e ricerca biomedica nei paesi poveri *Giorgio Tamburlini*

## Organizzazione sanitaria

- 35 Toscana e Lombardia: sistemi regionali a confronto

## Lettere

- 36 Trambusto a Lainate *Miko*  
36 Evidenze e case report *Luisa Marolla et al.*  
37 CBM contro EBM *Giancarlo Cimino*

## Leggere e fare

- 40 A scuola di semplicità: una polemica "inglese" *Salvo Fedele*  
42 Il sonnambulismo del bambino ha una terapia troppo economica per meritare un RCT? *Maria Grazia Lunetta*  
43 La profilassi intermittente è efficace nei soggetti con convulsioni febbrili? *Antonio Basile, Nicola Tarantino*  
44 Come illustrare i risultati di uno scenario alla famiglia *Pippo Bruno*  
45 Quali indicazioni per la profilassi con Palivizumab nel pretermine? *Gaetano Milioto*  
46 La congiuntivite ha bisogno sempre di una terapia empirica con antibiotico? *Caterina Lo Presti*  
47 Glossario dei termini e delle abbreviazioni *Salvo Fedele*

## Il caso che insegna

- 50 Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati *Renato Vitiello et al.*

## Aggiornamento avanzato

- 52 Il futuro dei bambini con diabete *Mauro Pocecco et al.*

## Informazioni per genitori

- 56 Il bambino con artrite idiopatica giovanile *Loredana Lepore et al.*

## Appuntamenti

- 38 Programma preliminare XIV Congresso ACP

## No Comment

- 8 Eurispes & Telefono Azzurro  
14 Modello Lombardo  
16 La ricerca in occidente  
17 Conflitto di interessi  
25 La risposta di Cretì

# 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

## Programmazione Web

Gianpiro Piras

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

© Associazione Culturale Pediatri  
ACP edizioni No Profit

## 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](mailto:red@quaderniacp.it)

## INDIRIZZI

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

## Direttore

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

## Redazione e direzione esecutiva

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](mailto:csbdipa@tiscalinet.it)

## Ufficio abbonamenti

via Nulvi 27 - 07100 Sassari  
Tel. 3332562649, Fax 0792594096  
e-mail: [info@unclink.it](mailto:info@unclink.it)

## Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

## Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [dima@interoffice.com](mailto:dima@interoffice.com)

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.

Si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. 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 punto-virgola, 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 c'è: dov'è il mare di Aral?

Giancarlo Biasini

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

Dov'è il mare di Aral? Sicuramente molto distante da noi e dalla vita di ogni giorno di un pediatra italiano, forse in una parte del mondo dove la vita si sta spegnendo per sempre. Da quel posto, in cui è davvero difficile soltanto sperare, una donna ci ha scritto per chiederci aiuto. Il suo nome è Oral. Anche se lì dove vive è difficile immaginare soltanto la speranza di sopravvivere, Oral non ci chiede aiuto per sopravvivere ma ci chiede aiuto per un progetto, un progetto che abbiamo deciso di appoggiare (si veda pagina 30), non solo per ragioni umanitarie ma forse perché esprime bene tutta la "vita editoriale" di *Quaderni acp*. Questa rivista cerca infatti in ogni numero di "sentire" tutta la dicotomia che è nella vita del pediatra di oggi; da una parte la tensione di dovere conoscere e applicare nozioni biomediche di non facile acquisizione, o tutte nuove o che ne cancellano altre, e dall'altra il dovere rendersi conto della necessità di una ritornata attenzione ad aspetti della professione che comportano connotazioni umanistiche e che gli autori anglosassoni chiamano appunto *Humanities*. Assai vicino a questo, forse all'interno di questo è, ci pare, la necessità di spostare l'assunzione di responsabilità dai confini del sanitario al contesto sociale per migliorare la salute della popolazione che ci è affidata, allargando il campo della visione dall'ambito della nazione a quello della vita dei bambini nel mondo che è una costante delle riviste internazionali che si occupano di salute. Basta pensare ai titoli degli editoriali di *The Lancet* che da gennaio ad oggi, a numeri alterni, sono stati dedicati alle mine antiuomo, al rapporto fra la globalizzazione e la salute, ai problemi del clima, del bioterrorismo, della salute in Afghanistan, della libertà accademica limitata dalle misure che cercano di combattere, e giusta-

mente, il terrorismo. Anche noi ci occupiamo ad ogni numero di queste cose, forse in questo numero in maniera un po' più intensa del solito. Ci sembra che questa rivista, nella sua evoluzione, sia lo specchio della necessità di questa, che è in fondo una versione del concetto, che fu di moda vent'anni fa, delle *DUE CULTURE* oggi per noi vissute dentro una stessa professione.

In una parte della rivista si sta cercando di accompagnare l'evoluzione della professione in campo biomedico attraverso "LA CONSULTAZIONE DI UN ESPERTO COMPETENTE: LA LETTERATURA" (ed i lettori cominciano a scriverci su questa fatica che vorrebbe essere comune a noi e a loro), dall'altra si sta cercando di parlare dei problemi internazionali della salute e di diffondere in Italia un progetto che appare tipicamente legato alle *Humanities*: *NATI PER LEGGERE*. Questo progetto, la cui utilità è stata riconosciuta dal Ministero per i beni culturali, ha ormai alle spalle una mole di ricerche di scuola anglosassone sugli effetti della lettura dialogica ad alta voce: le relazioni familiari, lo sviluppo del linguaggio, le dotazioni librerie delle famiglie, la frequenza delle biblioteche, il successo scolastico; tutti dati che ne sostengono la validità e l'utilità.

Esso coinvolge i pediatri con una certa lentezza ma continua a diffondersi; ne diamo ad ogni numero notizie. Come tutti i fatti nuovi di questi ultimi anni esso comporta la utilità/necessità della collaborazione con altre componenti del mondo che si occupa di bambini: in questo caso dei conoscitori della letteratura per l'infanzia; la collaborazione di *LiBeR*, una rivista autorevole in questo campo, oltre che la consolidata disponibilità delle biblioteche per ragazzi, potrà molto aiutare i pediatri. La necessità di una collaborazione fra tutti coloro che si occupano del bambino è da tempo una con-

notazione dell'ACP e anche questa procede con molti "stop and go". Unire e fare parlare culture diverse è faticoso ed è un compito per il quale serve pazienza e impegno.

Ha riguardato, oltre 20 anni fa, quando si unificarono nel Servizio sanitario nazionale le diverse anime del mondo sanitario (dalle mutue ai servizi comunali, agli ospedali), il rapporto dei pediatri con coloro che già lavoravano all'interno del mondo dell'assistenza sanitaria: i neuropsichiatri infantili, gli psicologi, i terapisti della riabilitazione, le assistenti sanitarie e sociali; poi si è spostata - con prevedibili difficoltà - agli insegnanti dei bambini che insieme vogliamo avviare ad una vita di buona salute. Oggi riguarda gli esperti di letteratura infantile. Il recente accordo fra ACP e Istituto degli Innocenti che lavora in un ambito di riflessione e di ricerca sui problemi dell'età evolutiva, di cui diamo notizia a pagina 7, per la realizzazione di attività e documentazione sulla condizione dell'infanzia in Italia rientra nell'ambito di questa visione di collaborazione e di integrazione di attività con tutti coloro che si occupano di problemi dell'infanzia nel mondo.

Il progetto di Oral ci sembra esprima bene il percorso di questa rivista, lo adottiamo con convinzione e chiediamo ai nostri lettori di appoggiarlo, speriamo che sia un segno tangibile della nostra evoluzione e non una delle tante espressioni di "terzomondismo occasionale", un segno di come due culture molto diverse possano davvero costruire qualcosa di duraturo, una speranza comune: finché la speranza è in vita in luoghi come quello in cui vive Oral noi abbiamo il dovere di fare la nostra parte.

Per corrispondenza  
Giancarlo Biasini  
e-mail: [gcbias@tin.it](mailto:gcbias@tin.it)

# Il medico: servo di tre padroni?

Sandro Spinsanti  
Direttore Istituto Giano di Medical Humanities, Roma

“Non si può servire a due padroni”. La sentenza evangelica è stata utilizzata da un illustre clinico per dar forma all’atteggiamento dei medici nei confronti dei sistemi di finanziamento delle prestazioni sanitarie introdotti negli anni ’90 dalle leggi di riordino del Servizio sanitario nazionale. Intendeva affermare che l’unico “padrone” del medico è il paziente, al cui migliore interesse è finalizzato l’intervento del sanitario. La formula è retoricamente efficace, tanto da assicurarle un’ampia circolazione nel mondo medico. Senza mettere in discussione l’intenzione di chi l’ha applicata alla sanità, bisogna tuttavia precisare che il principio secondo cui non si può servire due padroni, se può essere sacrosanto nelle questioni di fede, non si applica invece alle scelte che deve fare il medico. Perché i “padroni” che deve servire non sono solo due, ma almeno tre. Proviamo ad accantonare la metafora dei padroni e ad affrontare la questione da un’altra angolatura. Per esempio, quella proposta da Relman in un editoriale del *New England Journal of Medicine* per periodizzare l’evoluzione della medicina nella seconda metà del XX secolo (4). A suo avviso, dopo l’epoca dell’espansione dei servizi sanitari a fasce sempre più ampie della popolazione e l’epoca del necessario contenimento della spesa, ha avuto luogo la terza rivoluzione: quella della “valutazione e del comportamento responsabile” (in inglese: *assessment and accountability*). Il secondo termine è particolarmente difficile da tradurre. L’*Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità* riporta sotto “accountability” la pungente osservazione di Indro Montanelli: «Parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è stata ancora tradotta» (3). Indica il dovere di documentare, di fornire un rendiconto di ciò che si è fatto a chi ci ha dato l’incarico (e ci paga lo stipendio o ci mette a disposizione le risorse).

Quando questa rivoluzione ha luogo, il sistema della rendicontazione si arricchisce di una voce in più. Delle proprie scelte il medico deve rendere conto, oltre che a se stesso - nel foro interno della coscienza - anche a tre altre istanze: la scienza, il paziente e la società. Sono questi i tre “padroni” da servire.

L’obbligo del medico di rendere conto alla scienza non è nuovo. Già William Osler, il riformatore dello studio della medicina all’inizio del XX secolo, affermava che il medico non deve fare per il malato tutto ciò che è umanamente possibile, ma solo ciò che è scientificamente corretto. Si tratta di offrire i trattamenti efficaci, escludendo quelli dannosi o inutili. Il movimento della medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence based*) non ha fatto che dare un giro di vite a un’esigenza che già esisteva da sempre nell’impianto della medicina ippocratica. La dimostrazione dell’efficacia va fatta a priori, non a posteriori, come avviene quando si escludono dei trattamenti di cui è risultata l’inappropriatezza clinica (per amore di concretezza, pensiamo alla rinuncia alla tonsillectomia, per lungo tempo eseguita quasi di routine sul maggior numero possibile di bambini). Per mutuare una formulazione incisiva di Gianfranco Domenighetti, oggi «qualunque prestazione deve essere considerata inefficace, finché non si è dimostrato il contrario» (2). È una profonda innovazione nel comportamento di molti medici che adottano procedure diagnostiche e terapeutiche in modo autoreferenziale, ovvero semplicemente perché “funzionichiano”...

L’irruzione della modernità in medicina ha portato l’esigenza di rendere conto anche al paziente di quanto si sta facendo a suo beneficio. Non basta fornire i servizi di provata efficacia: bisogna anche che ciò sia fatto “nel modo giusto”. Ciò implica il rispetto dei valori soggettivi del paziente, la promozione della

sua autonomia, la tutela della diversità culturale, intesa come un diritto rivendicabile. Rispetto a un passato anche molto recente, in cui la medicina era organizzata in modo autoritario e gestita con stile paternalistico, oggi si richiede un coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni che lo riguardano (1). Buona medicina è quella che, oltre all’appropriatezza clinica, valutata dal professionista sanitario, considera auspicabile e rende possibile che il paziente partecipi alle decisioni che si ripercuotono sul suo benessere.

Nell’ambito della sanità intesa come pubblico servizio sta diventando quanto mai attuale il rendere conto delle scelte mediche alla comunità. Quanto si è speso, ma soprattutto *come* si è speso. La sanità pubblica, infatti, nasce da un “patto per la salute”, come l’ha chiamato il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 - 2000. L’attenzione dei sanitari e dei cittadini è stata deviata sugli accordi strategici tra i medici e il management delle aziende sanitarie per contenere la spesa, come se fosse questo l’obiettivo della nuova sanità. L’obiettivo è piuttosto quello di combattere sprechi e diseconomie per poter utilizzare al meglio le risorse comuni.

Si tratta di mettere i servizi sanitari a disposizione di tutti quelli che ne hanno diritto e bisogno, contrastando le sperequazioni e le iniquità nell’accesso, che stanno creando un razionamento occulto sotto forma di liste di attesa. Un obiettivo che i vertici delle aziende sanitarie, anche i più illuminati, non potranno mai raggiungere senza la collaborazione dei medici. Potrebbero, sì, raggiungere il pareggio di bilancio operando dei tagli nei servizi erogati, ma mai sarebbero in grado di mettere in piedi una sanità equa, qualora i medici decidessero che questo non è un loro compito. Come si fa a “servire tre padroni” contemporaneamente? È la domanda legittima che sintetizza

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

## editoriale

# Accordo quadro tra ACP e Istituto degli Innocenti

Nicola D'Andrea

Presidente Associazione Culturale Pediatri

za efficacemente il problema con cui si trova confrontata la medicina dei nostri giorni. Dovremo forse cercare di dare diritto di cittadinanza al compromesso. La parola ha pessima fama: i moralisti lo aborriscono (qualificandolo abitualmente come "sporco") e gli eticisti lo combattono, perché sospettano che indebolisca i principi. Eppure sembra l'unica via percorribile per chi in sanità deve imparare a vivere con soluzioni buone, anche se non ottimali.

La via del compromesso ci conduce alla stessa conclusione a cui giunge E. Haavi Morreim nell'articolo dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1995) dedicato al conflitto di interessi. Mentre una volta il dovere che nasceva dalla fiducia che il paziente riponeva nel professionista consisteva soprattutto nell'astenersi dallo sfruttamento volgare, oggi l'obbligo di porre gli interessi del paziente prima dei propri non può più essere per il professionista un obbligo senza limiti: «Una delle più importanti e difficili sfide della nuova economia che regola la medicina consiste nel considerare non solo ciò che i sanitari sono obbligati a dare ai loro pazienti, ma anche i limiti di questi obblighi». In altre parole, i conflitti di interesse obbligano a riscrivere le regole del gioco tra tutti coloro che sono coinvolti nel sistema di erogazione delle cure: ricercatori, professionisti sanitari, amministratori pubblici, divulgatori scientifici, cittadini. Se è impossibile eliminare i conflitti di interesse presenti pervasivamente nell'ambito della medicina, molto si può fare per aumentare la trasparenza, favorendo l'*empowerment* dei consumatori.

## Bibliografia

- (1) Comitato nazionale per la bioetica, *Informazione e consenso all'atto medico*, Roma, 1992.
- (2) Domenighetti G, *Educare i consumatori a rimanere sani*, *L'Arco di Giano* 1996;11:46
- (3) Morosini P et al *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Torino, 1999.
- (4) Relman AS, *Assessment and accountability. The third revolution in medical care* *N Engl J Med* 1988; 319:1220

A metà marzo è stato firmato un accordo quadro di collaborazione tra l'Istituto degli Innocenti di Firenze e l'Associazione Culturale Pediatri per la realizzazione di attività di ricerca e documentazione sulla condizione dell'infanzia in Italia.

## Cos'è l'Istituto degli Innocenti

Il Centro attua la raccolta e la catalogazione delle pubblicazioni e dei documenti sull'infanzia e sull'adolescenza e la divulgazione di quanto catalogato, attraverso pubblicazioni a stampa e banche dati informatizzate, secondo due aree e i relativi ambiti.

### AREA DOCUMENTAZIONE

- Ambito bibliografico: periodici, monografie, letteratura grigia, banche dati.
- Ambito legislativo e giurisprudenziale: legislazione nazionale e attività parlamentare; attività governativa; legislazione regionale; giurisprudenza; legislazione europea.
- Ambito statistico: dati Istat, delle Regioni, dei Ministeri ed Eurostat, creazione di indicatori e confronti internazionali.

### AREA SERVIZI ALL'UTENZA

- Analisi delle problematiche minorili (definizione dei flussi informativi tra Regioni e Centro nazionale finalizzati alla realizzazione della mappa dei servizi territoriali e delle risorse destinate all'infanzia; predisposizione della bozza del Rapporto biennale sulla condizione minorile in Italia)
- Attività di ricerca specifica finalizzata alla conoscenza e all'approfondimento di aspetti particolari delle condizioni di vita dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro paese. Nella programmazione dell'Istituto è previsto che "verranno attivati strumenti di approfondimento e di elaborazione di progetti pilota finalizzati a migliorare le condizioni di vita dei soggetti in età evolutiva. Per l'individuazione degli ambiti di riflessione si farà riferimento sia alle indicazioni che emergono dalla raccolta di dati e informazioni sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza e sullo stato dei servizi territoriali nel settore, che alla raccolta e all'elaborazione di proposte pervenute al Centro dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e dalle istituzioni locali. Particolare attenzione verrà prestata ad un

confronto tra diversi soggetti istituzionali".

## Le modalità dell'accordo

L'ACP si è dato come obiettivo maggiore quello del "confronto" tra le varie agenzie che si occupano di bambini e delle problematiche correlate; ci sono stati degli incontri informali con i responsabili degli "Innocenti" da cui è scaturita l'idea di formalizzare questa collaborazione, siglando un accordo quadro. Nel protocollo si fa riferimento allo studio della condizione dell'infanzia, in particolare a indagini epidemiologiche, studi osservazionali sulle modalità di accesso ai servizi sanitari e sui comportamenti delle famiglie di fronte alla salute e alla malattia dei bambini.

È stato peraltro previsto un apposito gruppo, composto da sei componenti individuati in pari numero dalle parti, con il compito di elaborare annualmente il piano delle attività, di seguirne l'andamento e coordinare la documentazione delle attività realizzate, finalizzata alla loro divulgazione.

## I progetti comuni

Per l'anno 2002 sono stati individuati come aree di lavoro:

- una ricerca retrospettiva sulle caratteristiche della popolazione pediatrica e delle rispettive famiglie utilizzando i materiali informativi desunti dagli archivi di un campione su scala nazionale dei pediatri di famiglia;
- uno studio sulla qualità delle prestazioni ambulatoriali da parte dei pediatri;
- un progetto di attivazione comunitaria di sostegno da parte di mamme nei confronti delle madri in attesa di un figlio.
- la convocazione in maniera congiunta, presso la sede dell'Istituto a Firenze di una conferenza sul piano di riordino della giustizia minorile varato recentemente dal Consiglio dei ministri.

## Le prospettive

La collaborazione è appena agli inizi, ci auguriamo che possa anche fungere da catalizzatore per altri "incontri" tra istituzioni e organizzazioni che hanno prioritario interesse nei confronti dei bambini e delle loro famiglie.

# congressi

## Milano: non solo farmaci

Forum SOLINT è un laboratorio di discussione promosso da cinque organizzazioni non governative italiane: CISP (Comitato internazionale per lo sviluppo dei popoli), COOPI (Cooperazione internazionale), COSV (Comitato di coordinamento delle organizzazioni per il servizio volontario), INTERSOS (Organizzazione umanitaria per l'emergenza) e MOVIMONDO (Associazione di cooperazione e solidarietà internazionale). Il Forum ha dedicato il suo annuale incontro (Milano, 27 Novembre 2001) all'epidemia di HIV/AIDS che, per le dimensioni attualmente raggiunte, rappresenta ormai una delle più drammatiche sfide, oltre che alla salute, alle possibilità stesse di sviluppo di alcuni tra i paesi più poveri del mondo. Secondo UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), infatti, le persone affette da HIV nel mondo sono oltre 36 milioni. Di queste 25 milioni, oltre il 70% degli adulti e l'80% dei bambini affetti da HIV nel mondo, sono nell'Africa sub-sahariana. Da quando l'epidemia è stata accertata i morti sono stati 21 milioni, di cui oltre l'85% sempre nell'Africa sub-sahariana. Al ritmo attuale si registra l'incredibile numero di 15.000 nuove infezioni al giorno, delle quali oltre il 95% nei paesi in via di sviluppo. Queste incidenze sono il doppio delle proiezioni fatte nel 1991. L'epidemia ha quindi raggiunto dimensioni ormai drammatiche, con prevalenza di sieropositività che in alcuni contesti interessa oltre il 40% della popolazione totale, senza contare il rischio dell'aumento esponenziale del contagio, con conseguenze devastanti sulla vita di molti paesi, soprattutto in Africa. Come

è noto, invece, nei paesi industrializzati la disponibilità di farmaci e le strategie di prevenzione hanno permesso di contenere la malattia e ridurre la diffusione. L'impatto e la dimensione devastanti dell'epidemia costituiscono un'emergenza globale ed una minaccia terribile alla vita e alla dignità delle popolazioni, oltre che un ostacolo durissimo all'affermazione dei diritti umani e a qualsiasi strategia di sviluppo.

L'AIDS, al pari di altre malattie come la tubercolosi e la malaria, rende ancora più evidente e "altamente significativa" l'associazione tra povertà e stato di salute, caratterizzata da un vero e proprio circolo vizioso. Da una parte, infatti, la malattia aggravava le condizioni di povertà e di vulnerabilità di intere comunità, e dall'altra lo stato di povertà – con il conseguente scarso o nullo accesso alle terapie, alle informazioni, ai servizi sanitari ed educativi – contribuisce notevolmente ad esporre al contagio, o riduce drammaticamente le speranze di guarigione per tutti coloro che sono stati già contagiati.

Un nuovo soggetto sta emergendo sul "pianeta AIDS": l'orfano da AIDS. Stanno, infatti, drammaticamente aumentando i bambini sieropositivi senza genitori perché morti di AIDS. Nella sola Africa si prevedono 40 milioni di piccoli orfani entro il 2010. Per loro specifiche iniziative (progetti di cooperazione) dovranno essere realizzate nei prossimi anni, e non c'è tempo per dilazionare ulteriormente gli interventi rivolti a bloccare l'estinzione di interi villaggi per la morte di giovani, adulti e bambini contagiati. Questi sono i temi affrontati nel corso dell'iniziativa cui hanno partecipato rappresentanti della Banca Mondiale, dell'OMS, del governo, della società civile. I buoni propositi si sono sprecati,

anche in merito all'utilizzo degli stanziamenti internazionali dell'apposito Fondo AIDS, "neonato genovese" di peso molto basso, se si considera che dei 10 miliardi di dollari annui richiesti dall'ONU, ne sono stati stanziati 1,5 senza temporalità. La preoccupazione maggiore è che la quota di risorse che si disperde tra le varie Agenzie e Organizzazioni, per distribuire e ottenere finanziamenti, sia elevata e "insostenibile": maggior efficacia ed efficienza è quindi richiesta, ancora una volta, alla solidarietà, così da incrementare il numero di benefici e beneficiari.

Questi timori inducono a monitorare attentamente quanto il Nord (anche l'Italia) farà per il Sud del mondo nella lotta all'AIDS e alla povertà.

*m.b.*

### no comment

#### Eurispes & Telefono Azzurro

Nel nuovo anno i media italiani hanno ripreso con grande enfasi la presentazione del nuovo rapporto Eurispes - Telefono azzurro sulla condizione dell'infanzia in Italia.

Ai nostri lettori non possiamo che consigliare la "salutare" lettura del libro di Volpi, recensito sul n° 6 di *Quaderni acp*, che al rapporto infanzia 2000 Eurispes-Telefono azzurro dedica un'analisi molto critica, per via di tutte le incongruenze statistiche con cui è stato redatto.

Quand'è che i giornalisti italiani finiranno di leggere solo le agenzie?

*red.*

# controluce

## Guarire in Italia e nel Sud del Mondo

Organizzato dal Comitato Maria Letizia Verga per lo studio e la cura della leucemia del bambino, in collaborazione con l'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP) e la Forza Operativa Nazionale di Oncologia Pediatrica (FONOP), si è svolto a Milano il 19 febbraio il Convegno nazionale "Tumori in età pediatrica: guarire in Italia e nel Sud del mondo". L'iniziativa si è svolta nell'ambito della prima Giornata mondiale di lotta contro i tumori dei bambini, promossa dall'organizzazione internazionale ICCPO (International Confederation of Childhood Cancer Parents Organizations) che raggruppa le associazioni dei familiari dei bambini ammalati di 43 Paesi.

"Impegnarsi in iniziative a favore del Sud

del mondo può essere un'utopia, ma io credo nelle parole del poeta Galeano:

*"L'utopia serve a camminare. I nostri progetti possono essere un segnale pur essendo solo dei piccoli frammenti"*.

È con queste parole che Giuseppe Masera ha illustrato i risultati dell'ormai ventennale attività della rete internazionale di oncologia pediatrica che, a partire dal primo interscambio Italia-Nicaragua, si è estesa nelle Americhe e nell'Europa orientale.

Ogni anno, nel mondo, si ammalano di tumore e leucemia circa 230.000 bambini, dei quali 200.000 nel Sud e 30.000 nel Nord (1500 in Italia).

Ebbene nei Paesi ricchi, il 75% dei casi di leucemie infantili guarisce. In quelli poveri, invece, si raggiunge a malapena il 20%, pari a circa 38.000 bambini.

Un divario enorme, se si pensa che negli anni 50 la percentuale di sopravvivenza ai tumori pediatrici era ovunque del 10%.

È questo il risultato della politica sanitaria a livello mondiale che continua a produrre sprechi, non incide sulle cause strutturali delle malattie ed è improntata ormai ad una visione solo economicistica, come ha sottolineato Eduardo Missoni, responsabile della Cooperazione Internazionale del Ministero degli Affari Esteri,

Così i bambini del Sud continuano a morire e l'attesa di vita media è arrivata a 75 anni in Giappone (l'Italia è sesta), mentre in Sierra Leone, l'ultimo in classifica, non si superano i 25 anni.

Francesco Tonucci, dell'Istituto di Psicologia del CNR, ha raccolto, anche graficamente, l'auspicio comune dei molti operatori sanitari, genitori e giovani (ex) pazienti convenuti: "Ce la faremo insieme".

Al termine del Convegno è stata approvata una mozione, presentata dalle Associazioni

## Avviso ai lettori

*Per problemi di programmazione, legati alla nuova grafica, il sito di Quaderni acp è in ristrutturazione. L'aggiornamento on line della rivista ha subito, per questo, alcuni ritardi che si protrarranno anche con il numero in corso. Ce ne scusiamo con i lettori*

Genitori, affinché :

- le autorità sanitarie dei vari paesi, gli organismi governativi e non-governativi, nazionali e internazionali, la società in generale e le persone di buona volontà, in particolare, continuino a sostenere i programmi delle Associazioni Genitori impegnate nella lotta contro i tumori in età pediatrica.

Propongono a tal fine di realizzare il programma "5% di speranza" che prevede la possibilità di devolvere il 5% del loro budget a favore di:

- programmi di gemellaggio tra Centri di Oncologia Pediatrica Italiani e Centri del Sud del mondo
- "adozione a distanza" di bambini affetti da tumore -

m.b.



# Allattamento al seno, conoscenze e pratiche dopo un corso di 18 ore

Adriano Cattaneo<sup>1</sup>, Sofia Quintero Romero<sup>1</sup>, Gruppo di lavoro per la ricerca e la formazione sull'allattamento al seno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unità per la Ricerca sui servizi sanitari e la cooperazione internazionale, IRCS "Burlo Garofolo"

<sup>2</sup>Gruppo di Lavoro per la Ricerca e la Formazione sull'Allattamento al Seno

Mara Baldissera, Tea Burmaz, Adriano Cattaneo, Susanna Centuori, Riccardo Davanzo, Carla Pavan e Sofia Quintero Romero IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Luigi Esposito, Savino Mastropasqua, Francesca Monge Benettina, Crescenza Montenegro e Michele Pontrelli Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA)

Alfredo Gatto, Giuseppe La Gamba, Santina Procopio, Anna Romano, Anna Maria Santelli e Gemma Spagnolo, Ospedale Pugliese Ciaccio, Catanzaro

Anna Aiello, Gabriele Chiappetta, Carlo Corchia, Annunziata De Risi e Maria Pia Galasso, Ospedale dell'Annunziata, Cosenza

Sergio Conti Nibali, Marina Gemelli, Rosa Manganaro, Giovanna Mangano e Angela Sicilia, Policlinico Universitario, Messina

Valeria Bodega, Emanuela Cosentino, Silvia Morassut, Anna Regalia e Barbara Zapparoli, Ospedale San Gerardo, Monza (MI)

Pierpaolo Brovedani, Daniela Sebastianutti, Maria Alberta Nassivera e Lucia Zamolo, Ospedale Civile, Tolmezzo (UD)

Antonio Deganello e Giovanna Zantonello, Ospedali di Villafranca e Isola della Scala (VR)

Lucia Basili Luciani, Stefania Bibbiani, Giuliana Blasi e Anna Federici, Ospedale Belcolle, Viterbo

Roberto Buzzetti, Centro per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi sanitari (CEVEAS), Modena

## INTRODUZIONE

La letteratura medica internazionale ha diffuso le conoscenze sui benefici dell'allattamento al seno, gli svantaggi del non allattamento e le raccomandazioni che ne conseguono per i pediatri (1). In Italia, le conoscenze dei pediatri su questo argomento risultano incomplete (2), e la prevalenza e la durata dell'allattamento al seno lontane dai valori raccomandati (3), anche se la situazione sta probabilmente, seppur lentamente, migliorando.

Il Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste è attivo da tempo nel campo della formazione; il corso utilizzato è il corso di 18 ore dell'UNICEF, tradotto, adattato ed elabo-

borato per promuovere l'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino. Da Novembre 1995 a Luglio 2001 sono stati realizzati 63 corsi di questo tipo in quasi tutte le regioni italiane.

Per valutare l'efficacia di questo intervento, l'ACP, insieme all'IRCCS Burlo Garofolo, ha finanziato uno studio controllato i cui risultati sono stati pubblicati (4) dopo essere stati presentati in via preliminare ai congressi ACP.

Questo articolo presenta alcuni dei risultati riguardanti gli effetti del corso di 18 ore sulle conoscenze degli operatori e sulle pratiche ospedaliere, che non sono stati inclusi nell'articolo per la stampa medica internazionale.

**TABELLA 1: ALCUNE CARATTERISTICHE DEGLI OSPEDALI OGGETTO DI FORMAZIONE**

Caratteristica	Gruppo 1	Gruppo 2
Ospedali generali	3	3
Ospedale di insegnamento	1	1
Popolazione di riferimento	225.000 - 500.000	80.000 - 300.000
Copertura stimata dei parti	35% - 90%	75% - 90%
Letti di maternità	30 - 80	16 - 40
Parti in un anno	998 - 1972	375 - 2921
Cesarei	31% - 44%	13% - 21%
Nati vivi	960 - 1960	374 - 2957
Nati di basso peso	7% - 15%	3% - 9%
Nati morti	0‰ - 9‰	0‰ - 5,5‰
Morti neonatali	5,6‰ - 26‰	0‰ - 5,8‰
Medici ostetrici	8 - 30	10 - 14
Medici pediatri	8 - 38	5 - 10
Ostetriche	9 - 29	8 - 27
Infermiere	39 - 123	30 - 57
Operatori formati (totale)	71 - 130 (377)	57 - 72 (194)

Per corrispondenza:

Adriano Cattaneo

e-mail: [cattaneo@burlo.trieste.it](mailto:cattaneo@burlo.trieste.it)

ricerca

## METODI

Si tratta di uno studio controllato, non randomizzato. Gli otto ospedali che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati distribuiti in due gruppi, in ognuno dei quali vi erano tre ospedali generali e un ospedale di formazione. Pur essendo stati definiti su base territoriale, per questioni di fattibilità, si è fatto in modo che i due gruppi fossero per quanto possibile simili in termini strutturali e funzionali. La **tabella 1** mostra alcune caratteristiche degli ospedali dei due gruppi, evidenziando un maggior numero di letti di maternità e di operatori sanitari nel gruppo 1. Il numero di operatori formati è molto più basso nel gruppo 2 non solo perché si tratta di ospedali con meno personale, ma anche perché uno degli ospedali di questo gruppo è stato riorganizzato con chiusura della maternità e del nido, subito dopo la raccolta iniziale dei dati. Proprio per le differenze tra i due gruppi e per ovviare alla mancanza di randomizzazione, il protocollo di ricerca prevedeva che l'intervento di formazione fosse effettuato in periodo diverso nei due gruppi, dopo la raccolta dati iniziale (fase 1) nel gruppo 1 e dopo la seconda raccolta dati (fase 2) nel gruppo 2, in modo da poter controllare possibili miglioramenti in assenza di intervento e la permanenza di eventuali miglioramenti anche a distanza dall'intervento (5). La raccolta dati finale (fase 3) avveniva dopo la formazione per entrambi i gruppi. Inoltre, per poter confrontare esiti diversi e facilitare l'interpretazione dei risultati, sono stati raccolti dati sia sulle conoscenze degli operatori, sia sulle pratiche ospedaliere, sia sulla prevalenza e durata dell'allattamento al seno. Infine, sempre a causa della mancanza di rando-

mizzazione, sono stati raccolti dati su numerosi possibili fattori di confusione in modo da correggere i risultati in fase di analisi. Gli strumenti per la raccolta dati sono descritti altrove (4) e riguardavano conoscenze degli operatori e pratiche ospedaliere in relazione ai "Dieci Passi per Allattare al Seno con Successo" (**tabella 2**). Il questionario per operatori e la scheda di autovalutazione ospedaliera sono stati compilati in ognuna delle tre fasi di raccolta dati. Tutti i dati raccolti sono stati inseriti in EpiInfo e sono stati analizzati con lo stesso programma, oltre che con MS Excel e SPSS.

## RISULTATI

La **tabella 3** mostra i risultati del questionario sulle conoscenze. La percentuale di questionari compilati in relazione agli operatori formati non è altissima; è stabile nel gruppo 2, mentre si dimezza dopo la fase 1 nel gruppo 1. Inoltre, gli operatori non sono sempre gli stessi, in parte a causa della bassa percentuale di risposta ed in parte perché non tutti quelli che hanno risposto nella fase 1 ed ai quali è stato offerto il corso di formazione sono poi stati effettivamente formati (trasferimento di operatori, chiusura di un reparto). Gli operatori che non hanno risposto a tutti e tre i questionari sono stati il 38% nel gruppo 1 ed il 19% nel gruppo 2. Ma complessivamente i risultati sembrano suggerire che la formazione è stata efficace, particolarmente se si guarda allo score riassuntivo (somma del punteggio di ogni domanda divisa per il numero di domande; risultato finale espresso come una proporzione con valore compreso tra 0 e 1) pesato per età, anno di qualificazione e numero di anni in servizio nello stesso

**TABELLA 2: I DIECI PASSI PER ALLATTARE AL SENO CON SUCCESSO DELL'INIZIATIVA OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO**

1. Elaborare un protocollo scritto per l'allattamento al seno e farlo conoscere a tutti gli operatori sanitari
2. Formare tutti gli operatori sanitari per la messa in pratica completa di questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno
4. Aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno entro mezz'ora dal parto
5. Mostrare alle madri come allattare e mantenere la lattazione anche nel caso di separazione dal neonato
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne su precisa indicazione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre in modo che stiano assieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a libera domanda
9. Non usare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento al seno
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo la dimissione dall'ospedale

**Abstract**

**Obiettivi** valutare gli effetti di un corso di formazione alla pratica dell'allattamento al seno sulle conoscenze degli operatori e sulle pratiche ospedaliere.

**Metodi** studio controllato non randomizzato condotto in otto ospedali in diverse regioni italiane divisi in due gruppi.

In ogni gruppo i dati sono stati raccolti in tre fasi. L'intervento di formazione è stato effettuato dopo la prima raccolta di dati

(fase 1) nel gruppo 1 e dopo la seconda raccolta di dati (fase 2) nel gruppo 2.

**Risultati** lo score di conoscenza degli operatori è aumentato nelle tre fasi di raccolta dati da 0,41 a 0,66 e 0,72 nel

**FIGURA 1: L'EVOLUZIONE DEL RISPETTO DEI 10 PASSI**

Gruppo	Ospedale	Passo																														Totale				
		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			1	2	3		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3								
Gruppo 1	A																																3	8	8	
	B																																	2	6	7
	C																																	3	9	10
	D																																	1	4	7
Gruppo 2	E																																	3	3	6
	F																																	2	2	8
	G																																	3	3	8
<b>Totale</b>		0	1	4	0	2	3	2	3	6	2	4	6	1	4	7	1	4	5	4	4	7	6	7	7	1	4	7	0	2	2	17	35	54		

Passo non rispettato

Passo rispettato in fase 1

Passo rispettato in fase 2

Passo rispettato in fase 3

posto, le uniche variabili per le quali i due gruppi erano statisticamente diversi.

Queste conclusioni sono corroborate dai risultati (non pubblicati, ma disponibili presso gli autori) di un questionario leggermente modificato e distribuito ad alcuni operatori sanitari non ospedalieri parteci-

panti ai corsi di formazione. Si tratta di numeri più piccoli (da 37 a 59 operatori nel gruppo 1, da 7 a 40 nel gruppo 2, in gran parte pediatri di libera scelta o consultoria- li), che però confermano un aumento delle conoscenze successivo alla formazione.

La **tabella 4** mostra i risultati dell'istanta-

nea presa in momenti scelti a caso in ogni ospedale. Nonostante alcune incongruenze (interpretazione errata delle definizioni di rooming-in e di allattamento esclusivo in un ospedale del gruppo 2 nella fase 1), questi risultati confermano il probabile effetto della formazione. Conferma che deriva

**TABELLA 3: PERCENTUALE DI RISPOSTE CORRETTE ALLE DOMANDE DEL QUESTIONARIO SULLE CONOSCENZE**

(↓ = INTERVENTO DI FORMAZIONE)

Domanda	↓ Gruppo 1			Gruppo 2 ↓			
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3	
Numero di questionari (%)	248 (66%)	128 (34%)	137 (36%)	101 (52%)	103 (53%)	106 (55%)	
Prima poppata: quanto tempo dopo il parto?	55% §	91% §‡	100% §‡	55%	56% §‡	73% §‡	
Tre punti da sottolineare per un buon attacco	2% §‡	34% §‡	37%	16% §‡	2% §‡	27% §	
Tre punti da sottolineare per spremere il seno	5% ‡	6% §‡	44% §‡	11% §‡	0% §‡	15% §‡	
Tre routines importanti in ospedale	22% §‡	70% §‡	55% §	55% ‡	44% §‡	67% §	
Le aggiunte di formula interferiscono con l'allattamento?	64% §	76% §	95% §‡	73%	81%	86% ‡	
Perché le aggiunte di latte interferiscono con l'allattamento?	78% §	96% §‡	95%	83%	88% ‡	91%	
Causa principale di fessure nei capezzoli	19% §‡	81% §‡	78% ‡	49% §‡	67% §‡	97% §‡	
Causa principale di insufficienza di latte	46% §	75% §‡	83%	37%	41% §‡	80% §	
Causa principale di ingorgo mammario	74%	79%	77% ‡	70% §	87% §	97% §‡	
Score pesato:	Media (ds) Mediana (range) Moda	0,41 (0,21) §‡ 0,4 (0-0,95) 0,3	0,66 (0,17) §‡ 0,68 (0,15-1) 0,7	0,72 (0,19) § 0,73 (0,5-1) 0,65	0,53 (0,21) ‡ 0,5 (0,1-1) 0,5	0,53 (0,17) §‡ 0,55 (0,15-0,88) 0,58	0,75 (0,12) § 0,75 (0,43-1) 0,73

Differenza statisticamente significativa tra fasi di raccolta dati nello stesso gruppo (§) e tra gruppi nella stessa fase di raccolta dati (§‡)

gruppo 1 e da 0,53 a 0,53 e 0,75 nel gruppo 2.

Il rispetto dei "Dieci Passi per Allattare al Seno con Successo" negli ospedali si è modificato da una media di 2,4 a 5,0 e 7,7, con aumento dopo

l'intervento di formazione e quindi dopo la fase 1 nel gruppo 1 e dopo la fase 2 nel gruppo 2.

**Conclusioni** un corso di almeno 18 ore, con pratica clinica ed enfasi sul counseling, è

efficace nel migliorare conoscenze e pratiche, e dovrebbe essere obbligatorio per gli operatori che si occupano di allattamento al seno.

Quaderni acp 2002; vol IX n° 2: 10-14

anche dalla **figura 1**, che mostra l'evoluzione nel tempo del rispetto dei Dieci Passi. Si può notare come il numero di passi rispettati aumenti dopo la fase 1 nel gruppo 1 e dopo la fase 2 nel gruppo 2, dopo quindi l'intervento di formazione.

Si può anche notare come il rispetto sia più facile per i passi che riguardano routine ospedaliere (Passi 4-9) che per quelli riguardanti la gravidanza (Passo 3) e il dopo dimissione (Passo 10).

Al lettore potrebbe risultare strano il mancato rispetto del Passo 2 (la formazione) in quattro ospedali su sette, quando ciò costituiva l'intervento; questo perché tra i criteri del Passo 2 era inclusa la formazione di almeno 80% degli operatori, percentuale che solo tre ospedali sono riusciti a raggiungere.

Nel complesso, gli operatori formati erano 70% di quanti avrebbero dovuto essere formati nel gruppo 1 e 82% nel gruppo 2; 54% (29%-100%) dei ginecologi, 72% (39%-100%) dei pediatri, 84% (45%-100%) delle ostetriche, 68% (20%-100%) delle infermiere.

#### DISCUSSIONE

Nonostante si tratti di uno studio non randomizzato, benché controllato, sembra di poter concludere che l'intervento di formazione è efficace. Questa conclusione sembra essere ancor più valida alla luce dei risultati su prevalenza e durata dell'allattamento al seno (4), che pure mostrano un miglioramento dopo la formazione. Vi è poi la congruenza con i risultati riportati da altri paesi: lo stesso corso si è dimostrato efficace su conoscenze e pratiche in India (6), in Brasile (7) ed in Cile (8), e sulla prevalenza e durata dell'allattamento al seno in Bielorussia (9). Quali conseguenze si possono trarre da queste conclusioni? Non crediamo sia più giustificabile, in tempi di medicina delle prove di efficacia, l'ignoranza che spesso si riscontra, e non solo in Italia, in tema di allattamento al seno (2, 10). E non è sufficiente conoscere i vantaggi dell'allattamento al seno: queste conoscenze sono inutili quando si ha di fronte una mamma che ha bisogno di un aiuto e di un sostegno pratico. È necessario che gli operatori sanitari abbiano delle competenze

pratiche, riguardanti soprattutto la valutazione della poppata ed il sostegno per migliorare attacco e posizione (il che comporta una conoscenza approfondita ed aggiornata della fisiologia della lattazione), accompagnate da abilità nel counseling. Non si può infatti "prescrivere" una migliore posizione o qualsiasi altra misura benefica per l'allattamento; bisogna essere in grado di dialogare empaticamente con la madre e di proporre l'intervento appropriato partendo da ciò che la madre già sa e/o fa. Questa formazione, che per essere efficace deve avere come minimo i contenuti del corso di 18 ore, enfasi sul counseling ed una quantità adeguata di ore impiegate per far pratica clinica, dovrebbe essere obbligatoria, possibilmente nell'ambito dell'educazione continua in medicina, per tutti quegli operatori che hanno a che fare con madri o future madri. Come accennato nell'introduzione, sono molti i corsi già realizzati, ma non sono certamente sufficienti a coprire tutte le necessità; passeranno ancora molti anni prima che la maggioranza dei circa 700 ospedali italiani sia coperta,

**TABELLA 4: UN'ISTANTANEA DELLE PRATICHE OSPEDALIERE (↓ = INTERVENTO DI FORMAZIONE)**

Caratteristica osservata	↓ Gruppo 1			Gruppo 2 ↓		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Ora dell'istantanea	05:45 - 19:00	05:00 - 23:45	11:00 - 17:00	11:00 - 17:00	01:00 - 11:15	15:00 - 21:00
Coppie madre/neonato osservate	60	55	68	36	47	40
Rooming-in	68%	95%	88%	86%	49%	87%
Allattamento esclusivo	84%	88%	90%	83%	67%	97%
Uso di formula	16%	11%	10%	6%	15%	0%
Uso di glucosata	18%	4%	2%	19%	17%	5%
Uso di biberon	18%	11%	11%	25%	31%	0%
Uso di succhiotto	16%	5%	3%	50%	50%	13%
Pubblicità di compagnie di latte	1 H su 4	0	0	0	0	0
Messaggi contro i Dieci Passi	2 H su 4	0	0	0	0	0
Messaggi a favore dei Dieci Passi	1 H su 4	2 H su 4	4 H su 4	2 H su 3	2 H su 3	3 H su 3

anche se la formazione fosse resa obbligatoria. Inoltre, la formazione ha raggiunto finora soprattutto il personale ospedaliero; pochi sono gli operatori del territorio, e pochissimi i pediatri di libera scelta, già formati. Non stupiscono allora i tassi ben lontani da quanto raccomandato (allattamento esclusivo fino a circa sei mesi, allattamento continuato ben oltre il primo anno di vita e fino a quando mamma e figlio lo desiderano) anche laddove i neonati escono dall'ospedale con alti tassi di allattamento esclusivo (11). Infine, non è possibile pensare di coprire le necessità di formazione con l'educazione continua, sapendo che le università continuano a sfornare medici, compresi specialisti in pediatria, ed altri operatori con conoscenze e competenze pratiche ampiamente inadeguate. Chi si preoccuperà di formare gli insegnanti universitari?

E per finire, sarebbe sufficiente formare tutti gli operatori, con un conseguente miglioramento delle pratiche ospedaliere ed ambulatoriali? Probabilmente no. Vi sono sicuramente dei fattori culturali che si sommano, positivamente ma più spesso negativamente, alle azioni degli operatori sanitari nel determinare prevalenza e durata dell'allattamento al seno. L'attuale rappresentazione culturale dell'alimentazione infantile è sicuramente distorta in favore del biberon (12), e vi è poi il marketing dei sostituti del latte materno, con le sue sistematiche violazioni del Codice Internazionale (13,14).

#### Bibliografia

(1) American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035

(2) Del Santo M et al. Le conoscenze dei pediatri sull'allattamento al seno. *Quaderni ACP* 1998;4:10

(3) Conti Nibali S et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1998;17:25

(4) Cattaneo A et al. On behalf of the Breastfeeding Research and Training Working Group. Effect on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001;323:1358

(5) Liberati A et al. Migliorare la pratica clinica: come promuovere ed implementare linee-guida. *Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995*

(6) Prasad et al. Impact and sustainability of a "baby friendly" health education intervention at a district hospital in Bihar, India. *BMJ* 1995;310:621

(7) Westphal MF et al. Breastfeeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organ* 1995;73:461

(8) Valdes V et al. The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *J Hum Lact* 1995;11:185

(9) Kramer MS et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413

(10) Freed Gl et al. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273:472

(11) Cattaneo A et al. Breastfeeding by objectives. *Eur J Public Health* 2001;11:397

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

(13) Taylor A. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *BMJ* 1998;316:1117

(14) International Baby Food Action Network. Breaking the rules, stretching the rules: evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. International Code Documentation Centre, Penang, May 2001 ([www.ibfan.org/english/codew00.html](http://www.ibfan.org/english/codew00.html)).

A.Cattaneo et al. - Allattamento al seno, conoscenze e pratiche dopo un corso di 18 ore **Quaderni acp** 2002; vol IX n°2: 10-14

## no comment

### Modello lombardo

Il piano sanitario lombardo prevede "nuove unità elementari" al posto dei medici generalisti e dei pediatri di libera scelta: i Gruppi di Cure Primarie composti di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti d'organo e personale ausiliario. Queste nuove "unità elementari" sostituiranno nella medicina del territorio le "vecchie unità elementari" che erano costituite dai singoli medici. Una soluzione "resa necessaria" come "strumento di conseguimento della continuità delle cure" e come misura di "limitazione" dell'uso del ricovero andato fuori controllo in specie nel settore privato. Un'altra novità è quella del "rinnovamento del modello retributivo" con la "rimodulazione" della quota capitaria attraverso l'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici retribuibili a pacchetto; un sistema che ricorda, grossolanamente, la *managed care* che è un principio tipicamente assicurativo e che non può essere sostenuto in presenza del solo "rapporto di fiducia individuale". Il piano fa intendere che eventuali aumenti retributivi passeranno attraverso questa rimodulazione e non attraverso ritocchi della quota capitaria comportando una contrattazione concorrenziale fra Gruppi di Cure Primarie e regione destinata probabilmente a tagliare fuori i sindacati dalla trattativa.

g.c.b.



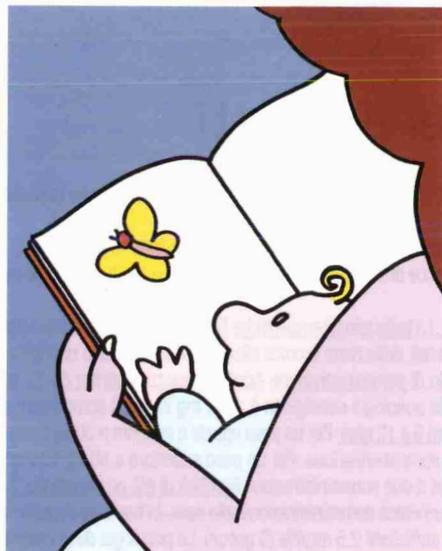
ANTIALLERGICO  
**Zirtec**<sup>®</sup>  
cetirizina

## Riassunto delle caratteristiche dei prodotti

- 1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg compresse rivestite con film.
- 2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA Ogni compressa contiene: Cetirizina dicloridrato mg 10.
- 3) FORMA FARMACEUTICA Compresse rivestite con film. Scatola da 20 compresse.
- 4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. 4.2) Posologia e modo di somministrazione La posologia va determinata dal medico. Per i bambini al di sopra dei 12 anni e per gli adulti, la posologia sarà generalmente di una compressa al giorno in una dose. Il farmaco va inghiottito per intero con un po' d'acqua. La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. 4.3) Controindicazioni Ipersensibilità accertata verso il farmaco. 4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.6) Gravidanza e allattamento Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. 4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. 4.8) Effetti indesiderati All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. 4.9) Sovradosaggio La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio (generalmente con più di 5 compresse). Per il momento non esiste un antidoto specifico.
- 5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H1 per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza alcun effetto sedativo sul sistema nervoso centrale significativamente diverso da quello di un placebo, né mediante le registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante i tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, lo Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool. 5.2) Proprietà farmacocinetiche L'assorbimento risulta regolare: una somministrazione di 10 mg di Cetirizina in compresse raggiunge entro i 30'-60' un picco plasmatico dell'ordine degli 0,3 mcg/ml. L'emivita plasmatica è di 11 ore circa. La clearance renale è di 39 ml/min., l'emivita di escrezione è di circa 9 ore. La Cetirizina è fortemente legata alle proteine plasmatiche. Uno studio di bioequivalenza su volontari sani ha dimostrato la bioequivalenza della forma Cetirizina gocce 10 mg/ml con la forma compresse 10 mg. 6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti Nucleo: Lattosio, Silice colloidale, Magnesio stearato, Cellulosa microcristallina. Rivestimento: Opadry Y-1-7000 composto da: Idrossi-propil-metil cellulosa, Titanio biossido, Polietilenglicole. 6.2) Incompatibilità Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. 6.3) Validità 3 anni a confezionamento integro. ATTENZIONE: non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. 6.4) Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna. 6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo Blister - Scatola da 20 compresse - € 10,69. 6.6) Istruzioni per l'uso Tenere lontano dalla portata dei bambini.
- 7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO UCB Pharma S.p.A., Via Praglia 15, PIANEZZA (TO).
- 8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO A.I.C. n. 026894016.
- 9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO ALL'AUTORIZZAZIONE 01/04/89. Rinnovo Giugno 2000.
- 10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309 Non soggetto.
- 11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile.
- 12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO Giugno 2000.

- 1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg/ml gocce orali, soluzione.
- 2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cetirizina dicloridrato mg 10.
- 3) FORMA FARMACEUTICA Gocce orali soluzione 10 mg/ml, flacone da 20 ml. Via di somministrazione: orale.
- 4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. 4.2) Posologia e modo di somministrazione Adulti e ragazzi a partire da 12 anni: Nella maggior parte dei casi la posologia consigliata è di 10 mg in unica somministrazione. Bambini di età compresa tra 6 e 12 anni: Per un peso uguale o inferiore a 30 kg 5 mg/die (pari a 10 gocce) in un'unica somministrazione. Per un peso superiore a 30 kg 10 mg/die (pari a 1 ml o 20 gocce) in una o due somministrazioni. Bambini di età compresa tra 2 e 5 anni: 5 mg/die (10 gocce) in un'unica somministrazione alla sera. In bambini di peso inferiore a 20 kg possono essere sufficienti 2,5 mg/die (5 gocce). La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. 4.3) Controindicazioni Ipersensibilità accertata verso il farmaco. 4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. Il prodotto contiene glicerolo, dannoso ad alte dosi. Può causare disturbi gastrici e diarrea. 4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.6) Gravidanza e allattamento Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. 4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. 4.8) Effetti indesiderati All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. 4.9) Sovradosaggio La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio. Per il momento non esiste un antidoto specifico. Si consiglia di praticare trattamenti generali di supporto comprendenti un frequente controllo dei sintomi vitali. Cetirizina cloridrato non è dializzabile.
- 5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H1 per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza effetti sedativi significativi sul sistema nervoso centrale, né mediante registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool.
- 6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti Glicerolo (85%), Propilenglicole, Saccarinato sodico, Metilparaben, Propilparaben, Acetato di sodio, Acido acetico, Acqua purificata. 6.2) Incompatibilità Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. 6.3) Validità 3 anni a confezionamento integro. ATTENZIONE: non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. 6.4) Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna. 6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo Gocce - Flacone di vetro da 20 ml con contagocce - € 13,89. 6.6) Istruzioni per l'uso Nessuna.
- 7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO UCB Pharma S.p.A. - Via Praglia 15 - PIANEZZA (TO).
- 8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO A.I.C. n. 026894028.
- 9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO ALL'AUTORIZZAZIONE 10/11/1995. Rinnovo Giugno 2000.
- 10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309 Non soggetto.
- 11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile.
- 12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO Giugno 2000.





## Nati per leggere in Campania

A Napoli è stato avviato il primo intervento strutturato di "Nati per Leggere", con dono del libro a Secondigliano e Scampia. L'intervento a Secondigliano e Scampia ha caratteristiche che lo accomunano a quello americano "Reach Out and Read". L'intervento prevede il dono di sette libri tra i 6 mesi e i 6 anni perché, essendo circoscritto ad una zona a rischio sociale, ha ricevuto un finanziamento dal Comune di Napoli tramite la legge 285. Al progetto partecipano cinque pediatri di famiglia e i pediatri del consultorio di Secondigliano e di Scampia. Il dono del libro, per l'entità del finanziamento ricevuto, interesserà i bambini nati a partire dal 1° gennaio 2000. L'intervento di counseling avverrà invece per tutte le fasce d'età. I lettori volontari saranno presenti nelle sale d'aspetto degli studi pediatrici e dei consultori e nella ludoteca di un'associazione di volontariato che ha sede nello stesso stabile della biblioteca di quartiere di Secondigliano. Come lettori sono stati coinvolti i volontari dell'Associazione laboratorio "Città nuova" che gestiscono la ludoteca del quartiere, gli studenti del Liceo socio-pedagogico Villari e altri soggetti che svolgono attività di promozione della qualità della vita del bambino. Sono in atto contatti con altre scuole: alcuni studenti e docenti del Liceo Genovesi saranno presenti al primo incontro di formazione dei lettori volontari per definire il loro futuro coinvolgimento nel progetto. È prevista inoltre la lettura in setting diversi da quelli del pediatra di famiglia e del pediatra di comunità: sale d'attesa degli

ambulatori ospedalieri, corsie di degenza degli ospedali, sale d'attesa di consultori familiari, sale d'attesa degli ambulatori dei distretti sanitari.

Attualmente NPL è promosso inoltre, senza dono del libro e senza altre attività collegate, da alcuni pediatri a Castellammare di Stabia, Napoli, Piano Di Sorrento, Sorrento, Pozzuoli, Procida, Trentola.

"Nati per Leggere" collabora con l'associazione Galassia Gutenberg che ha sempre avuto particolare interesse alle iniziative mirate ai bambini nate nel mondo della scuola. Lo scopo di questa collaborazione è di favorire l'integrazione delle esperienze di promozione della lettura nell'infanzia.

*s.m.*

## Nati per leggere a Ferrara

Il 19 febbraio si è svolta a Comacchio (Fe) la presentazione del progetto "Nati per Leggere" che ha avuto una vasta eco sulla stampa locale. Alla presentazione del progetto, tenuta dal sindaco, dagli assessori comunale e provinciale alla cultura, dai pediatri Viviano, Luciani e Carla Cafaro, da Nives Benati dell'AIB e moderata da Giancarlo Biasini ed Ettore Bigi, hanno partecipato un centinaio di cittadini (pediatri, insegnanti, genitori, bibliotecari). L'assessore alla cultura della provincia di Ferrara, Rita Cinti Lucani, ha assunto l'impegno di esaminare con i comuni la possibilità di estendere il progetto a tutta la provincia di Ferrara.

*g.c. b.*

## Nati per leggere a Pordenone

A Pordenone si è costituito un gruppo multidisciplinare che si è adoperato per avviare il progetto "Nati per Leggere". La completa attuazione del progetto prevede il coinvolgimento di tutti i nuovi nati della provincia (circa 2500 bambini/anno) e dipende dallo stanziamento di fondi sufficienti da parte della Fondazione CRUP (Cassa di credito

Udine-Pordenone), con cui è in corso una trattativa di sponsorizzazione. Sono state già avviate iniziative a macchia di leopardo a livello di singoli comuni. Nell'ambito urbano, grazie ai fondi ottenuti dal Comune con la legge 285, è stato specificamente formato un gruppo di lettori volontari (circa 20 persone) che, forniti di apposito "kit da viaggio" (cassetta con libri adatti a varie fasce d'età, coperta, piccoli oggetti per animazione), intrattengono i bambini con letture ad alta voce nelle sale d'attesa di pediatri di base disponibili e nelle sedi dove si eseguono le vaccinazioni. In particolare, il Comune di Roveredo in Piano invia ad ogni nuovo nato residente la tessera d'ingresso alla Biblioteca comunale e un libro. Nei comuni di Polcenigo, Caneva, Budoia, Prata, Pasiano, grazie al notevole impegno delle pediatre di base di queste aree, sono stati presi accordi diretti con i sindaci o gli assessori comunali alla cultura disponibili a finanziare il progetto "Nati per Leggere" con l'acquisto dei libri da distribuire ai bilanci di salute e inviando al neonato la tessera d'ingresso alla biblioteca. In tutti i comuni si è dimostrata preziosa la collaborazione con il personale delle biblioteche comunali

*Leopoldo Peratoner*

## no comment

### La ricerca in occidente

In Gran Bretagna, nel contesto della campagna antiterrorismo, è stato proposto un Export Control Bill che, sulla base di analoghi provvedimenti americani, prevede che un organo di governo esamini le ricerche proposte per la pubblicazione e prevede un controllo sugli scambi di idee fra scienziati attraverso i mezzi postali compresi gli scambi di software e di E-mail.

*red.*

# per leggere

## Nati per leggere a Mesagne

A Mesagne (BA) ci sono stati alcuni incontri con il Comune, con la presenza di insegnanti del nido, delle scuole elementari e materne e dei pediatri di base e ospedalieri per la preparazione di un progetto "Nati per Leggere". Si sono tenuti incontri al nido del comune, dove sono stati illustrati, agli insegnanti e ai genitori presenti, gli aspetti salienti del progetto. I problemi che rimangono da affrontare sono (e non è poco) i libri che i pediatri dovrebbero distribuire ai bilanci di salute e la formazione dei pediatri stessi.

Giovanni Simeone

## Nati per leggere una tesi di laurea

Una tesi di laurea su "Nati per Leggere" è stata assegnata alla Facoltà di pedagogia dell'Università di Firenze, sede di Arezzo. È stata suggerita da Italo Farnetani, collaboratore per la pediatria del *Corriere della sera*.

g.c. b.

## Una lettera dal ministero dei beni culturali

Il ministero per i beni culturali, in una lettera inviata ad ACP, AIB e CSB, ha espresso vivo apprezzamento per il progetto "Nati per Leggere" che "appare eccellente sia per la novità e l'originalità del programma, sia per l'ampiezza della sua potenziale utenza". E ancora che "nelle eventuali iniziative per la promozione della lettura le associazioni che hanno dato luogo al progetto saranno tenute nella massima considerazione".

g.c. b.

## Nati per leggere Rassegna Stampa

Il *Corriere del mezzogiorno* per Napoli il 4/12/01 scrive del progetto nati per leggere. "Seimila libri l'anno regalati ai bambini da 5 mesi a 6 anni di età. È uno degli obiettivi del

progetto nati per leggere promosso dall'ACP, dal CSB e dall'AIB. Lo scopo è di promuovere nelle famiglie la lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare. Protagonisti saranno i pediatri che per primi vengono in contatto con le famiglie ed è a loro che queste si rivolgono per consigli anche di carattere non medico. Sarà nei loro studi che, nel corso dei bilanci di salute, verrà donato un libro idoneo alle varie età. Nella fase iniziale, l'iniziativa coinvolgerà circa 6000 bambini e 15 ambulatori pediatrici. Il progetto prevede inoltre sale lettura con volontari che mostreranno ai genitori come i loro bambini si divertono e interagiscono grazie a un testo adatto alla loro età. La lettura ad alta voce, secondo i promotori, rappresenta un fattore protettivo per la crescita del bambino e per le famiglie svantaggiate. E dai dati recenti forniti dall'ISTAT risulta che tale attitudine è poco diffusa in Italia".

*Avvenire* del 23/01/01 dedica un articolo a "Nati per Leggere" con un'intervista a Giovanna Malgaroli e a Giancarlo Biasini. Riporta i dati dell'abitudine alla lettura di Napoli (22%), Palermo (17%) e Trieste (32%) forniti dal Centro per la salute del bambino, abitudine che cresce proporzionalmente con la scolarizzazione dei genitori (assente di norma nei genitori con licenza elementare, è presente nel 26% dei genitori con licenza media, nel 28% con diploma superiore, nel 56% con laurea). Riporta i progetti pilota avviati in Emilia Romagna, Friuli, Lombardia, Piemonte e Sicilia.

Il *Mattino* del 19/02/02 titola: "Un progetto dell'Associazione Culturale Pediatri, a 9 mesi i bambini già amano le favole". L'articolo riporta le interviste a Pasquale Causa, Stefania Manetti e Paolo Siani. Sono riportati i benefici sullo sviluppo del linguaggio e sul successo scolastico della lettura ad alta voce, operata in famiglia in età prescolare. È rimarcato che nessun'agenzia, educativa o medica, ha appoggiato fino ad oggi il progetto della lettura ad alta voce e si rileva l'importanza dei "pediatri di famiglia che, con competenze specifiche sullo sviluppo infantile, entrano

precocemente e in maniera ripetitiva in contatto con le famiglie". È sottolineata inoltre la necessità del "supporto di altri operatori: pediatri ospedalieri e di comunità, bibliotecari capaci di attrezzare biblioteche, lettori volontari che mostrino come, a soli nove mesi, sia già possibile attirare l'attenzione dei bambini attraverso la lettura".

g.m

## no comment

### Conflitto di interessi

Un RCT su *The Lancet* (200;357:2007) conclude che l'aggiunta di Montelukast alla terapia corrente dell'asma persistente non dà alcun beneficio supplementare.

Un editoriale di Ruth Green e Ian Pavord di Leicester, sullo stesso numero di *Lancet* (pag 1991) solleva qualche dubbio sulla interpretazione dei risultati così sfavorevoli al Montelukast, ma la rivista fa dichiarare a Pavord di avere ricevuto payments for clinical trials da Astra Zeneca, da Glaxo-Smith-Kline e da Merck Sharp adn Dome oltre alle sponsorizzazioni per conferenze ed aver ricevuto direttamente e per lo stesso motivo payments per lecture da Astra Zeneca e da Glaxo-Smith-Kline.

Così il lettore si sa regolare.

g.c.b.

# La promozione della lettura durante le visite di controllo

Pasquale Causa, Stefania Manetti  
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Napoli

## INTRODUZIONE

La promozione della lettura si inquadra nell'ambito della promozione del benessere psicofisico del bambino. La promozione della lettura dai sei mesi ai cinque anni è un intervento che promuove il successo formativo del bambino e previene l'insuccesso scolastico, perché favorisce l'acquisizione delle competenze necessarie per imparare a leggere e apprendere e migliora l'acquisizione del linguaggio in età prescolare, uno dei fattori più importanti nel favorire il successo nella lettura che può essere raggiunto successivamente. Questa pratica non è contemplata nella formazione tradizionale del pediatra e per tale motivo è necessario dare attenzione alla modalità con cui inserirla nell'attività quotidiana del pediatra, per consentire l'introduzione di questo nuovo intervento preventivo insieme alle evidenze scientifiche a supporto della sua utilità. Il successo delle pratiche preventive ha bisogno della consapevolezza della loro utilità da parte degli operatori; non basta che una pratica preventiva sia giusta e provata scientificamente, ma ha bisogno di essere interiorizzata dall'operatore per essere veicolata, in maniera convincente, alla famiglia ed essere quindi praticata.

I libri inoltre possono essere per il pediatra uno strumento per la valutazione dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio, e uno strumento per discutere con i genitori quanto è importante per la crescita la qualità della loro relazione con il bambino, favorendo così lo sviluppo della competenza genitoriale.

Quando ci si abituerà a inserire i libri e il counseling per la lettura nella routine della visita di controllo ci si accorgerà che ciò non rende la visita più lunga.

## CONSIGLI GENERALI PER IL PEDIATRA

- Prendi il libro all'inizio della visita, mostralo subito al bambino e daglielo per osservare come lo manipola, per ascoltare cosa dice e per guardare le interazioni bambino/genitore. In questo modo potrai ricavare molte notizie; inoltre il bambino passerà un po' di tempo a guardare il libro, offrendoti la possibilità di un intervallo tranquillo per l'iniziale conversazione con il genitore.

- Ascolta quanto dice il bambino stimolato dal libro e dalle figure.

- Fai i complimenti ai genitori per l'interesse del bambino, per la capacità di tenere il libro e di girare le pagine. Aiutali a vedere che questo è correlato all'intelligenza, al linguaggio e alle future prospettive di lettore. Se il bambino non si interessa al libro durante la visita incoraggia i genitori a proporglielo ancora perché il bambino potrà cambiare atteggiamento in un altro momento.

- È importante adattare il consiglio a leggere a voce alta al contesto culturale della famiglia: i genitori possono avere scarsa cultura ed un cattivo rapporto con la lettura e i libri. Spesso è preferibile parlare di "guardare libri" piuttosto che di lettura.

- Sii sensibile verso l'analfabetismo dei genitori, è un argomento che mette a disagio; spesso genitori con difficoltà nella lettura desiderano migliorare per poter aiutare i figli.

- Enfatizza il valore di giocare con le filastrocche, di raccontare storie, di guardare le illustrazioni del libro insieme al bambino e di leggergli il libro guardandolo insieme a lui.

- Equilibra i tuoi consigli tra il direttivo ("dovresti leggere 20 minuti al giorno") e il permissivo ("potreste trovare piacevole guardare i libri insieme prima che il bambino si

addormenti") individualizzandoli al bambino e al genitore.

- Se doni un libro accertati che il libro che stai regalando non incuta senso di inadeguatezza nei genitori.

- Fai da modello per la lettura a voce alta per i genitori (30-60 secondi) e spiega brevemente cosa stai facendo e perché.

- Nei libri da tenere in ambulatorio e nel consiglio sulla scelta dei libri poni attenzione al loro richiamo visivo, al contenuto, al messaggio, alla loro appropriatezza alla cultura della famiglia e alle capacità del bambino.

- Sarebbe importante mettersi in contatto con altri soggetti che promuovono la lettura ai bambini o quanto meno conoscere le opportunità locali per i bambini: biblioteche e ludoteche, asili nido, scuola materna, centri di volontariato, etc.

Infine:

- Considera la possibilità di esporre informazioni generali sul progetto in sala d'attesa.

- Sarebbe utile inoltre conoscere eventuali programmi locali di istruzione per adulti per informare i genitori che lo richiedono. Considera la possibilità di esporre informazioni su l'argomento in sala d'attesa.

## DETTAGLI SULLE VISITE PER ETÀ

### VISITA A 6-9 MESI

Nati per Leggere parte a 6 mesi perché i bambini a questa età cominciano ad interagire positivamente con il libro.

Ovviamente a quest'età l'interazione con il libro è di natura completamente diversa da quella di un bambino più grande. I pediatri devono conoscere e spiegare alle famiglie le peculiarità di questa età.

Per corrispondenza:  
Pasquale Causa  
e-mail: [pacausa@libero.it](mailto:pacausa@libero.it)

# nati per leggere

**Abstract**

*Leggere ad alta voce un libro è piacevole e divertente per genitori e bambini. I pediatri hanno l'opportunità di incontrare periodicamente le famiglie durante i bilanci di salute e comunicare ai genitori che questa semplice attività, se entra nelle abitudini familiari, è importante perché aiuterà i loro bambini ad avere successo nella lettura e a scuola, favorirà lo sviluppo del linguaggio e li farà crescere amando i libri. Un intervento di prevenzione dell'insuccesso scolastico, nuovo per il pediatra, che tra l'altro migliora le capacità genitoriali, e che va inserito nella routine delle visite ambulatoriali secondo una precisa strategia, cominciando dalla presa di coscienza da parte del pediatra della sua utilità attraverso una corretta comunicazione ai genitori.*

Quaderni acp 2002; vol IX n° 2: 18-21

**COME DEVONO ESSERE I LIBRI**

- Libri di cartone che possano "resistere" al bambino e a misura delle sue mani
- Libri con figure di bambini, visi, oggetti familiari e con colori vivaci
- Libri con non più di una o due parole per pagina.

**CHE COSA PUÒ FARE UN BIMBO CON UN LIBRO**

- Non si preoccupa di mettere il libro per il verso giusto e lo esplora con la bocca
- Batte sulle figure con tutta la mano, non può ancora indicare.
- Può vocalizzare, muovere braccia e gambe, per mostrare eccitazione.
- Preferisce in genere libri con disegni o fotografie di visi.

**CON UN LIBRO IL PEDIATRA PUÒ**

Valutare se il bambino sta seduto, se regge il capo, se afferra il libro, se lo porta alla bocca (si sarà così svolto gran parte del bilancio di salute...)

**RELAZIONE GENITORE-BAMBINO**

*Il pediatra grazie al libro può anche valutare la capacità genitoriale di interpretare le richieste del bambino:*

- Il genitore interagisce positivamente con il bambino sia con lo sguardo che con i comportamenti?
- Il genitore è attento ai comportamenti del bambino per incoraggiarlo nella scoperta delle figure indicandoglielo e nominandolo?

**COSA DIRE AL GENITORE**

- Sottolinea l'importanza di parlare al bambino prima che lui impari a parlare.
- Mostra ai genitori come indicare le figure o le parti del corpo.
- Suggestisci di inserire il libro tra le abitudini quotidiane.
- Spiega al genitore che ascoltare la sua voce lo aiuterà ad amare i libri.

**ESEMPI DI CONVERSAZIONE CON I GENITORI**

*(Commentando il comportamento del bambino mentre guarda le figure)*

- Sta guardando, muove le braccia con eccita-

zione. I bambini amano i libri con le figure.

- Potete creare momenti di lettura nella routine della vita quotidiana, prima della notte o del pisolino.
- State insegnando al bambino che i libri sono piacevoli.
- I bambini amano le filastrocche e le canzoni.

**VISITA A 12, 15 E 18 MESI**

È l'età in cui un bimbo impara ad andare in giro e ad usare sempre di più le parole. I libri possono aiutarlo a dare un nome al mondo che lo circonda e possono diventare un'abitudine nella vita quotidiana. Utili le raccolte di filastrocche brevi, semplici e facili da memorizzare, con linguaggio fortemente ritmato.

**COME DEVONO ESSERE I LIBRI**

- Libri di cartone resistenti con storie brevi.
- Libri con poche parole per ogni pagina.
- Figure di bambini che fanno le cose di tutti i giorni: giocare, dormire, mangiare.
- Libri della buonanotte per andare a letto.
- Libri di animali.
- Libri con rime semplici o testo di facile comprensione

**CHE COSA PUÒ FARE UN BIMBO CON UN LIBRO**

- Non lo mette subito in bocca, prima lo guarda.
- Può portarselo in giro.
- Gira le pagine di cartone di un libro.
- Può girare il libro per il verso giusto.
- Indica le figure con un dito.
- Può dare un nome alle figure con crescente abilità, indica quando si chiede: "Dov'è...?".
- Chiede che gli si legga il libro, porge il libro all'adulto.
- Dai 18 mesi completa le parole delle storie che conosce.

**CON UN LIBRO IL PEDIATRA PUÒ...**

- Valutare l'abilità motoria del bimbo quando indica e gira le pagine.
- Valutare il linguaggio e la capacità di dare un nome appropriato alle immagini.

**RELAZIONE GENITORE - BAMBINO**

- I genitori rispondono alla richiesta di leggere fatta dal bambino?

- Lasciano che il bambino controlli il libro?

- Tollerano e accettano la breve durata di attenzione del bambino?

**COSA DIRE AL GENITORE**

- Evidenzia l'importanza che ha nello sviluppo del linguaggio del bambino il "sentire la vostra voce e guardare il libro con voi".
- Incoraggia a far indicare e dare un nome alle figure.
- Suggestisci di guardare insieme le figure e di parlare di ciò che c'è sulla pagina, non di leggere la storia
- Consiglia di lasciar scegliere al bambino il libro da leggere e il momento della lettura.
- Spiega che è normale che il bambino abbia un periodo di attenzione breve, non è importante leggere tutto il libro.
- Consiglia di far entrare i libri nella routine quotidiana, ad esempio all'ora di andare a letto.
- Ricorda che il momento della lettura dovrebbe essere allegro e piacevole perché il bambino lo associ ad affetto ed attenzione dei genitori e cresca amando i libri.

**ESEMPI DI CONVERSAZIONE CON I GENITORI**

- Potete creare momenti di lettura nella routine della vita quotidiana, prima della notte o del pisolino.
- State insegnando al bambino che i libri sono piacevoli.
- I bambini amano le filastrocche e le canzoni.
- Quando chiedete "Che cos'è?" e nominate la figura lui impara che le cose hanno un nome.
- Quando il bambino comincia a camminare non è necessario tenerlo in braccio mentre gli raccontate una storia.
- Proponete storie tutti i giorni, ma lasciate scegliere al bambino fino a quando dovete leggere.
- Se il bambino afferra il libro e lo lancia via sta mostrando una normale pulsione di indipendenza.

**VISITA A 24 MESI, 30 MESI, 36 MESI**

È l'età del rapidissimo sviluppo del linguaggio e della nascita del senso della storia, il bambino ha interesse per tutto quanto fa parte del suo universo conoscitivo ed affettivo.

Ha bisogno di storie semplici con elementi completamente riconoscibili: routine domestiche, momenti rituali che scandiscono la giornata; ma anche di albi illustrati che aprano finestre sul mondo e quindi libri in serie che presentano lo stesso personaggio in situazioni diverse. Inizia ad essere utile la lettura di libri con filastrocche brevi, semplici, facili da memorizzare e con linguaggio fortemente ritmato che il bambino non solo ascolta, ma vede potendo così iniziare a memorizzare grafemi e non solo fonemi.

Il bambino che è cresciuto con i libri può avere notevole curiosità per la letteratura, divertirsi con storie lunghe e complesse, imparare a memoria numerosi libri, stabilire forti legami emotivi con i libri.

#### COME DEVONO ESSERE I LIBRI

- Dai due anni molti bambini possono maneggiare le pagine di carta.
- Figure brillanti di bambini, animali, oggetti familiari.
- Storie di famiglie, di cibo, di animali, di camion.
- Storie su fratelli e sorelle, sul farsi degli amici, sull'andare a scuola.
- Storie che ripetono e contengono parole intuibili, ritmi e rime, libri che possono memorizzare.
- Storie sciocche, scherzi, figure comiche.

#### CHE COSA PUÒ FARE UN BIMBO CON UN LIBRO

- Gira le pagine, una per volta, senza strapparle.
- Identifica i libri preferiti, i personaggi preferiti, ogni pagina preferita.
- Completa le parole delle storie che conosce, recita frasi intere.
- Protesta se un adulto sbaglia una parola o salta una pagina.
- Impara tutto un libro a memoria, accordando le frasi alle figure.
- Legge da solo i libri preferiti, o li legge alle bambole o agli animali di peluche.

#### CON UN LIBRO IL PEDIATRA PUÒ

- Valutare il suo linguaggio e se si fa capire.
- Esaminare l'abilità motoria fine.
- Valutare i progressi cognitivi mentre si relaziona con le figure e gira le pagine.

#### RELAZIONE GENITORE - BAMBINO

- I genitori hanno la capacità di accettare il desiderio del bambino di sentirsi ripetere innumerevoli volte la stessa storia?
- Hanno introdotto la lettura nella giornata del bambino (ad es. nella routine dell'addormentamento)?

#### COSA DIRE AL GENITORE

- Sottolinea l'importanza delle abitudini a questa età, come la lettura dei libri al momento di andare a letto!
- Consigliare di lasciar scegliere il libro al bambino.
- Anticipa che potrebbe voler ascoltare continuamente lo stesso libro.
- Incoraggiare a mettere in relazione i libri con le esperienze del bambino.
- Suggestisci di far notare le parole su cartelli e confezioni, lo STOP, il segnale di pericolo; i bambini ricordano le parole presentate in questo modo molto prima di imparare a leggere.
- Ricorda di incoraggiare le visite alle librerie.
- Suggestisci di fornire al bambino carta e colori.

#### ESEMPI DI CONVERSAZIONE CON I GENITORI

- Se il vostro bambino ascolta una storia per 5 minuti, è già molto. Le storie sono un buon mezzo per incrementare il suo tempo di attenzione.
- Qualche volta non dovete leggere esattamente quello che c'è scritto nel libro. Raccontate piuttosto ciò che suggeriscono le figure.
- Vostro figlio vorrà scegliere il libro, il momento e la persona per leggere. Lasciatelo scegliere entro i limiti del buonsenso.
- Fate delle pause nelle storie che conosce e lasciate completare a lui le parole. Chiedete "Cos'è?" e "Cosa succede adesso?". Lasciate che il bambino cominci a raccontare la storia.
- Godetevi il libro insieme! Il vostro bambino vi ama e vuole la vostra attenzione, crescerà amando i libri perché li associa a voi!

#### VISITA A 4 E 5 ANNI

I bambini di quattro e cinque anni (e già molti di tre anni) sono pronti per una grande varietà di libri e di temi. Ai bambini di questa età dovrebbe essere offerta la scelta tra vari libri molto diversi ma sempre con belle illustrazio-

ni: libri con i numeri, libri di storie, libri che parlano di animali, libri che parlano della vita quotidiana. È importante la condivisione del libro con l'adulto per consentire al bambino di soddisfare il desiderio-necessità di mettere in scena il mondo interiore grazie alle storie di paura.

#### COME DEVONO ESSERE I LIBRI

- Libri con i numeri e libri con l'alfabeto.
- Fiabe, racconti fantastici con animali parlanti, oggetti magici, amici immaginari.
- Libri con informazioni sul mondo.
- Libri sull'importanza di conoscersi e dell'accettarsi.
- Libri senza parole che offrano la possibilità di ricostruire delle storie sulla base delle illustrazioni.

#### CHE COSA PUÒ FARE UN BIMBO CON UN LIBRO

- Gli piace ascoltare una storia dal principio alla fine.
- Aiuta a raccontare la storia, discute sulle figure, fa ipotesi su cosa sta per succedere.
- Legge un libro che conosce, da solo o alle bambole o ai peluche, ripete una storia conosciuta.
- Capisce il significato del testo, cioè che la storia è nelle parole stampate sulla pagina.
- Può muovere il dito sul testo come un adulto che legge.
- Individua lettere, qualche volta parole.

#### CON UN LIBRO IL PEDIATRA PUÒ

- Ascoltare molto meglio il linguaggio rispetto alla visita tradizionale.
- Valutare i progressi cognitivi.
- Riuscire a capire la relazione del bambino col genitore meglio che con la tradizionale visita.

#### RELAZIONE GENITORE - BAMBINO

- Il genitore ha la capacità di ascoltare il bambino senza interromperlo o correggerlo continuamente quando gli racconta la storia di un libro?
- Ha il desiderio di leggere ancora un libro o una filastrocca al figlio senza ritenere che sia ormai grande per questo?
- Mostra tolleranza se il bambino non accetta di ricevere sempre la lettura di un libro?

**COSA DIRE AL GENITORE**

- Metti in relazione il piacere di leggere libri a quest'età con il futuro successo scolastico (capacità di attenzione, curiosità, comprensione del testo scritto).
- Sottolinea che il bambino di questa età ancora ha bisogno di sentirsi protetto dall'affetto dei genitori durante il racconto della storia.
- Incoraggia le visite alle librerie.
- Incoraggia i genitori a lasciar raccontare la storia al bambino.
- Invitali a provare tutti i generi di libri.
- Ricorda di lasciar scegliere al bambino il libro da leggergli.
- Consigliare di discutere le storie e associarle alla vita del bambino.
- Incoraggia a far disegnare e "scrivere" e a fornire al bambino carta, matite, colori.
- Ricorda che qualche volta può evidenziare parole e lettere su cartelli, tabelloni pubblicitari, confezioni, titoli dei quotidiani.

**ESEMPI DI CONVERSAZIONE CON I GENITORI**

- Un modo per imparare a leggere è ascoltare tante volte la stessa storia. Può essere noioso per voi ma non per loro.
- Vostro figlio può volervi raccontare una storia e questa può essere molto diversa da quella che raccontate voi leggendo! Questo è un modo importante per impadronirsi del linguaggio.
- Godetevi il libro insieme! Il bambino assocerà i libri con la vostra attenzione, e crescerà amando i libri.
- Giocare a scrivere è il primo passo per imparare a scrivere le lettere. Pretende qualche volta di scrivere o di vedere scritto il suo nome?

**CHE FARE CON I FRATELLI? NELLE VISITE PER PROBLEMI E CON I BAMBINI PIÙ GRANDI?**

Nell'ambito della promozione della lettura il programma Nati per Leggere limita, quando trova risorse, il regalo di libri nuovi ai controlli di salute dei bambini tra i sei mesi e i cinque anni di età. Oltre quest'età i bambini sono esposti ai libri e alla lettura a scuola, ma spesso con pressioni eccessivamente didattiche. Continuare a parlare del piacere di leggere è importante, perché saper leggere è essen-

ziale per lo sviluppo formativo del bambino e perché il bambino apprende meglio se è motivato e se si diverte. Può essere possibile in alcuni contesti fornire libri piacevoli e adatti anche ai bambini che non ricevono il dono del libro, o perché le risorse locali non lo consentono o perché sono fuori l'età dell'intervento finanziato. Una buona risorsa per queste situazioni potrebbero essere i libri donati ben conservati. Si può sollecitare la donazione da: librerie, gruppi scout, parrocchie, altre istituzioni locali. Le famiglie con figli grandi possono avere piacere di donare per questo scopo i libri che altrimenti sarebbero inutilizzati. Considera la possibilità di porre questi libri su uno scaffale in sala d'attesa a disposizione dei bambini più grandi con la possibilità di portarne a casa uno. È opportuno cercare solo libri appropriati e ben conservati

**Ringraziamenti**

I suggerimenti, contenuti in questo articolo, su come introdurre la promozione della lettura nella pratica ambulatoriale del pediatra sono un adattamento di quanto contenuto nel manuale del progetto americano "Reach out and read". Ringraziamo la dottoressa Perri Klass, direttore medico del progetto americano, che ci ha incoraggiato a prendere spunto da questo materiale, adattandolo alla nostra realtà per acquisire le competenze necessarie ad iniziare il nostro progetto

P. Causa, S. Manetti - La promozione della lettura durante le visite di controllo  
**Quaderni acp 2002; vol IX n°2: 18-21**

**Votazioni ACP 2002**

*Alla prossima Assemblea Nazionale (11 ottobre, ore 17) avranno luogo le elezioni per il rinnovo dei quattro consiglieri in scadenza: Gherardo Rapisardi, Vincenzo Calia, Giuseppe Magazzù e Stefania Manetti (quest'ultima rieleggibile in quanto subentrata alla dimissionaria Lucia Castelli). Come sempre, in alternativa al voto in Assemblea, sarà possibile votare per posta. Quest'anno ogni socio iscritto da almeno un anno, che risulterà in regola con le quote sociali entro il mese di maggio, riceverà per posta la scheda che dovrà essere compilata e rispedita (non dovrà più fotocopiarla da Quaderni acp). Si ricordano le seguenti regole elettorali:*

**VOTO PER POSTA**

- non sarà possibile votare con schede non originali (non si possono eseguire fotocopie come in passato)
- coloro che, pur essendo soci da almeno un anno e in regola con le quote, non avessero ricevuto la scheda, dovranno richiederla a Franco Dessì (per posta, per telefono o per e-mail) in tempo utile
- non saranno accettate le schede spedite oltre il 10 settembre 2002
- ovviamente chi voterà per posta non potrà votare in Assemblea
- le schede dovranno essere inviate singolarmente
- perché il voto sia coperto dall'anonimato, la scheda inviata per posta dovrà essere inserita in una busta senza nome messa all'interno di un'altra busta, in cui sarà indicato il mittente (attenzione: non saranno accettate le schede che perverranno senza l'indicazione del mittente).

**VOTO IN ASSEMBLEA**

- in Assemblea non si voterà con le schede inviate per posta, ma ne verranno distribuite delle altre;
- le urne potranno essere aperte soltanto dopo l'Assemblea dei soci.

**CANDIDATURE**

- i candidati dovranno essere soci ACP da almeno due anni;
- i gruppi locali che intendono proporre delle candidature possono inviarle al Presidente attraverso il loro Referente;
- le candidature che perverranno in tempo utile (almeno tre mesi prima del 10 ottobre) potranno comparire su Quaderni acp ed essere inserite nelle schede inviate per posta;
- altre candidature potranno essere presentate in Assemblea;
- sulle schede potranno essere indicate da una a tre preferenze, ma in nessun caso si dovrà superare il numero di tre, una in meno del numero dei Consiglieri in scadenza.

# Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti da 6 mesi a 2 anni

Maria Letizia Meacci  
Redazione di LiBeR

Un'attenzione particolare è stata dedicata negli ultimi tempi alla letteratura rivolta all'adolescenza. I problemi di questo momento esplosivo della crescita si sono infatti così ampliati nella società di oggi che la narrativa giovanile ha trovato un fertile terreno per portarli alla ribalta. Ma anche l'albo illustrato ha fatto ultimamente salti di qualità suscitando dibattiti, articoli e allestimenti di mostre.

L'illustrazione italiana, nella fattispecie, si è adeguata ai livelli mondiali e giovani illustratori si sono affermati con nuove e interessanti proposte figurative. Invece non sono quasi mai stati studiati a fondo tutti quei "libri" destinati alla fascia d'età 0-3 anni. La produzione editoriale in questo campo è ampia e variegata per forme e materiali e ci sembra giusto porvi attenzione per un più semplice approccio ai libri destinati ai bambini piccolissimi, pur senza trascurare chi ha già varcato la soglia dei 3 anni. L'opportunità di questa operazione ci è stata suggerita anche dall'iniziativa dei pediatri italiani "Nati per leggere" - ispirata all'analoga iniziativa americana "Born to read" - che si prefigge di promuovere la lettura fin dalla prima infanzia. I pediatri hanno dunque scoperto l'importanza di leggere a voce alta ai bambini e suggeriscono ai genitori quali letture fare.

## SUGGERIMENTI DI LETTURA

### Da 6 mesi

A 6 mesi il bambino non è ancora maturo per capire una storia, ma i libri con vivaci illustrazioni attirano la sua attenzione e sarà opportuno ripetere con pazienza i nomi di persone, cose e animali raffigurati.

Un libro particolare è quello a forma di cuscino di stoffa con impressa sopra la figura del

bambino nell'arco della giornata (si alza, gioca, va a letto, dorme). Si tratta di *Un cuscino tutto mio* (Panini, 1998), dove le immagini si scoprono girando quattro pagine - pure di stoffa - che mostrano il gallo, il sole, la luna, le stelle per raffigurare quello che fa il bambino; sul retro delle pagine sono scritte le filastrocche relative a mattino, giorno, sera e notte. Anche Dami pubblica *Il libro cuscino di Robin* (1998) e *Il libro cuscino di Pinky* (1999), a forma di libro che si chiude con un nastro trasformandosi in cuscino.

A 8 mesi il bambino può prendere parte attiva alla lettura. Prima giocherà con il libro portandolo alla bocca, poi sarà attirato dalle illustrazioni e quindi ascolterà attento il suono delle parole.

A 9 mesi è capace di avvicinarsi e allontanarsi camminando carponi, arrampicandosi e riuscendo a stare in posizione eretta con appoggio. Esplora tutte le possibilità che i giochi gli offrono, compresi i libri, come i Baby books, una collana Dami realizzata in stoffa molto morbida, senza parole. In *Seggiolone 1* (2000) sono raffigurati gli oggetti che il bambino conosce bene: bavaglino, biberon, cucchiaino... Una maniglia di stoffa si può legare al lettino o al passeggino perché il libro non cada; sulla maniglia è applicato un personaggio-sonaglio. In *Seggiolone 2* (2000) sono rappresentati degli animali mentre mangiano. Nella collana Tanti giochi della Mondadori, libri in stoffa senza parole, sono applicati oggetti e animali a cui tirare code e alzare zampe, mentre in Amici soffici interattivi (Crealibri) i libri, dai vivaci colori, sono sempre di stoffa, con qualcosa che scricchiola in copertina e dentro elementi in rilievo e un animaletto da togliere dal suo nido, come il pulcino della *Fattoria* (2000), che non si può per-

dere perché legato da un nastrino, o l'orsetto da far uscire dal carrettino nel libro *I giocattoli* (2000).

È importante per il bambino mordere ciò che ha in mano per massaggiare le gengive. Ecco allora una morbida maniglia di plastica ripiena d'acqua che si può staccare dal libretto cui è legata da un anello, ugualmente in plastica, mentre le pagine mostrano un bimbo che ripete il verso dell'animale presentato nella pagina a fronte: *Orsetto, Fattoria, Cucciolo, Zoo* della serie Dentini (Fabbri, 2001).

Alcuni ricercatori hanno constatato che già a 9 mesi i bambini rivolgono più attenzione alla propria immagine. La Emme ha messo in commercio libri di stoffa delicati al tatto e molto colorati con uno specchio in copertina, mentre all'interno sono raffigurati i musetti di alcuni animali con impresso il loro nome: *Fattoria e Cuccioli* (2001).

### Da 9 mesi

Il bambino tocca, tasta, sente, guarda con sempre maggiore curiosità i libri che gli sono presentati. Ancora stoffa per il libro *L'orsetto Bobo* (Piemme, 2001), il quale gioca con la sorellina, saluta il gattino, fa il bagnetto; una chiusura in velcro tiene unite le pagine e il libro può essere conservato in una valigetta di plastica trasparente. Interessanti i Libri croccanti dell'Ape. Sono di stoffa e hanno per protagonista il simpatico cagnolino Dino. Piaceranno sicuramente per lo scricchiolio, i colori vivaci e la possibilità di ritrovare se stessi nelle azioni quotidiane del personaggio: *Dino mangia, Dino gioca, Dino va a dormire, Dino si veste* (2001).

Il bambino cresce e ai libri di stoffa molto spesso si sostituiscono i cartonati, come nella collana dell'AER Gli amici del passeggino.

Per corrispondenza:

Maria Letizia Meacci

e-mail: liber@idest.net

# nati per leggere

## Abstract

Siamo lieti di cominciare con questo numero la collaborazione con LiBeR, un'autorevole rivista che si occupa di letteratura per bambini e ragazzi. Maria Letizia Meacci ha scritto per noi e per il numero 53 di LiBeR un articolo per proporre libri adatti per i bambini più piccoli. Gran parte dei contributi che sono pubblicati su giornali e riviste si riferiscono, infatti, a libri per ragazzi grandi e specialmente per gli adolescenti, pochi scrivono dei libri per bambini piccoli e piccolissimi. Il nostro tentativo è quindi rivolto, con questo e altri articoli che seguiranno, a dare ai pediatri, all'interno del progetto Nati per Leggere, informazioni su questa branca un po' trascurata della letteratura

Quaderni acp 2002; vol IX n°2: 22-24

Sono libri di piccolo formato da legare al passettino grazie alla maniglia attaccata a una spirale di plastica: *Cucciolo, Scimmietta, Micetto e Agnellino* (1999), per una scoperta degli animali attraverso domande. I piloti del passettino, invece, sono *L'orso astronauta, Il macchinista cucciolo, Il gatto subacqueo e Il coniglio pilota* (2001), alla guida di libretti a forma del mezzo che i personaggi conducono. Dopo i 9 mesi il bambino sembra riversare il primitivo interesse nei confronti della mamma su un qualche oggetto inanimato che la madre stessa gli ha proposto e che ne rappresenta la presenza psicologica. L'oggetto transizionale in genere è un animaletto di peluche. Il bambino accettando l'oggetto si allontana dalla madre e, soprattutto nel momento di addormentarsi, lo vuole vicino. Gli psicologi hanno constatato che l'abbandono dell'oggetto può avvenire in tempi molto diversi, anche quando il bambino sarà più grande.

L'editoria si è appropriata di questa teoria abbinando al libro un peluche. In certi casi si tratta di un orsacchiotto con un libriccino molto più piccolo, che abbraccia perché incollato sulla sua pancia, come nel caso di *Lori* (Amici morbidi, Edibimbi, 1998), il quale compie azioni quotidiane tipiche del bambino, con didascalie in rima. In altri casi il peluche ha appiccicato sul dorso il libro con le sue stesse proporzioni, come nella serie I batuffolini (Edibimbi). Le azioni di *Paolino il pulcino, Timmi il coniglietto, L'orsetto Dolceneve, Il topino Natalino, Giacomino il cagnolino e Fagotto l'orsacchiotto* (1996) sono sottolineate da rime. La Walt Disney pubblica libretti con peluche di personaggi dei suoi cartoni animati, mentre azioni facilmente riconoscibili si trovano nella collana Storie da coccolare. Nelle edizioni Panini la serie Teneri amici presenta un peluche incollato sull'ultima pagina. *Gioca, maialino* (1998) e *Salta, piccola pecora* (2001) di Fabbri e *A letto, Ted! e Sveglia, Pop!* (1998) di Primavera hanno i pupazzetti estraibili da una nicchia della copertina del cartonato, così come *Pakipaki e La fattoria* di EL (2000). La Fabbri propone ancora uno zaino di stoffa con una busta ester-

na da cui spunta un orsetto bianco. Nell'interno un libro - pure di stoffa - con le vicende di Amadeus (*Amadeus va a dormire dalla nonna*, 1998), che ritorna in *Amadeus è felice* (1999) con illustrazioni e azioni più complesse.

Una data importante per il bambino è il suo primo compleanno. Offrirgli un libro che parli di questo giorno è un invito a ricordare il momento di gioia dello spegnimento della candelina, il ricevimento dei giocattoli, ma soprattutto serve a fargli intuire che sta diventando grande. Le edizioni Primavera hanno creato la collana Buon compleanno per far rivivere ai genitori l'avvenimento completando l'albo con le foto del giorno, annotando i nomi dei presenti, i regali ricevuti e per far condividere ai figli il primo compleanno del cucciolo protagonista di *Ho un anno!* (1998).

## Da 12 mesi

Il bambino muove i primi passi, inizia a pronunciare le prime parole. "D'ora in avanti il linguaggio diventa lo strumento privilegiato non solo per comunicare con gli altri, ma anche per analizzare e conoscere gli oggetti su un piano più alto rispetto all'azione e alla manipolazione" (Camaioni).

Sei animaletti di morbida stoffa imbottita racchiudono nel loro corpo un libriccino con una breve storiella in rima: *Coccinella Fortunata, Balena Blu, Chiocciolina Lenta, Lucertolina Pigra, Ape Indaffarata, Tartaruga Timidina* (collana Teneri amici, La Coccinella, 2000). Finalmente un bambino protagonista: *Tito è... Tito dice... Tito va... Tito ha...* (La Coccinella, 2001). Semplici frasi e illustrazioni essenziali caratterizzano questi libretti, rilegati da un tubo che permette di sganciare le pagine cartonate per utilizzarle come carte da gioco.

La serie Spugnette della Emme presenta pagine di spugna pressata piuttosto grosse, piacevoli al tatto e dai vivacissimi colori. I soggetti in sagome si possono staccare dalla pagina. Per esempio in *Animali* (2001) c'è il maiale e nella pagina a fronte si chiede al bambino: "Cosa dice il maiale?" per fargli ripetere il verso. Tra i Morbidoni Mondadori segnaliamo la serie Il libro manopola perché richiede

l'intervento della mano della mamma o del babbo e, a imitazione, quella del bambino. Si tratta di libri in morbido materiale plastico a forma di animale che mettono in luce il rapporto padre-figlio e le prime scoperte del cucciolo, con una manopola della stessa forma dell'animale per un invito a inventare storie: *Papà Cocco e il piccolo Drillo, Papà Lino e il piccolo Pingui, Papà Ippo e il piccolo Poppy, Papà Tano e il piccolo Gegè* (2001).

## Da 18 mesi

"Dopo i 16-18 mesi il bambino comincia ad apprendere nuove parole con incredibile rapidità. Egli sembra aver colto il principio secondo cui tutte le cose hanno un nome e quando non si conosce il nome di qualcosa lo si può chiedere agli altri. A questa età diversi giochi che i bambini amano fare con i loro genitori o con i fratelli/sorelle più grandi, ruotano intorno all'attività di denominare oggetti, animali, persone o parti del corpo" (Camaioni). È proprio in questo momento che il libro assume importanza per soddisfare la curiosità dei piccoli, per impegnarli maggiormente a girare le pagine nel verso giusto, a penetrare nel libro

## LiBeR

LiBeR è una rivista trimestrale che si occupa di libri per bambini e ragazzi. Nata dalla lunga esperienza della Biblioteca Gianni Rodari e pubblicata da Idest (Via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio, telefono: 0558966577, fax: 0558953344, e-mail: liber@idest.net) pubblica in ogni numero articoli su argomenti di letteratura per bambini e ragazzi, una scelta di recensioni e la segnalazione di tutte le novità librarie, indicando la fascia d'età consigliata per la lettura. È quindi uno strumento essenziale per chi voglia applicare nella pratica il progetto "Nati per leggere". Le pagine per numero sono 112. Il formato è cm 28,5x19,5. Il costo dell'abbonamento è di Euro 41,32. Agli iscritti ACP viene offerto al prezzo di Euro 33,57 da versare su c.c. postale n.15192503 intestato a Idest, via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio con indicazione nello spazio della causale: "abbonamento socio ACP".

in un gioco in cui è richiesto l'intervento della mano ma anche la possibilità di poter giocare mentalmente guardando le illustrazioni.

Ecco allora i cartonati con i buchi. La Coccinella, che ha avuto il merito di lanciare questo tipo di libro, contenente testi in filastrocca, oltre ai classici come *...e questo cos'è* (1988 e 2000, sugli oggetti quotidiani usati dal bambino) o *Brucoverde* (1987 e 1998, storia di un bruco che diventa farfalla), lancia *Il circo dei colori* (1994), *Sopra il tetto* (2001), che racconta quello che succede sopra e sotto il tetto di una casa, e *12 mesi di pioggia e di sole* (2001). La Fatatrac presenta *Se io vedo... e Se io sento...* (2000), con copertina imbottita e pagine di cartoncino che si possono aprire a sorpresa svelando animali cari ai bambini, che si divertiranno a riconoscere le loro impronte o a rifare il loro verso, mentre nella serie *Tocca e tasta terrificanti* (AER, 1999) si abbina al tatto la sorpresa perché *Cose acquatiche*, *Cose volanti*, *Cose striscianti* e *Cose terrificanti* presentano animali con superfici diverse: pelose, lucide, in rilievo e alla fine, in tridimensione, un animale "terrificante". Ma c'è anche l'orsetto amico con un pancino di velluto fatto apposta per essere accarezzato: *Dov'è il mio orsetto?* (collana Carezzalibri, Usborne, 2000).

Il bambino compie intanto 2 anni ed è già pronto il suo libretto *Ho due anni!* (Primavera, 1999) per questo giorno particolarmente felice.

### Dai 2 anni

È il momento in cui i bambini hanno l'argento vivo addosso e un vocabolario composto da diverse parole. Amano che qualcuno legga loro storie, specie quelle che danno l'opportunità d'identificarsi con il protagonista, perché "imparano gradualmente a conoscere se stessi, a chiarirsi interiormente e ad acquisire una sempre maggior consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri sentimenti" (Blezza Picherle).

I personaggi dei libri per i più piccoli sono quasi sempre animali perché i cuccioli non hanno restrizioni, s'impegnano in imprese impensabili, possono allontanarsi da casa in cerca di avventure, sono coraggiosi e tra-

sgressivi, possono sporcarsi, essere grassi e pigri. Pensiamo ai maialini, agli elefanti e agli orsi, che sono i compagni più cari dei bambini piccoli. E che dire poi del topolino, piccino ma furbissimo, che sa cavarsela in ogni situazione? In lui il "lettore" vede se stesso, così indifeso e piccolo nei confronti del mondo adulto. Sono ancora gli animali che rivelano al bambino aspetti problematici della vita perché ne riflettono le pulsioni: gelosia, ansietà, timidezza, collera, ma anche gioia, allegria, comicità e trasgressione (vista in positivo e spesso legata ai "poteri" che vorrebbe avere il bambino, nonché ai tabù: si pensi alla cacca!). La comicità è vissuta fin dai 2 anni dal bambino, che può ridere di fronte a certi aspetti legati alle attività motorie.

I libretti del gioco-scoperta e quelli di conoscenza oggettiva sono più complessi e articolati di quelli in stoffa o in plastica o dei cartonati più semplici. In morbida schiuma la serie *I coccolosi di Motta Junior*, per toccare, osservare, imparare; alcuni titoli: *Il telefonino* e *Gli opposti* (2001). Invece *In campagna*, *Nella fattoria*, *Nella foresta* (collana Versi diversi, La Coccinella, 2001) hanno pagine che si aprono raddoppiando a sorpresa il proprio formato, con frasi in rima a sottolineare ogni verso degli animali.

La collana *Tocca e tasta* dell'AER attraverso esplorazioni tattili invita il lettore a imparare i primi numeri in *Insetti e cifre* e a conoscere i colori in *Insetti e colori* (ambidue 1999), come gli viene pure suggerito da *Blu*, *Giallo*, *Rosso*, *Verde* (collana *Parole colorate*, De Agostini, 2001), con finestrelle da aprire, linguette da tirare, diverse superfici ruvide, morbide o lisce. Nella serie *I piccoli amici della Mondadori* i bambini devono distinguere *Chi è il più grande?* e *Quanti sono?* (2001).

La collana *Apri le finestre* è un invito della Coccinella affinché il bambino impari a mettere in relazione oggetti e situazioni, mestieri e attività: *Chi è nascosto?* *Che mestiere fa?* *Se indossi...* *Chi arriva?* (2001). Di Babalibri *Che cos'è* (2000) illustra gli indumenti per aiutare il bambino a vestirsi, in *Quanti colori* (2001) un coniglietto gli offre suggerimenti per giocare con i colori e in *Pronto?* (2001) un orsetto telefona a un amico per raccontar-

gli le sue avventure. Piccole storie per far felici i bambini, i quali possono anche partecipare ai giochi e alle buffe imprese del maialino di *Gioca a nascondino con Piggy* (Fabbri, 1997), oppure seguire le avventure di altri maialini, conigli, talpe, bruchi e pulcini, curiosi personaggi di brevi narrazioni che mostrano come si può immaginare di utilizzare il cibo divertendosi: *Carote*, *Spinaci*, *Piselli* e *Cipolle* (Il Castoro, 2000).

*Il lupo* (1999), *L'aeroplano* (1999) e *Il dinosauro* (2000) di Babalibri sono pop-up con piccole divertenti storie, come divertente è la storia di un cagnolino che non sa abbaiare: *Abbaia*, *George* (Piemme, 2000). L'affettività, invece, traspare evidente in *Zou* (Babalibri, 2000), *Indovina quanto bene ti voglio* (Piccoli, 1995), *Mi piace quando...* (AER, 1998) e *Dormi, cucciolo mio* (Arka, 2000), una delicata storia per la buonanotte dei bambini. Sempre con protagonisti animali due libri in rima: *Pelagio gatto randagio* e *L'oca Evarista* (Emme, 2001) e infine *La nuvola Olga* (Emme, 1992 e 1997), alla quale scappa di fare la pioggia.

Il bambino compie 3 anni e può rivivere la sua giornata con Bibe, il micetto protagonista di *Ho tre anni!* (Primavera, 1998).

### Bibliografia

- Quattrocchi Montanaro S.* Comprendere il bambino. Crescita ed educazione nei primi tre anni di vita. *Sestante*, 1993
- Miller L.* Comprendere il vostro bambino dalla nascita a 1 anno. *RED*, 1993
- Reid S.* Comprendere il vostro bambino da 2 a 3 anni. *RED*, 1993
- Trowell J.* Comprendere il vostro bambino da 3 a 4 anni. *RED*, 1993
- Eisenberg A. et al.* Da 0 a 365 giorni. Tutto quello che è importante sapere sul primo anno di vita di vostro figlio. *Sonzogno*, 1994
- Camaioni L.* L'infanzia. *Il Mulino*, 1997
- Camaioni L.* (curatore) Manuale di psicologia dello sviluppo. *Il Mulino*, 1994 (2. ed.)

M. L. Meacci - Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti da sei mesi a due anni  
**Quaderni acp 2002**; vol IX n°2: 22-24

*Ancora un film e un personaggio che fanno discutere e suscitano dibattiti e riflessioni: Amélie, che non ha avuto una bella infanzia, non l'ha vissuta e non ne è mai uscita fuori del tutto, si fa paladina della felicità altrui. Un film, una fiaba moderna, dove trionfano l'amore e la fantasia. Ma è questa l'unica chiave di lettura?*

film per  
ragazzi

## L'invito al gioco del favoloso mondo di Amélie

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Che succede se una bambina, durante la sua infanzia, è assillata da un padre medico che le controlla continuamente i battiti del cuore, rimane orfana nel modo più assurdo (all'uscita di chiesa, un aspirante suicida piomba addosso alla madre), non ha amichetti con i quali giocare, esce raramente e sorride poco, cresce senza nemmeno rendersene conto e si ritrova signorina a condurre, nella Parigi del 1997, una vita solitaria e non esaltante in un condominio poco allegro e a lavorare in un bar di Montmartre frequentato da gente che passa le proprie ore nel grigiore più assoluto, come - per esempio - uno scrittore fallito, un amante geloso, una cassiera ipocondriaca e così via? E che succede se questa bambina, mai completamente diventata donna scopre, un giorno e per puro caso, che può tramutarsi, secondo le occasioni, in fatina dolce che rende felici gli infelici, o in Zorro giustiziere che punisce i cattivi? E infine: che succede se un regista - che in precedenza ha girato un film truculento che gioca sul cannibalismo, come *Delicatessen*, e un altro fantascientifico della serie *Alien*, come *La clonazione* - si

impossessa di questa storia e la fa diventare fiaba moderna?

Vallo a sapere quello che succede, quando c'è di mezzo il cinema.

Può anche accadere che un soggetto del genere diventi *Il favoloso mondo di Amélie* e che faccia impazzire i francesi, che il film venga premiato in patria e fuori, che sia in lizza per una nomination all'Oscar come miglior film straniero, che il taglio dei capelli alla *Amélie* faccia la fortuna dei parrucchieri, che da piccolo prodotto francese diventi l'evento cinematografico dell'anno, che accenda dibattiti e provochi riflessioni.

Già: le riflessioni. Anche le nostre? Perché no? Prima l'amaro e poi il dolce, o viceversa? Vada per l'amaro, dato che è quantitativamente inferiore. Senza giri di parole, diciamo subito che, nonostante gli osanna piovutigli addosso, questo *favoloso mondo di Amélie* non è un capolavoro. Agile e piacevole nella prima parte, rallenta improvvisamente il ritmo e inceppa, nella seconda, in inutili ripetizioni. Il ricorso a effetti speciali e all'uso sofisticato della macchina da presa non è sempre funzionale al racconto e si ha l'impressione che il regista, a tratti, si dilunghi in ricercati esercizi di stile per stupire, per fare in modo che risalti la sua bravura. Nonostante ciò - e siamo già al dolce - è giusto rilevare che Jean-Pierre Jeunet ha saputo confezionare un film godibile, che distende e fa sorridere. Una fiaba moderna intrisa di umorismo che richiama Renoir (forse non a caso uno dei personaggi non fa altro che dipingere da vent'anni copie di un quadro di Auguste Renoir, il padre di Jean), una poesia tenera alla Prévert dove trionfa l'amore, una fantasia dove si animano le statue e parlano gli animali, un sogno dove i buoni vengono aiutati e i cattivi puniti. Questa del sogno e della fantasia è, probabilmente, una lettura da approfondire.

*Amélie*, dicevamo, non ha avuto una bella infanzia. Non l'ha gustata, non l'ha sviluppata, non ne è mai uscita fuori del tutto. È rimasta in lei la voglia di costruire storie, di viverle nella fantasia. Un caso fortuito - la scoperta di una scatola contenente i ricordi e i giocattoli di uno sconosciuto bambino che prima

di lei ha abitato nell'appartamento - la porta a dedicarsi agli altri, a farsi paladina della felicità altrui. Un dubbio, tuttavia, ci assale: *Amélie* fa veramente quello che vediamo sullo schermo, oppure *immagina* di farlo? Non è più logico pensare che una donna timida e insicura come lei viva soltanto nella sua fantasia la voglia di castigare l'odioso fruttivendolo e il desiderio di difendere il commesso sognatore, di consolare la portinaia, di fare conoscere l'amore alla barista malata immaginaria, di convincere il padre a intraprendere un viaggio, di vivere lei stessa una storia d'amore? Il gioco di smontare e rimontare le cose - chiamiamolo puzzle, trenino, macchinina, bambola, casetta di Barbie, ecc. - non è forse uno dei giochi preferiti dai bambini? E dov'è la meraviglia, allora, se una come *Amélie*, grande fuori e piccola dentro, si diverte a smontare e rimontare la vita degli altri e, tra tanti, si innamora proprio di un giovanotto che, guarda caso, ha l'hobby di raccogliere foto tessere fatte a pezzetti, ricomporle e collezionarle?

I film, si sa, finiscono solo quando si accende la luce in sala. Anche i titoli di coda, a volte, possono suggerire una lettura. Mi sbaglierò, ma fatemi credere che quella scomposizione e ricomposizione finale delle fotografie degli attori e dei nomi degli interpreti voglia dire qualcosa. Come, per esempio, una sorta d'invito, quando ci sembra di non poterne più, a tornare bambini, a smontare e a rimontare la nostra vita, a mascherarci da Fata o da Zorro, a giocare anche noi con la fantasia. Come *Amélie*, per l'appunto.

### no comment

#### La risposta di Creti

##### Domanda:

Sono mamma da sette mesi. Ho un problema: non mi è ancora tornato il ciclo, può dipendere dal fatto che sto allattando? Devo fare qualcosa o semplicemente aspettare?

##### Risposta:

È molto probabile che l'assenza del ciclo dipenda dall'allattamento... Non ci sono rimedi specifici, se non quello di sospendere l'allattamento.

Giampiero Maria Creti,  
Col mio Bimbo - numero 16  
Febbraio - Marzo 2002, pag 47

Per corrispondenza

Italo Spada

e-mail: [italospada@libero.it](mailto:italospada@libero.it)

# info: notizie sulla

## Benvenuto Osservatorio Italiano sulla salute globale

*È stato costituito a Bologna il 12 gennaio 2002, da Giovanni Berlinguer, Maurizio Bonati, Adriano Cattaneo, Sunil Deepak, Nicoletta Dentico, Gavino Maciocco, Eduardo Missoni, Marco Pedrazzi, Sofia Quintero Romero, Angelo Stefanini, Giorgio Tamburlini, Gianni Tognoni l'Osservatorio Italiano sulla salute globale. Pubblichiamo la dichiarazione di intenti redatta dai fondatori*

L'Osservatorio nasce dall'esigenza di un'analisi indipendente delle implicazioni della globalizzazione sullo stato di salute, a partire dalle crescenti disuguaglianze e dai meccanismi che le alimentano. L'obiettivo è di promuovere il diritto alla salute a livello globale "fornendo" a istituzioni, gruppi professionali e organismi non governativi, utili strumenti di analisi e decisione. L'Osservatorio intende seguire con particolare attenzione le iniziative italiane, soprattutto quelle istituzionali. "All'Osservatorio partecipano, ad esclusivo titolo individuale operatori e ricercatori di competenza internazionalmente riconosciuta, ma s'intende fare riferimento ad una vasta rete di sostenitori - individui ed organizzazioni - che ne stimolino l'attività e ne utilizzino i risultati per le loro iniziative."

**Salute, diritto fondamentale, obiettivo globale** - Nell'immediato dopoguerra l'Umanità aveva riconosciuto che per costruire la Pace e il comune progresso, era necessario perseguire una maggiore giustizia tra i popoli e realizzare i principi solennemente enunciati nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. Tra questi, anche il diritto alla salute. Salute, dunque, come diritto umano fondamentale, e l'accesso al più alto livello possibile di salute come obiettivo da perseguire a vantaggio di tutta l'umanità. "Ad Alma Ata, nel 1978, tutti i Governi del mondo sottoscrissero una solenne dichiarazione, impegnandosi per l'obiettivo "Salute per tutti entro il 2000" e riconoscendo nella soddisfazione prioritaria dei bisogni di base la strategia per

raggiungerlo. Ma il percorso verso una maggiore giustizia e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto, sostituito dal prevalere assoluto del profitto e della globalizzazione del mercato. In tal modo, le disuguaglianze in salute continuano ad approfondirsi nonostante abbiano già raggiunto un'ampiezza mai vista prima.

**L'obiettivo mancato** - Negli anni '90 le istituzioni finanziarie internazionali, Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale (FMI) in testa, hanno di fatto sostituito l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'indicare - e in certi casi imporre - linee di politica sanitaria internazionale basate su una filosofia che considera la salute una variabile dipendente della crescita economica. Nei Paesi poveri, condizionando il credito all'applicazione di Piani di Aggiustamento Strutturale caratterizzati da liberalizzazione del commercio, taglio della spesa sociale e privatizzazione dei servizi, Banca Mondiale e FMI hanno di fatto promosso lo smantellamento dei sistemi sanitari. Nel 2000, in un documento congiunto, ONU, OCSE, FMI e Banca Mondiale ("A better world for all") hanno riconosciuto il sostanziale "fallimento nell'affrontare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie e le disuguaglianze tra uomini e donne, [nonché] i limiti imposti ai paesi in via di sviluppo e, a volte, le incoerenze nelle politiche dei donatori che impediscono un progresso più veloce".

Gli eventi seguiti all'11 settembre 2001, compresa la crisi argentina, devono far riflettere sull'insostenibilità di un modello che continua ad esacerbare le disuguaglianze. Nel "vilaggio globale", il collasso sociale di una parte del mondo interessa inevitabilmente il mondo intero.

**Economia e salute** - La relazione esistente tra la condizione di povertà e lo stato di malattia è da sempre riconosciuta. Secondo il pensiero economico prevalente la crescita economica da sola, migliorando il reddito complessivo, sarebbe in grado di influenzare positivamente lo stato di salute della popolazione, che sarebbe dunque un prodotto collaterale del migliorato contesto macro-economico. Oggi, senza mettere in discussione il modello di sviluppo

fondato sulla crescita economica, si riconosce la necessità di indirizzi e strategie per una più mirata lotta alla povertà. In questo contesto si inizia a riconoscere che l'investimento in salute può rappresentare uno strumento per la lotta alla povertà e un requisito per perseguire la prosperità, come emerge anche dal recente rapporto della "Commissione Macroeconomia e Salute" dell'OMS, che potrebbe rappresentare il segnale di una maggiore attenzione alle relazioni esistenti tra salute e dinamiche economiche. Appare ancora debole però il dibattito sulle cause che innescano il circolo vizioso povertà - malattia - povertà, né si fa piena luce sul ruolo che in tal senso hanno giocato e giocano le politiche promosse a livello internazionale ed il processo di globalizzazione. Sono ancora poche le sedi, e raramente istituzionali, in cui la salute è riconosciuta come un obiettivo in sé - e, ne siamo convinti, uno dei principali - dello sviluppo. Riconoscerlo obbligherebbe ad orientare le politiche e gli interventi in ogni settore verso la promozione e la difesa della salute, valutando quindi i risultati di quelle scelte anche in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione ed evitando, di conseguenza, misure ed interventi che sulla salute potrebbero avere un impatto negativo.

**I nuovi ambiti del governo globale della salute** - Con la salute intesa come bene di consumo, le politiche sanitarie sono divenute oggetto di negoziati nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, nonché tra governi e imprese multinazionali. Le grandi multinazionali e le grandi concentrazioni finanziarie esercitano un'influenza crescente sull'economia globale, condizionando sempre più anche le scelte in campo sanitario - fino a mettere in discussione l'esistenza stessa dei servizi sanitari nazionali - in assenza di un controllo democratico e senza una visione dell'interesse comune. Parallelamente, in questi ultimi anni, si è assistito alla delegittimazione del sistema delle Nazioni Unite, che - nonostante i suoi noti limiti e la necessità di una riforma in senso democratico - rimane l'unico ambito globale legittimato a rappresentare i popoli del mondo. La partecipazione dei grandi gruppi economici all'indirizzo e

# salute in Italia

alla gestione globale della salute pubblica, secondo il modello che si sta affermando delle *partnership* globali pubblico-privato, rischia di alimentare quel processo di delegittimazione ed è funzionale al progetto di spostare la salute dalla sfera dei "diritti" a quella dei "beni di consumo".

**Il nostro impegno** - Insieme a molti altri operatori della sanità - medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato - nella primavera del 2001 abbiamo sottoscritto la "Dichiarazione di Erice", in cui si fa il punto sulla drammaticità e su alcune delle cause della situazione della salute a livello globale, rivolgendoci alla società civile e alla comunità scientifica per affermare, tra l'altro:

- la necessità di diffondere consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano;

- il diritto-dovere di pretendere la massima partecipazione della cittadinanza alle scelte inerenti la salute di tutti;

- il dovere della comunità scientifica di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini;
- la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze.

Con l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute a livello globale e di fornire a istituzioni, enti, organizzazioni della società civile e a tutti i soggetti interessati strumenti di analisi e valutazione utili alla definizione di appropriate strategie ed azioni, oggi diamo seguito a quella dichiarazione con la costituzione dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale.

**Gli obiettivi e le attività** - L'Osservatorio si propone come spazio di riflessione e ricerca su questi temi, contribuendo al confronto tra le competenze esistenti oggi in Italia in tema di salute globale e lavorando per un'analisi indipendente del processo di globalizzazione e dei suoi effetti sulla salute, a supporto delle decisioni e delle azioni concrete che si vogliono intraprendere per la salute dell'umanità.

L'Osservatorio raccoglierà e valuterà informazioni e conoscenze relative allo stato di salute nel mondo e ai suoi determinanti poli-

tici, sociali, economici e ambientali. Individuerà e approfondirà i rapporti tra globalizzazione e salute in termini - tra l'altro - di equità, diritti umani, sostenibilità e relazioni internazionali. Metterà documenti e rapporti a disposizione di istituzioni, gruppi professionali e organismi non governativi, con particolare riguardo per quanti sono impegnati in attività di formazione.

Dato il ruolo che il nostro Paese può giocare nello scenario internazionale direttamente o come membro dell'Unione Europea, l'Osservatorio intende seguire con particolare attenzione le iniziative italiane, a partire da quelle istituzionali."

**I sostenitori** - Per poter meglio servire come strumento di conoscenza ed approfondimento, l'Osservatorio, cui partecipano ad esclusivo titolo individuale operatori e ricercatori di competenza internazionalmente riconosciuta, intende fare riferimento ad una vasta rete di sostenitori - individui ed organizzazioni - che ne stimolino l'attività e, quindi, ne utilizzino i risultati per le loro iniziative.

Almeno una volta all'anno l'Osservatorio convocherà i propri sostenitori a fini di consultazione e informazione sulle proprie attività. Quella sarà anche l'occasione per la presentazione del proprio Rapporto annuale, momento centrale di una più vasta produzione di documentazione a carattere scientifico e divulgativo, nonché del contributo ad iniziative di formazione e di ricerca, in cui l'Osservatorio intende progressivamente impegnarsi.

**Osservatorio Italiano sulla Salute Globale**  
Sede legale: via Borselli 4-6, 40135  
Bologna tel. 051433402 - fax 051 434046  
E-mail: [scrivi@eduardomissoni.net](mailto:scrivi@eduardomissoni.net)

## Chi rompe paga e i ticket sono suoi

Nonostante l'aumento del Fondo Sanitario Nazionale da 131.000 a 138.000 miliardi di lire alcune regioni hanno dovuto mettere ticket e tasse per il superamento del tetto di spesa. Hanno messo il ticket il Lazio, la Calabria, la Liguria (1 Euro per ricetta), la Sicilia (quota fissa per ricetta con recupero del sani-

tometro).

Hanno messo tasse il Piemonte (+0,5 Irpef), la Lombardia (da 0,3% a 0,5% a seconda del reddito), il Veneto (aumento del bollo e dell'Irpef dello 0,5%), le Marche (aumento del bollo auto e dell'IRAP del 5% (la Puglia aumento dell'Irpef dello 0,5%). Emilia-Romagna, Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Molise, Basilicata sono le regioni in cui né vi sono ticket né aumento di tasse (*Corriere Salute* 17/02/02).

g. c. b.

## I problemi dei medici dipendenti con Sirchia

In sintesi i problemi sindacali dei medici ospedalieri e dipendenti di fronte alle proposte di Sirchia sono questi:

- la proposta di mantenere in precariato di prova (contratto a tempo indeterminato) per 5 anni i medici neo assunti è stata rifiutata da tutte le sigle sindacali; la CIMO l'accetta solo per i medici senza specializzazione;

- la richiesta di mantenere inalterato il surplus stipendiale (9900,48 euro annuali) per i 77.000 medici che avevano scelto l'intramoenia (cosiddetta esclusiva) e di estenderlo anzi agli extramoenisti è stata avanzata pure da tutte le sigle; le Regioni però hanno rifiutato di accollarsi il peso economico della estensione di tale surplus a tutti i medici, cioè anche a quelli che avevano scelto l'extramoenia; la spesa sarebbe al di fuori dell'accordo dell'8 agosto intervenuto fra Stato e regioni.

L'estensione costerebbe alle Regioni 490,63 milioni di euro in più senza il calcolo degli oneri riflessi (+36%) che sarebbero a carico delle singole Aziende sanitarie ed ospedaliere; un malacorto tentativo del ministro di introdurre nella finanziaria il carico economico accollandolo alle regioni è stato bloccato dal presidente Casini;

- il progetto di elevare l'età pensionabile a 70 anni è stato accettato dai primari e dalla CIMO e sostanzialmente respinto da tutti gli altri (*ASI* 18/12/2001)

red.

## Libri: occasioni per



Non è tra i libri più venduti, ma forse è il più bel romanzo attualmente in circolazione *Le fantastiche avventure di Kavalier e Clay*. L'uscita di questo titolo negli Stati Uniti è stata accompagnata da recensioni eccellenti; la copertina del *New York Times Book Review* ha proclamato Michael Chabon romanziere "di straordinaria intelligenza e di altissima qualità narrativa".

Le avventure si svolgono tra Praga e New York negli anni Trenta. L'Europa è afflitta dal nazismo, in America la gente comune è entrata in quell'atmosfera in cui i sogni tendono spesso a confondersi con la realtà. Protagonisti del racconto due cugini ebrei, Josef detto "Joe" Kavalier, e Samuel Klayman, americanizzato in Sammy Clay.

Si incontrano per la prima volta mentre Sammy è a letto in dormiveglia, e sua madre fa entrare nel buio Joe che è appena arrivato a New York dopo una rocambolesca fuga da Praga invasa dai nazisti. Da quel momento i due diventano inseparabili. I loro sogni artistici si devono realizzare nella creazione di un fumetto (siamo all'epoca dell'esordio di Superman e Batman) che ha per attore principale un supereroe chiamato "The Escapist": la storia che il cugino mitteleuropeo aveva vissuto in prima persona a Praga. Joe e Sammy, da un lato danno corpo ai turbamenti della giovinezza, dall'altro affidano al loro eroe la lotta contro un "vilain" di nome Attila Haxoff, trasparente allusione ad Adolf

Hitler. Come in alcuni film americani di Woody Allen o di Altman, avvenimenti di fantasia si mescolano ad altri tratti dalla cronaca del periodo: una festa newyorkese in onore di Salvador Dalì, la prima del film *Quarto Potere*, la descrizione incantata della maestosa bellezza dell'Empire State Building, simbolo della reazione socio-economica alla grande depressione, le pagine dedicate alla tomba del grande mago Houdini, che sin dalle prime pagine aleggia come un personaggio di riferimento per tutte le avventure magico-fantastiche.

Si potrebbe affermare che questo è un (il?) romanzo di New York, "città della libertà e dello swing", una metropoli in cui gli "emigranti diventano americani", una città dove ognuno è costretto a confrontarsi.

Nicola D'Andrea

### Michael Chabon

*Le fantastiche avventure di Kavalier e Clay*  
Rizzoli, 2001, pp 821, euro 20,14



Odiosità, amicizia, corteggiamento, amoreggiamento, matrimonio: sono le coordinate dell'atmosfera creativa dell'ultimo libro di Alice Munro, *Il sogno di mia madre*, raccolta di racconti.

Risaltano nei racconti dell'autrice canadese

le figure femminili, sempre divise tra due poli, tra due conflitti: vita domestica e indipendenza, radici familiari e libertà, aspirazione intensa a stabilire legami e solitudine di chi si sente estraneo. La narrazione si svolge per lo più nella provincia canadese, spesso confinando l'intreccio urbano nella cellula domestica; tipicamente canadese la relazione che traspare tra i personaggi e la natura: il senso dello spazio, il mare, la neve, il fiume, il lago.

Nell'episodio *Una donna di cuore* un oculista sessuomane è stato ucciso da un marito geloso: un gruppo di ragazzi rinviene la sua automobile sprofondata nel fiume, per fingere un incidente; il racconto si polarizza sulle vicende del gruppo.

In *Prima che tutto cambi* una donna scrive all'amante che l'ha abbandonata incinta per raccontargli della sua scoperta: il padre medico, da poco morto, praticava aborti clandestini e veniva probabilmente ricattato. Il racconto che dà il titolo al volume, sempre narrato in prima persona, tratteggia la figura di una madre che ha perduto il marito in guerra, vista dalla figlia, nata appena dopo la morte di lui e percorsa da una lenta follia tale da coinvolgerla forse nel delitto. Prevalde in tutto il libro il principio del riemergere e insieme del sopravvivere: attuale è il concetto di *resilience* e questo libro ne sottolinea la presenza e l'efficacia nella quotidianità.

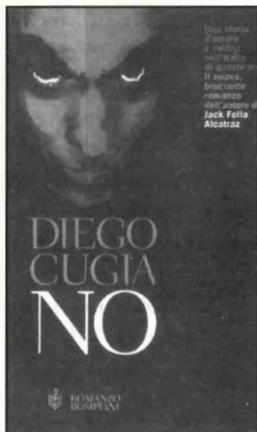
Nicola D'Andrea

### Alice Munro

*Il sogno di mia madre*

Einaudi, 2001, pp 362, Euro 17,56

# una buona lettura



Interessante libro di Diego Cugia, giornalista, autore e regista radiotelevisivo. In *No* l'autore fornisce un'immagine esasperata, ma veritiera, della realtà contemporanea dominata dai mass-media, in particolare dalla televisione. Si tratta della storia di una giovane professoressa ribelle, Speranza Adiamoli, che si allontana dall'Italia per rifugiarsi in una sperduta isoletta greca. Sedici anni dopo viene raggiunta dalla troupe televisiva della Grande Rete Interattiva. Il presentatore di *Cookies*, un programma Internet, l'avvelena con un biscotto allucinogeno per trasmettere in diretta sugli schermi le ultime visioni della Adiamoli, che diventa protagonista ed al tempo stesso vittima dello show. Milioni di occhi, circa 40.000.000 di telespettatori, violano l'intimità ed i pensieri di una donna che ha detto "No" all'Italia di oggi "paese di rifatti". Significativo è il manifesto del "No" che ogni fine settimana, rovesciando la lavagna, la professoressa Adiamoli fa aggiornare ai suoi alunni: "No ai ladri di bambini, alla puzza, alla guerra mondiale, ai cani abbandonati, ai compiti a casa, alle mine antibambino, al traffico di Roma, alla Juventus, alla mucca pazza, all'inverno". Il desiderio di questa giovane professoressa è

insegnare ai suoi ragazzi l'arte del "No" al trionfo del mondo virtuale, al permissivismo contrabbandato per libertà, alla dottrina dei soldi, del superfluo, del nulla. Durante una riunione con i genitori ecco come si esprime in merito alla televisione "dittatore che li fa tutti uguali": "...per sei ore al giorno affidate i figli ad una tata a colori che credete neutrale... Quella tata a colori, quella maestra satellitare, globale, divina, non è neutrale, non è affatto bambina, sa esattamente dove vuole arrivare e ci porta dritto dritto i vostri figli".

Un ex alunno, riconoscendola sugli schermi, agonizzante, parte alla volta dell'isoletta greca per salvare l'indimenticabile maestra di vita. Ma non ci riuscirà perché Speranza preferirà dire ancora una volta "No". Vale la pena leggerlo? Credo proprio di sì.

Isodiana Crupi

## Diego Cugia

*No*

Bompiani, 2001, pp. 205, Euro 13,43

Quando Charles Dickens morì, nel 1870, aveva scritto solo sei delle previste dodici puntate del romanzo *The Mystery of Edwin Drood*, con il quale intendeva competere con l'amico Wilkie Collins (il celebre autore di polizieschi come *La pietra di luna* e *La donna in bianco*) nello scrivere una storia di "detection". Messi da parte i suoi temi consueti, Dickens basa il romanzo su uno specifico evento misterioso: la scomparsa del personaggio menzionato nel titolo. Si tratta di un ragazzo ancora sotto la tutela dello zio, John Jasper (direttore del coro della cattedrale di Cloisterham). Edwin era destinato a sposare la giovane Rosa Bud. È Jasper a iniziare le indagini sulla scomparsa; i primi sospetti ricadono

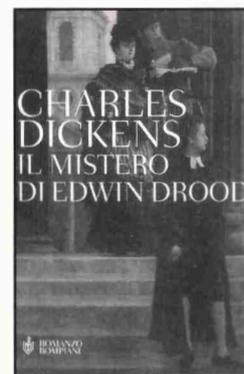
su Neville Landless, da poco sistematosi a Cloisterham con la sorella gemella Helena. Ma presto lo stesso Jasper appare come una figura piena di contraddizioni: veniamo a sapere che conduce una doppia vita come oppiomane e che, oltretutto, era innamorato della giovane Rosa. Sulla scena entra a questo punto un vero investigatore, Dick Datchery... e la storia s'interrompe. Le teorie e le ipotesi su quale dovesse essere la conclusione del romanzo hanno cominciato a fioccare subito dopo la morte di Dickens. In genere, gli autori che si sono cimentati con il tentativo di portare avanti la storia tendono a considerare colpevole Jasper, il tutore... in questa direzione sembrano andare gli indizi contenuti nella metà esistente del romanzo e nelle note e commenti scritti ai margini del testo dall'autore (ma si tratta di materiali quasi sempre ambigui, che pongono domande, più che fornire risposte)... Insomma, quale sia il vero mistero di Edwin Drood, forse non lo sapremo mai. Ma gustare la prosa di Dickens esula da quale sia il finale più appropriato. Il capitolo 10° inizia: "È stato bene spesso osservato che le donne hanno il curioso potere di indovinare il carattere degli uomini, un potere che sembrerebbe innato e istintivo, dato che a esso non si attinge mediante un paziente ragionamento... Ma non è stato altrettanto spesso osservato che tale potere (fallibile, come qualsiasi altro attributo umano) è in linea di massima assolutamente incapace di auto-revisione..."

Nicola D'Andrea

## Charles Dickens

*Il mistero di Edwin Drood*

Bompiani, 2001, pp 510, Euro 17,56



## Per far rivivere la speranza tra 5000 dollari, libri e riviste per il

*La professoressa Luisa Massimo, che è stata molti anni primario oncologo del Gaslini, ci ha trasmesso una lettera dell'amica Oral, una dottoressa che lavora nella regione del mare d'Aral e che ci informa che fra gli "effetti collaterali" della guerra in Afghanistan c'è anche una ulteriore disattenzione ai problemi della mortalità in quest'area. Pubblichiamo la lettera come testimonianza e come grido d'allarme. Ma anche come invito/preghiera a chi può fare qualcosa (organizzazioni governative e non governative, associazioni, privati di buona volontà) per ricordarsi di Oral i cui drammatici problemi ci sentiamo di adottare. La regione del mare d'Aral si trova nelle ex repubbliche sovietiche tra Kazakistan, Uzbekistan e Karakalpakstan ed era un'area di importante equilibrio climatico, ma negli ultimi 30 anni il degrado ambientale ha ridotto la grandezza del suo bacino da 64.500 a 30.000 km<sup>2</sup>. Moynaq un tempo uno dei maggiori porti dell'Aral sea, oggi si trova a 80 km dall'acqua e ciò che resta della potente flotta di pescherecci è un desolante cimitero di navi inclinate e arrugginite. Al centro del mare d'Aral si trovava anche l'isola di Vosrozhdenye Island che fino ai primi anni '90 ospitava una base segreta russa per la sperimentazione di armi batteriologiche e chimiche capaci di produrre peste, vaiolo, brucellosi. A Vosrozhdenye sono stati poi seppelliti anche i fusti provenienti da una base segreta negli Urali, contenenti l'antrace. Oggi che il livello dell'acqua si è abbassato, Vosrozhdenye è più grande e più vicina alla terraferma dalla quale è separata da un esile braccio di mare di tre chilometri. Aiutare Oral ci sembra un dovere e abbiamo pensato pertanto di farci promotori di una doppia iniziativa:*

**- raccogliere i fondi che Oral chiede, appena 5000 dollari, che faremo convogliare in un unico conto corrente che i nostri lettori possono utilizzare anche per piccole donazioni:**

**CC POSTALE N° 24715450**

**CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS  
VIA BURLO 1 - 34123 TRIESTE SPECIFICANDO  
NELLA CAUSALE "PER IL MARE DI ARAL"**

**- farci promotori presso tutte le riviste internazionali affinché offrano un abbonamento gratuito per il Medical Institute di Oral.**

Caro Biasini

Ti allego una lettera che proviene dalla mia amica Oral che vive e lavora nel bacino del Mare d'Aral. È un terribile grido d'allarme. L'ho ricevuto proprio prima di una riunione di valutazione all'Unione Europea. Ne ho parlato in quella sede, e al mio "capo" del Panel

della NATO e a quello dell'INTAS. Purtroppo nessuno può aiutare Oral, il call dei progetti INTAS del Mare d'Aral è chiuso e così tutte le possibilità che in questo mese ho perlopiù illustrato presso l'Unione Europea e la NATO. Inoltre nessuno ha progetti umanitari che riguardano questo campo! Dal momento che gli organismi internazionali non possono fare niente ho pensato di "inoltrare" a te tutto questo materiale, perché forse qualcosa possono fare organismi umanitari di volontariato o altri a tua o vostra conoscenza. Oral è una donna eccezionale, dagli occhi a mandorla, dalla tenacia degna dei discendenti di Gengis Khan, medico e docente di Ostetricia e Pediatria. Ha osservato un nuovo tipo di anemia dei bambini dovuta ai pesticidi, ma come e chi può aiutarla? Oggi quelle zone sono più lontane che ai tempi di Marco Polo e della via della seta. Scusa se ti chiedo questo aiuto, ma mi spiace che tutti restiamo fermi, anche se non indifferenti, di fronte a tanto disastro. Ti ringrazio e ti porgo i miei più fervidi auguri per l'anno nuovo per voi e per l'ACP.

Luisa Massimo

*Cara Luisa, mi fa tanto piacere sentirti, naturalmente io sono nel mio Karakalpakstan. Con il problema Afgano, anche noi soffriamo per tante difficoltà. Prima di tutto, per i depositi di antrace situati nel mio paese nell'Isola del Mar d'Aral. Questo costituisce un alto rischio di disastro biologico. Purtroppo non abbiamo qui laboratori in grado di identificare l'antrace. Un altro problema è costituito dall'acqua, specialmente l'acqua potabile. La regione del mare d'Aral, ricca d'acque e foreste, nella quale vivono 3,5 milioni di persone è stata trasformata in un deserto. In questi anni si sono già estinte oltre 150 specie vegetali, 6 di mammiferi mentre delle 25 specie di pesci ne sopravvivono 3, e ben 35 specie d'uccelli hanno abbandonato quest'area nelle loro migrazioni. Oltre 3 milioni di ettari di terreno sono stati contaminati da prodotti tossici, da pesticidi usati dall'industria del cotone e da tutti quei prodotti e armi chimiche sperimentate nella base di Vosrozhdenye Island. Oltre 1 milione e mezzo di persone che vivono sul delta del fiume Amu-Darya sono state esposte a questi prodotti per lungo tempo. Nel*

*ciclo delle acque e nella catena alimentare sono entrate 150.000 tonnellate di prodotti tossici ed oggi in parallelo alla situazione ecologica assistiamo ad un aggravamento delle condizioni di salute. Abbiamo bisogno urgentemente di un aiuto pratico. L'aspettativa di vita media nella regione del Kzyl-Orda in Kazakistan è scesa da 64 a 51 anni, mentre i tassi di mortalità materna e infantile in Karakalpakstan raggiungono rispettivamente il 60,6 e il 24,3. In una ricerca su 5000 donne in età feconda sono stati osservati: nell'87% anemia, (lo stesso avviene nell'86,9% dei nuovi nati), nel 23% patologie tiroidee, nel 15% aborti spontanei. Il tasso di nati con malformazioni (1 bambino su 20) è un'altra seria conseguenza dell'inquinamento e purtroppo rappresenta un tasso veramente troppo alto. Altri studi hanno riscontrato un alto livello di pesticidi organoclorati nel sangue di donne in gravidanza e del cordone ombelicale a conferma del fatto che nella regione del mare di Aral tutta la popolazione è stata esposta per lungo tempo a prodotti chimici nocivi. Molte agenzie internazionali si occupano di condurre ricerche, dare informazioni sulle nostre regioni, e possono soprattutto fornire un aiuto pratico a incrementare le capacità della popolazione locale. Adesso sono diventata rettore del Medical Institute, ma il nostro istituto è talmente povero che non ci sono strumenti tecnici per insegnare agli studenti. Sto pensando di formare insegnanti alla lettura e scrittura di articoli scientifici per riviste internazionali, etc. Per rendere più facile il lavoro, e per cominciare da un piccolo progetto avevo appunto pensato che un'agenzia potrebbe supportare il nostro Medical Institute nell'acquisto di libri di testo per gli studenti e fare una sottoscrizione per l'acquisto delle riviste necessarie, per formare giovani insegnanti, e insegnare agli studenti. Il costo di questo contributo dovrebbe essere di circa 5000 \$. Questo sarebbe già qualcosa per cominciare. Sono in crisi proprio perché il 30% dei dipartimenti del Medical Institute non ha alcuno strumento per studiare, né libri, né strutture (tavoli e sedie), né laboratori o attrezzature etc. Hai qualche idea per collaborare a questo progetto? Sperando di sentirti presto, ti ringrazio affettuosamente*

Oral

# la gente del mare di Aral

## Medical Institute del Karakalpakstan



Signor Direttore

Le scrivo a nome del Comitato editoriale di una rivista, Quaderni acp, pubblicata da una Associazione no profit di pediatri italiani: l'Associazione Culturale Pediatri. Una delle ambizioni che la nostra rivista vuole coltivare è di avere occhi ed orecchi in quelle aree del mondo ove più importante ed urgente è il bisogno di aiuto per strumenti che rinforzino la cultura medica specie quando di questa c'è assoluto bisogno. È nostra intenzione che questo aiuto arrivi direttamente e rapidamente, non ad associazioni o organizzazioni sia pure benemerite, ma a persone che operano e soffrono nelle aree in cui è presente il bisogno e che s'impegnino fortemente a leggere le riviste e ad insegnare a leggerle.

Le sottoponiamo il caso di Mrs Oral Atanyazova, un medico che opera nell'area del mare d'Aral dove i depositi di antrace comportano un alto rischio di imminente disastro biologico senza che i medici locali abbiano alcuno strumento, neppure culturale, per identificare l'antrace e nemmeno per conoscerne fino in fondo i rischi e senza che agenzie internazionali diano un aiuto pratico a chi opera in quella zona.

La Dr. Oral Atanyazova ci ha contattato perché è alla ricerca di un aiuto per addestrare medici e studenti dell'area. Come può leggere nella lettera che Oral ci ha inviato, non hanno né riviste, né libri, né tavoli, né sedie ed in questa situazione una loro crescita culturale è impossibile, senza che le riviste giungano in modo da potere diffondere la cultura che esse hanno "dentro di loro".

Noi ci proponiamo di lanciare una sottoscrizione in Italia fra i pediatri italiani per aiutare Oral Atanyazova raccogliendo almeno \$5000 dollari per cominciare. Ci chiediamo se sia possibile ottenere l'invio gratuito, per almeno un anno della sua rivista a Oral Atanyazova della quale le forniamo l'indirizzo postale ed elettronico.

Speriamo fortemente che lei possa farlo. Può contattarci al nostro indirizzo di posta elettronica: [red@quaderniacp.it](mailto:red@quaderniacp.it).

*Giancarlo Biasini*

Prof. Dr. Oral Atanyazova,  
PERZENT, KARAKALPAK  
CENTER FOR REPRODUCTIVE HEALTH  
AND ENVIRONMENT.  
P.O. Box 27, Nukus-12,  
Karakalpakstan 742000.  
FAX e tel. 998.61.223.6600 - 222.2794  
e-mail: [oral@online.ru](mailto:oral@online.ru)

# Etica, eticismo e ricerca biomedica nei paesi poveri

Giorgio Tamburlini

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

Nell'ottobre del 2000, la World Medical Association ha approvato la quinta revisione della dichiarazione di Helsinki sui principi etici della ricerca medica sull'uomo (1). L'iter che ha portato al testo approvato è stato particolarmente lungo e difficile. Ciononostante il risultato non ha lasciato soddisfatto quasi nessuno: infatti, nel tentativo di conciliare esigenze diverse, sono state adottate formulazioni ambigue o francamente contraddittorie, che tuttora suscitano polemiche e richieste di ulteriori modifiche, tanto che un apposito comitato è già al lavoro.

Le questioni affrontate dalla Dichiarazione sono molte e complesse. In questa sede sono brevemente discussi solo alcuni aspetti, in particolare per quanto riguarda la ricerca svolta nei paesi poveri. Su questo tema infatti si incontrano due nodi concettualmente e praticamente rilevanti: quello che riguarda gli standard di cura cui hanno diritto i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni e quello relativo all'impatto complessivo dei progetti di ricerca svolti in questi paesi da parte di istituzioni di paesi ricchi. Per tutte le restanti questioni si rinvia al recente esteso commento sulla Dichiarazione pubblicato su *The Lancet* (2).

## Il problema dello standard terapeutico: relativismo etico o ricerca appropriata?

La questione dello standard di trattamento cui hanno diritto i pazienti di paesi poveri

arruolati negli studi clinici o di laboratorio ha suscitato un ampio dibattito ospitato dalle maggiori riviste mediche (3-6). Si è infatti messa in discussione la legittimità di studi, effettuati spesso in paesi in via di sviluppo, nei quali gruppi di pazienti non ricevono il trattamento più efficace possibile (*best proven therapeutic method*) o addirittura non ricevono alcun trattamento, in quanto "controlli". Ad esempio, negli studi sulla prevenzione della trasmissione verticale madre-bambino dell'infezione da HIV, le pazienti sono state trattate con cicli di farmaci antiretrovirali molto più brevi e "semplici" rispetto ai protocolli utilizzati nei paesi ricchi. Da parte di alcuni si è dunque obiettato che "i nostri standard etici non devono dipendere da dove la ricerca viene svolta. I ricercatori devono assumere rispetto ai soggetti che reclutano per i loro studi una responsabilità analoga a quella di medici curanti. Il che significa trattare al meglio la malattia. La natura di questa responsabilità non deve essere influenzata dalla situazione economica della regione e questa situazione non deve essere usata a giustificazione di uno standard più basso di cure per alcuni soggetti. Ogni altra posizione significa uno sfruttamento della popolazione dei Paesi in via di sviluppo (PSV) per condurre ricerche che non sarebbe accettabile condurre nei paesi "sponsor" (6). Dall'altra parte si è sottolineato che, per lo meno nella maggioranza dei casi (vi sono

stati in effetti studi ove questo non è stato garantito, stigmatizzati peraltro dalla quasi totalità della comunità scientifica), i pazienti reclutati hanno ricevuto, nel contesto della ricerca, cure superiori a quelle cui avrebbero altrimenti avuto accesso; e che, proprio sulla base di queste argomentazioni, tali studi avevano superato il vaglio dei comitati etici, sia nel paese sponsor della ricerca che nel paese ospite. Da molte parti, soprattutto dai ricercatori impegnati nello studio di patologie quali l'AIDS per le quali è necessario trovare soluzioni terapeutiche a minor costo, si è dunque levata la richiesta di rivedere il principio del diritto dei pazienti reclutati negli studi clinici al *best proven therapeutic method*. Questa posizione è stata tacciata di "relativismo etico" (3). Ma la questione non può essere vista solo in questi termini. È vero infatti che il relativismo degli standard di cure non è in linea di principio accettabile - come d'altronde tutte le altre palesi diseguaglianze sociali e i conseguenti "relativismi" che vengono applicati ogni giorno nel mondo, a partire dal diverso valore della stessa vita umana. Ma è anche vero che, se la ricerca ha lo scopo di sperimentare un farmaco, un vaccino o un intero programma che può consentire a migliaia di pazienti o ad intere popolazioni una migliore sopravvivenza o qualità di vita, è difficile considerare questo un affronto all'etica. Le battaglie che - ormai con qualche successo e maggiore riscontro

Per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini

e-mail: [tamburli@burlo.trieste.it](mailto:tamburli@burlo.trieste.it)

**Abstract**

*Il dibattito sulla revisione dei principi etici che regolano la sperimentazione sull'uomo è stato centrato sul confronto tra chi ritiene inaccettabile la relativizzazione del diritto alle cure migliori possibili al contesto in cui viene fatta la ricerca e chi crede che questo sia necessario per ottenere risultati realmente utilizzabili nei paesi poveri. La quinta versione della dichiarazione di Helsinki sull'etica della sperimentazione umana ha lasciato il problema irrisolto con formulazioni contraddittorie, improntate ad eticismo piuttosto che a considerazioni di appropriatezza. La dichiarazione inoltre non affronta la questione dell'impatto complessivo di un progetto di ricerca sul sistema sanitario locale, né il tema delle patologie orfane di ricerca. È necessario che il vaglio etico si allarghi a considerazioni di pubblica utilità e che la comunità scientifica biomedica affronti il problema dell'esclusione di parti crescenti dell'umanità dalla fruizione dei prodotti del proprio lavoro.*

Quaderni acp 2002; vol IX n°2: 32-35

presso la comunità internazionale - si stanno facendo per garantire l'accesso universale ai farmaci e ad altri presidi essenziali, non contrastano affatto con la ricerca di strategie preventive e terapeutiche che siano alla portata di paesi e persone povere. Valga l'esempio ancora una volta dei farmaci anti-AIDS: la vittoria conseguita sul cartello delle multinazionali e il conseguente cospicuo calo dei costi non sarà sufficiente a consentire a tutti i sudafricani l'accesso ai farmaci anti-AIDS, e nuove possibilità terapeutiche e nuove strategie preventive, alla portata del sistema sanitario pubblico sudafricano o delle tasche dei sudafricani, continueranno ad essere necessarie. Ormai l'elenco dei casi si allarga praticamente alla maggior parte delle patologie che affliggono i paesi poveri, dalla polmonite alle malattie tropicali, per le quali è assolutamente necessario trovare rimedi preventivi o curativi più accessibili di quelli che costituiscono lo standard nei paesi ricchi. Di questo dunque si è discusso, con il risultato però che la versione della Dichiarazione (*vedi box*) approvata poco più di un anno fa risulta contraddittoria o elusiva. All'art.5 ad esempio si afferma che la responsabilità principale è nei confronti del paziente e non della società; poi però ci si contraddice parlando (art. 6) della necessità di preoccuparsi sempre dell'accessibilità (che non può non riferirsi a popolazioni o gruppi sociali svantaggiati) e dell'efficacia (che, misurandosi sull'effetto su larga scala, dipende chiaramente dall'accessibilità) e dei diritti delle popolazioni vulnerabili (art.8). Si afferma il diritto delle popolazioni a fruire dei risultati della ricerca (art.19), ma allo stesso tempo si ribadisce il principio del *best proven method* (art.29), con una formulazione che va benissimo per

i paesi ricchi, ma che di fatto crea difficoltà a chi si adopera nella ricerca di rimedi efficaci ma appropriati e quindi accessibili nei paesi poveri. Nella Dichiarazione si accoglie il principio che la ricerca medica è giustificata solo se c'è una ragionevole probabilità che le popolazioni dove la ricerca viene svolta possano beneficiare dei risultati (art 19), ma viene significativamente eliminata (da una precedente versione) la frase "il protocollo della ricerca deve contenere un *piano realistico* per rendere disponibili questi trattamenti eventualmente identificati attraverso tale ricerca". Infine non si fa menzione di valutazioni di impatto sui sistemi sanitari locali, questione che costituisce, nella pratica, un altro nodo fondamentale.

### **Il problema dell'impatto generale dello studio: le vie traverse della "maleficenza"**

Il problema dei benefici (o "malefici") generali della ricerca proposta per il paese ospite è cruciale: il tema della ricerca corrisponde ad una priorità reale? I risultati potranno essere utilizzati in loco? Quali gli effetti complessivi sul sistema sanitario locale?

Queste preoccupazioni, che possono essere definite "esterne" rispetto ai temi tradizionali dello scrutinio etico (standard terapeutico, consenso informato, benefici per i pazienti, etc.) dovrebbero imporre l'ampliamento di tale scrutinio all'impatto generale del progetto, particolarmente in contesti deboli quali i paesi poveri. Vi sono parecchi esempi a conferma che questo impatto è spesso negativo: l'esistenza del progetto può stornare da impieghi prioritari le già criticamente scarse risorse locali, senza contare il frequente utilizzo preferenziale delle risorse della ricerca in centri di terzo livello, che aggrava lo sbilanciamento

## **Dalla dichiarazione di Helsinki**

**Art. 5** In medical research on human subjects, considerations related to the well-being of the human subject should take precedence over the interests of science and society.

**Art. 6** The primary purpose of medical research involving human subjects is to improve prophylactic, diagnostic and therapeutic procedures and the understanding of the aetiology and pathogenesis of disease. Even the best proven prophylactic, diagnostic, and therapeutic methods must continuously be challenged through research for their effectiveness, efficiency, accessibility and quality.

**Art. 8** Medical research is subject to ethical standards that promote respect for all human beings and protect their health and rights. Some research populations are vulnerable and need special protection. The particular needs of the economically and medically disadvantaged must be recognized.

**Art. 19** Medical research is justified only if there is a reasonable likelihood that the population in which the research is carried out stand to benefit from the results of the research.

**Art. 29** The benefits risks and effectiveness of a new method should be tested against those of the best current prophylactic diagnostic and therapeutic method.

to centro-periferia già esistente. Oppure, operatori locali vengono impiegati nell'attività di ricerca, distolti da altre attività e a volte indotti all'espatrio senza ritorno nel paese di origine. Ma soprattutto, nei trial di interventi complessi, succede che vengano proposti e testati interventi a così alta intensità di utilizzo di risorse esterne che sono privi di qualsiasi possibilità di essere poi generalizzati in loco.

Questi "effetti collaterali" negativi sono tanto più probabili quanto più i progetti hanno carattere isolato, limitato allo studio, e non si inseriscono in una collaborazione continuativa delle istituzioni che li propongono, condizione necessaria, anche se non sufficiente, per produrre benefici indiretti quali la formazione, il rafforzamento di istituzioni locali e della capacità di ricerca, ecc. A quanto è dato di vedere direttamente nei paesi in via di sviluppo, e di intravedere nei lavori pubblicati o presentati in convegni internazionali, la possibilità che gli effetti negativi del progetto di ricerca siano superiori a quelli positivi è tutt'altro che remota.

Un nutrito gruppo di ricercatori coinvolti nella ricerca sulla trasmissione verticale dell'HIV ha recentemente elaborato un codice che fa proprie alcune di queste preoccupazioni (8). In sintesi, si dichiara che: "Interventi efficaci e fattibili per prevenire la trasmissione verticale dell'HIV in paesi in via di sviluppo sono una necessità urgente. I quesiti scientifici da affrontare includono l'identificazione di altri e meno costosi (più brevi) regimi antiretrovirali e la valutazione di interventi non farmacologici. I principi etici che devono guidare questi studi includono: 1) la necessità che il problema studiato rappresenti una priorità per il paese "ospite"; 2) la necessità che lo

standard di cure più elevato ottenibile nel paese ospite sia assicurato a tutti i soggetti coinvolti; 3) la necessità che le risorse sanitarie del paese non siano danneggiate dalla ricerca; 4) la necessità che vi sia il consenso informato dei partecipanti; 5) la necessità che la discussione con la parte ospite verifichi se esistono le condizioni per l'applicazione dei risultati dello studio nel "paese". Tale dichiarazione di consenso di fatto fa propria la posizione del "relativismo" dello standard di cure alle condizioni del paese e, nello stesso tempo, introduce, sia pur timidamente, elementi nuovi, peraltro trascurati dalla versione approvata della dichiarazione di Helsinki.

Tra gli estensori di questa ha evidentemente prevalso una visione tradizionale dell'etica medica in cui il riferimento privilegiato è il singolo paziente piuttosto che la collettività. Vi è stata una sostanziale sottovalutazione degli aspetti etici che sono "esterni" al protocollo di studio ma che chiunque operi nel contesto di questi paesi sa essere di assoluto rilievo. C'è il fondato timore che lo scrupolo etico, se limitato ai soli soggetti della sperimentazione, possa diventare un alibi per non considerare tutto il resto, dall'impatto complessivo alla fattibilità/appropriatezza dell'intervento proposto. E viceversa c'è la preoccupazione che la versione approvata della Dichiarazione possa far sì che progetti utili comunque rispettosi della sostanza dell'etica, della responsabilità nei confronti dei pazienti, possano venire bloccati in quanto in contrasto con alcuni passi della dichiarazione (2,9).

Come si è detto, un comitato è già al lavoro per una possibile riscrittura di alcuni punti della Dichiarazione. Ma, sul terreno, molto dipende dalle capacità di governi e istituzioni locali di esercitare un vaglio

appropriato. Anche per questo è fondamentale far sì che comitati etici degni di questo nome siano costituiti e rafforzati nei paesi in via di sviluppo. Ma non basta, le stesse istituzioni che finanziano e realizzano i progetti di ricerca e le stesse riviste che ospitano i lavori pubblicati dovrebbero includere tra i criteri di vaglio etico, ovunque e soprattutto quando le ricerche vengono effettuate in paesi poveri, alcune garanzie sull'appropriatezza "dell'impresa ricerca" nel contesto specifico.

#### **Etica della ricerca nei PVS ed etica della ricerca biomedica in generale**

Un'ultima considerazione sull'etica della ricerca biomedica attuale riguarda la crescente discrepanza tra il numero di coloro che sono in grado di usufruire dei risultati delle nuove tecnologie prodotte dalla ricerca e tutti gli altri. Il paradigma secondo il quale se si produce un nuovo farmaco, o vaccino, o tecnologia che si suppone molto costosa, alla fine il beneficio arriverà a tutti, assomiglia molto all'assioma secondo il quale il metodo migliore per combattere la povertà è quello di far crescere la ricchezza globale in quanto, alla fine, la crescita globale "includerà" anche i più poveri. Si è visto che ciò non è vero per quanto riguarda la distribuzione della ricchezza, e certamente lo è ancor meno per quanto riguarda la fruizione delle nuove tecnologie. Ci sono elementi che devono far riflettere chi produce conoscenza scientifica. L'uomo, viene continuamente ribadito, ha tra le sue ragioni d'essere anche quelle della conoscenza e del suo progresso. Ma se un gruppo di ricerca scopre una cura efficace per l'AIDS e questa non può raggiungere che il 5% dei potenziali utenti a causa delle regolamentazioni sulla pro-

# Toscana e Lombardia Sistemi regionali a confronto

prietà intellettuale e i brevetti. Se molte patologie restano orfane di rimedi efficaci per lo scarso interesse dell'industria a produrre e a commercializzare in paesi dove il possibile mercato non giustifica l'investimento. Se questo avviene, e non si dica che non è questione che riguardi anche il ricercatore, non può dirsi questa la Scienza cui l'uomo può aspirare. Le questioni etiche sul tappeto dunque vanno oltre quelle affrontate, in modo peraltro non soddisfacente, dalla dichiarazione. Probabilmente la World Medical Association dovrebbe allargare il campo del proprio scrutinio, e adottare, si perdoni il termine abusato, una visione più globale, appropriata alle reali questioni sul tappeto.

### Bibliografia

- (1) *The World Medical Association*. Declaration of Helsinki (ethical principles for medical research involving human subjects). [www.wma.net](http://www.wma.net)
- (2) *Forster HP et al.* The 2000 revision of the Declaration of Helsinki: a step forward or more confusion? *Lancet* 2001;358:1449
- (3) *Brennan TA.* Proposed revisions to the Declaration of Helsinki: will they weaken the ethical principles underlying human research? *NEJM* 1999;341:527
- (4) *Editorial.* Pragmatism in codes of research ethics. *Lancet* 1998;351:225
- (5) *Levine RJ.* The need to revise the Declaration of Helsinki. *NEJM* 1999;341:531
- (6) *Ramsay S.* More developments in developing world research ethics. *Lancet* 1999;354:1405
- (7) *Angell M.* Investigators' responsibilities for human subjects in developing countries. *NEJM* 2000;342:967
- (8) *Perinatal HIV intervention research in developing countries workshop.* Science, ethics and the future of research into maternal-infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:832
- (9) *Esparza J et al.* Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines. *Lancet* 2000;355:2061

G. Tamburlini- Etica eticismo e ricerca biomedica nei paesi poveri **Quaderni acp 2002**; vol IX n° 2: 32-35

*Su Toscana Medica di ottobre 2001 (pag. 15) è pubblicato uno studio di Tediosi, Forni e Cislighi; confronta due sistemi regionali, quello lombardo e quello toscano, che partono da premesse culturali diverse. La Lombardia ha separato le aziende sanitarie da quelle ospedaliere e ha istituito dei rapporti di acquisto di prestazioni fra acquirenti (le aziende territoriali) e produttori di prestazioni (le aziende ospedaliere pubbliche e private senza alcuna preferenza fra le due). La Toscana ha mantenuto, all'interno delle aziende sanitarie, anche le funzioni di produzione determinando una possibilità di acquisto di prestazioni solo per la "mobilità in uscita": sono pagate dall'azienda sanitaria locale solo le prestazioni fornite a pazienti residenti in Asl diverse da quelle di residenza. Il confronto fra i due sistemi è riassunto nelle tabelle 1, 2, 3, 4. Gli aa concludono che la Toscana è gravata da un maggior numero di anziani e da un reddito minore, mentre la Lombardia ha un maggior numero di bambini e di giovani e una minore mortalità infantile; la Toscana ha però una maggiore attesa di vita alla nascita. La Toscana ha una migliore assistenza quantitativa dei medici e pediatri di base e un accesso maggiore alla medicina territoriale, ha anche un maggior numero di medici e infermieri ospedalieri. La Lombardia ha più posti letto e più ricoveri totali ed è specialmente cresciuta nei ricoveri in presidi privati; ha quindi privilegiato l'assistenza ospedaliera. La spesa sanitaria, infine, è cresciuta molto di più in Lombardia che in Toscana nel decennio 1990 - 1999.*

red

**TABELLA 1: DEMOGRAFIA**

	Toscana	Lombardia
<b>Abitanti</b>	3.500.000	9.000.000
<b>Tasso di natalità per 1000 ab</b>	7,7	9,1
<b>Tasso di mortalità inf.</b>	4,9	4,0
<b>Attesa di vita maschi</b>	76,29	74,88
<b>Attesa di vita femmine</b>	82,19	81,91
<b>Indice di sviluppo umano</b>	0,901	0,902
<b>Tasso di disoccupazione</b>	7,2	4,8
<b>Reddito mensile per ab in lire</b>	1.429.000	1.626.000

**TABELLA 2: POSTI LETTO E RICOVERI**

	Toscana	Lombardia
<b>PL per 1000 ab</b>	4,5	5,2
<b>PL pubblici 1996-1999 (in %)</b>	86-86	78-73
<b>PL privati 1996-1999 (in %)</b>	14-14	22-27
<b>Ricoveri tot Per 1000 ab</b>	179,5	219,1
<b>Ricoveri acuti per 1000 ab</b>	146,5	160,8
<b>Ricoveri Day H per 1000 ab</b>	39,9	48,8
<b>Ricoveri pubblici 1996-99 (in %)</b>	94-94	82-78
<b>Ricoveri privati 1996-99 (in %)</b>	6-6	18-22
<b>Peso medio dei Drg</b>	1,19	1,18
<b>Incidenza dei parti cesarei</b>	23,7	24,5

**TABELLA 3: PERSONALE**

	Toscana	Lombardia
<b>Personale del Ssn per 10.000 ab</b>	133	110
<b>Medici med. Gen per 10.000 ab</b>	8,82	8,32
<b>Pediatri di b. per 10.000 ab &lt;14 a</b>	9,5	7,33
<b>Medici osp. pub. per 100 PL</b>	39,0	35,8
<b>Infermieri pub per 100 PL</b>	101,9	91,5
<b>Medici osp pub. e priv per 100PL</b>	36,3	34,4
<b>Inf. osped. Pub e priv per 100 PL</b>	13,3	12,1

**TABELLA 4: SPESA SANITARIA**

	Toscana	Lombardia
<b>Aumento 90-99</b>	37,7%	49%
<b>Spesa pro capite in lire</b>	2.159.000	2.081.000
<b>Spesa standardizzata per popolazione di uguale età (in lire)</b>	2.159.000	2.206.000

## Trambusto a Lainate

Grande trambusto venerdì 8 novembre per la Polizia Municipale (gli sparuti vigili, insomma) del grigio, anonimo, tranquillo paese di Lainate. Situato alle soglie nord-occidentali della metropoli lombarda, equidistante dai due aeroporti milanesi e dalla stazione centrale, il piccolo paese agro-industriale ha avuto il suo momento di crescita ed espansione negli anni '60 con il pullulare di piccole fabbrichette, che nel corso degli ultimi anni hanno subito le alterne vicende economiche comuni all'intero settore nazionale. Unico interesse culturale una villa del XVI secolo utilizzata a volte nel periodo estivo per eventi culturalmondani. L'agglomerato ha avuto un suo periodo di notorietà per essere stato uno dei primi comuni italiani ad aver costruito le famose villette a schiera, in competizione con il confinante Arese. Per quanto riguarda la nomea industriale invece è conosciuto in tutto il mondo per la produzione de "la gomma del ponte": prodotto che tutti gli ultimi presidenti americani ci invidiano (meno il penultimo, pare per l'uso smodato e inappropriato che ne faceva una delle stagiste della Casa). Ma torniamo a quella fatidica mattinata dell'8 novembre e alla paralisi della viabilità lainatese. Attorno alle 9, diciotto auto (pubbliche, private o di rappresentanza) in fila indiana, hanno iniziato un sistematico e ripetuto balletto di entrata-uscita-ispezione perimetrale della famosa Brooklin. I vigili attoniti, ma anche divertiti da questo insolito movimento auto-stereotipato, trascorso un numero sufficiente di minuti, hanno deciso di intervenire bloccando la safety-car, e conseguentemente il serpentone. Il direttore del movimento, con un marcato accento toscano, pur ammettendo la confusione creata (non la sua), si giustificava attribuendo il tutto ad una ricerca in corso (collaborativa

ovviamente, con gli altri 17 rappresentanti regionali; fortunatamente, per i vigili, due non avevano potuto partecipare). Finalità della ricerca: identificare la sede per svolgere dei lavori (? Ricerca del setting!). I vigili, pur non sapendone di formazione pediatrica, e men che meno di principi etici, ma solo di viabilità, hanno guidato il corteo all'obiettivo previsto, fornendo un esempio (anche se inconsapevolmente) di metodologia della ricerca. Il rischio di bias (o più semplicemente di abbagli) è infatti elevato; così si rischia di essere "Perfetti" (i produttori della gomma del ponte), quando invece ci si accontenta di essere ... Milupa.

Miko

*Che riunione era questa che ci racconta il nostro simpatico lettore? In attesa che qualcuno contribuisca a chiarire gli "avvenimenti" possiamo immaginare solo cosa non era in agenda: etica, conflitti di interesse e trasparenza*

m.b.

## Evidenze e Case Report

Fino a qualche giorno fa il fluticasone propionato per via inalatoria rientrava fra i farmaci del prontuario nel trattamento della rinite allergica e nella prevenzione dell'asma persistente; veniva usato con disinvoltura, contando sull'efficacia e sugli scarsi effetti collaterali descritti per i cortisonici somministrati per via inalatoria ai dosaggi raccomandati. Nessuno di noi si era posto il problema di saperne di più finché non ci è capitato fra le mani il foglio che la ASL Roma A invia mensilmente a tutti i pediatri di famiglia, segnalando reazioni avverse ai farmaci. Il foglio riportava un articolo pubblicato sul *BMJ* da Bond (1) in cui viene riportato il caso di un ragazzo di 13 anni, affetto da M. di Chron in remissione clinica, che ha presentato ipertensione endocranica benigna dopo pochi giorni di sommi-

nistrazione di fluticasone propionato per via nasale, alla dose di 100 microg/die. La sintomatologia era prontamente regredita dopo sospensione del trattamento.

Il messaggio appare terroristico: 10 giorni di terapia, dose minima raccomandata, comparsa di papilledema, cefalea, strabismo. Abbiamo deciso di approfondire l'argomento e cercare dati di maggiore evidenza (il case report è di evidenza B): eseguire una ricerca Medline, sfruttare le "competenze" dei nostri colleghi più esperti in EBM. Risultati del nostro lavoro:

- in primis scopriamo che sullo stesso numero del *BMJ* in cui è pubblicato l'articolo in questione, ci sono commenti (2) che contestano l'autore per carenze metodologiche (scarse informazioni sulla malattia di base, su altri farmaci assunti, sulla precisione diagnostica, etc.) e ci chiediamo: perché i colleghi della ASL Roma A non hanno pubblicato anche i commenti? Quale è lo scopo di questo foglio informativo? È quello di fare terrorismo o di fornire ai pediatri di famiglia strumenti idonei ad una migliore prescrizione?

- proseguendo la ricerca Medline troviamo altri lavori, pubblicati quest'anno, sul corretto dosaggio del fluticasone (quello di Bond non viene citato); in particolare scegliamo una metanalisi (evidenza A, superiore a quella del "case report") riguardante ben 8 studi, 2324 pazienti trattati, tra adolescenti ed adulti (3). Il risultato interessante che emerge è che, nel 90% dei casi, il farmaco risulta efficace a dosaggi inferiori a quelli consigliati dalla casa produttrice; cioè la curva dose/risposta nell'asma moderato e severo raggiunge un plateau a dosi di 100-200 microg/die, per tutti gli outcome considerati (peak flow, risvegli notturni, uso di beta2, esacerbazioni maggiori) e raggiunge il massimo a 500 microg/die.

Gli autori concludono quindi che, in caso di insuccesso a queste dosi (riferite all'adole-

# di Quaderni acp

sciente e all'adulto, doppie rispetto a quelle pediatriche), conviene aggiungere un beta2 longacting piuttosto che aumentare la dose del corticosteroide. L'articolo è seguito da un commento di A. Herxheimer (UK Cochrane Centre), che si chiede come mai ci siano voluti tanti anni per arrivare a scoprire che le massime dosi utili siano circa la metà di quelle proposte dalla casa produttrice. E lo spiega, formulando il sospetto che i clinici sono poco interessati a conoscere il rapporto dose/risposta e che si preoccupano troppo poco degli effetti collaterali; d'altra parte né l'Agenzia di controllo dei farmaci, né le case produttrici sentono il bisogno di metanalisi appropriate. Nello stesso numero il *BMJ* propone come argomento della settimana "Recommended dose range of fluticasone for asthma should be reduced"(4). In conclusione:

- è necessario che ognuno di noi riveda i dosaggi del fluticasone, che su indicazione di alcuni centri viene prescritto a dosi superiori a quelle raccomandate,
- è bene sapere che in studi, eseguiti su grandi numeri, non sono riportati effetti collaterali gravi e che il rallentamento della crescita staturale è solo temporaneo e regredisce con la sospensione del farmaco,
- è importantissimo conoscere i sintomi di ipertensione endocranica (strabismo, annebbiamento visivo, cefalea) che possono manifestarsi in seguito a somministrazione di corticosteroidi, anche per via topica, seppure raramente,
- è indispensabile, infine, avere spirito critico non solo nei confronti degli informatori farmaceutici, ma anche di tutto quello che leggiamo,
- la disponibilità on line del testo (per intero) degli articoli di riviste, come il *BMJ*, deve invogliarci alla lettura. Grazie comunque ai colleghi della ASL Roma A che ci hanno offerto questa occasione di approfondimento

Luisa Marolla e Lucia Oliviero

## Bibliografia

- (1) Bond D W et al. Drug points: Benign intracranial hypertension secondary to nasal fluticasone propionate. *BMJ* 2001;322:897  
 (2) Oke M. et al. Intracranial hypertension and nasal fluticasone propionate. *BMJ* 2001;323:694  
 (3) Holt S et al. Dose-response relation of inhaled fluticasone propionate in adolescents and adults with asthma: meta-analysis. Dosage needs systematic and critical review. *BMJ* 2001;323:253  
 (4) Jackson C M. Recommended dose range of fluticasone for asthma should be reduced. *BMJ* 2001;323:258

*I Case Report sono essenziali per segnalare una reazione avversa e la loro pubblicazione deve essere incoraggiata da tutte le riviste mediche. Il Servizio Sanitario dovrebbe poi investire il massimo di energia nella diffusione di segnalazioni come quelle fatta dai colleghi di Roma. C'è una ragione di ordine statistico che non consente di concordare con Marolla e Oliviero sulla definizione di "messaggio terroristico". Gli studi RCT (quando sono ben disegnati) valutano con il "test dell'ipotesi" l'adeguatezza del campione per dimostrare la efficacia di un farmaco. Il "test dell'ipotesi" non è certamente in grado di valutare l'adeguatezza del campione per la dimostrazione di eventuali effetti collaterali che, semmai, possono essere dimostrati soltanto quando raggiungono dimensioni gigantesche (ne è un esempio lo scenario sulla profilassi intermittente con benzodiazepine per os che pubblichiamo a pagina 42 di questo numero e che, nonostante questi dati, è terapia ancora largamente prescritta in Italia). Quando gli studi RCT dimostrano l'efficacia di un farmaco, nella maggior parte dei casi non fanno passi avanti nella definizione del profilo di sicurezza. Se non fosse così perché si darebbe tanta enfasi alle segnalazioni di effetti avversi e alle ricerche post-marketing? Il caso Lipobay insegna. Soltanto Studi di Coorte o Metanalisi molto accurate e costose (e chi le finanzia?), che prevedono anche l'intervista degli autori degli studi per valutare eventuali outcome avversi non pubblicati negli studi originali, possono garantire sul profilo di sicurezza di un farmaco. D'altra parte se qualche cosa in più sul profilo di sicurezza del farmaco gli autori della lettera sono riusciti a conoscere pare proprio, come d'altra parte gli stessi colleghi affer-*

*mano nella loro lettera, che all'efficiente segnalazione del "foglio di Roma A" debbano l'input principale.*

s.f.

## CBM contro EBM

Mi sono iscritto nel 2001 all'ACP e ho quindi iniziato a ricevere la rivista che ho letto con interesse.

Scorrendo l'indice dell'annata 2001 ho comunque notato che non è stato affrontato mai (potrei tuttavia sbagliarmi) il tema delle medicine non convenzionali. La cosa mi è sembrata sorprendente poiché il loro uso mi sembra in discreto aumento nella popolazione adulta e infantile. Sono un pediatra consultoriale, però da me arrivano bambini "stanchi" di cure con antibiotici, antinfiammatori etc. che cerco di aiutare con altri strumenti. Il mio desiderio è che tali strumenti si diffondano e vengano consapevolmente utilizzati dal maggior numero di pediatri. Ci sarebbe anche un'enorme risparmio economico. Sono disponibile a iniziare un discorso sull'argomento nell'ACP anche di tipo formativo. Basta che lo si voglia. Non ignoro i problemi connessi all'EBM. Ma oltre l'EBM c'è la CBM! (Cognition Based Medicine) (1). Lo studio controllato doppio cieco è uno standard non lo standard, credo.

La saluto cordialmente

Giancarlo Cimino

## Bibliografia

- (1) Kiene H Complementare methoden lehre der klinische forschung *Cogn. Bas. Med. Springer Verlag, 2000*

*Non sottovalutiamo l'importanza del problema che ci pone il collega. Tanto vero che ogni volta che abbiamo trovato in letteratura documentazioni sull'uso delle medicine non convenzionali (mnc) nell'età evolutiva ne abbiamo trattato: citiamo, a memoria, il trattamento omeopatico dell'OMA, delle Malattie intestinali croniche, dell'enuresi.*

Tra breve pubblicheremo un articolo sulla fitoterapia. Il problema è importante a livello di popolazione. Un'indagine ISTAT ci dice che il 40% degli italiani (e il 19% sotto l'età di 14 anni, ma purtroppo non ci viene spiegata la modalità con la quale questa fascia di popolazione è stata interpellata) ritiene utile "almeno un tipo" di mnc. Fra gli italiani interpellati comunque il 54% non sa dare alcun giudizio e chi lo dà positivo si affida più (73%) alla non tossicità della mnc che alla sua efficacia (20.5%). Il 13% vi ricorre perché vi trova un miglior rapporto medico-paziente.

Questa motivazione colpisce perché testimonia una più generale richiesta di personalizzazione della medicina che rivaluti l'elemento umano che noi, dell'ACP, riteniamo di grande importanza, anche se non va trascurato il fatto che questa attenzione fa parte di quel vasto movimento che guarda alla scienza, classicamente intesa, con ostilità o per lo meno con sospetto. Il problema vero è quello di valutare con fiducia tutto ciò che stiamo facendo con fiducia "ufficiale" utilizza metodi di intervento sicuramente testati come efficaci, metodi provati o non e altri ancora la cui prova di efficacia non è mai stata neppure tentata ed è soggetta a valutazioni largamente personali (basta pensare ai ricostituenti, o agli sciroppi per la tosse o agli eparinoidi in formulazione di pomata).

Questo ci ha insegnato, prima la teoria della falsificazione secondo Popper e poi, sul campo, l'EBM che ha smascherato, utilizzando i diversi gradi di efficacia, e quindi non solo il doppio cieco, una larga serie d'interventi della medicina ufficiale di nessuna efficacia.

Delle mnc, termine che raggruppa interventi fra i più disparati, occorre sapere, allo stesso modo, quanto è di provata efficacia (ci sono dati ormai sicuri sull'efficacia dell'agopuntura in determinate affezioni) e quanto si basa su opinioni largamente personali.

Non mancheremo di seguire nella letteratura disponibile l'evoluzione di queste ricerche. Qualsiasi contributo sarà benvenuto. Come sempre sottoporremo a formale valutazione critica quanto ci viene sottoposto.

g.c.b.

## 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. Tamburlini, Trieste  
moderatore: GC. Biasini, Cesena

##### Assemblea ACP

Informazioni: vincenzo.calia@fastwebnet.it

#### 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

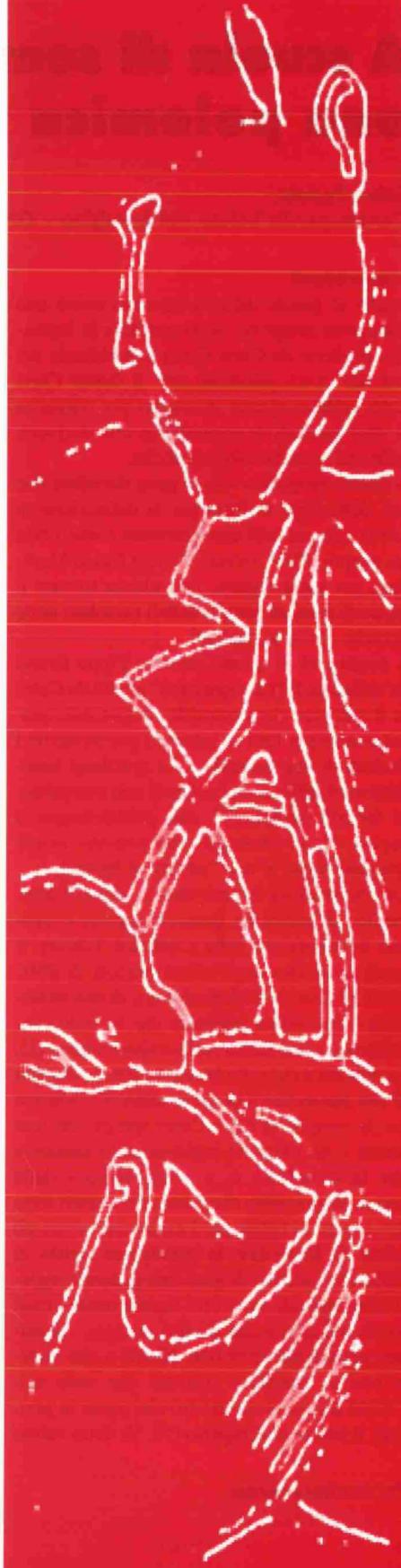
relatore: A. Tozzi, Roma  
discussant: L. Grandori, Modena

##### 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



## Leggere e fare

### 40 A scuola di semplicità: una polemica “inglese”

*Una polemica “inglese” introduce gli scenari di questo numero che spaziano da un case report che solleva un ragionevole dubbio sulla terapia del sonnambulismo a una metanalisi sulle congiuntiviti, ridisegnata per renderla fruibile anche al medico pratico.*

*Al centro di questa polemica sono tutti “esperti” di semplicità: Chris Cates, autore del bel programma che consente di trasformare in disegni, fruibili anche dalle famiglie, i risultati delle ricerche bibliografiche e alcuni tra i più autorevoli collaboratori di Bandolier, la prestigiosa rivista di EBM che fa della chiarezza espositiva il punto del suo progetto editoriale. Una polemica senza veri vincitori ma con una conclusione: la metanalisi è soltanto un metodo scientifico e come tale soggetto a falsificazione e non ad adorazione.*

### 42 Il sonnambulismo del bambino ha una terapia troppo economica per meritare un RCT?

### 43 La profilassi intermittente è efficace nei soggetti con convulsioni febbrili semplici?

### 44 Come illustrare i risultati di uno scenario alla famiglia

### 45 Quali indicazioni per la profilassi con Palivizumab nel pretermine?

### 46 La congiuntivite ha bisogno sempre di una terapia empirica con antibiotico?

### 47 Glossario

## il Caso che insegna

### 50 Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati

*Una bambina di 2 mesi con febbre alta persistente, che non risponde agli antibiotici, con indici di flogosi molto elevati e con esame clinico poco significativo. Gli esami praticati, compresi l'agobiopsia midollare, la rachicentesi, le emocolture, risultano tutti negativi; un ecocardiogramma mostra la presenza di dilatazione aneurismatica delle coronarie. Ciò è sufficiente a porre diagnosi di malattia di Kawasaki anche in assenza degli altri segni caratteristici della malattia. La terapia con Ig endovena e aspirina determina la scomparsa della febbre entro 48 ore e la netta ripresa delle condizioni generali della bambina.*

*La malattia di Kawasaki nei primi mesi di vita può frequentemente presentarsi in forma atipica, senza cioè i sintomi clinici caratteristici, e spesso l'unico segno presente è la febbre persistente.*

## Aggiornamento avanzato

### 52 Il futuro dei bambini con diabete

*Il monitoraggio e il trattamento del diabete insulino-dipendente hanno raggiunto un grado di discreta tollerabilità da parte dei bambini e dei loro genitori grazie all'introduzione di piccoli interventi che ne hanno profondamente migliorato la gestione e, di conseguenza, la prognosi. Tuttavia la ricerca continua a perseguire nuove possibilità di cura che portino a risoluzione permanente della malattia o che ne renda più facile l'approccio terapeutico.*

*Nell'articolo sono analizzate nuove tecniche di frontiera, dal trapianto di isole pancreatiche alla terapia genica, tecniche che, benché ancora non immediatamente attuabili, costituiscono una grande sfida e una speranza per il futuro. Gli autori si soffermano inoltre su tecniche la cui introduzione è ormai imminente, quali la determinazione della glicemia senza puntura o l'holter per il controllo continuo della glicemia*

## Informazioni per genitori

### 56 Il bambino con artrite idiopatica giovanile

*Queste pagine hanno lo scopo di fornire messaggi chiari e completi ai genitori dei bambini con artrite idiopatica giovanile; come per tutte le patologie, specie se croniche, la compliance al trattamento dipende spesso dalla corretta conoscenza della malattia.*

*Possono rappresentare un supporto in più a disposizione del pediatra per affrontare con i genitori le varie fasi della malattia.*

# A scuola di semplicità: una polemica "inglese"

Salvo Fedele

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

## I contendenti

Anche le parole difficili possono avere una traduzione semplice, basta guardare le immagini prodotte da Chris Cates e pubblicate nel suo sito ([www.nntonline.net](http://www.nntonline.net)). Il dottor Chris Cates utilizza queste immagini per trasferire ai suoi pazienti le conoscenze che derivano dalle sue ricerche bibliografiche.

A questo proposito vale la pena ricordare che una delle sigle in lizza per la definizione di quella che poi tutti conosceranno come EBM era proprio PBM, ovvero Patient Based Medicine, per varie ragioni, non ultima trovare il modo di rendere comprensibili i risultati delle ricerche anche ai pazienti.

A pagina 44 di questo numero Pippo Bruno ha utilizzato il "cartogramma" ideato da Cates (e il software per costruirlo, disponibile gratuitamente per tutti su internet) per trasferire i risultati di uno scenario, "La profilassi intermittente è efficace nei soggetti con convulsioni febbrili semplici?", che pubblichiamo a pagina 43, in immagini che possano essere spiegate anche ai non "addetti ai lavori".

La cosa curiosa è però che lo stesso Cates, medico di medicina generale inglese e assiduo collaboratore della Cochrane Library, è artefice, in uno degli ultimi numeri di *BMC Medical Research Methodology*, di una bellissima e costruttiva polemica che lo vede contrapposto a due illustri universitari inglesi (1). La polemica riguarda la presentazione dei dati di una metanalisi. Gli universitari si schierano per la semplicità (2) e Cates spiega con toni pacati e un elegante ragionamento statistico che la semplicità è, a volte, nemica della verità. Va precisato che i due universitari sono due esperti di EBM, per l'esattezza due tra gli editor di Bandolier, la prestigiosa rivista di EBM che i medici di medicina generale inglesi sono abituati a ricevere mensilmente ormai da diversi anni e che gli altri possono consultare gratuitamente in rete. Niente a che vedere con la "spiritosa" fazione che vede nell'EBM il pericoloso mostro che mette in pericolo il potere dell'esperto (5). Va detto subito

che la polemica non ha veri vincitori come spiega Altman (3), l'arbitro che la rivista ha chiamato per ricucire la disputa, un arbitro che potremmo definire "internazionale", uno degli estensori delle regole CONSORT per la pubblicazione degli RCT (4) e autore di alcuni tra i più importanti "testi sacri" di statistica.

## Le ragioni della polemica

Vediamo punto per punto il motivo del contendere che rappresenta un'ottima introduzione a un passaggio che ci accingiamo a compiere con la pubblicazione di uno scenario che analizza una metanalisi (si veda pagina 46 di questo numero di *Quaderni acp*)

Come si può tirar fuori da diversi RCT un unico NNT?

Gli universitari sono per la semplicità e propongono il seguente metodo:

Dati due RCT che analizzano identici outcome:

- la somma dei numeratori e dei denominatori dei CER dei due studi consente di ottenere un unico CER

- in maniera analoga si procede per il calcolo cumulativo dell'EER

- a questo punto si possono ricavare i risultati cumulativi dei due studi per RRR, ARR, NNT.

È questo il significato del metodo definito: "METANALISI TRATTANDO I DATI COME UN UNICO TRIAL". Se si ha la pazienza di andare a pagina 46 si vedrà che, per analizzare i dati della metanalisi sulle congiuntiviti, Caterina Lo Presti ha preparato alcune tabelle in cui:

a) mette insieme RCT che confrontano differenti trattamenti antibiotici e in cui i criteri di inclusione nello studio per la diagnosi di congiuntivite sono assai diversi (diagnosi microbiologica in un RCT, diagnosi clinica nell'altro), esattamente come fa la metanalisi, che sta analizzando, della Cochrane Library

b) analizza poi i risultati utilizzando due metodi: - il primo (metanalisi come unico trial) è proprio il metodo suggerito dagli editor di Bandolier. [Ad esempio nella prima tabella che analizza l'evento "persistenza dei sintomi a 3-5 giorni" ottiene un CER di 63/173 che deriva

dalla somma del numeratore e del denominatore del CER dei due studi analizzati, lo stesso procedimento utilizza poi per ottenere l'EER di 30/177]

- il secondo è il metodo proposto da Cates e utilizzato dalla Cochrane Library, una diavoleria statistica (che ha già un nome in grado di terrorizzare il medico pratico più volenteroso "METODO MANTEL-HAENSZEL") e del quale per il momento non sappiamo nulla.

c) per il calcolo di ARR e NNT procede:

- con il metodo proposto dagli editor di Bandolier come se il CER e l'EER ottenuti derivassero da un unico e grande trial spiegandoci che l'ARR è 19% e l'NNT è 6 (IC 4-10) - con il metodo proposto da Cates (la diavoleria statistica) ha risultati solo leggermente diversi: ARR 20% e NNT = 5 (IC 4-10).

Effettivamente detta così ci si chiede:

perché mai proprio Cates (e la Cochrane Library) vorrebbero complicarci la vita?

Spiega così Cates le ragioni della sua disapprovazione per il metodo proposto dagli editor di Bandolier: se si procede a calcolare l'RRR e l'ARR deducendoli dalla somma dei numeratori e dei denominatori dei CER e degli EER dei singoli studi c'è la possibilità di imbattersi in errori clamorosi dovuti a quello che è un paradosso statistico (paradosso di Simpson), in base al quale, in alcune circostanze, alcuni singoli studi dimostrano una efficacia del farmaco o della terapia analizzata ma i dati cumulativi possono anche dare risultati opposti.

Ribattono gli editor di Bandolier:

- questo può succedere soltanto quando la metanalisi tenta di analizzare cumulativamente studi molto diversi, l'analisi cumulativa può essere fatta solo se si analizzano "mele con mele", in altre parole la metanalisi può essere fatta soltanto se i trial sono stati condotti in setting analoghi e con criteri di inclusione e di esclusione identici.

Le controdeduzioni di Cates:

- non è vero, può succedere per vari motivi; CER diversi non si hanno soltanto per setting

Per corrispondenza:

CSB Palermo

e-mail: [csbdipa@tiscalinet.it](mailto:csbdipa@tiscalinet.it)

leggere e fare

**Abstract**

Una polemica "inglese" introduce gli scenari di questo numero che spaziano da un case report che solleva un ragionevole dubbio sulla terapia del sonnambulismo a una metanalisi sulle congiuntiviti, ridisegnata per renderla fruibile anche al medico pratico. Al centro di questa polemica sono tutti "esperti" di semplicità: Chris Cates, autore del bel programma che consente di trasformare in disegni fruibili anche dalle famiglie i risultati delle ricerche bibliografiche, e alcuni tra i più autorevoli collaboratori di Bandolier, la prestigiosa rivista di EBM che fa della chiarezza espositiva il punto del suo progetto editoriale. Una polemica senza veri vincitori ma con una conclusione: la metanalisi è soltanto un metodo scientifico e come tale soggetto a falsificazione e non ad adorazione.

Quaderni acp 2002; vol IX n°2: 40-41

diversi;

- è una semplificazione eccessiva voler ricondurre tutto al problema del setting. Nel caso della metanalisi è necessario ricorrere, per questo ma anche per altri motivi, a sistemi di analisi più complessi che riescano a "pesare" il contributo dei vari studi, tenendo conto non solo della grandezza numerica degli studi, ma anche della variabilità dei CER. Il paradosso si verifica prevalentemente per ragioni statistiche, non per ragioni cliniche. D'altra parte che ragione c'è di non fare un piccolo controllo con una formula un po' più complessa ma che i programmi di statistica realizzano in brevissimo tempo?

L'obiezione è ragionevole e così abbiamo aderito all'invito di entrambi i contendenti: le tabelle dei nostri scenari riscriveranno le metanalisi in modo semplice (trattando i dati come unico trial, esattamente come propongono gli editor di Bandolier) per consentire il massimo di comprensione al medico pratico e poi, con un adatto programma di statistica, faremo un controllo per evitare errori clamorosi (esattamente come chiede di fare Cates). La polemica però non si ferma qui, "le due parti in causa" sottolineano con argomentazioni acute e metodologicamente istruttive le ragioni dell'una e dell'altra scelta, ragioni che i più curiosi potranno approfondire sul sito, a libero accesso, citato in bibliografia e che consentono di capire perché la letteratura secondaria (anche la più prestigiosa) non riesce a trovare una modalità uniforme di presentazione dei dati delle metanalisi.

Tutto questo genera spesso confusione nel medico pratico e lo induce a considerare la metanalisi un metodo astruso e lontano dalla realtà clinica quotidiana. In realtà così non è, le difficoltà che incontrano anche "esperti di semplicità" come Cates a rendere facile la comunicazione non possono essere sottovalutate, ma devono essere "approfondite".

L'invito alla "semplicità" degli editor di Bandolier deve però essere considerato un'importante obiezione metodologica il cui peso si può cogliere tutto già nello scenario di pagina 46: quale dei trial analizzati è più vicino al medico ambulatoriale? Il medico pratico deve accettare le conclusioni della metanalisi Cochrane o scegliere il trial più vicino alla sua realtà quotidiana?

**Una conclusione interlocutoria**

Forse l'aspetto più interessante di questa polemica è che consente di iniziare "l'avvicinamento alla metanalisi" senza il sacro timore che si ha quando ci si avvicina al cospetto della divinità. La metanalisi è soltanto un metodo scientifico (molti sembrano spesso dimenticarlo) e come tale soggetto a falsificazione e non ad adorazione.

In una bellissima frase Montaigne ha scritto: "C'è un'ignoranza elementare che precede la dottrina e un'ignoranza dottorale che la segue", ovvero la ricerca della verità è un processo affascinante in cui superare un'ignoranza ci conduce sulla strada di un'ignoranza ancora più grande, con il rischio appunto di precipitare dall'ignoranza "elementare" all'ignoranza "dottorale".

Non sarebbe più semplice che tutti prendessimo atto dell'ignoranza che caratterizza il nostro altisonante sapere senza l'arroganza di sentirsi depositari della verità? È superabile questo brutto e irriducibile vizio della medicina prescientifica? E se la strada giusta fosse una crescita culturale collettiva? Non affidiamoci completamente alle scale gerarchiche, ragioniamo sulle metodologie utilizzate, ricercando i punti critici piuttosto che affidandoci ai dogmi delle certezze.

Su questa crescita collettiva gli scenari del leggere e fare hanno deciso di puntare, con modestia, lontano da altisonanti congressi e con il paziente e faticoso lavoro di un gruppo di pari cui chiediamo a tutti i lettori di partecipare. Partecipazione della quale, con nostra grande soddisfazione e un po' di sorpresa (legata al non sempre ingiustificato vizio del pessimismo), abbiamo cominciato a ricevere segnali importanti.

**Bibliografia**

(1) Cates C.J. Simpson's paradox and calculation of number needed to treat from meta-analysis *BMC Medical Research Methodology* 2002;2:1 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/2/1>  
 (2) Moore RA et al. Pooling data for Number Needed to treat: no problems for apples *BMC Medical Research Methodology* 2002;2:2 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/2/2>  
 (3) Altman DG et al. Meta-analysis, Simpson's paradox and number needed to treat *BMC Medical Research Methodology* 2002;2:3 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/2/3>  
 (4) Moher et al The Consort statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials *Lancet* 2001;357:1191  
 (5) Lopez T Accessing common sense for clinical decisions *Arch Dis Child* 2001;85:494

**PREREQUISITI PER LA LETTURA DEGLI SCENARI DEL LEGGERE E FARE**

1. Gli scenari del leggere e fare sono scelti e scritti secondo un progetto didattico progressivo. Anche se ogni scenario ha una sua autonomia, il lettore potrebbe incontrare qualche difficoltà nel leggere gli scenari di questo numero senza aver letto, nell'ordine proposto, articolo introduttivo, scenari e glossario ragionato che abbiamo presentato nel numero 1 del 2002 di *Quaderni acp*.

2. Le abbreviazioni e i termini marcati in MAIUSCOLETTO ROSSO sono ripresi nel glossario di pagina 47.

3. Gli scenari che presentiamo in questo numero riguardano ancora 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). Per le metanalisi abbiamo presentato i dati sia secondo il metodo di "trattare i dati come unico trial" sia secondo il metodo di "Mantel-Haenszel", il primo perché estremamente intuitivo, il secondo perché metodologicamente più corretto.

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), STUDIO SPERIMENTALE, RCT (RANDOMISED CONTROLLED TRIAL) concetti tutti affrontati nel glossario ragionato di *Quaderni acp* 2002;1:48 e ripresi solo in maniera parziale (per ragioni di spazio) anche nel glossario di questo numero, dove (si veda pagina 48) introduciamo invece i concetti di: NNH, (NUMBER NEEDED TO HARM) RRI (RELATIVE RISK INCREASE) ARI (ABSOLUTE RISK INCREASE) essenziali per la comprensione dello scenario di pagina 43.

5. A pagina 50 del numero 1 2002 di *Quaderni acp* abbiamo pubblicato una sintesi del processo metodologico utilizzato per la soluzione degli scenari.

# Il sonnambulismo del bambino ha una terapia troppo economica per meritare un RCT?

Maria Grazia Lunetta

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

## Scenario Clinico

Viene a trovarmi in ambulatorio la mamma di un bambino di 9 anni molto preoccupata perché il figlio durante un episodio di sonnambulismo è uscito da casa arrivando sino alla portineria. Negli ultimi mesi il bambino presenta circa 2 episodi alla settimana, sempre alle 23.30. In altre occasioni avevamo parlato della benignità del sonnambulismo e del fatto che non è consigliato un trattamento, ma adesso la mamma vuole sapere che terapia può effettuare. Consiglio di sbarrare meglio la porta di casa e le finestre con qualcosa che fa rumore se spostato e di darli il tempo di verificare in letteratura se è indicata una terapia.

## Background

Il sonnambulismo è un fenomeno molto frequente in pediatria, almeno 1 bambino su 10 in età scolare ha sperimentato un episodio, ma solo circa 1-5% ha episodi ripetuti. Frequentemente inizia a 4-8 anni e si risolve spontaneamente durante l'adolescenza (1), ha un picco all'età di 11-12 anni e non è correlato a disturbi comportamentali anche nei bambini con episodi frequenti (2), diversamente dalle forme ad esordio nell'adolescenza. Si verifica, come il pavor nocturnus, alla fine dei cicli brevi dello stadio IV di sonno profondo NREM, cicli presenti nelle prime ore di sonno. L'episodio dura 5 - 20 minuti. La patogenesi non è nota, spesso c'è familiarità positiva. Il vero problema da affrontare è rendere sicuro l'ambiente per evitare che il bambino si procuri lesioni (porte e finestre chiuse, allarmi). La terapia farmacologia del sonnambulismo, contemplata solo in presenza di episodi che disturbano eccessivamente la serenità familiare, prevede (in quasi tutti i testi di pediatria) l'uso di benzodiazepine o antidepressivi triciclici per alcune settimane, ma l'efficacia di tale terapia non è supportata da nessuno studio controllato in età pediatrica e si ritrova in letteratura solo qualche case report.

## La domanda in tre parti

In un [bambino con sonnambulismo] quali sono [le terapie] con evidenza di [successo terapeutico]?

## Strategia di ricerca

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

- SOMNAMBULISM - CHILD - TREATMENT OUTCOME

sempre su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" traduco la mia domanda: **somnambulism AND child AND "treatment outcome"** ma tutti gli studi selezionati sono poco utili per la soluzione del mio scenario perché riguardano il sonnambulismo secondario a terapie farmacologiche.

Decido allora di cambiare strategia di ricerca e di inserire il termine **somnambulism** in associazione al **SUBHEADING therapy**. Cerco così di migliorare la "sensibilità" della ricerca per gli articoli indicizzati come **somnambulism/therapy** piuttosto che semplicemente come **somnambulism**. Inoltre aggiungendo il comando \* (asterisco) che blocca l'esplosione automatica del termine di ricerca, cerco di aumentare la specificità della ricerca. **In questi casi è più utile utilizzare la maschera di ricerca generale di PUB MED dove inserisco **somnambulism/therapy\* AND child** e trovo 26 articoli tra i quali ne seleziono due.**

## Articoli selezionati

1. Frank NC et al. The use of scheduled awakenings to eliminate childhood sleepwalking. *J Pediatr Psychol* 1997

2. Tobin JD jr. Treatment of sonnambulism with anticipatory awakening. *J Pediatr* 1993;122:426

## Caratteristiche principali dello studio 1

Autore: Frank NC et al.

Data di pubblicazione: 1997; Nazione: USA

Tipo di studio: CASE REPORT

Setting: AMBULATORIO DI PSICOLOGIA

## Pazienti, interventi e outcome analizzati nello studio 1

**Pazienti:** N = 3 BAMBINI CON EPISODI DI SONNAMBULISMO. Per 7 notti di seguito un risveglio programmato 15 minuti prima dell'orario in cui di solito si verificava la crisi. Il bambino era tenuto completamente sveglio per almeno 5 minuti. Tutti e tre i bambini presentavano RISOLUZIONE DEL SONNAMBULISMO a tre e sei mesi dall'inizio della terapia.

## Caratteristiche principali dello studio 2

Autore: Tobin JD jr

Data di pubblicazione: 1993; Nazione: USA

Tipo di studio: CASE REPORT

Setting: AMBULATORIO DI PSICOLOGIA

## Pazienti, interventi e outcome analizzati nello studio 2

**Pazienti:** N = UN BAMBINO DI 8 ANNI CON 2 EPISODI/SETTIMANA DI SONNAMBULISMO, EPISODI PRESENTI DA SEI ANNI.

Per 5 notti un risveglio programmato 30 minuti prima dell'orario in cui di solito si verificava la crisi. Il bambino era tenuto completamente sveglio per almeno 5 minuti. Il bambino presentava RISOLUZIONE DEL SONNAMBULISMO a 3 e 12 mesi dall'inizio della terapia.

## Conclusioni (aggiornamento 24-2-2002)

I case report selezionati segnalano il successo di un ciclo di una settimana di brevi "risvegli anticipatori" nel trattamento del sonnambulismo del bambino [GRADO DI EVIDENZA 3]. Considerata la facile esecuzione in famiglia, senza necessità di alcun training, e la semplicità e rapidità delle istruzioni che il medico deve dare ai genitori sembra ragionevole verificarne la validità con uno studio controllato. "Anticipatory awakening" sono stati utilizzati, per periodi di 5-6 settimane e ripetuti più volte ogni notte, per la terapia dell'insonnia del bambino (3). L'utilizzo di "anticipatory awakening" (per 5 minuti 10-15 minuti prima dell'usuale episodio) nel trattamento del sonnambulismo è stato suggerito dal dr Lask per il successo che aveva ottenuto dopo una settimana in 19 bambini (tra 5 e 13 anni) con pavor nocturnus (4), successo confermato da un follow up di un anno. Tubin ipotizza che la ripetizione di risvegli esogeni possa attivare i normali cicli sonno-veglia. Un recente articolo sui problemi e disturbi del sonno nell'infanzia (5) riporta questa tecnica come intervento efficace nell'80% dei casi nella terapia del sonnambulismo ma la bibliografia di riferimento è limitata solo all'articolo di Frank.

## Bibliografia

- (1) Tasman. Psychiatry 1997 WB Saunders, pg 1236
- (2) Klackenberg G. Sonnambulism in childhood-prevalence, course and behavioral correlations. A prospective longitudinal study (6-16 years). *Acta Paediatr Scand* 1982;71:495
- (3) Rickert VI et al. Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infant and young children: a comparison between scheduled awakening and systematic ignoring. *Pediatrics* 1988;81:203
- (4) Lask B. Novel and non toxic treatment for night terrors. *BMJ* 1988;297:592
- (5) Carolyn Thiedke C. Sleep disorders and problems in childhood. *Am Fam Physician* 2001;63:277

# La profilassi intermittente è efficace nei soggetti con convulsioni febbrili semplici?

Antonio Basile, Nicola Tarantino  
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

## Scenario Clinico

Luca è un bambino di mesi 18 al primo episodio di convulsione febbrile semplice. Alla dimissione i colleghi della divisione di NPI consigliano la somministrazione di diazepam a gocce per os all'esordio della febbre (temperatura rettale > 38°C) per evitare l'insorgenza di nuovi episodi convulsivi. La mamma mi chiede un parere.

## Background

Viene definita convulsione febbrile una convulsione che si manifesta in un bambino senza patologia neurologica di età compresa tra 6 mesi e 5 anni. È semplice quando è breve (< 15 minuti), generalizzata e si manifesta associata a febbre e solo una volta nelle 24 ore. La convulsione febbrile rappresenta il più comune disturbo neurologico in età pediatrica. Colpisce, negli USA e nel Regno Unito, dal 2 al 4% dei bambini. È un evento che può ripresentarsi con una frequenza complessiva del 33% (del 50% quando la prima convulsione si manifesta nel primo anno di vita) (1). Secondo le linee guida dell'American Academy of Pediatrics (2) "non c'è evidenza che le convulsioni febbrili semplici possano causare danno strutturale o costituire un rischio per declino cognitivo". Sostengono che "sulla base dell'analisi dei rischi e dei benefici delle terapie efficaci, né la profilassi anticonvulsivante continua né quella intermittente sono raccomandate per i bambini con 1 o più convulsioni febbrili semplici".

## La domanda in tre parti

In un [bambino con una prima convulsione febbrile] è efficace [la profilassi orale con diazepam in caso di febbre] per la prevenzione della [ricorrenza della crisi convulsiva]?

## Strategia di ricerca

Verifico i termini di ricerca nel MeSH Browser di PubMed:

"SEIZURES, FEBBRILE", DIAZEPAM, RECURRENCE

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

"Seizures, Febrile" AND Diazepam AND Recurrence

Trovo 5 articoli tra i quali, dopo aver letto gli abstract, seleziono un solo articolo che è un RCT IN DOPPIO CIECO.

## Articoli selezionati

Rosman NP et al. A controlled trial of diazepam administered during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. *N Engl J Med* 1993;329:79

## Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 1993; Nazione: USA  
Tipo di studio: RCT in doppio cieco con un follow-up medio di 2 anni. Setting: Floating Hospital di Boston

## Pazienti e interventi confrontati

### Pazienti:

N= 406 BAMBINI TRA 6 MESI E 5 ANNI CHE AVEVANO AVUTO ALMENO UNA CONVULSIONE FEBBRILE.

### Gruppo sperimentale:

N= 202 ASSUMEVANO DIAZEPAM PER OS (0,33 MG/KG OGNI 8 ORE) ALL'INSORGENZA DELLA FEBBRE E FINO A 24 ORE DOPO LO SFEBBRAMENTO

### Gruppo controllo:

N= 204 ASSUMEVANO PLACEBO ALL'INSORGENZA DELLA FEBBRE (TEMPERATURA RETTALE > 38,1°C) E FINO A 24 ORE DOPO LO SFEBBRAMENTO

## Commento

L'arruolamento, la randomizzazione, i controlli e la valutazione si svolgevano al Floating Hospital di Boston. La farmacia preparava le medicine (diazepam o placebo) e le sigillava in pacchetti (ALLOCATION CONCEALED) insieme a compresse di riboflavina. Questa aveva il ruolo di indicatore di compliance dell'assunzione dei farmaci in quanto capace di determinare una fluorescenza delle urine osservate a luce ultravioletta. I criteri di esclusione comprendevano: storia di convulsioni afebrili, assunzione di farmaci anticonvulsivanti, presenza di malattia epatica. Le famiglie in caso di febbre praticavano la terapia prescritta, raccoglievano ogni giorno campioni di urina e fornivano informazioni tramite telefono e la compilazione di un diario.

## Eventi presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO PER VALUTARE GLI EFFETTI PROTETTIVI DELLA TERAPIA

Evento	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Insorgenza di una nuova convulsione febbrile	72/204 35,3%	41/202 20,3%	42,5%	15%	7 IC 95% 5-16

## Commento

Non era specificato se la convulsione insorta era semplice o complessa. L'analisi è stata condotta secondo l'intention-to-treat. Erano persi al follow-up 50 bambini nel gruppo diazepam e 55 nel gruppo placebo. NNT 7 indica che dobbiamo trattare 7 bambini con diazepam per os all'insorgenza di ogni febbre per prevenire una convulsione febbrile in 2 anni.

2. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO PER VALUTARE GLI EFFETTI COLLATERALI DELLA TERAPIA

Evento	CER	EER	RRR	ARI	NNH
Atassia	0/135 0%	46/153 30%	∞	30%	4 IC 95% 3-5

Evento	CER	EER	RRR	ARI	NNH
Letargia	0/135 0%	44/153 29%	∞	29%	4 IC 95% 3-5

Evento	CER	EER	RRR	ARI	NNH
Irritabilità	0/135 0%	37/153 24%	∞	24%	5 IC 95% 4-6

## Commento

Gli autori hanno studiato gli effetti collaterali soltanto nei soggetti che hanno realmente assunto almeno 1 volta il diazepam nel gruppo sperimentale (153) e il placebo nel gruppo controllo (135), identificati grazie alla riboflavina.

NNH (Number Needed to Harm) 4: un bambino su 4 in trattamento con diazepam ha sviluppato atassia o letargia.

RRR (Relative Risk Increase) ha valore infinito (∞), che va interpretato in questo caso come elevatissimo in quanto il rischio

# Come illustrare i risultati di uno scenario alla famiglia

Pippo Bruno

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

nel gruppo controllo è 0 (zero).  
La consultazione del glossario a pagina 49 chiarirà il significato di sigle e concetti che spiegano il rischio e gli effetti collaterali del farmaco.

## Conclusioni

(aggiornamento 28-2-2002)

La profilassi intermittente con diazepam per os in caso di febbre ha una potenziale efficacia nel prevenire la comparsa di una convulsione in soggetti che hanno già avuto una convulsione febbrile (NNT 7). La comparsa di effetti collaterali quali atassia e letargia è frequente (NNH 4) [EVIDENZA 2]. In considerazione di questi dati appaiono particolarmente condivisibili le conclusioni delle linee guida dell'American Academy of Pediatrics (2) secondo cui i potenziali effetti avversi della profilassi farmacologica delle convulsioni febbrili semplici "non sono paragonabili al beneficio". In particolare, "la sedazione associata alla profilassi orale intermittente con diazepam potrebbe mascherare i segni di un'infezione del sistema nervoso centrale" e quindi questa profilassi "non è raccomandata".

[EVIDENZA G]

## Bibliografia

- (1) Hirtz DG. Generalized tonic-clonic and febrile seizures. *Pediatr Clin North Am* 1989;36:375
- (2) American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice parameter: long-term treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 1999;103:1307

## errata corrige

Nel precedente numero di *Quaderni acp*, nella stringa di ricerca di pagina 44 dello scenario clinico "Quanta sofferenza in più non usando l'antibiotico nell'otite?" è stato omesso il termine MeSH: "time factors" che esprime il concetto di come il fattore tempo contribuisca al risultato della terapia, così come era posto nella domanda.

Ce ne scusiamo con i lettori.

Le figure che pubblichiamo sono un esempio di come le conoscenze che derivano dalla nostra ricerca bibliografica possono essere trasmesse alle famiglie. Sono state realizzate utilizzando un software (Visual Rx) prodotto da un medico di medicina generale inglese, Chris Cates, e distribuito gratuitamente sul suo sito: [www.nntonline.net](http://www.nntonline.net). Il dibattito sul consenso informato ha spesso il difetto di essere astratto o burocratico, nulla a che vedere con la semplicità e l'efficacia che deriva dall'impegno di Cates a trasformare le sue conoscenze in messaggi chiari e facilmente utilizzabili dalle famiglie.

In questo esempio abbiamo trasposto in figure i risultati dello scenario di pagina 43 per dare l'opportunità di discutere con un linguaggio semplice e intuitivo i vantaggi e gli effetti collaterali della profilassi intermittente con benzodiazepine per os nelle convulsioni febbrili.

La **figura 1** mostra il numero di bambini che entro due anni dalla prima convulsione febbrile avranno una nuova recidiva in assenza di trattamento.

Nella **figura 2** Cates per rendere chiaro il significato di un NNT di 7 fa disegnare al suo programma 100 facce in cui

- 65 (le facce verdi) non avranno più convulsioni come il gruppo dei non trattati,

- 15 (le facce gialle) trarranno beneficio dalla terapia e non presenteranno convulsioni grazie alla somministrazione del farmaco

- 20 (le facce rosse) avranno lo stesso altri episodi convulsivi, nonostante la terapia.

Nella **figura 3** viene infine raffigurato il significato di un NNH di 4.

Il programma di Cates questa volta disegna

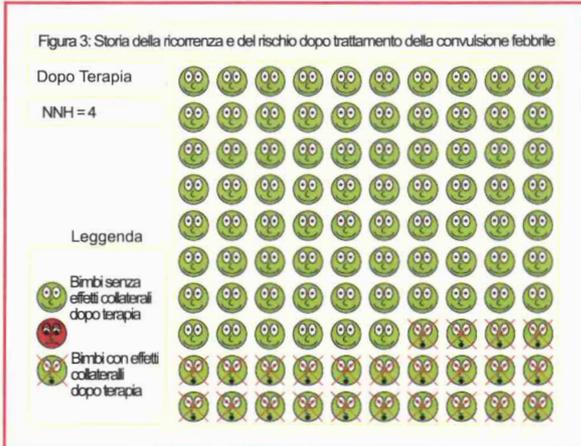
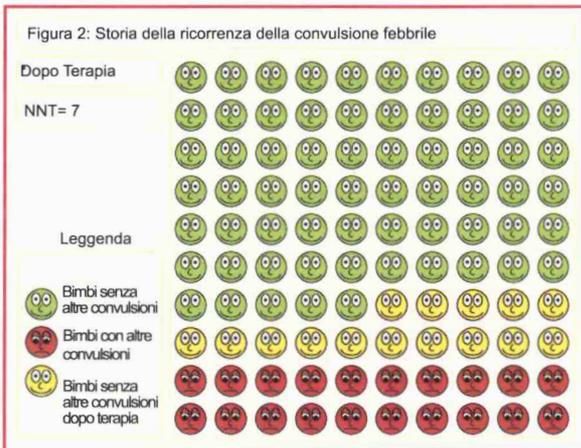
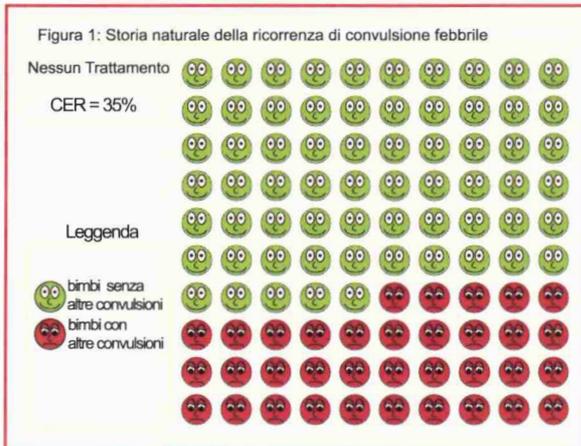
- 76 facce verdi, cioè bambini che non presentano effetti collaterali

- 24 facce barrate, che esprimono i 24 bambini su 100 che presenteranno almeno un effetto collaterale dovuto alla terapia.

## IL PEDIATRA POTRÀ ALLORA SPIEGARE ALLA FAMIGLIA CHE:

1. SENZA TERAPIA  
- nel 35% dei casi ci sarà una nuova crisi
2. CON LA TERAPIA  
- la probabilità di una nuova crisi diminuisce ed è del 20%  
- ma che almeno 24 bambini su 100 dei trattati avranno effetti collaterali
3. CHE IL BILANCIO COMPLESSIVO della terapia è: 15% meno di convulsioni ma 24% in più di effetti collaterali e che alcuni di questi per quanto non pericolosi potrebbero mascherare i segni di una infezione del sistema nervoso.

**Le figure sono realizzate con Visual Rx, un software distribuito gratuitamente da Chris Cates: [www.nntonline.net](http://www.nntonline.net)**



# Quali indicazioni per la profilassi con Palivizumab nel pretermine?

Gaetano Milioto

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

## Scenario Clinico

Ad una bambina nata pretermine (25 settimane di età gestazionale) è praticata, nell'unità di neonatologia dove è stata ricoverata, la profilassi dell'infezione da virus respiratorio sinciziale (RSV) con un'iniezione mensile di Palivizumab (anticorpi monoclonali contro il RSV). La mamma mi chiede se la profilassi è veramente efficace.

## Background

Il Palivizumab è usato per la profilassi dell'infezione da RSV nei bambini pretermine sotto le 35 settimane di gestazione. Il farmaco è molto costoso: la fiala da 50 mg costa 746,23 euro, la fiala da 100 mg 1.210,73 euro. Le linee guida dell'American Academy of Pediatrics (1) e quelle della Sociedad Española de Neonatología (2) forniscono le stesse raccomandazioni:

1. il Palivizumab è raccomandato nei prematuri di età gestazionale compresa tra 29 e 32 settimane e meno di 6 mesi di età all'inizio della stagione epidemica del RSV
2. è molto raccomandato nei prematuri di età gestazionale pari o inferiore alle 28 settimane o affetti da broncodisplasia polmonare in trattamento negli ultimi 6 mesi. Questi pazienti possono essere trattati con la profilassi per 2 stagioni epidemiche
3. nei prematuri di età gestazionale compresa tra 32 e 35 settimane, dato il gran numero di bambini e l'alto costo del farmaco, l'uso del palivizumab non è di routine e va riservato a quei bambini con fattori di rischio aggiuntivi da valutare caso per caso.

## La domanda in tre parti

In un [nato pretermine] [la profilassi con Palivizumab] è efficace nel modificare [gli esiti dell'infezione da RSV]?

## Strategia di ricerca

Verifico nel browser MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini: "INFANT, PREMATURE" (< 38 settimane di età gestazionale) - PALIVIZUMAB - RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS

*Palivizumab non è un termine MeSH (decido di utilizzarlo lo stesso come termine di ricerca) Il termine MeSH è "Respiratory Syncytial Viruses" che comprende un vasto numero di virus che infettano prevalentemente altri mammiferi.*

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

**"Infant, Premature" AND Palivizumab AND "Respiratory Syncytial Virus".**

La ricerca seleziona 4 articoli. Dopo aver valutato gli abstract scelgo un solo articolo.

## Articoli selezionati

*The Impact-RSV Study Group.* Palivizumab, a humanized Respiratory Syncytial Virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from Respiratory Syncytial Virus infection in high-risk infants *Pediatrics* 1998;102:531

*È uno studio multicentrico condotto in tre nazioni (USA, UK, Canada) che paragona l'efficacia della profilassi con Palivizumab contro placebo in una popolazione di ex pretermine per la prevenzione dell'infezione da RSV. È il principale articolo di riferimento utilizzato per la stesura delle linee guida citate nel background. L'outcome principale è stato il tasso di ospedalizzazione per malattia respiratoria documentata da RSV.*

## Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 1998;

Nazione: USA, UK, CANADA

Tipo di studio: RCT MULTICENTRICO IN DOPPIO CIECO CON FOLLOW-UP DI 150 GIORNI (30 GIORNI DOPO L'ULTIMA INIEZIONE)

Setting: 139 CENTRI DI NEONATOLOGIA IN USA (119), UK (11) E CANADA (9)

Lo studio è stato svolto tra il 1996 e il 1997 durante il periodo epidemico del RSV (in molte zone degli Stati Uniti l'inizio è tra ottobre e dicembre, la fine tra marzo e maggio).

## Pazienti e interventi confrontati

Pazienti: N= 1.502

Bambini di età inferiore a sei mesi e nati da età gestazionale minore o uguale a 35 settimane o di età inferiore a 2 anni e diagnosi clinica di broncodisplasia polmonare che aveva richiesto un trattamento medico nei sei mesi precedenti lo studio (sono stati esclusi dallo studio i soggetti immunodepressi e la maggior parte di quelli con cardiopatia congenita)

Gruppo controllo: N = 500

AL GRUPPO CONTROLLO È STATO SOMMINISTRATO PLACEBO PER VIA INTRAMUSCOLARE.

Gruppo sperimentale: N = 1.002

AL GRUPPO SPERIMENTALE È STATA PRATICATA UN'INIEZIONE INTRAMUSCOLARE MENSILE DI PALIVIZUMAB (15 MG/KG) PER 5 MESI.

*La randomizzazione è stata centralizzata attraverso un sistema vocale interattivo (ALLOCATION CONCEALED). L'analisi è stata condotta secondo l'intention-to-treat.*

## Eventi presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA GRUPPO SPERIMENTALE E GRUPPO CONTROLLO

Evento	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Ospedalizzazione per infezione documentata da RSV	53/500 10,6%	48/1002 4,8%	55%	5,8%	18 IC 95% 12-34

## Altri Eventi presentati dagli Autori

1. LA MORTALITÀ NON È STATA STATISTICAMENTE DIVERSA TRA GLI OSPEDALIZZATI PER INFEZIONE DA RSV (2 BAMBINI NEL GRUPPO TRATTATO E NESSUNO NEL GRUPPO CONTROLLO) •
2. NON C'È STATA DIFFERENZA SIGNIFICATIVA TRA GRUPPO CONTROLLO E GRUPPO TRATTATI NEL RICORSO ALLA VENTILAZIONE MECCANICA (CER 0,2% - EER 0,7%).

## Conclusioni (aggiornamento 24-2-2002)

Le linee guida, considerati gli effetti del Palivizumab e l'alto costo del farmaco, limitano l'uso del farmaco ad alcune categorie di prematuri. Tenendo conto del NNT si può fare un calcolo minimale dei costi. Consideriamo una fiala da 50 mg per ciascuna somministrazione (per un bambino di Kg 3), 5 dosi per bambino per la stagione epidemica e il NNT di 18:  $746,23 \times 5 \times 18 = 67.160$ . Quindi, per risparmiare un'ospedalizzazione bisogna trattare 18 bambini al costo (per bambini di Kg 3) di euro 67.160. Se consideriamo che il NNT ha un IC tra 12 e 34 il costo in euro di un'ospedalizzazione in meno può variare tra 44.773 e 126.859. **[EVIDENZA 2]**

## Bibliografia

- (1) American Academy of Pediatrics. Prevention of Respiratory Syncytial Virus Infections: Indications for the Use of Palivizumab and Update on the Use of RSV-IGIV *Pediatrics* 1998;102:1211
- (2) Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincizial *Anales Españoles de Pediatría* 2000;52:372

# La congiuntivite ha bisogno sempre di una terapia empirica con antibiotico?

Caterina Lo Presti

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

## Scenario Clinico

Vedo in ambulatorio molti bambini con congiuntivite infettiva acuta (occhio rosso e secrezione, edema). I genitori mi chiedono insistentemente la prescrizione di "gocce". Mi chiedo se l'antibiotico sia necessario in tutti i casi in cui si presume una origine batterica, considerando il fatto che si tratta comunque di una malattia lieve e con tendenza spontanea alla guarigione in tempi brevi.

## Background

La congiuntivite acuta infettiva, ad eziologia batterica o virale, è un problema comune nella pratica ambulatoriale. Le forme virali, di solito autolimitanti, sono più frequentemente legate agli adenovirus, responsabili di epidemie nei bambini in età scolare e prescolare. Le forme batteriche sono più frequentemente dovute a haemophilus influenzae, streptococco pneumoniae, stafilococco aureo e rappresentano più del 50% di tutte le congiuntiviti del bambino (1); la secrezione è di tipo mucopurulento. Il tampone non viene di solito effettuato in ambito ambulatoriale e le congiuntiviti presumibilmente batteriche vengono trattate in modo empirico con un antibiotico locale ad ampio spettro. L'uso di antibiotici ad ampio spettro pone però il problema delle resistenze batteriche (2).

La congiuntivite acuta batterica è una malattia lieve e tende a guarire spontaneamente, rientra quindi tra le malattie acute in cui occorre valutare se esiste un vantaggio nel trattamento con antibiotico.

## La domanda in tre parti

In un [bambino con congiuntivite acuta batterica] [il trattamento con antibiotico] è efficace nel [ridurre i sintomi e rendere più rapida la guarigione?]

## Strategia di ricerca

Dopo aver verificato nel browser MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini: - CONJUNCTIVITIS - DRUG THERAPY Sempre sulla maschera PubMed "Clinical Queries using Research Methodology Filters" seleziono "Systematic Review", traduco la mia domanda: **Conjunctivitis AND "drug therapy"** e trovo 14 articoli di cui una Review della Cochrane.

## Commento

La ricerca seleziona 14 sistematic review: 1 di queste riguarda la terapia delle congiuntiviti acute batteriche. Lo studio è commentato su ACP Journal Club (ACP J Club 2002;136:22). Gli studi analizzati rispondono ai criteri di selezione posti dagli autori delle revisioni: RCT in doppio cieco in cui un trattamento antibiotico viene confrontato con placebo nella terapia della congiuntivite batterica acuta.

## Articoli selezionati

1) Sheikh et al. Antibiotics for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD001211.

## Caratteristiche principali degli studi selezionati dalla Cochrane review

AUTORE, DATA, NAZIONE: Gigliotti, 1984, USA  
TIPO DI STUDIO: RCT in doppio cieco con follow up di 10 giorni, condotto su 66 bambini di età compresa tra 1 mese e 18 anni (34 nel gruppo sperimentale, 32 nel gruppo controllo).  
CRITERI DI INCLUSIONE: tampone positivo per haemophilus influenzae o streptococco pneumoniae.

CRITERI DI ESCLUSIONE: storia di allergia o trauma, corpo estraneo, uso di antibiotici nella precedente settimana.

TRATTAMENTO: pomata oftalmica di polimixina e bacitracina, 4 volte al giorno per 7 giorni.

OUTCOME MISURATI: persistenza di segni clinici e mancata eradicazione batterica (tampone positivo), valutati dopo 3-5 giorni (precoce) e dopo 8-10 giorni (tardiva)

SETTING: pazienti reclutati in ospedale e in ambulatorio pediatrico

AUTORE, DATA, NAZIONE: Leibowitz, 1991, USA  
TIPO DI STUDIO: RCT in doppio cieco con follow-up di 3 giorni condotto su 177 pazienti (140 nel gruppo sperimentale, 37 nel gruppo controllo, di età non specificata).

CRITERI DI INCLUSIONE: congiuntivite batterica microbiologicamente diagnosticata (tampone positivo).

CRITERI DI ESCLUSIONE: uso di antibiotici o antinfiammatori nelle 48 ore precedenti.

TRATTAMENTO: ciprofloxacina 0,3% gocce (1 goccia ogni 2 ore il primo giorno e poi ogni 4 ore il secondo giorno).

OUTCOME MISURATI: persistenza di batteri

patogeni al terzo giorno, 12 ore dopo l'ultima dose di farmaco.

SETTING: Ospedale

AUTORE, DATA, NAZIONE: Miller, 1992, USA

TIPO DI STUDIO: RCT in doppio cieco con follow up di 7 giorni, condotto su 284 pazienti al di sopra dei 18 anni, con età media di 38 anni (143 nel gruppo sperimentale, 141 nel gruppo controllo).

CRITERI DI INCLUSIONE: diagnosi clinica di congiuntivite acuta batterica.

CRITERI DI ESCLUSIONE: congiuntivite da Neisseria gonorrhoeae, uso di antibatterici topici nelle precedenti 48 ore.

TRATTAMENTO: norfloxacina 0,3% (1 goccia ogni 2 ore per il primo giorno e poi 4 volte al giorno per 7 giorni).

OUTCOME MISURATI: persistenza di segni e sintomi dopo 2-3 giorni e persistenza di tampone positivo dopo 2-3 giorni e dopo 5-7 giorni.

SETTING: Ospedale.

*Il metodo di randomizzazione non viene descritto in nessuno degli studi. I 3 studi sono eterogenei per molti aspetti: gruppi di età, criteri diagnostici di inclusione e criteri di esclusione, trattamento topico usato, follow-up e outcome misurati.*

*Nonostante questo è possibile raggruppare gli outcome in modo da rendere i risultati confrontabili. Tutti gli studi vengono effettuati in ambito specialistico.*

## Eventi analizzati dagli studi

1. PERSISTENZA DEI SINTOMI A 3-5 GIORNI

Studio	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Gigliotti	23/32 71%	13/34 38%	46%	33%	3 IC 95% 2-11
Miller	40/141 28%	17/143 12%	58%	16%	7 IC 95% 4-14
Metanalisi "come unico trial"	63/173 36%	30/177 17%	53%	19%	6 IC 95% 4-10
Metanalisi con metodo Mantel Haenszel				20%	5 IC 95% 4-10

*Nella metanalisi si utilizzano varie metodiche per "cumulare" i risultati e fornire al lettore indici cumulativi. SI VEDA L'ARTICOLO INTRODUTTIVO A PAGINA 40*

# Glossario dei termini e delle abbreviazioni

Salvo Fedele

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

## 2. PERSISTENZA DEI SINTOMI A 6-10 GIORNI

Studio	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Gigliotti	9/32 28%	3/34 9%	68%	19%	6 IC 95% 3-173

## 3. PRESENZA DI TAMPONE POSITIVO A 3-5 GIORNI

Studio	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Gigliotti	24/32 75%	10/34 29%	60%	46%	3 IC 95% 2-5
Miller	35/67 52%	23/76 30%	42%	22%	5 IC 95% 3-18
Leibowitz	15/37 40%	8/140 6%	85%	34%	3 IC 95% 2-6
Metanalisi "come unico trial"	74/136 54%	41/250 16%	70%	38%	3 IC 95% 3-4
Metanalisi con metodo Mantel Haenszel				38%	3 IC 95% 2-5

## 4. PRESENZA DI TAMPONE POSITIVO A 6-10 GIORNI

Studio	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Gigliotti	22/32 68%	7/34 20%	70%	48%	3 IC 95% 2-5
Miller	32/67 47%	23/76 22%	53%	25%	4 IC 95% 3-11
Metanalisi "come unico trial"	54/99 54%	24/110 22%	60%	32%	4 IC 95% 3-6
Metanalisi con metodo Mantel Haenszel				32%	4 IC 95% 3-7

## Conclusioni

Secondo questa revisione sistematica è utile usare l'antibiotico topico nella terapia della congiuntivite batterica acuta. L'antibiotico riduce la persistenza dei sintomi clinici in fase precoce e tardiva [EVIDENZA 1]. Va sottolineato però l'alto numero di guarigioni spontanee sia cliniche che batteriologiche emerse in tutti gli studi.

## Bibliografia

- (1) Gigliotti F et al. Etiology of acute conjunctivitis in children. *J Pediatr* 1981;98:531
- (2) Block SL et al. Increasing bacterial resistance in pediatric acute conjunctivitis (1997-1998). *Antimicrob Agents Chemother* 2000;44:1650.

## EVENTO

Nel glossario del numero precedente di *Quaderni acp* ci eravamo limitati a questa definizione: "Si intende per evento l'outcome clinicamente rilevante oggetto dello studio".

In realtà è utile soffermarci sulle varie tipologie di eventi, oggetto di analisi negli studi sperimentali, per suggerire un piccolo percorso didattico di statistica descrittiva. Chi si avvicina alla statistica medica incontra all'inizio alcuni capitoli, piuttosto noiosi, che cercano di definire i vari tipi di outcome, raggruppati in due tipi di variabili: variabili quantitative e variabili qualitative.

Esempi di variabili quantitative sono:

- il peso, la statura, la pressione arteriosa ma anche il numero di figli o il numero di attacchi d'asma per settimana di cui soffre un paziente.

Variabili qualitative sono le variabili che non rispondono alla domanda "how much?", ad esempio:

- il sesso (maschio/femmina), la presenza o l'assenza di una data caratteristica (colore occhi castano/colore occhi celeste), la presenza o assenza di un sintomo, la positività o negatività di un esame di laboratorio.

I libri di statistica tendono a indurre nel lettore l'impressione che le variabili quantitative siano le più importanti, fondamentalmente perché ad esse possono applicarsi le proprietà della distribuzione gaussiana.

In realtà, nel disegno dello studio, gli autori che hanno a cuore solo la significatività statistica tendono in genere ad usare soltanto variabili quantitative, coloro invece che hanno a cuore la trasmissibilità pratica delle informazioni di uno studio sperimentale fanno largo uso anche di variabili qualitative, o meglio raggruppano anche le variabili quantitative in categorie (variabili qualitative) clinicamente importanti.

Per esempio, per dimostrare che un farmaco diminuisce la pressione arteriosa in maniera "significativa" è sufficiente confrontare la variabile quantitativa "distribuzione della pressione arteriosa" nel gruppo trattato e nel gruppo controllo. Per trasmettere al lettore informazioni pratiche bisogna dividere i soggetti dei due gruppi (trattati e controllo) anche in due categorie:

- a) quella con "buon" controllo della pressione arteriosa
- b) quella con mancato controllo della pressione arteriosa, in modo da ricavare informa-

zioni quali il NNT o la RRR o la ARR.

A volte queste "categorie" sono esplicitamente analizzate dagli autori e noi allora nei nostri scenari scriveremo: "EVENTI PRESENTATI DAGLI AUTORI", altre volte è possibile ricavare queste informazioni dai dati presentati dagli autori, scriveremo allora: "EVENTI RICAVABILI DAI DATI PRESENTATI DAGLI AUTORI". In altre occasioni, infine, le variabili utilizzate dagli autori non sono trasformabili in EVENTI, in questo caso analizzeremo l'outcome FORNENDO L'INTERVALLO DI CONFIDENZA del risultato nel gruppo trattato e nel gruppo controllo (si veda glossario *Quaderni acp* 2002;1:49).

Una delle prime esercitazioni pratiche che abbiamo condotto nel nostro percorso formativo è stata quella di "immaginare uno studio interessante da fare" e "disegnare lo studio avendo cura di verificare la trasformazione degli outcome in eventi". È un esercizio altamente raccomandabile perché introduce la statistica descrittiva in maniera immediatamente fruibile, abitua ad analizzare gli RCT con occhio pratico e riesce ad allenare la capacità di distinguere tra RCT di utilità clinica e RCT che hanno come unico obiettivo quello di dimostrare una differenza statisticamente significativa, molto utile per la "propaganda" del committente, poco utile per il lavoro del medico pratico. Avvicinarsi alla statistica descrittiva per "allenarsi a leggere uno studio sperimentale" consente inoltre di acquisire piuttosto velocemente la capacità di interpretare grafici e tabelle; di più, di valutare l'appropriatezza con cui i dati sono stati trasformati in grafici: uno degli effetti più devastanti della diffusione di software per la rapida creazione di grafici è la inappropriata con cui questi grafici sono realizzati. Anche nelle riviste più prestigiose si legge di variabili quantitative discrete presentate come istogrammi, variabili a distribuzione non gaussiana presentate come tali. Così grafici e tabelle sempre più sono finalizzati più che all'obiettivo di "comunicare il risultato dello studio" all'obiettivo, quando le cose sono fatte con onestà intellettuale, di soddisfare il gusto "artistico" dell'autore.

Ottime risorse per avvicinarsi alla statistica descrittiva sono disponibili su internet. Una delle migliori, per praticità e progetto didattico, è quella offerta dall'Università di Sidney all'indirizzo:

*Il glossario continua a pagina 48*

*Gli scenari del leggere e fare sono scelti e scritti secondo un progetto didattico progressivo. Il glossario ha l'obiettivo di accompagnare questo progetto invitando il lettore all'approfondimento di concetti di base che non posso esaurirsi in semplici definizioni. Il progetto di glossario che cercheremo di realizzare è un ipertesto per il sito di Quaderni acp, arricchito di link ad articoli didattici e moduli di apprendimento interattivi, un vero e proprio "progetto nel progetto" la cui realizzazione dipenderà dal progressivo*

www.anu.edu.au/nceph/surfstat/surfstat-home/surfstat-main.html

**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 =  $2/20 = 0,10 = 10\%$

**INDICATORI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI**

**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 euro dirò che il secondo supermercato mi fa risparmiare la metà (il 50%) e quindi che la 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 confron-

tare 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:  $NNT = 1/ARR$ ; il 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 il 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 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.

**INDICATORI DI AUMENTO DEL RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI**

Nel numero precedente (*Quaderni acp 2002;1:49*) avevamo presentato uno scenario sull'epistassi che si concludeva con una tabella semivuota. Per presentare gli indicatori di aumento del rischio di eventi sfavorevoli conviene ripartire da questa tabella.

Come si vede gli eventi sfavorevoli sono maggiori nel gruppo trattato rispetto al gruppo controllo.

Evento	CER	EER	RRR	ARR	NNT
presenza di sanguinamento	8/22 36%	12/28, 43%			

È chiaro che in questo caso non si può parlare di "riduzione del rischio di eventi sfavorevoli", non potremo quindi utilizzare RRR, ARR e NNT; parleremo invece di "aumento del rischio di eventi sfavorevoli nel gruppo trattato" e i concetti che introdurremo sono specularmente identici a quelli introdotti quando abbiamo analizzato i benefici della terapia: concetti che analizzano l'incremento (increase) del rischio invece che la sua riduzione (reduction).

Nella tabella dovremo quindi sostituire:

- RRR (RELATIVE RISK REDUCTION) con **RII (RELATIVE RISK INCREASE)**;

- ARR (ABSOLUTE RISK REDUCTION) con **ARI (ABSOLUTE RISK INCREASE)**;

- il numero di pazienti da trattare per ottenere un beneficio in più: NNT (NUMBER NEEDED TO TREAT) con il numero di pazienti da trattare per ottenere un "HARM" (un effetto sfavorevole) in più: **NNH (NUMBER NEEDED TO HARM)**. Ovviamente, anche il calcolo sarà simile a

coinvolgimento dei lettori. In stampa, invece, cercheremo di focalizzare l'attenzione sui termini nuovi che andremo via via utilizzando e compatibilmente all'esigenze di spazio sceglieremo via via di riprodurre alcune parti già pubblicate, mentre per altre rimanderemo ai numeri di Quaderni acp dove i termini sono stati già analizzati.

Quaderni acp 2002; vol IX n°2: 47-49

Evento	CER	EER	RRI	ARI	NNH
presenza di sanguinamento	8/22 36%	12/28, 43%			

quello degli indicatori di riduzione del rischio di eventi sfavorevoli. Ci torneremo più sotto ad ogni voce specifica, prima però ci preme sottolineare un ultimo aspetto:

difficilmente troveremo negli studi sperimentali situazioni come quella descritta nello scenario delle epistassi, situazioni cioè in cui l'outcome principale dello studio è presente in maniera più sfavorevole nel gruppo trattato piuttosto che nel gruppo controllo.

Più facilmente ci troveremo in una delle situazioni seguenti:

a) alcuni effetti collaterali del trattamento sono maggiormente presenti nel gruppo trattato piuttosto che nel gruppo controllo (la situazione dello scenario sulle convulsioni febbrili descritto a pagina 43)

b) il NNH dell'evento ha un ampio intervallo di confidenza al punto che un estremo arriva addirittura ad essere negativo. Torneremo su questo concetto, ci basta in questo momento sottolineare che un NNH negativo è un NNT

c) il NNT dell'evento ha un ampio intervallo di confidenza al punto che un estremo arriva addirittura ad essere negativo. Torneremo su questo concetto, ci basta in questo momento sottolineare che un NNT negativo è un NNH

**RRI = RELATIVE RISK INCREASE**

(aumento relativo del rischio di un evento sfavorevole nei pazienti del gruppo sperimentale rispetto ai controlli)

NELL'ESEMPIO DELL'EPISTASSI (SI VEDA ALLA INIZIO DEL PARAGRAFO: INDICATORI DI AUMENTO DEL RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI), IN TERMINI RELATIVI QUANTE EPISTASSI IN PIÙ CAUSERÀ IL NUOVO TRATTAMENTO? PER SAPERLO DEBBO APPLICARE LA FORMULA:

$RRI = (EER - CER) / CER$

E CIOÈ  $(43\% - 36\%) / 36\%$

CHE IN TERMINI ARITMETICI È PIÙ CORRETTAMENTE SCRITTA:  $(0,43 - 0,36) / 0,36 = 0,18$  OSSIA 18%.

Evento	CER	EER	RRI	ARI	NNH
presenza di sanguinamento	8/22 36%	12/28, 43%	0,19		

**ARI = ABSOLUTE RISK INCREASE**

(aumento assoluto del rischio di un evento sfavorevole nei pazienti del gruppo sperimentale rispetto ai controlli)

NELL'ESEMPIO DELL'EPISTASSI (SI VEDA ALL' INIZIO DEL PARAGRAFO: INDICATORI DI AUMENTO DEL RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI), IN TERMINI ASSOLUTI, QUANTE EPISTASSI IN PIÙ CAUSERÀ IL NUOVO TRATTAMENTO? PER SAPERLO DEBBO APPLICARE LA FORMULA:

$ARI = (EER - CER)$  E CIOÈ  $(43\% - 36\%)$  CHE IN TERMINI ARITMETICI È PIÙ CORRETTAMENTE SCRITTA:  $(0,43 - 0,36) = 0,07$  OSSIA 7%.

Evento	CER	EER	RRI	ARI	NNH
presenza di sanguinamento	8/22 36%	12/28, 43%	0,18	0,07	

**NNH = NUMBER NEEDED TO HARM**

(numero di pazienti che debbono sottoporsi al trattamento perché si manifesti un evento sfavorevole in più rispetto al gruppo controllo)

NELL'ESEMPIO DELL'EPISTASSI (SI VEDA ALLA INIZIO DEL PARAGRAFO: INDICATORI DI AUMENTO DEL RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI), QUANTI PAZIENTI DEBBO TRATTARE PER AVERE UN EVENTO SFAVOREVOLE:

$NNH = 1/ARI$  E CIOÈ  $1/7\% = 1/0,07 = 14$

Evento	CER	EER	RRI	ARI	NNH
presenza di sanguinamento	8/22 36%	12/28, 43%	0,19	0,07	14

Per il calcolo dell'intervallo di confidenza è necessario ricorrere a una formula piuttosto complessa e poco intuitiva, sono disponibili numerosi programmi di statistica che aiutano a fare rapidamente questi calcoli, e ci torneremo su una fase più avanzata del percorso degli scenari, per l'importanza che hanno gli intervalli di confidenza di NNT e NNH nella corretta interpretazione dei risultati.

**IC = INTERVALLO DI CONFIDENZA**

si veda glossario Quaderni acp 2002;1:49

**DIFFERENZA STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA**

si veda glossario Quaderni acp 2002;1:49

**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). Se tale ripartizione è occultata a chi valuta i pazienti all'ingresso dello studio (randomizzazione centrale; buste numerate, sigillate e non trasparenti; farmaci preparati dalla farmacia), l'RCT ha una ALLOCATION CONCEALED. 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 un 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**

si veda glossario Quaderni acp 2002;1:49

**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 Appraised 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.

# Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati

Renato Vitiello, Giuseppe Arcieri  
U.O. Complessa di Pediatria, Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

## La storia

G.T. è una bimba di due mesi ricoverata perché da otto giorni presenta febbre elevata (39-40 °C) continua, che cede solo di un grado e solo per qualche ora al paracetamolo, nonostante una terapia con ceftriaxone da quattro giorni. Al ricovero la piccola è pallida e sofferente. Il suo peso è di 4,5 kg e la lunghezza di 55 cm. La temperatura corporea è di 39,2 °C, la FC di 130/min, la FR di 50/min, i polsi periferici sono validi. L'esame obiettivo è negativo tranne che per la presenza di una milza di consistenza parenchimatosa palpabile a circa 2,5 cm dall'arco. Gli esami di laboratorio evidenziano anemia normocitica (Hgb 7,7 g/dl con MCV di 88), leucocitosi neutrofila (leucociti 28.800/mmc con 74% di neutrofili) ed ipoproteinemia (proteine totali 4,8 g%). Gli indici infiammatori sono molto elevati (VES 100, PCR 150 mg%). Le colture di feci, sangue, liquor e urine sono sterili. Gli esami su siero (glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, transaminasi, amilasi, calcio, fosfatasi alcalina) sono normali; negativi gli anticorpi anti-TORCH, EBV e HIV. L'esame chimico-fisico e citologico del liquor rivela pleiocitosi (51 cellule mononucleate), proteine 78 mg%, glucosio 67 mg%, Pandy lievemente positiva. Viene instaurata terapia con ceftazidime e amikacina e.v. con modesto miglioramento delle condizioni generali e riduzione dei picchi febbrili per 48 ore.

## Il decorso

Dopo quattro giorni dal ricovero (12° dall'inizio della febbre) per il persistere della febbre, che di nuovo presenta puntate superiori a 39 °C, alla piccola vengono nuovamente praticate una rachicentesi, un'ago-biopsia midollare e una coltura midollare che risultano normali, mentre un'emocoltura mostra lo sviluppo di cocchi gram positivi non meglio identificati. Nel sospetto di una setticemia da stafilococco il ceftazidime viene sostituito con la teicoplanina. Dopo una giornata di riduzione della febbre (37,5-38 °C), la temperatura corporea

s'innalza di nuovo e le condizioni generali sono ancora più compromesse: la bimba appare molto sofferente, pallida e anoressica. Un emocromo conferma la leucocitosi neutrofila (leucociti 34.000/mmc con 78% di neutrofili), mostra una piastrinosi (550.000/mmc) e un'ulteriore anemizzazione (emoglobina 6,7 g%). Gli indici infiammatori continuano ad essere molto elevati (VES 130, PCR 158 mg%). La tipizzazione linfocitaria indica un rapporto CD4/CD8 = 3 (v.n. < 2). All'esame clinico, il 15° giorno dall'inizio della malattia, si ascolta un soffio pansistolico puntale 3/6 Levine da verosimile insufficienza mitralica.

## La diagnosi

Il quadro clinico è quello di una bimba di due mesi molto sofferente con febbre persistentemente elevata da quindici giorni, non sensibile alla terapia con antibiotici attivi anche su cocchi gram positivi resistenti, soffio pansistolico puntale, verosimilmente da insufficienza mitralica, spiccata leucocitosi neutrofila e indici infiammatori molto elevati. La diagnosi differenziale si pone tra:

- una sepsi da cocchi gram positivi (strepto o più probabilmente stafilococchi) può essere verosimilmente esclusa per la mancata risposta sia alle cefalosporine di III generazione che alla teicoplanina;
- un'endocardite batterica potrebbe spiegare la comparsa del soffio pansistolico puntale, ma il fallimento della terapia antibiotica renderebbe improbabile anche tale ipotesi;
- un'emopatia sistemica può essere ragionevolmente esclusa dalla negatività del reperto midollare e dall'assenza di linfadenomegalie;
- una Kawasaki atipica può manifestarsi nell'età del piccolo lattante anche solo con febbre e aneurismi delle coronarie.

Un'ecocardiografia rivela: "Presenza d'insufficienza mitralica di grado lieve e dilatazione aneurismatica di entrambe le coronarie (diametro massimo degli aneurismi = 0,5 cm). Le sacche aneurismatiche sono distribuite "a

grani di rosario" lungo i tronchi principali delle coronarie, la discendente anteriore, la posteriore e la circonflessa. I diametri cardiaci mostrano una dilatazione lieve dell'atrio e del ventricolo sinistro. Non è presente versamento pericardico e la funzione ventricolare è normale. La contrattilità globale e segmentaria non mostra alterazioni significative per danno ischemico".

Un elettrocardiogramma non rivela segni d'ischemia del miocardio, né alterazioni del ritmo. Le CPK-MB sono nella norma.

Si pone pertanto diagnosi di *Malattia di Kawasaki (M.K.) atipica* e, anche se sono trascorsi quindici giorni dall'inizio della febbre, s'infondono immunoglobuline endovena in bolo unico di 2g/kg in dodici ore e si somministra aspirina per os al dosaggio di 80 mg/kg/die in quattro dosi per sette giorni. Dopo ventiquattro ore si assiste alla completa regressione della sintomatologia febbrile e al miglioramento delle condizioni generali. Al follow-up dopo tre mesi l'ecocardiografo dimostra la regressione dell'insufficienza mitralica e la parziale riduzione d'ampiezza degli aneurismi coronarici (diametro medio 0,4 cm).

## Commento

La M.K. è rara nel lattante d'età < 3 mesi di vita, rappresentando meno del 2% della totalità dei casi diagnosticati. La letteratura suggerisce che i lattanti con M.K. hanno spesso una presentazione atipica e un alto tasso di complicazioni cardiovascolari, probabilmente per il ritardo nella diagnosi e, di conseguenza, della somministrazione di Ig. Alcuni autori hanno rilevato che la M.K. nel primo anno di vita si manifesta in maniera atipica in circa la metà dei casi, contro il 12% circa dei pazienti d'età > 1 anno.

In mancanza di un dato di laboratorio patogenomico, il solo criterio clinico-anamnestico deve far sospettare la diagnosi. La presenza di indizi quali il rapporto CD4/CD8 > di 2,5 e la piastrinosi avrebbero potuto far sospettare la malattia, ma l'età (2 mesi), la

Per corrispondenza:  
Renato Vitiello  
e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

**Abstract**

Viene descritto il caso di una bambina di 2 mesi con febbre alta persistente, che non risponde agli antibiotici, con indici di flogosi molto elevati e con esame clinico poco significativo. Gli esami praticati, compresi l'agobiopsia midollare, la rachicentesi, le emocolture, risultano tutti negativi; un ecocardiogramma mostra la presenza di dilatazione aneurismatica delle coronarie. Ciò è sufficiente a porre diagnosi di malattia di Kawasaki anche in assenza degli altri segni caratteristici della malattia. La terapia con Ig endovena e aspirina determina la scomparsa della febbre entro 48 ore e la netta ripresa delle condizioni generali della bambina. La malattia di Kawasaki nei primi mesi di vita può frequentemente presentarsi in forma atipica, senza cioè i sintomi clinici caratteristici, e spesso l'unico segno presente è la febbre persistente.

Quaderni acp 2002; vol IX n° 2: 52-54

terapia antibiotica praticata a casa con ceftriaxone che rendeva nullo il significato della sterilità delle colture di sangue, liquor e urine, la riduzione dei picchi febbrili verificatosi dopo 48 ore di terapia con ceftazidime e amikacina, ci hanno sviato dal sospetto diagnostico. La comparsa del soffio ha ulteriormente avvalorato l'ipotesi della sepsi batterica con secondaria localizzazione a livello endocardico. La scoperta degli aneurismi coronarici ha chiarito definitivamente la diagnosi. Nonostante la terapia sia stata praticata dopo che le lesioni coronariche si erano instaurate, la paziente non ha mostrato segni d'ischemia del miocardio. Uno studio policentrico ha recentemente dimostrato che la conta leucocitaria e la PCR svolgono un ruolo predittivo delle lesioni coronariche. Più elevate sono la leucocitosi e la PCR maggiori sono le possibilità che s'instaurino lesioni coronariche, soprattutto nei lattanti d'età inferiore a sei mesi. Infatti, a quest'età la M.K. ha una prognosi spesso sfavorevole in quanto le lesioni coronariche sono presenti circa nell'80% dei casi, contro il 44% dei pazienti d'età variabile fra sei mesi e un anno.

La terapia con Ig e.v. praticata entro dieci giorni dalla comparsa della febbre previene la comparsa di lesioni coronariche nel 73% dei casi, contro il 29% dei casi di coloro che hanno ricevuto il trattamento oltre la decima giornata di febbre.

In un piccolo lattante febbrile da almeno 5 giorni, la negatività di un approfondito work-up diagnostico, il mancato sfebbramento dopo 8-9 giorni, elevati indici di flogosi, una leucocitosi neutrofila, associati alla presenza di un elevato rapporto CD4/CD8 e una tendenza alla piastrinosi, devono indurre a far praticare un'ecocardiografia per ricercare la presenza di aneurismi delle coronarie.

**Che cosa abbiamo imparato**

- la M.K., oltre la febbre presente da almeno 5 giorni, si può presentare senza alcuno dei più classici sintomi quali: congiuntivite bulbare senza essudato, linfadenomegalia cervicale (linfonodo del collo, di solito isolato >1,5 cm), mucosite (iperemia del cavo orale e faringe, lingua a fragola, iperemia e fissurazione delle labbra), rash esantematico polimorfo, alterazioni delle estremità degli arti (edema duro delle mani e dei piedi, eritema palmo-plantare e successiva desquamazione caratteristica "a dito di guanto");

- nell'età del lattante dei primi mesi, molto

più frequentemente che nelle altre epoche della vita, la sintomatologia della M.K. può essere "atipica" cioè incompleta nella comparsa dei sintomi clinici caratteristici; raramente l'unico segno clinico può essere la febbre persistente non altrimenti spiegata;

- in un lattante persistentemente febbrile, con indici infiammatori molto elevati e spiccata leucocitosi neutrofila, bisogna sospettare la possibilità di una M.K. e far praticare un ecocardiogramma per indagare la presenza o meno di aneurismi delle coronarie;

- nei primi sei mesi di vita il rischio di aneurismi delle coronarie e di insufficienza miocardica acuta è molto più elevato che nelle successive epoche della vita; una diagnosi non tardiva e un tempestivo trattamento con Ig e.v. è l'unico mezzo per scongiurare conseguenze gravi e permanenti o anche l'exitus.

**Bibliografia**

(1) Niwa K. et al. Thrombocytopenia: a risk factor for acute myocardial infarction during the acute phase of Kawasaki disease. *Coron Artery Dis* 1995;11:857

(2) Rosenfeld EA. et al. Kawasaki disease in infants less than one year of age. *J Pediatr* 1995;126:524

(3) Tsuchida S. Epidemiology of infant Kawasaki disease with a report of the youngest neonatal case ever reported in Japan. *Acta Paediatr* 1996;85:995

(4) Koyanagi H. et al. Serum C-reactive protein levels in patients with Kawasaki disease: from the results of nation-wide surveys of Kawasaki disease in Japan. *Acta Paediatr* 1997;86:613

**Lavorare per l'infanzia**

"Possedere le competenze significa formarsi per acquisirle, metterle in pratica, verificarne l'efficacia e cambiarle se necessario, in un programma permanente di ricerca-azione che è la caratteristica fondante comune di tutte le scienze applicate allo sviluppo normale e patologico del bambino. Così insieme ai bambini di cui si sono presi cura, sono cresciuti e continuano a crescere anche i professionisti e le scienze dello sviluppo. Questo libro descrive una piccola parte di questo cammino senza fine..."

Già il sottotitolo *Esperienze e strumenti di aiuto per la crescita dei bambini con problemi* indica qual è il contenuto e il target del libro, appena pubblicato, di Francesco Ciotti.

Dopo un excursus, molto ben documentato, sui fattori di rischio per i bambini durante tutto l'arco evolutivo, vengono nel dettaglio affrontati i disturbi specifici dello sviluppo, le più importanti disabilità croniche in età evolutiva e quindi le problematiche relative all'età adolescenziale.

Il libro è ricco di spunti teorici, ma ancor più prezioso per la mole di strumenti utilizzabili nel quotidiano per diagnosticare e seguire i bambini con bisogni speciali. L'ultimo capitolo discute in maniera assolutamente innovativa dei più comuni interventi in età evolutiva: "dal punto di vista degli operatori e dal punto di vista del bambino". Materiali spesso difficili da reperire sono qui raccolti e illustrati, per poter essere utilizzati dagli operatori. È una piccola enciclopedia da non tenere in bella mostra, ma da consultare nel lavoro quotidiano.

Nicola D'Andrea

Francesco Ciotti

*Lavorare per l'infanzia*

FrancoAngeli, 2002, pp 222, Euro 19

R Vitello et al -Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati

Quaderni acp 2002; vol IX: n° 2: 50-51

# Il futuro dei bambini con diabete

Mauro Pocecco, Valentina Leone  
U.O. di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Una delle prime domande che vengono rivolte dai genitori dei bambini con diabete insulino-dipendente riguarda le novità su come si possa "guarire" dalla malattia o almeno come si possano evitare le iniezioni di insulina e le punture per la determinazione della glicemia. È difficile spiegare ai genitori come le vere novità che hanno rivoluzionato la cura della malattia e che hanno notevolmente migliorato la prognosi a distanza le abbiamo sotto gli occhi. Sono rappresentate da interventi semplici, da piccoli passi fatti giorno per giorno: autocontrollo domiciliare, monitoraggio glicemico mediante pungidito atraumatici, utilizzo di insuline purificate con scomparsa pressoché totale delle lipodistrofie cutanee in sede di iniezione, trattamento intensificato con 4 dosi giornaliere di insulina, adattamento insulinico sulle richieste tipicamente mutevoli dell'età pediatrica, adeguamento a semplici regole dietetiche esemplificabili nella dieta mediterranea, controlli periodici dell'emoglobina glicosilata mediante prelievo capillare, ecc. Ma, a parte questi piccoli passi, quali sono le prospettive per la "soluzione finale" del diabete?

## Trapianto di isole pancreatiche

Il trapianto di pancreas in toto riguarda esclusivamente l'adulto. Sul piano etico, infatti, non è consentito il trapianto di pancreas da solo; questo deve essere sempre associato al trapianto di rene e quindi non riguarda mai l'età pediatrica in cui l'insufficienza renale terminale secondaria non si verifica. Nessun genitore accetterebbe un intervento così impegnativo al posto delle più semplici iniezioni di insulina.

Il trapianto di isole è, invece, tecnicamente semplice da eseguire anche se l'indipendenza dalla terapia insulinica dopo trapianto di pancreas in toto è maggiore rispetto a quella che si può ottenere con il trapianto di isole.

Le  $\beta$  cellule, prelevate dal pancreas di cadavere, mediante pretrattamento con collagenasi che digerisce il pancreas esocrino, vengono infuse nella vena porta e colonizzano il fegato (1). I punti critici di questa pratica sono

rappresentati: a) dalla fonte di rifornimento (talvolta non è sufficiente il pancreas di un solo donatore), b) dalla difficoltà di prevenire il rigetto (l'autoaggressione delle cellule trapiantate è la regola ed i farmaci antirigetto sono tossici per la  $\beta$  cellula e inducono insulinoresistenza), c) dalla mancanza di mezzi efficaci per controllare lo stato funzionale delle  $\beta$  cellule colonizzate nel fegato.

Breve storia. Negli anni '70 vengono effettuati i primi trapianti di  $\beta$  cellule con successo solo nell'animale (2); negli anni '80 vengono praticati i primi trapianti nell'uomo con sostanziale insuccesso a medio termine; dal 1990 al 1996 vengono praticati circa 300 trapianti ed in non più dell'8% dei pazienti si ottiene un periodo di indipendenza dalla terapia insulinica superiore ad un anno (3). Nel 2000 viene riportata una nuova strategia di trapianto effettuata in 7 pazienti che non prevede l'uso di corticosteroidi come antirigetto e comporta l'infusione di una adeguata massa di  $\beta$  cellule (ricavate da più di un pancreas per trapianto) con effetti molto promettenti (buon controllo glicemico ed insulino indipendenza in tutti i soggetti) dopo un anno (4).

*In conclusione: è difficile che la strada dei trapianti di  $\beta$  cellule porti lontano se non si troverà una fonte illimitata di cellule da trapiantare. Negli USA sono stati profusi molti fondi per studiare le cellule embrionali umane progenitrici della  $\beta$  cellula nel tentativo di svilupparle e immortalarle; anche questa via si è rivelata poco produttiva.*

## Terapia genica

La terapia genica sembra la strategia vincente. Sarebbe capace di indurre particolari linee cellulari di origine pancreatica (insulinoma) o ipofisaria a secernere insulina in modo appropriato (e non eccessivo) in risposta al livello di glucosio. La cellula bersaglio viene trasferita con i geni essenziali per la produzione di insulina in risposta ai livelli glicemici e cioè con il gene della proinsulina, della GLUT-2 (l'enzima capace di trasportare il glucosio all'interno della cellula) e il gene della gluco-

chinasi (uno dei sensori principali del livello glicemico) (5). Con questa strategia è stato possibile ottenere nell'animale una secrezione insulinica da parte di cellule "non  $\beta$  insulari" in risposta a concentrazioni di glucosio simili a quelle normalmente presenti nell'organismo umano. Anche gli epatociti sono stati modificati geneticamente per produrre insulina. Queste cellule condividono alcune caratteristiche con le  $\beta$  cellule (sono capaci di sintetizzare e secernere proteine, esprimono glucocinasi e GLUT-2) e molti geni epatici hanno regioni di regolazione controllate entro livelli di glucosio fisiologici. L'epatocita rappresenta quindi un buon modello per lo studio dell'espressione genica dell'insulina. Un'ulteriore caratteristica che rende il fegato particolarmente attraente come materiale di studio è rappresentata dal fatto che esso è capace di rigenerarsi. È recentissima la segnalazione che la trasfezione tramite adenovirus del gene PDX-1 (fattore di trascrizione nucleare che ha un ruolo chiave nello sviluppo del pancreas endocrino ed è in grado di stimolare la trascrizione del gene dell'insulina) nel fegato di topi resi diabetici con streptozocina, induce la produzione ed il rilascio di insulina da parte degli epatociti trasfettati, con conseguente riduzione dei valori glicemici (6). Un'altra strada è trasferire il gene dell'insulina in cellule somatiche del paziente stesso, in modo da ristabilire un pattern di secrezione endogena senza le problematiche legate al trapianto e al potenziale rigetto immunologico. Recentemente autori italiani hanno trattato con successo il diabete in animali da esperimento, utilizzando fibroblasti umani in grado di rilasciare insulina dopo trasfezione dello stesso gene tramite retrovirus (7).

*In conclusione: quelli sulla terapia genica sono studi affascinanti. Ci mancano dati sui tempi della loro trasferibilità clinica.*

## Predizione e prevenzione del diabete nei "soggetti a rischio"

A parte l'avvenire delle soluzioni descritte sopra, oggi sono a disposizione indagini

Per corrispondenza:

Mauro Pocecco

e-mail: mpocecco@asul-cesena.emr.it

aggiornamento **avanzato**

**Abstract**

*Il monitoraggio e il trattamento del diabete insulino-dipendente hanno raggiunto un grado di discreta tollerabilità da parte dei bambini e dei loro genitori grazie all'introduzione di piccoli interventi che ne hanno profondamente migliorato la gestione e, di conseguenza, la prognosi. Tuttavia la ricerca continua a perseguire nuove possibilità di cura che portino a risoluzione permanente della malattia o che ne renda più facile l'approccio terapeutico. Nell'articolo sono analizzate nuove tecniche di frontiera, dal trapianto di isole pancreatiche alla terapia genica, tecniche che, benché ancora non immediatamente attuabili, costituiscono una grande sfida e una speranza per il futuro. Gli autori si soffermano inoltre su tecniche la cui introduzione è ormai imminente, quali la determinazione della glicemia senza puntura o l'holter per il controllo continuo della glicemia*

*Quaderni acp 2002; vol IX n° 2: 52-54*

genetiche (antigeni HLA), immunologiche (autoanticorpi correlati al diabete) e metaboliche (secrezione precoce di insulina dopo carico e.v. di glucosio) capaci, globalmente considerate, di predire l'insorgenza del diabete con un'approssimazione vicina al 90% nelle persone a rischio (familiarità di I° grado di pazienti affetti da diabete insulino-dipendente) (13). Non sono a disposizione terapie dimostratamente efficaci nel prevenire la malattia nelle persone così identificate, anche se i principali trial atti a verificare questa possibilità sono ancora in corso e si chiuderanno ufficialmente nel 2003. La non disponibilità di strumenti sicuri di prevenzione del diabete in queste persone impone alcune considerazioni di tipo etico sul programma di screening (13) che possono guidare il comportamento del pediatra.

1. il rischio di diabete nella popolazione generale nel nostro paese (1:500-1000) è così basso da non giustificare uno screening di massa;

2. il rischio di sviluppare il diabete nell'arco della vita, in un fratello di diabetico è del 5-8%. Il rischio è un po' maggiore se nella stessa famiglia vi sono più familiari, e se il probando è figlio di padre diabetico;

3. il rischio di sviluppare il diabete nei gemelli identici è del 20-50% e non del 100% come ci si potrebbe aspettare se la malattia fosse imputabile solo a cause genetiche. In altre parole in nessuna situazione gli studi genetici da soli possono essere sufficienti a fare una ragionevole predizione. Nei fratelli con HLA identico il rischio è del 10-20% mentre nei fratelli aploidentici è del 4-9% e nei non HLA identici dello 0,5-1%. Il rischio di progressione verso il diabete è più fortemente correlato con l'eterozigosi per gli alleli DR3-DQ2 e DR4-DQ8 che con l'identità HLA con il probando. Ma ancora, lo studio degli antigeni di istocompatibilità è più utile nell'escludere che nell'affermare la predisposizione alla malattia. In molti studi di screening il ritrovare un'associazione con gli alleli protettivi DQB1\*0602, DQB1\*0603 e DQB1\*301 è un criterio ritenuto sufficiente a non dover indagare ulteriormente;

4. la presenza di uno o più anticorpi correlati al diabete (ICA: islet cell antibodies, IAA: insulin-auto-antibodies, GADA: glutamic acid decarboxylase antibodies, IA-2A: antityrosine phosphatases antibodies) conferisce un rischio proporzionalmente maggiore di sviluppare la malattia. Ma la positività degli anti-

corpi non indica necessariamente la progressione verso la malattia in quanto gli anticorpi possono negativizzarsi. Ancora: la forza predittiva oltre che essere correlata al numero degli anticorpi presenti lo è al livello del loro titolo ed è inversamente correlata all'età del soggetto da studiare.

5. un'alterazione della secrezione precoce di insulina dopo carico e.v. di glucosio è indice di irreversibilità del processo autoimmune verso il diabete conclamato. Il significato del test è quello di saggiare l'esaurimento della quota di insulina della  $\beta$  cellula prontamente disponibile (cioè quella già raccolta in granuli e non di nuova sintesi). Dopo infusione rapida di 0,5 g/kg di una soluzione glucosata al 25% si misurano i livelli insulinemici dopo 3 e 5 minuti esatti dalla fine dell'infusione. I percentili di riferimento per l'età pediatrica sono riportati in uno studio collaborativo italiano (14). Il test richiede l'ospedalizzazione, una buona manualità, il preciso rispetto dei tempi di infusione della soluzione glucosata e va riservato ai soggetti a rischio con positività dei geni di suscettibilità e/o degli autoanticorpi;

6. la valutazione complessiva dei test genetici, immunologici e metabolici è in grado, come detto, di portare ad una capacità predittiva del 90% di sviluppare il diabete nell'arco di 5 anni. Per quanto riguarda la possibilità di prevenire la malattia nei soggetti a rischio, identificati secondo le metodiche di cui sopra, al momento sono in corso due trial in doppio cieco: l'uno condotto negli USA con insulina e l'altro con nicotinamide in Europa. Il razionale dell'uso dell'insulina si basa sull'evidenza che l'insulina, nell'animale ed in singoli studi pilota nell'uomo, è in grado di preservare la secrezione endogena di insulina e inoltre sull'evidenza che nell'animale il trattamento con l'autoantigene per os è in grado di ridurre la severità di alcune malattie autoimmuni quali la sclerosi multipla e l'artrite reumatoide. Il razionale della nicotinamide si basa sull'effetto antiossidante del farmaco. Qualsiasi sia l'effetto distruttivo sulla  $\beta$  cellula, questo passa attraverso la rottura delle catene del DNA che per essere riparate consumano il NAD cellulare disponibile. La deplezione di NAD è prevenuta appunto dalla nicotinamide. Studi nell'animale e singoli studi nell'uomo appaiono incoraggianti. Entrambi i trial, il cui arruolamento di pazienti è iniziato da più di 5 anni, saranno ufficialmente completati nel 2003. I dati preliminari però, già anticipati al convegno dell'American Diabetes Association

(ADA) nel 2001 appaiono assai deludenti.

*In conclusione: uno screening per il diabete nella popolazione generale non è giustificato. Uno screening della popolazione a rischio è ancora oggetto di studio. I genitori devono essere informati che oggi esiste la possibilità di predire "ragionevolmente" il diabete nei soggetti a rischio con una approssimazione mai superiore al 90%. Gli esami possono essere più utili ad escludere (HLA protettivi) che ad affermare. Deve essere comunque chiaro che al momento non esiste alcuna possibilità di prevenire l'insorgenza del diabete.*

**Determinazione della glicemia senza puntura**

Esistono alcune prospettive nel trattamento del diabete "più banali e meno future" di quelle discusse sopra, sulle quali vale comunque la pena di trattenerci.

Le tecniche di misurazione del glucosio senza puntura si basano su due principi: la spettroscopia nel vicino infrarosso e la "reverse" iontoforesi. Su questo ultimo principio si basa il funzionamento del "GlucoWatch", uno strumento con la forma di un comune orologio, ancora non in commercio in Italia ma commercializzato in Inghilterra (per un numero selezionato di pazienti) e negli USA, capace di leggere la glicemia. Viene portato come un orologio da polso e non causa alcun fastidio poiché non abbisogna di sangue per il test. Il sistema di monitoraggio, aderente alla pelle e chiamato *Autosensor*, è costituito da un sensore a tampone al quale viene inviata una piccola quantità di glucosio estratta per mezzo di corrente elettrica a bassissimo voltaggio. Il glucosio avvia una reazione elettrochimica, che genera elettroni all'interno del sensore; questo a sua volta misura il livello di elettroni e un microcircuito integrato ASIC lo trasforma in valori di glucosio presente nel sangue. Il valore base, ottenuto tramite puntura del polpastrello viene immesso nel sistema per calibrarlo. Il sistema legge automaticamente i livelli di glucosio con frequenza regolare. Vi è un sistema di allarme che rileva i valori glicemici troppi alti e troppo bassi e un indicatore di sette eventi recenti, quali pasti, attività fisica, ecc., che possono essere memorizzati direttamente dal paziente. L'affidabilità è molto elevata con un margine di errore medio non superiore al 15,5% e con un indice di correlazione con altri sistemi validati di determinazione della glicemia dell'88%. Altre informazioni, compreso il prezzo dell'o-

rologio e del materiale deteriorabile possono essere ritrovati in <http://www.glucowatch.com>.

*In conclusione: si tratta di uno strumento, che soddisferà alcune speranze dei diabetici e faciliterà l'autocontrollo domiciliare.*

*Lo strumento può essere acquistato negli USA. Il costo dell'apparecchio in sé non dovrebbe essere molto elevato (circa 250 \$) ma il costo di gestione per il materiale deteriorabile si aggira attualmente sui 7-8 \$ al giorno. È ragionevole ritenere che nell'arco di qualche anno lo strumento sarà disponibile anche in Italia.*

#### **Monitoraggio continuo della glicemia: "holter-monitor"**

Il microsensore sottocutaneo per il monitoraggio continuo della glicemia è più invasivo del "GlucoWatch" ed è già applicabile nella pratica clinica (8). Il sistema, che il paziente porta come un "holter-monitor", è composto da un sensore e da un monitor, grande come un pacchetto di sigarette da portare alla cintola. Il sensore è un elettrodo molto sottile collocato all'interno di un'agocannula che viene inserito facilmente nel sottocute, preferibilmente nella zona addominale; esso rileva le variazioni delle concentrazioni del glucosio nel liquido interstiziale, ha una durata di 3-4 giorni e uno spettro di sensibilità per livelli di glucosio compresi fra 40 e 400 mg/dL. I valori delle concentrazioni di glucosio vengono rilevati automaticamente 24 ore su 24 e vengono trasmessi dal sensore, attraverso un cavo sottile, al monitor che elabora il segnale inviato dal sensore ogni 10 secondi e registra i valori medi di glicemia ogni 5 minuti. I valori glicemici così rilevati corrispondono a 288 misurazioni della glicemia al giorno. Per necessità di calibrazione dell'apparecchio devono essere eseguite contemporaneamente almeno 4 determinazioni al giorno di glicemia con il normale riflettometro. I risultati preliminari dimostrano una buona correlazione fra le letture del sensore ed i valori di glicemia del sangue capillare.

*In conclusione: questo sistema al momento può essere gestito solo dal medico. Al paziente viene applicato (anche a domicilio) l'holter per un massimo di 3-4 giorni e poi il materiale memorizzato viene letto dal medico. Il profilo glicemico può essere "graficato" e*

*visualizzato su carta o su schermo e può permettere di riconoscere situazioni che mai con i metodi tradizionali si sarebbero potute identificare quali inaspettati episodi anche protratti di ipoglicemia notturna, fugaci iperglicemie post-prandiali, alcuni trend del profilo glicemico ripetitivi nel tempo, correggibili con semplici modificazioni dello schema terapeutico insulinico. Ancora l'holter-monitor può trovare indicazione nei pazienti che devono essere avviati all'uso del microinfusore e nei pazienti con scadente controllo metabolico, per i quali è difficile la valutazione con gli apparecchi tradizionali.*

#### **Analoghi dell'insulina**

Del primo analogo dell'insulina "Lispro" (Humalog), approvato per l'uso clinico in Europa nell'aprile 1996, abbiamo già scritto sulla rivista. Le insuline tradizionali vengono assorbite lentamente perché tendono ad aggregarsi (in esameri) nella sede dell'iniezione. Tale limite ha indotto i ricercatori a studiare "analoghi" dell'insulina (sostituzione o delezione di uno o più aminoacidi in vari siti della molecola dell'insulina umana) che ovviassero a questo inconveniente. L'analogo rapido "Aspart" (Novorapid), commercializzato da poco più di un anno, ha un profilo simile alla "Lispro" ma un po' spostato sulla destra e cioè ha una durata un po' maggiore alle 3 ore ma inizia ad agire qualche minuto in ritardo rispetto alla "Lispro" (10).

Il limite maggiore degli analoghi rapidi è rappresentato dalla loro breve durata che non permette di coprire il periodo che usualmente intercorre fra due pasti principali.

Un analogo dell'insulina ad azione ritardata, l'insulina Glargine (Lantus), non è ancora in commercio in Italia. Si tratta di un'insulina ad "onda piatta", ottenuta per sostituzione di due molecole di arginina all'estremità C-terminale della catena B dell'insulina e di una molecola di glicina in sostituzione dell'asparagina a livello della posizione 21 della catena A. Si tratta di un'insulina lenta della durata teorica di 20-24 ore, ma in pratica capace di coprire le ore notturne, e senza picchi.

*In conclusione: le nuove miscele di analoghi, comprendenti i nuovi, cioè quelli ritardati, si stanno dimostrando molto promettenti per ottenere una situazione di buon controllo glicemico.*

#### **Bibliografia**

- (1) Silverstein JH et al. New developments in type 1 (insulin dependent) diabetes mellitus. *Clin Pediatr* 2000;39: 257
- (2) Ballinger WF et al. Transplantation of intact pancreatic islets in rats. *Surgery* 1972;72:175
- (3) Brendel M et al. International Islet Transplant Registry report. Giessen, Germany: University of Giessen, 1999:1
- (4) Shapiro AMJ et al. Islet transplantation in seven patients with type 1 diabetes mellitus using a glucocorticoid-free immunosuppressive regimen. *NEJM* 2000, 343:230
- (5) Tiedge M et al. Engineering of a glucose-responsive surrogate cell for insulin replacement therapy of experimental insulin-dependent diabetes. *Hum Gene Ther* 2000;11:403
- (6) Ferber S et al. Pancreatic and duodenal homeobox gene 1 induces expression of insulin genes in liver and ameliorates streptozotocin-induced hyperglycemia. *Nature Med* 2000;6:568
- (7) Falqui L et al. Reversal of diabetes in mice by implantation of human fibroblasts genetically engineered to release mature human insulin. *Hum Gene Ther* 1999;10:1753
- (8) Mastrototaro J. The MiniMed continuous glucose monitoring system (CGMS). *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12:751
- (9) Bolli GB et al. Insulin analogues and their potential in the management of diabetes mellitus. *Diabetologia* 1999;42:1151
- (10) Home PD et al. Comparative pharmacokinetics and pharmacodynamics of the novel rapid acting insulin analogue, insulin aspart, in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;155:199
- (11) Lepore M et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of subcutaneous injection of long-acting human insulin analog glargine, NPH insulin, and ultralente human insulin and continuous subcutaneous infusion of insulin lispro. *Diabetes* 2000;49:2142
- (13) The 9th International Beilinson-Schneider Symposium. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14 (S 1):573

**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 anormale 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 sciacquando 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 mineralcorticoidale ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool. 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale; esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasona 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 crisi 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 coniglio 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'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

**1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE** Fluibron A Soluzione Monodose. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione allo 0.75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmodico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e 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 immutato. **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 coniglio 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'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

# Il bambino con artrite idiopatica giovanile

Loredana Lepore\*, Silvia Minisini\*, Fulvio Di Cosmo\*\*, Daniela Dibello\*\*, Fulvio Parentin\*\*\*

\*Clinica pediatrica, Università di Trieste \*\*Divisione di ortopedia IRCCS Burlo Garofolo Trieste \*\*\*Divisione di oculistica IRCCS Burlo Garofolo Trieste

L'artrite idiopatica giovanile (AIG) è una malattia cronica frequente: su 1.000 bambini 1 ne è ammalato.

Colpisce di più le femmine. L'AIG comprende tutte le artriti croniche che insorgono prima dei 16 anni e che non sono riconducibili ad una causa nota. La diagnosi si basa sulla presenza di almeno una articolazione calda, gonfia e dolente ai movimenti che duri da almeno 6 settimane. I bambini possono avere anche un'artrite in corso di un'infezione virale banale che si risolve però in genere nell'arco di poco tempo; solo la LUNGA DURATA permette di sospettare la diagnosi di AIG.

## LE CAUSE

La causa è ignota. L'ipotesi più probabile è che un'infezione virale (un'influenza o un banale raffreddore) o anche un trauma possa essere l'evento iniziale a cui segue una infiammazione articolare che in soggetti geneticamente predisposti non regredisce. Non si tratta di una malattia ereditaria ma di una predisposizione ereditaria: chi soffre di questa malattia avrà nella maggioranza dei casi figli sani e questi avranno solo un lieve aumento del rischio di ammalarsi rispetto a chi non ha familiarità per malattie reumatiche. L'AIG sembra sia dovuta ad un'aggressione da parte del proprio sistema immunitario contro le strutture articolari (si parla infatti di una malattia autoimmune).

L'infiammazione articolare deriva dall'attivazione di una cellula del sangue che si chiama linfocita la cui funzione normale è quella di proteggerci dalle infezioni: per qualche ragione tale cellula comincia a produrre delle sostanze che si chiamano citochine che sono responsabili di tutti i danni conseguenti alla malattia.

## LE DIVERSE FORME

Ogni bambino, una volta ricevuta la diagnosi,

sarà inquadrato in una delle seguenti forme.

La **FORMA OLIGOARTICOLARE** colpisce dal 35 al 50% dei bambini con AIG: può essere ulteriormente suddivisa in una **FORMA PERSISTENTE**, se sono interessate al massimo 4 articolazioni, e in una **FORMA ESTESA**, se le articolazioni colpite sono più di 4. Insorge generalmente prima dei 5 anni di vita, colpisce con gran prevalenza il sesso femminile ed è associata nella grande maggioranza dei casi alla presenza in circolo di anticorpi anti-nucleo (ANA). L'interessamento articolare predilige le grandi articolazioni con coinvolgimento frequente di ginocchia e caviglie. È la forma più lieve della malattia e tende a guarire senza esiti o con esiti molto lievi alle articolazioni colpite. L'unico rischio di questa forma è l'iridociclite (un'infiammazione dell'iride e del muscolo ciliare dell'occhio).

La **FORMA POLIARTICOLARE** interessa circa il 25% dei bambini con AIG ed è caratterizzata dall'interessamento di 5 o più articolazioni. La presenza o meno di fattore reumatoide (FR) permette di distinguere 2 forme, la sieropositiva e la sieronegativa. La **FORMA SIEROPOSITIVA** colpisce con larga prevalenza il sesso femminile, compare raramente prima degli 8 anni di vita e rappresenta il 5% di tutte le AIG. Fin dall'inizio della malattia sono interessate in maniera simmetrica le piccole articolazioni delle mani e dei piedi. Anche le grandi articolazioni vengono colpite, ma sempre in associazione con le piccole. È particolarmente in questa forma che si osserva la presenza dei noduli reumatoidi, tumefazioni sottocutanee, non dolenti, localizzate principalmente nelle zone sottoposte a maggior attrito come il gomito. La prognosi articolare è severa nella maggior parte dei casi ed è caratterizzata dalla precoce comparsa di erosioni ossee. La **FORMA SIERONEGATIVA**, rappresenta circa il 20% di tutte le

AIG, colpisce con leggera prevalenza le femmine e può insorgere a tutte le età. Coinvolge sia le piccole che le grandi articolazioni. La prognosi articolare è generalmente migliore rispetto alla forma sieropositiva. La forma poliarticolare raramente colpisce l'occhio, tende a durare a lungo e a colpire via via altre articolazioni attraversando periodi di relativo benessere e periodi di riacutizzazione che non sono prevedibili.

La **FORMA SISTEMICA** si differenzia dalle precedenti per la presenza, accanto all'artrite, di febbre, spesso associata ad altri sintomi quali macchie sulla pelle (rash), aumento delle dimensioni del fegato, della milza, e delle linfoghiandole. Rappresenta circa il 10-20% delle AIG. Si osserva a tutte le età, con una maggiore incidenza nei primi sei anni di vita. Le forme ad esordio precoce sono anche quelle che, in genere, hanno un'evoluzione più grave.

L'**ARTRITE ASSOCIATA AD ENTESITE** è la forma responsabile di circa il 10% delle AIG e colpisce prevalentemente i maschi in età scolare. Si manifesta con un'*entesite* (infiammazione dei punti di inserzione dei tendini, dei legamenti e delle capsule sulla superficie dell'osso); si manifesta con dolori localizzati alla superficie posteriore o inferiore del calcagno, al dorso del piede, o al ginocchio e con un'*artrite asimmetrica e prevalentemente localizzata agli arti inferiori*. A livello delle mani o, più spesso, dei piedi si può osservare una *dattilite* ("dito a salsiccio"), infiammazione di un singolo dito dovuta sia ad artrite che ad entesite.

L'**ARTRITE PSORIASICA** rappresenta il 5-15% di tutte le artriti infantili. L'artrite può precedere, seguire o insorgere in concomitanza ad una psoriasi. Quest'ultima è una malattia della pelle molto diffusa che si manifesta con chiazze squamose a margini netti e di colorito bian-

Per corrispondenza:

Loredana Lepore

e-mail: leporel@burlo.trieste.it

informazioni per genitori

**Abstract**

*Queste pagine hanno lo scopo di fornire messaggi chiari e completi ai genitori dei bambini con artrite idiopatica giovanile; come per tutte le patologie, specie se croniche, la compliance al trattamento dipende spesso dalla corretta conoscenza della malattia. Possono rappresentare un supporto in più a disposizione del pediatra per affrontare con i genitori le varie fasi della malattia.*

*Quaderni acp 2002; vol IX n° 2: 56-58*

castro, presenti soprattutto ai gomiti, alle ginocchia e al cuoio capelluto a cui si associano frequentemente anomalie delle unghie. Il 30-50% dei pazienti presenta una positività degli ANA ed in questi casi è particolarmente alto il rischio di iridociclite cronica.

**GLI ESAMI UTILI**

*Non esiste alcun esame che indichi con sicurezza la diagnosi di AIG*, tuttavia alcuni **ESAMI DI SANGUE** sono utili sia all'inizio della malattia, perché possono indirizzare verso la diagnosi, sia durante il decorso per controllarne l'evoluzione. Se il bambino sta relativamente bene, il medico vorrà accertarsi che anche i segni di infiammazione siano normali (VES, PCR, GLOBULI BIANCHI). Se il bambino sta male questi parametri, assieme al dosaggio delle IMMUNOGLOBULINE e del COMPLEMENTO (C3), sono un mezzo per monitorare il grado di attività dell'AIG. Le TRANSAMINASI, assieme alle  $\gamma$ GT, e la CREATININA verranno eseguite per verificare che le medicine assunte non danneggino fegato e reni. Esami più specifici sono il REUMA TEST e gli ANTICORPI ANTINUCLEO (ANA); questi ultimi, tipici della forma pauciarticolare, se presenti, indicano il paziente ad alto rischio di complicanze dell'occhio.

**RADIOGRAFIE DELLE ARTICOLAZIONI:** sono molto importanti specie quando la malattia dura a lungo perché mettono in evidenza eventuali irregolarità dell'osso sulla cui base l'ortopedico deciderà quale intervento intraprendere.

**PUNTURA DELL'ARTICOLAZIONE ED ESAME DEL LIQUIDO SINOVIALE:** a volte è molto preziosa all'inizio per la diagnosi (soprattutto per escludere altre malattie) e in seguito in caso sia necessario togliere l'eccessivo liquido sinoviale e iniettare dei farmaci nell'articolazione.

**DENSITOMETRIA OSSEA:** viene eseguita per valutare la possibile presenza di osteoporosi, che consiste in una carenza di mineralizzazione delle ossa ed è dovuta alle stesse sostanze responsabili dell'infiammazione.

**LA TERAPIA**

*Non esiste una medicina in grado di guarire*

*l'AIG*. Esistono farmaci che riescono "a tenerla a freno". Quali sono gli scopi di questi farmaci? Il primo è quello di *ridurre il dolore*: si fa stare meglio il bambino, si migliorano i suoi movimenti e si può iniziare prima possibile la fisioterapia. È importante che il bambino non sia lasciato immobile a letto: deve iniziare a muoversi prima possibile. L'immobilizzazione favorisce le posizioni viziate finché si instaurano vere e proprie deformità difficili da recuperare; i muscoli si assottigliano, si riduce la forza muscolare e quindi la capacità di eseguire correttamente un movimento. Tutto ciò avviene in tempi molto brevi mentre poi il recupero è lungo e difficile. I farmaci che vengono usati per primi sono i cosiddetti **FARMACI ANTINFIAMMATORI NON-STEROIDEI (FANS)**: il capostipite è l'aspirina che oggi è molto meno usata da quando sono disponibili FANS con minori effetti collaterali e con un numero minore di somministrazioni giornaliere. I più usati attualmente sono: naproxene, flurbiprofene, ketoprofene, ibuprofene, tolmetin sodico, diclofenac, meloxicam. L'indometacina e l'aspirina vengono usate ancora nelle forme sistemiche. Questi farmaci sono ben tollerati nel bambino e in genere, anche se assunti per periodi molto lunghi, non danno alcun problema. Gli effetti collaterali (dolore allo stomaco, gastrite, ulcera) sono molto rari. Da poco tempo sono entrati in commercio dei nuovi FANS che esplicano la loro azione agendo solo sui siti dell'infiammazione e hanno ancora meno effetti collaterali soprattutto a livello gastrico. Tali farmaci sono oggi indicati non in tutti i pazienti, ma solo in coloro che hanno sofferto in passato o soffrono attualmente di problemi gastrici, o sono intolleranti ai vecchi FANS.

**TRATTAMENTO INTRARTICOLARE:** il farmaco iniettato localmente agisce proprio nella sede di infiammazione e viene assorbito poco per cui i suoi effetti a distanza sono praticamente nulli e in tal modo viene ridotto notevolmente l'uso di FANS per bocca. Il farmaco che viene attualmente adoperato (triamcinolone esacetone) ha un'azione pronta e prolungata e mantiene l'articolazione senza

infiammazione per lunghi periodi. Un terzo dei casi trattati con tale terapia guarisce definitivamente.

**TERAPIA DI FONDO:** la terapia con FANS è esclusivamente di tipo sintomatico. Quando la malattia non risponde adeguatamente bisogna ricorrere ai farmaci di fondo, cosiddetti perché non hanno un effetto immediato ma agiscono molto più lentamente sulle reazioni immunologiche responsabili della malattia.

Il farmaco di fondo di prima scelta nell'AIG è il methotrexate. Ha il vantaggio della somministrazione per bocca o intramuscolare una volta alla settimana, viene tollerato molto bene ed è praticamente privo di effetti collaterali importanti; a volte è possibile un aumento delle transaminasi, che si normalizzano rapidamente riducendo la dose, e una intolleranza gastrica che si manifesta con nausea. La somministrazione di acido folico il giorno seguente al methotrexate riduce questi problemi. Nei pazienti con artrite associata ad entesite il farmaco di fondo migliore è la salazopirina; nei pazienti con un'iridociclite cronica-recidivante che non risponde alla terapia locale e alla terapia con cortisone per via generale, si ricorrerà alla ciclosporina.

**TERAPIE COMBinate:** in alcuni casi neanche il methotrexate è sufficiente, per cui si ricorre a terapie immunosoppressive combinate (methotrexate più cortisone per bocca, methotrexate più ciclosporina, methotrexate più ciclosporina e cortisone per bocca). **TERAPIA CON INIBITORI BIOLOGICI:** gli inibitori biologici, etanercept (ENBREL) e infliximab (REMICADE), inattivano l'azione di alcune sostanze che determinano l'infiammazione e che sono responsabili di tutti gli effetti dannosi di questa: la sinovite, il danno alle articolazioni, l'osteoporosi, la febbre, il rash cutaneo. Tali farmaci si usano per via intramuscolare o endovenosa, sono molto costosi, ma sono nel complesso ben tollerati e sono una speranza molto importante per quei bambini che non hanno benefici dalle terapie convenzionali.

**TERAPIA OCULISTICA:** quasi sempre è necessario integrare la terapia per bocca con i col-

liri al cortisone. Spesso si tratta di terapie che devono essere ripetute nel tempo e che, a causa dei possibili effetti collaterali del cortisone, necessitano di accurati controlli da parte dell'oculista.

**TERAPIA ORTOPEDICA E RIABILITATIVA:** come si è visto lo scopo del trattamento è di controllare l'evoluzione dell'AIG e minimizzarne gli esiti invalidanti. In questa prospettiva acquista rilievo la figura dell'ortopedico, la cui azione si articola su più fronti: la diagnostica, mediante agoaspirazione del liquido sinoviale e la biopsia; la terapia farmacologica locale; la prevenzione delle deformità mediante l'impiego di ortesi statiche (valve di posizione) o dinamiche (splints) che da un lato possono prevenire l'instaurarsi di deformità strutturali, e dall'altro possono cercare di correggere quelle deformità che già si siano instaurate; in taluni casi il trattamento chirurgico, mediante asportazione del tessuto sinoviale infiammato o mediante interventi su tendini o componenti ossee. LA RIEDUCAZIONE è un trattamento complesso che si avvale di diverse tecniche. Queste rivestono ruolo diverso a seconda della fase in cui vengono impiegate. Diverso è l'atteggiamento richiesto in fase di ricaduta o di remissione. Fra gli AGENTI FISICI, quello che può rivestire un maggiore ruolo è il freddo, utilizzabile in corso di ricaduta, applicato sotto forma di compresse umide o di applicazione locale di ghiaccio. Le applicazioni, che non devono superare i dieci minuti consecutivi, devono sempre prevedere l'interposizione di tessuti che limitino l'azione traumatizzante a livello cutaneo. Il RIPOSO E L'IMMOBILIZZAZIONE possono essere completi solo nelle forme sistemiche e comunque solo per un periodo limitato, a scanso di danni di tipo psicologico e fisiologico (favoriscono le fissazioni articolari in flessione e l'instaurarsi dell'atrofia muscolare); durante le ricadute il riposo relativo, limitato nel tempo, è viceversa, utile. L'immobilizzazione notturna può rivestire un ruolo significativo nella prevenzione e nella correzione delle deformità articolari. A questo scopo, nelle fasi di riacutizzazione, l'im-

mobilizzazione deve essere precoce e, per ottimizzare il risultato, deve prevenire l'instaurarsi delle deformità. Possono venire utilizzati apparecchi ortopedici, tutori in materiale termoplastico, apparecchi gessati. La CINESITERAPIA si può avvalere di esercizi passivi, assistiti da un tecnico della riabilitazione o da un genitore debitamente addestrato, e da esercizi attivi. La mobilizzazione dovrà essere prudente e non causare dolore. Utile la mobilizzazione in acqua, dove l'assenza di gravità facilita il rilassamento muscolare e l'esecuzione degli esercizi. L'ergoterapia, la rieducazione mediante il lavoro ed il gioco, potrà essere utile soprattutto per il recupero funzionale della mano. La CHIRURGIA potrà essere necessaria per l'esecuzione di sinoviectomie (la resezione della membrana sinoviale ipertrofica) e di correzioni delle retrazioni tendinee che inducessero deformità rigide. La sostituzione protesica delle articolazioni può rendersi indispensabile, ma solo dopo il termine dell'accrescimento.

#### I PROBLEMI DI OGNI GIORNO

Oltre ai problemi più strettamente fisici, i bambini con AIG incontrano difficoltà di vario tipo, sia nella vita familiare che sociale. Ciò dipende dall'handicap motorio dovuto alla malattia, come pure ai conseguenti problemi psicologici ad essa correlati. Le frustrazioni possono sfociare in stati depressivi che specie nell'adolescente possono portare al rifiuto della malattia e delle terapie. È opportuno in questi casi l'attivo intervento di tutti coloro che seguono il bambino (genitori, compagni, insegnanti, medici, fisioterapisti) in modo che egli possa condurre il più possibile una vita simile ai suoi coetanei. Questo significa stimolare il bambino ad essere indipendente nelle sue attività quotidiane; metterlo in grado di eseguire regolarmente i compiti, fornirgli attività di svago e di gioco nell'ambito delle sue possibilità.

#### IL FUTURO

Dopo aver conosciuto la diagnosi e il suo significato, le domande che tutti i genitori si pongono sono: "Quale sarà il futuro del mio

bambino? Quanto durerà questa malattia? Quali saranno gli esiti?" Purtroppo nessuno sarà in grado di darvi risposte certe. È sicuramente dimostrato che più precoce è la diagnosi, prima iniziano le opportune cure mediche e fisioterapiche, migliore sarà la prognosi a lungo termine. La maggior parte dei bambini avrà un decorso benigno che non porterà ad esiti seri, solo il 5% avrà un'artrite ricorrente e solo il 10% arriverà all'età adulta con esiti moderati o severi. I bambini con forme oligoarticolari sono quelli a prognosi migliore. Solo il 10% potrà avere qualche limitazione della funzione delle articolazioni colpite (ad esempio un difetto di estensione del gomito o di flessione del ginocchio) senza che questo comprometta le normali attività del vivere quotidiano. Il 10% potrà andare incontro ad una forma più estesa, poliarticolare. Per quanto riguarda queste ultime, la maggior parte, se correttamente curate, andranno bene e non svilupperanno esiti articolari importanti. Tanto più durerà la malattia, tanto più alto sarà ovviamente il rischio di sviluppare lesioni articolari gravi che limiteranno i movimenti e la funzione articolare. In questi casi una corretta fisioterapia e un atteggiamento collaborante del bambino e della famiglia nei riguardi delle terapie mediche e fisioterapiche saranno molto importanti per migliorare la prognosi. Lo scopo che noi medici, i genitori ed il bambino stesso dobbiamo avere sempre in mente è quello di far sì che il paziente arrivi all'età adulta indipendente e in grado di condurre una vita normale, cosa che di fatto avviene nella maggioranza dei casi.

# Clenil per Aerosol

Beclometasone dipropionato

0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

# Fluibron<sup>®</sup> per Aerosol

Ambroxol

0,75% Soluzione da nebulizzare

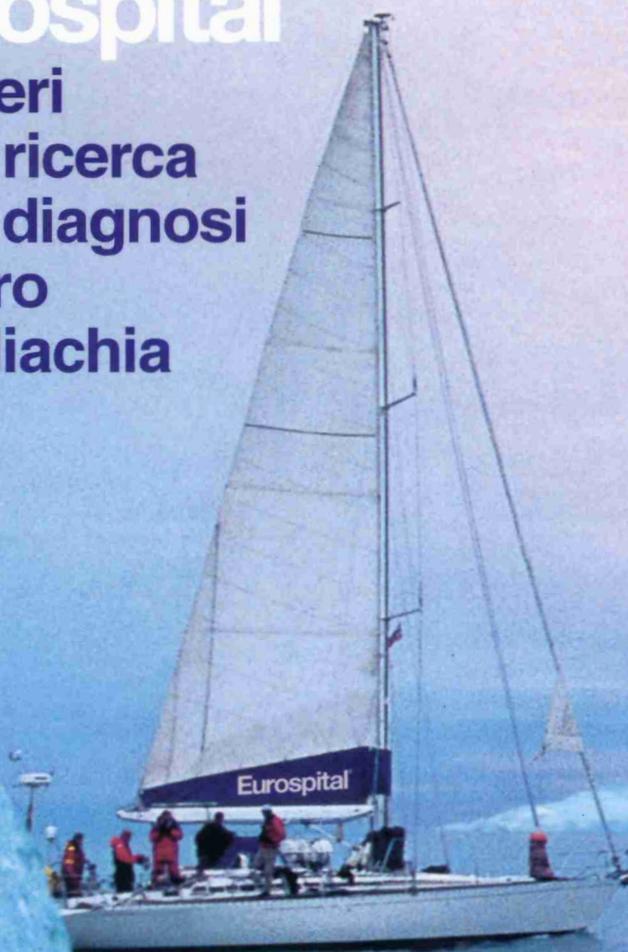


®

# 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.