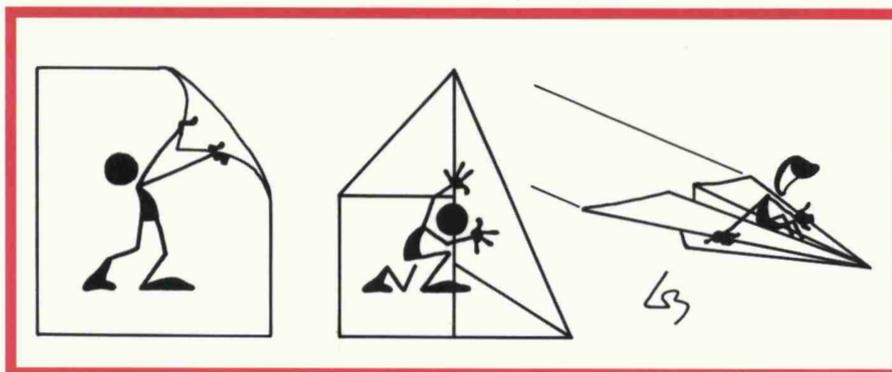


# Quaderni acp

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

## I lettori scrivono ad Oral. Istruzioni a pagina sette



**5** Questo numero **6** Un omaggio alla memoria (anche nostra) **7** Ho scritto ad Oral, fatelo anche voi **8** Parigi: assistenza domiciliare alla sindrome di Ondine **9** Milano: il valore del microcredito **10** Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base **12** Padre padrone **13** I nidi d'infanzia, nuovi dati e prospettive **16** Punti nascita, una risorsa per NpL? **16** Nati per leggere in Veneto **16** Nati per leggere in Liguria **16** Nati per leggere nel Lazio **17** Nati per leggere in Campania **17** Nati per leggere alla fiera internazionale del libro per ragazzi **17** Nati per leggere insardegna **17** Corso di formazione per bibliotecari **17** Iniziativa dell'editrice Giunti **17** Il coordinamento di nati per leggere **18** Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita **20** Fattori di protezione e comportamenti devianti **23** Il ritorno di ET **24** Gli interventi comunitari complessi, i servizi per le famiglie e i loro bambini **26** Ridotti i congressi finanziati dalle industrie, ma solo all'estero **26** Parafarmaci, antitrust e il cartello delle farmacie **26** I problemi dei medici dipendenti con Sirchia **26** Casco & bicicletta **27** Gli aborti in Italia **27** Un bambino in chirurgia **27** Il fabbisogno dei pediatri **30** Inquinamento da polveri **30** Resta indietro la ricerca USA sulle cellule staminali **31** USA: Molto rumore per nulla **31** Il mercurio nell'ambiente **31** Burkina Faso: il morbillo continua **36** USA: disuguaglianze e computer **32** Salute in Palestina è potersi muovere **36** Scenari clinici: il metodo è riproducibile? **36** Scenari clinici: le difficoltà della ricerca Medline **36** Clinical Evidence in italiano **37** Gaslini e Bambin Gesù per il Sud: questa la soluzione? **38** La SIDS a Roma **40** Dalla domanda alla strategia di ricerca **42** In un adolescente con lussazione di rotula è obbligatoria la terapia chirurgica? **44** Il montelukast riduce la ricorrenza di crisi d'asma in un bambino in età prescolare? **46** L'antibiotico topico è efficace nella terapia dell'impetigine lieve del bambino? **48** Glossario **48** Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH) **51** Gli ogm tra equivoci e potenzialità **54** Medici e pazienti: un confronto è possibile **56** Come utilizzare il podoscopio

**maggio-giugno 2002 vol IX n°3**

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

# XIV CONGRESSO NAZIONALE ACP

Roma 10-11-12 ottobre 2002

Centro Congressi della Biblioteca Nazionale  
viale Castro Pretorio, 105

## GIOVEDÌ 10 OTTOBRE

Ore 9,00  
Registrazione dei partecipanti

### Da Torino a Roma dove eravamo rimasti?

Ore 9,30  
Nicola D'Andrea  
*Apertura del Congresso*  
Francesco Tonucci  
*Il bambino e la città: una storia romana*  
Discussant: Laura Todesco

### La Pediatria fra subspecialità e pseudopatologia

Moderatori: Vittoria Sarno  
e Serenella Corbo

Ore 10,30  
Lawrence Diller  
*ADHD: vera malattia o  
"mito americano"?*  
Discussant: Maria Giulia Torrioli

Ore 12,00  
Aldo Ravaglia  
*Il paese di Lilliput. GH: uso & abuso*  
Discussant: Brunetto Boscherini

Ore 13,30  
Colazione di lavoro

### Quattro modi di essere ACP

Moderatore: Marcello Orzalesi

Ore 14,30  
Rosario Ferracane  
*La letteratura scientifica:  
un esperto competente*

Ore 15,15  
Stefania Manetti  
*Nati per leggere:  
l'integrazione ci aiuta a crescere*

Ore 16,00  
Tiziana Gazzotti  
*Infezioni urinarie: così fan tutti*

Ore 16,45  
Lelio Morabito  
*Dolori addominali ricorrenti: da una  
diversa prospettiva  
verso una diagnosi positiva*

## VENERDÌ 11 OTTOBRE

### Malattie e immunità

Moderatore: Michele Valente

Ore 9,00  
Alberto Ugazio  
*Era meglio ammalarsi da piccoli*  
Discussant: Giorgio Bartolozzi

### Rapporto sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza

Moderatore: Giancarlo Biasini

Ore 10,00  
Anna Macaluso, Luca Ronfani,  
Giorgio Tamburlini  
*Punti salienti del rapporto: evidenze  
epidemiologiche e interventi necessari.*

Ore 11,30  
Pausa caffè

Ore 11,45  
Discussione:

Ore 13,30  
Colazione di Lavoro

### ore 14,30 Assemblea dei soci della Associazione Culturale Pediatri

Ordine del giorno:  
*Bilancio consuntivo del 2001*  
*Bilancio preventivo del 2002*  
*Relazione del Presidente.*  
*Elezione del consiglio direttivo*

## SABATO 12 OTTOBRE

### Il pediatra: una specie da proteggere

Moderatore: Pierpaolo Mastroiacovo

Ore 09,00  
Luigi Greco  
*Napoli: accademia e innovazione*

Ore 10,00  
Giuseppe Masera  
*La formazione "olistica" del pediatra: la  
metodologia e il programma di Monza*

Ore 11,00  
Pausa caffè

### Se il pediatra l'avesse previsto

Moderatore: Pierangela Rana

Ore 11,30  
Maurizio Bacigalupi  
*Il male oscuro:  
anche i "matti" sono stati bambini*  
Discussant: Maria Pia Ferrari

Ore 12,30  
Edoardo Boncinelli  
*La biomedicina di oggi e di domani*  
Discussant: Manuel A. Castello

Ore 13,30  
Colazione di lavoro

### Comunicazione e salute infantile

Moderatore: Giacomo Toffol

Ore 14,30  
Marina Macchiaiolo  
*Dicono di noi: medicina e salute  
sulla carta stampata*  
Discussant: Rossella Castelnuovo

Ore 15:15  
Gianni Caso  
*I genitori nella rete*  
Discussant: Beppe Varrasi

Ore 16,00  
Alberto Tozzi  
*Vaccinazioni: comunicare e farsi capire*  
Discussant: Luisella Grandori

### Chi l'ha visto?

Moderatore: Laura Reali

Ore 16,45  
Franco Panizon  
*Malattie memorabili e da dimenticare*

### Ore 17,30 Chiusura del congresso

*Segreteria organizzativa*  
*Idea Congress: via della Balduina, 260*  
*00136 Roma tel 06 35402148 - fax 06*  
*35402151 e-mail info@ideacpa.com*  
*www.ideacpa.com*

*ECM - Attribuzione dei crediti*  
*Il Congresso è in corso di accreditamento*  
*secondo il programma di Educazione Conti-*  
*nua in Medicina.*

# Quaderni acp

maggio - giugno 2002 vol IX n° 3

## Editoriale

- 6 Un omaggio alla memoria (anche nostra) *M. Bonati*
- 7 Ho scritto ad Oral, fatelo anche voi *N. Sotira*

## Congressi controluce

- 8 Parigi: assistenza alla sindrome di Ondine
- 9 Milano: il valore del microcredito

## ACP News

- 9 Votazioni ACP 2002

## Ricerca

- 10 Il sostegno dell'allattamento al seno nello ambulatorio del pediatra di base *S. Conti Nibali*

## Un po' per gioco

- 12 Padre padrone *Lucio Piermarini*

## Statistiche Correnti

- 13 I Nidi d'indanza, nuovi dati e prospettive  
*Roberto Volpi*

## Nati per leggere

- 16 Punti nascita, una risorsa per NpL?
- 16 Nati per leggere in Veneto
- 16 Nati per leggere in Liguria
- 16 Nati per leggere nel Lazio
- 16 Nati per leggere in Campania
- 17 Nati per leggere alla fiera del libro
- 17 Nati per leggere in Sardegna
- 17 Corso di formazione per bibliotecari
- 17 Iniziativa dell'Editrice Giunti
- 17 Il coordinamento di Nati per leggere
- 18 Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita *M. L. Meacci*

## Salute pubblica

- 20 Fattori di protezione e comportamenti devianti *R. Semprini*

## Film per ragazzi

- 23 Il ritorno di ET *Italo Spada*

## Organizzazione sanitaria

- 24 Gli interventi comunitari complessi, i servizi per le famiglie e i loro bambini *Giuseppe Cirillo*

## Info

- 26 Ridotti i congressi finanziati dalle industrie
- 26 Parafarmaci, Antitrust e il cartello delle farmacie
- 26 I problemi dei medici dipendenti con Sirchia
- 26 Casco & bicicletta
- 27 Gli aborti in Italia
- 27 Un bambino in chirurgia
- 27 Il fabbisogno di pediatri

## Libri

- 28 Andrea Camilleri, *Il re di Girgenti*
- 28 Atiq Rahimi, *Terra e cenere*
- 29 Keith Devlin, *Addio Cartesio*
- 29 Ermanno Detti, *Il piacere di leggere*

## World-Info

- 30 Inquinamento da polveri
- 30 Resta indietro la ricerca USA sulle cellule staminali
- 31 USA: molto rumore per nulla
- 31 USA: il mercurio nell'ambiente
- 31 Burkina Faso: il morbillo continua
- 31 Usa: diseguaglianze e computer

## Osservatorio internazionale

- 32 Salute in palestina è... potersi muovere *A. Stefanini*

## Lettere

- 36 Scenari clinici: il metodo è riproducibile *G. Mazzarella*
- 36 Scenari clinici: le difficoltà Medline *M.A. Cecchemi*
- 36 Clinical Evidence in italiano *A. Liberati*
- 37 Gaslini e Bambin Gesù per il Sud *M. Candusso et al.*
- 38 La SIDS a Roma *P. Nardini*

## Leggere e fare

- 40 Dalla domanda alla strategia di ricerca *Salvo Fedele*
- 42 In un adolescente con lussazione di rotula è obbligatoria la terapia chirurgica? *C. Lo Presti*
- 44 Il montelukast riduce la ricorrenza di crisi d'asma in un bambino in età prescolare? *E. Corpora*
- 46 L'antibiotico topico è efficace nella terapia dell'impetigine lieve del bambino? *G. De Santes*
- 48 Glossario *Salvo Fedele*
- 50 Avvicinarsi a Pub Med dal Medical Subject Heading (MeSH) *S. Conti Nibali*

## Aggiornamento avanzato

- 51 Gli ogm tra equivoci e potenzialità *G. Corbellini*

## Medici e Pazienti

- 53 Medici e Pazienti: un confronto è possibile  
*S. Lohiniemi, G. Magazzù*

## Saper fare

- 56 Come utilizzare il podoscopio *A. Moschetti*

## Appuntamenti

- 2 Programma XIV Congresso ACP
- 29 XVIII giornate perugine
- 31 Torino: I problemi del sonno e dell'alimentazione

## No Comment

- 23 Bambini logo
- 25 I fondi mucca pazza? Tolti ai disabili
- 27 Affari miliardari
- 53 50 dollari per ogni appuntamento con...

# Quaderni acp

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

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessi

## 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

## Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

## Grafica e impaginazione

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## 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 soci

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

### Stampa

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

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.

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

© Associazione Culturale Pediatri  
ACP edizioni No Profit

## 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.

**Editoriali****6 Un omaggio alla memoria (anche nostra)**

Il ricordo di un ministro della sanità anomalo: Giacomo Mancini, scomparso nella sua Cosenza a 86 anni (...) "fece di tutto, durante il suo mandato, per far arrivare in tutta l'Italia, in piccoli frigoriferi portatili, il vaccino Sabin: fu la salvezza per tanti bambini e la prevenzione di una disabilità perenne per molti di più. In realtà Mancini andò oltre, mise in essere un diritto che i suoi predecessori avevano negato".

**7 Ho scritto ad Oral, fatelo anche voi**

Un nostro lettore ha scritto alla nostra amica Oral. La sua testimonianza può servire a ricordare l'impegno assunto con il Mare di Aral.

**Ricerca****10 Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base**

**Obiettivi** è stato dimostrato che il corso di 18 ore UNICEF e OMS può migliorare la prevalenza e la durata dell'allattamento al seno; scopo della ricerca è di verificarne l'efficacia anche in pediatria di base

**Metodi** sono state analizzate retrospettivamente due coorti di pazienti composte da 112 e 130 neonati afferenti all'ambulatorio di un pediatra di base prima e dopo la partecipazione al corso di formazione.

**Risultati** la durata dell'allattamento è risultata significativamente differente nelle due coorti (log-rank test  $\chi^2=21,3$ ;  $p < 0,0001$ ) con mediana di 18 giorni (IC 95% da 0 a 71) nella coorte 1 e di 170 giorni (IC 95%: da 90 a 203) nella coorte 2.

**Conclusioni** un sostegno competente da parte del pediatra di base può aumentare la durata dell'allattamento al seno.

**Un po' per gioco****12 Padre padrone**

Ospedali amici dei bambini? Unicef?

È davvero così poco verosimile l'illustre professore protagonista del dialogo che presentiamo? Meno di quanto sembri.

**Statistiche Correnti****13 I nidi d'infanzia nuovi dati e prospettive**

Una recente ricerca sui nidi d'infanzia ha rilevato un loro aumento rispetto al 1992, ma persistono una domanda superiore all'offerta e nonostante un leggero aumento una maggiore carenza al Sud.

Si evidenzia una presenza dei privati più consistente rispetto al passato.

**Nati per leggere****18 Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita**

Continuiamo con questo numero la collaborazione con LiBeR, un'autorevole rivista che si occupa di letteratura per bambini e ragazzi. 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

**Salute pubblica****20 Fattori di protezione e comportamenti devianti**

L'aumento della criminalità, dell'abuso di sostanze, dei comportamenti antisociali e delle condotte devianti, nei ragazzi e negli adolescenti è motivo di sempre maggiore preoccupazione. Molto spesso le soluzioni che vengono prospettate non tengono conto delle ricerche che in questo

ambito sono state condotte e delle relative influenze dei fattori che sono alla base dei problemi dei ragazzi di oggi. Cerchiamo di capirne di più.

**Film****23 Il ritorno di ET**

Il ritorno di E.T., felice riproposta di una moderna favola per bimbi del Tremila. Oggi, più che vent'anni fa, è possibile credere all'incontro tra un essere non appartenente al nostro pianeta e un bambino, alla loro amicizia e alla complicità di un gruppo di ragazzi decisi a fare ritrovare la via di casa a chi si è smarrito.

**Organizzazione Sanitaria****24 Gli interventi comunitari complessi: i servizi per le famiglie e i loro bambini**

Per la promozione della salute e il sostegno delle famiglie sono necessari strumenti per immetterle o re-immetterle in un ruolo attivo di trasformazione e di miglioramento sia dei suoi componenti che dell'intera comunità, evitando la sovrapposizione degli interventi nelle stesse famiglie e la visione parcellizzata dei problemi dei singoli componenti. Si dovrà superare l'attuale sistema che tende a formare reti tra i servizi e le istituzioni, considerando l'individuo isolato dal proprio gruppo familiare e dalla comunità in cui vive.

**Osservatorio Internazionale****32 Salute in Palestina è... potersi muovere**

Sempre più drammatica la situazione sanitaria in Palestina dopo la cruenta presenza in questa terra dell'esercito israeliano: le libertà più elementari continuano ad essere negate, la sicurezza interna dello stato di Israele ha condizionato anche l'accesso alle strutture fondamentali di sopravvivenza. Del tutto prevedibile quindi il dramma sanitario del popolo palestinese? Alle vittime del fanatismo islamico non dobbiamo dimenticare di aggiungere anche i morti per banali malattie infettive o di parto fisiologico.

**ausili didattici****39 tutti gli abstract di ausili didattici****Leggere e fare****40 Dalla domanda alla strategia di ricerca**

Come trasformare i problemi pratici di ogni giorno in domande per la letteratura? È possibile utilizzare un metodo di ricerca sensibile, specifico e riproducibile? Abituarsi alla costruzione della domanda e alla trasformazione di questa in strategia di ricerca è una "thinking skill" non una "computer skill". Gli scenari di questo numero tornano su questo aspetto con esempi il più possibile "didattici".

Bisogna limitare al massimo gli insuccessi per progredire speditamente in un processo di apprendimento. Qualche inevitabile ripetizione (di cui ci scusiamo) è finalizzata a limitare al massimo inutili e dannose frustrazioni ai nostri lettori.

**Medici e Pazienti: un confronto è possibile?****54 Celiachia: difficile da trovare, dura da trattare, impossibile da curare**

Quaderni acp in questa rubrica vi sottoporrà delle storie (alcune tratte da Lancet, altre pervenuteci per altre vie) utilizzando uno schema speculare: il malato proverà a descrivere il suo vissuto di malattia, l'esperto analizzerà questo vissuto, perché si possa provare a prendersi cura non soltanto di eventi e sintomi, ma di come sono percepiti e vissuti.

# Un omaggio alla memoria (anche nostra)

Maurizio Bonati  
Istituto "Mario Negri", Milano

Lunedì 8 aprile è scomparso, ad ottantasei anni, Giacomo Mancini, sindaco della sua Cosenza, dopo essere stato deputato, ministro e segretario del Psi. Un pezzo della travagliata storia politica repubblicana se ne è andato. Anima scomoda del socialismo italiano, figura a volte contraddittoria nella giungla dei partiti, instancabile e indiscutibile meridionalista. Esordì come ministro nel primo governo Moro (dal 5-12-1963 al 21-7-1964) con l'incarico di ministro della Sanità; succedeva a due democristiani:

Angelo Raffaele Jervolino e Camillo Giardina. Delle varie commemorazioni fatte dai politici, Luciano Violante lo ha ricordato anche come ministro della Sanità per essersi prodigato ("si inventò di tutto"), durante il suo mandato, per far arrivare in tutta l'Italia, in piccoli frigoriferi portatili, il vaccino Sabin: fu la salvezza per tanti bambini e la prevenzione di una disabilità perenne per molti di più. In realtà Mancini andò oltre, mise in essere un diritto che i suoi predecessori avevano negato. Sancì un diritto alla salute per tutti e di cui tutti oggi beneficiano. La **tabella 1** mostra quale era la situazione relativa alla polio tra gli anni '50 e '70 ed il ritardo cui Mancini cercò di ovviare. Ritardo che avvertiamo ancor oggi osservando qualche familiare, amico o conoscente, nato prima della metà degli anni '60, con le sequele paralitiche. Bisogna inoltre ricordare che per circa il 10% dei bambini affetti, la polio fu letale. Perché accadde tutto ciò? Non si sapeva cosa avevano fatto altri paesi (non certo con maggiori risorse dell'Italia) e con quali risultati? Certo che sì, ma "si indugiò". La maggior efficacia del vacci-

no vivo attenuato di Sabin, OPV, rispetto a quello inattivo di Salk, IPV, era ben nota già negli ultimi anni '50. Infatti, nelle nazioni che avevano sostituito l'IPV con l'OPV, i tassi d'incidenza erano considerevolmente diminuiti (**vedi tabella 1**). La superiorità del vaccino di Sabin fu sancita nel corso della conferenza internazionale sulla polio nel luglio del 1960 a Copenaghen e ribadita dallo stesso Sabin a Roma il 30 settembre dello stesso anno, in una relazione presso l'Istituto Superiore di Sanità (organo tecnico del Ministero). Ma tutto ciò fu ignorato. È triste ricordare che il ministro Giardina, nel suo intervento al XXVII Congresso Italiano di Pediatria (Roma, ottobre 1960; Giancarlo Biasini c'era e ricorda gli applausi) abbia affermato: "... la vaccinazione antipolio con vaccino vivo non sarà per ora autorizzata in Italia. Il Ministero della Sanità non può fare dei bambini italiani cavie da esperimento, come in verità sarebbero, data la fase tuttora sperimentale del vaccino vivo...".

A quei tempi (autunno 1960) due industrie italiane producevano il vaccino antipolio,

entrambe solo l'IPV: l'ISI (Istituto Sieroterapico Italiano) di Napoli e l'ISM (Istituto Sieroterapico Milanese) di Milano. Mentre la Sclavo (Istituto Sieroterapico Vaccinogeno Toscano) di Siena si apprestava a produrre l'OPV. Quindi, produzione duopolistica (ISI e ISM) e mercato monopolistico (il Ministero); impianti attrezzati solo per la produzione di IPV e magazzini pieni. Il ministro però non si limitò solo a dichiarazioni a favore del Salk, ma addirittura fece porre i sigilli alle prime produzioni della Sclavo per impedirne la distribuzione. "Ignoranza", "disattenzioni", "debolezze" che già si erano verificate (p.es. per la sospensione ritardata del talidomide) o che, in altre forme o con altre modalità, avrebbero caratterizzato la politica del farmaco fino agli anni '90. Solo nel 1964 fu Giacomo Mancini ad introdurre nella schedula vaccinale l'OPV in sostituzione dell'IPV. La nemesi storica vuole che nella motivazione del decreto sia stato, ancora una volta, affermato "il Ministero della Sanità non può fare dei bambini italiani cavie da esperimento".

**TABELLA 1: NUMERO MEDIO ANNUALE DI CASI DI POLIOMIELITE TRA IL 1950 E IL 1970 IN ALCUNI PAESI EUROPEI E NEGLI USA**

|                 | 1951-1955    | 1961-1965    | 1966-1970 |
|-----------------|--------------|--------------|-----------|
| <b>Italia</b>   | <b>3.342</b> | <b>2.121</b> | <b>89</b> |
| Belgio          | 475          | 79           | 3         |
| Cecoslovacchia  | 1.081        | 0            | 0         |
| Germania orien. | 1.187        | 1            | 0         |
| Gran Bretagna   | 4.381        | 317          | 21        |
| Polonia         | 2.226        | 41           | 102       |
| Ungheria        | 583          | 4            | 4         |
| USA             | 37.864       | 573          | 52        |

W.H.O. Weekly Epidemiological Record 1972;47:293.

Per corrispondenza:  
Maurizio Bonati  
e-mail: [mother\\_child@marionegri.it](mailto:mother_child@marionegri.it)

editoriale

# Ho scritto ad Oral fatelo anche voi

**Nicola Sotira**  
Pediatra di base, Melegnano

Ebbene tra il '61 e il '63, tre anni di "attesa" da parte dei due ministri che lo precedettero, si verificarono 9509 casi di poliomielite così esitati: 1078 decessi e 8431 paralisi. (Mac-caccaro GA. E in Italia? In: *Sjöström H et al.* Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica. *Feltrinelli 1973*). In Italia gli ultimi due casi di polio da virus selvaggio si sono verificati nel 1982 in provincia di Napoli e l'ultimo caso importato è stato segnalato nel 1988. Certo, oltre a questo successo non bisogna però ignorare (grazie anche al miglioramento del monitoraggio e delle segnalazioni) i seppur rari casi di paralisi poliomielitica associata all'OPV, (12 casi dal 1981 al 1998; 1 caso ogni 600.000 bambini vaccinati con la prima dose). Con la schedula vaccinale sequenziale del 1999 (le prime due dosi al 3° e 4° mese dalla nascita utilizzando l'IPV) l'incidenza si ridurrà e già si sta valutando il passaggio a un calendario con 4 dosi di IPV per abolire anche questo rischio. Nel frattempo, grazie anche all'obbligatorietà dal 1966, l'attuale copertura vaccinale è elevata: il 96,6% della popolazione italiana al 24° mese d'età ha completato il ciclo, anche se la Toscana (94,2%), la Lombardia (91,7%), la Campania (92%) e il Lazio (86%!) non superano quel 95% fissato dall'OMS nell'ambito del Piano Salute per Tutti nell'anno 2000. Nonostante ciò, il profilo epidemiologico e la tenuta del sistema di sorveglianza, mostrati negli ultimi lustri, fanno dell'Italia una delle nazioni prossime candidate per essere considerate libere dalla polio (*polio-free*). Potrebbe essere questo l'anno della eradicazione europea e il 2005 quello della eradicazione globale: dopo il vaiolo, la poliomielite!

Sarebbe bello che in quel giorno (ormai prossimo) dell'ufficiale eradicazione della polio dall'Italia fosse ricordato anche quel decreto e il suo firmatario: un atto dovuto in tempi d'amnesia ricorrente.

Sono un pediatra di base di Melegnano. Ho letto l'articolo sul Mare di Aral su *Quaderni acp* di aprile.

Devo dire di essermi subito sentito coinvolto dalla richiesta di aiuto della dottoressa Oral e di avere partecipato con gioia al suo progetto con un contributo personale. Nutro un grande amore per la natura ed anche per l'uomo e mi piacerebbe che uomo e natura vivessero in armonia.

Il mare di Aral è certamente l'esempio di come uomo e natura si stanno annullando a vicenda.

Ho inviato una e-mail di incoraggiamento alla dottoressa Oral, poiché credo che chi manda un messaggio di aiuto ha bisogno di sapere che questo sia stato percepito da qualcuno, perché è l'approvazione degli altri che ti dà la forza di andare avanti e di non sentirti isolato.

Devo dire con gioia che la dottoressa Oral mi ha risposto e le sue parole sono state come di un'amica e cariche di una tale grazia e gentilezza al punto da confermare nella mia mente il pensiero che sia una donna eccezionale.

Io continuerò periodicamente ad inviare un mio personale contributo per il progetto di Oral utilizzando il conto corrente postale n°24715450 con causale "per il mare di Aral" (fate sapere se dovessero cambiare le modalità della donazione).

Ma volevo soprattutto chiudere con l'augurio

**Ricordiamo ai nostri lettori che possono utilizzare, anche per piccole donazioni, il seguente conto corrente postale**

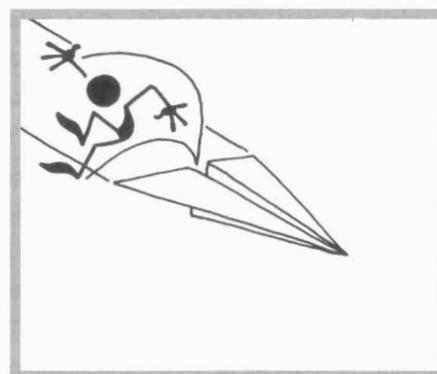
**CC POSTALE N° 24715450  
CENTRO PER LA SALUTE DEL  
BAMBINO - ONLUS  
VIA DEI BURLO 1  
34123 TRIESTE  
specificando nella causale  
"PER IL MARE DI ARAL"**

**I VERSAMENTI PERVENUTI  
AL 10 GIUGNO 2002  
AMMONTANO A 1.800 EURO**

**QUADERNI ACP è inoltre  
promotore di una richiesta  
a tutte le principali riviste inter-  
nazionali di un  
abbonamento gratuito per  
il Medical Institute di Oral.**

che l'ACP continui in qualche modo ad occuparsi dei problemi di Oral e del suo paese, perché come ha scritto in una sua frase la stessa Oral, nella e-mail che ho ricevuto: "è veramente tanto importante sentire l'aiuto di amici, poiché tu cominci a capire che noi siamo tutti dello stesso pianeta".

**Prof. Dr. Oral Atanyazova,  
PERZENT, KARAKALPAK  
CENTER FOR  
REPRODUCTIVE HEALTH AND  
ENVIRONMENT  
P.O. Box 27, Nukus-12,  
Karakalpakstan 742000.  
e-mail: oral@online.ru**



# congressi

## Parigi: assistenza domiciliare alla sindrome di Ondine

La sindrome dell'ipoventilazione centrale congenita (CCHS - Congenital Central Hypoventilation Syndrome) è nota anche come sindrome di Ondine. Si tratta di una malattia molto rara (presumibile la prevalenza di 1 su 50.000 nati vivi) descritta nel 1970 e rimasta malattia orfana, a rischio di difficoltà diagnostica e trattamento inadeguato. È caratterizzata da ipoventilazione centrale in assenza di malattie polmonari, cardiache e neuromuscolari primitive e senza alcuna evidente lesione del tronco cerebrale. I sintomi sono costituiti da ipossiemia e ipercapnia durante il sonno, quando viene a mancare il controllo automatico del respiro e insorgono durante il primo anno di vita. Il problema più serio è quello dell'assistenza domiciliare ed è il motivo di questa segnalazione. Nel febbraio 2002 si è tenuto a Parigi il 2° simposio internazionale organizzato da F. Beaufils, C. Gaultier, Ha Trang (Hopital Robert Debré-Paris), D. Gouriou (AFSO), D. Gozal (University of Louisville-USA).

Uno degli aspetti interessanti del simposio è stata l'ampia partecipazione dei genitori dei malati e dei pazienti stessi che hanno portato le loro esperienze personali. Le famiglie francesi erano rappresentate dalla AFSO (Association française du syndrome d'Ondine) nata per sostenere i diritti e l'integrazione dei pazienti. Erano presenti 5 famiglie italiane, altre tedesche e finlandesi, e Mary Vanderlaan, madre di un bambino affetto da CCHS e responsabile del CCHS Family Network, grazie al quale sono stati recentemente raccolti dati su 167 famiglie provenienti da 18 nazioni su molti

aspetti medici, sociali e sui problemi dell'assistenza domiciliare (sono complessivamente 17 le famiglie italiane partecipanti). L'analisi delle molte informazioni raccolte potrà consentire di pianificare la gestione di questi bambini. Le informazioni in Italia sono poche (al contrario che in Francia dove è presente un registro nazionale) e manca un centro di riferimento con conseguente limitata esperienza di alcuni gruppi e l'invio all'estero, ancora oggi, di bambini italiani.

Secondo quanto è emerso nell'incontro i pediatri, ovunque lavorino, dovrebbero ricordare che:

- la malattia è rara, ma è importante pensarci perché la precocità della diagnosi ha la sua importanza: si può presumere che oltre 100 pediatri (10 nati per anno) si trovino oggi di fronte a questo problema.

Questi pediatri devono sapere che l'efficacia clinica della ventilazione non invasiva con maschera nasale consente di chiudere la invasiva tracheostomia dopo i 5 anni; o addirittura di evitarla se utilizzata fin dall'inizio; nell'esperienza di chi scrive ciò è accaduto in 3 casi (bambini di 8, 7 e 6 anni di età);

- nella maggior parte dei casi vi è una buona crescita, un buon sviluppo psicomotorio ed un'adeguata integrazione scolastica;

- non è ancora possibile conoscere le modalità di trasmissione e quindi il consiglio genetico rimane inevitabilmente vago. Per questo motivo è molto utile la segnalazione di casi di CCHS certi o in accertamento: è stato attivato uno specifico registro per la CCHS presso il Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità.

Francesco Morandi

Se qualche lettore ne vuole sapere di più

può contattare Francesco Morandi per gli aspetti medici ([francesco.morandi@libero.it](mailto:francesco.morandi@libero.it)) e Francesco Risaliti ([frisaliti@dada.it](mailto:frisaliti@dada.it)) per gli aspetti sociali ed associativi.

Siti ove è possibile avere informazioni: [www.e-ondine.com](http://www.e-ondine.com) (sito della A.F.S.O); [www.cchsnetwork.org](http://www.cchsnetwork.org) (sito americano delle famiglie).

## Milano: il valore del microcredito

"I poveri non hanno bisogno dei soldi di Bush, neanche di quei 5 miliardi di dollari stanziati a Monterrey in occasione del summit Onu. Hanno bisogno al contrario di micro crediti e di una banca che faccia prestiti di pochi dollari proprio a chi non offre grosse garanzie".

È quanto sostiene il "banchiere dei poveri", Muhammad Yunus, economista indiano e padre della Grameen bank. Cesvi cooperazione e sviluppo, Ong impegnata da diciassette anni in progetti umanitari in tutto il mondo, e VITA, settimanale d'informazione indipendente e aggiornato sul terzo set-

## Avviso ai lettori

**Per problemi di programmazione 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.**



# controluce

tore, hanno organizzato il 19 aprile 2002 a Milano il convegno "Il valore del microcredito". Sono tra gli altri intervenuti: Mario Baldassarri, vice ministro dell'economia e finanza, Caterina Bertolini, ministro affari esteri, Giuseppe Guzzetti, presidente fondazione Cariplo, James Kaddaras, vicepresidente ACCION (organizzazione non profit USA che combatte la povertà con microprestiti), Pascal Firmin Ndmira, direttore generale COFIDE (Compagnie financière pour le développement), Aldo Poli, presidente della banca del Monte di Lombardia, Giuseppe Tonello, presidente Codesarrollo (progetto per una economia solidale che dà credito e sostiene lo sviluppo), monsignor Ersilio Tonini, cardinale di Ravenna, Fabio Salviato, presidente della banca popolare etica, Stefano Zamagni, presidente ICMC (International catholic migration commission), Carlo Borgomeo, presidente Borgomeo & Co. e Marco Vitale, presidente AIFI (Associazione italiana investitori istituzionali). Ospite della manifestazione è stato Muhammad Yunus, fondatore e direttore generale della Grameen bank, autore del best-seller internazionale "Il banchiere dei poveri" (Feltrinelli, 1998).

La Grameen bank, fondata dal professor Yunus in Bangladesh nel 1977, ha rovesciato le pratiche bancarie convenzionali concedendo prestiti ai poveri, normalmente esclusi dal circuito economico e creando un network basato sulla fiducia, la partecipazione e la creatività. Yunus è partito da un'idea semplice, ma straordinaria: se le risorse finanziarie sono rese disponibili ai poveri a condizioni adeguate e ragionevoli, "questi milioni di poveri, con i loro milioni di piccoli obiettivi possono dar vita al più grande sviluppo che si possa immaginare". La Grameen bank conta oggi oltre 2 milio-

ni e mezzo di beneficiari, il 95% dei quali sono donne. Con 1.170 filiali, fornisce i suoi servizi in 40.000 villaggi e comprende più della metà dei villaggi del Bangladesh. Nel corso degli anni dalla Grameen bank è nata la "Grameen family", un insieme di fondazioni e organizzazioni presenti in tutto il mondo.

"Il convegno - ha detto Riccardo Bonacina, responsabile editoriale di VITA - è stato un'occasione unica, tra l'altro concomitante con la sessione Onu sulla finanza per lo sviluppo in corso a Monterrey, per approfondire anche in Italia un tema importante come il microcredito, mettendo a confronto le principali esperienze nel mondo e gli operatori italiani.

Con questo appuntamento si inaugura anche il "Club VITA", il primo centro culturale *new global* che affiancherà il settimanale offrendo un luogo di dibattito, di confronto e di creatività per tutti coloro che hanno a cuore uno sviluppo per tutti e più partecipato".

Per Maurizio Carrara, presidente del Cesvi, "si è trattato di un momento di incontro, confronto e riflessione necessario per arricchire il dibattito sul tema microcredito, che sempre più si configura come uno strumento economico in grado di offrire alternative e spunti interessanti anche in settori dell'economia dei "paesi del nord del mondo". Abbiamo voluto la presenza del prof. Yunus per raccontare la nascita e la crescita della Grameen bank, che ha rappresentato negli ultimi vent'anni, per le ONG, una delle modalità più significative con cui confrontarsi nell'attuazione di progetti di microcredito a sostegno dell'economia locale nei paesi in via di sviluppo".

m.b.

## 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
- Sono stati candidati del consiglio direttivo ACP: Giacomo Toffol, Stefania Manetti, Franca Parizzi, Pierpaolo Mastroiacovo
- 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.

# Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di base, AUSL 5 Messina

## Introduzione

La promozione della salute e l'assistenza preventiva individuale fanno parte dei compiti previsti nella convenzione del pediatra di famiglia e la promozione dell'allattamento al seno rappresenta un modello di applicazione pratica di tali principi. Il pediatra di base è pienamente coinvolto nella gestione delle problematiche inerenti all'allattamento e rappresenta un anello della catena di professionalità che per compito istituzionale devono promuovere l'allattamento al seno.

In Italia la formazione post-laurea sull'allattamento al seno è quella impartita durante la scuola di specializzazione in pediatria ed è in genere insufficiente a fornire le competenze necessarie ad affrontare e risolvere gli eventuali problemi delle madri che vogliono allattare. Dalla letteratura si evince il ruolo rilevante che occupa l'operatore sanitario, sia durante che dopo la gravidanza, nell'influenzare la madre nella scelta del metodo di allattamento (1,2,3). La ricerca multicentrica in pediatria di base del 1994 promossa dall'ACP (4) non si è posta come obiettivo principale la valutazione dell'efficacia dell'intervento del pediatra di base nel migliorare la durata dell'allattamento al seno; obiettivo mai valutato da ricerche in questo setting.

## Metodi

Un possibile strumento a disposizione del pediatra per aumentare le competenze riguardo all'allattamento al seno è il corso strutturato sulla base dei manuali dell'UNICEF e dell'OMS (5, 6); l'autore nel 1995 ha partecipato ad un corso di formazione per formatori sull'allattamento al seno; il corso teorico-pratico ha avuto una durata di 5 giorni ed è stato condotto dagli operatori dell'Ufficio di Cooperazione Internazionale dell'Istituto per l'Infanzia di Trieste. Da allora il sostegno pre e

post-natale alle madri è divenuto parte integrante della routine ambulatoriale e prevede almeno due incontri prima del parto (con i genitori di pazienti già in carico) con lo scopo di chiarire eventuali dubbi, migliorare le conoscenze specifiche, eliminare eventuali pregiudizi. Durante le prime settimane dopo il parto sono previsti più incontri con le madri che presentano difficoltà con l'allattamento; gli incontri sono fissati su appuntamento (in genere alla fine dell'orario di ambulatorio, in modo da avere tutto il tempo di cui la madre ha bisogno) e prevedono anche la valutazione della poppata, in modo da correggere eventuali problemi di posizione e di attacco. Per valutare nella pratica gli effetti di tale intervento sono stati analizzati retrospettivamente i dati di due coorti di neonati nati tra il 31 agosto 1993 e il 1 settembre 1995 (coorte 1, 112 neonati) e tra il 31 agosto 1995 e il 1 settembre 1997 (coorte 2, 130 neonati), rispettivamente prima e dopo il corso di formazione. Non vi era differenza significativa tra i gruppi riguardo alle variabili sociali, demografiche, ostetriche e perinatali. Come misura di esito è stata studiata la durata dell'allattamento al seno. Per allattamento al seno si intende la somma di allattamento esclusivo, predominante e complementare secondo la classificazione ufficiale dell'OMS e dell'UNICEF (6,7).

Le due coorti sono state poi stratificate in due sottogruppi: primipare e non primipare allo scopo di valutare anche l'effetto dell'intervento prenatale nella seconda coorte. Nella prima coorte infatti nessuna mamma aveva condotto un colloquio prenatale (45 primipare e 67 non primipare). Nella seconda coorte il pediatra ha condotto almeno un colloquio prenatale in tutte le 75 non primipare e soltanto in 4 delle 55 primipare.

L'analisi dei dati è stata condotta con Stats

Direct© utilizzando il metodo di Kaplan-Meier per determinare la curva di durata dell'allattamento e il log-rank test per valutarne la significatività statistica.

## Risultati

La mediana della durata dell'allattamento nella coorte 1 è stata di 18 giorni (IC 95% da 0 a 71) e nella coorte 2 di 170 giorni (IC 95% da 90 a 203) con una differenza significativa (IC al 95% nettamente separati per il decorso delle due curve) fino a 380 giorni (figura 1).

Il log-rank test ha confermato la differenza significativa tra le due coorti ( $\chi^2 = 21,3$ ;  $p < 0,0001$ ). Estremamente significativa era anche la differenza tra primipare della prima coorte e primipare della seconda coorte ( $\chi^2 = 15$ ;  $p = 0,0001$ ) oltre che per le pluripare delle due coorti ( $\chi^2 = 7,9$ ;  $p = 0,0047$ ). Per rendere più esplicita la significatività statistica di queste differenze di durata dell'allattamento al seno, nella figura 2 sono riportate separatamente le curve di durata dell'allattamento delle primipare e delle pluripare delle due coorti. Come si vede dalla figura, le primipare delle due coorti allattano in maggior numero e per più tempo rispetto alle pluripare.

## Discussione

Morrow (8) ha descritto un aumento significativo nella prevalenza e durata dell'allattamento al seno in un gruppo di madri che ricevevano assistenza pre-natale e post-natale da parte di donne opportunamente formate; suggerisce che il counselling per aiutare le madri ad allattare dovrebbe essere accessibile per tutte le donne che partoriscono, come componente routinaria delle cure primarie e auspica che altri studi comparino l'efficacia relativa di differenti tipi di counselling.

L'esperienza riportata nel presente lavoro sembra confermare che un sostegno compe-

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

ricerca

**Abstract**

**Objectives:** it has been demonstrated that Unicef and OMS's 18 hours vocational training can improve the prevalence and the duration of breastfeeding: the aim of this research is to verify whether this can also be effective in the family paediatrician's surgery.

**Methods:** a retrospective analysis of two

cohorts of patients attending family paediatricians, each made of 112 and 130 newborns, evaluated before and after the vocational training on breastfeeding.

**Results:** the duration of breastfeeding was significantly different in the two cohorts (log-rank test  $\chi^2=21,3$ ;  $p=0,0001$ ) with median of 18 days, (IC 95% da 0 a 71) in cohort 1 and

of 170 days (IC 95% da 90 a 203) in cohort 2.

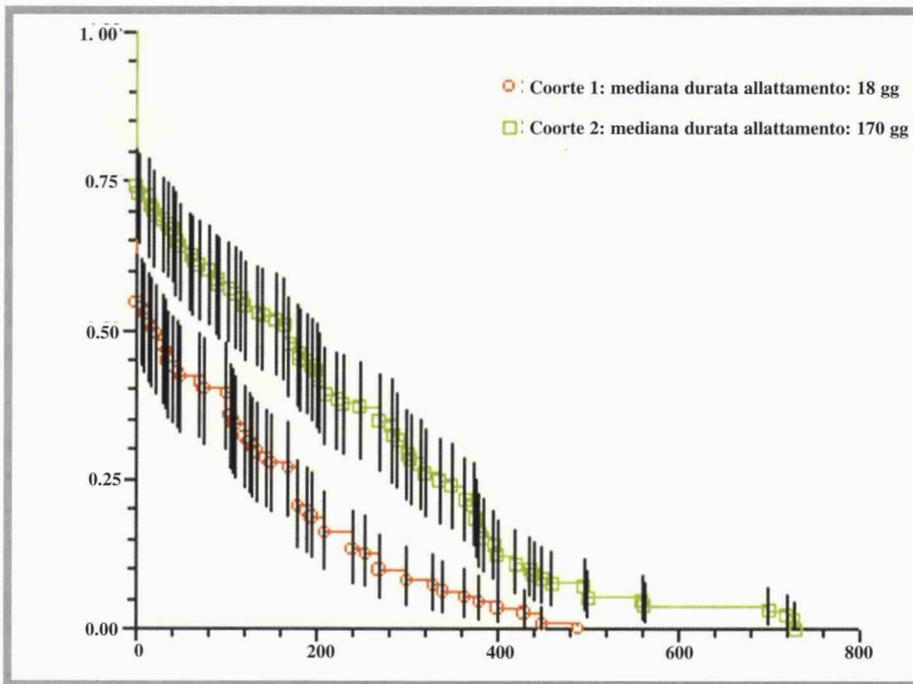
**Conclusions:** a competent support on breastfeeding by the family pediatrician can increase the duration of breastfeeding.

Sergio Conti Nibali

Supporting breastfeeding in the family paediatrician's surgery

Quaderni acp 2002; vol IX n° 3: 10-12

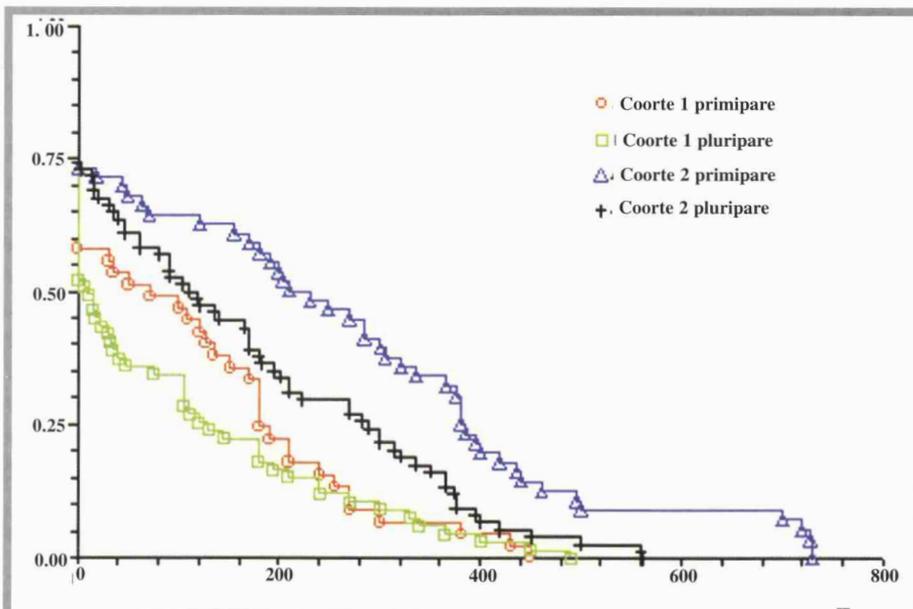
**FIGURA 1: CURVA DI DURATA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO NELLE DUE COORTI**



tente da parte del pediatra di base può aumentare la durata dell'allattamento al seno. La durata maggiore di allattamento al seno si ha

nello strato di primipare della seconda coorte e in questo sottogruppo il contatto prenatale del pediatra di base non è certamente l'inter-

**FIGURA 2: DURATA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO DI PRIMIPARE E NON PRIMIPARE NELLE DUE COORTI**



vento determinante, quantomeno per il successo iniziale dell'allattamento al seno (soltanto 4 visite prenatali in 55 soggetti).

La durata dell'allattamento nei quattro strati delle due coorti consente però di affermare che le competenze acquisite con il corso potrebbero essere un fattore determinante dei risultati della seconda coorte: lo studio non può escludere, tuttavia, l'intervento di altri determinanti che hanno cambiato in maniera così significativa l'attitudine all'allattamento al seno della seconda coorte.

In Italia il pediatra di base può rappresentare una delle figure che si prende in carico il problema e che è capace di garantire alla madre il sostegno di cui ha bisogno. Per assumersi questo compito deve, tuttavia, essere disponibile a "fare qualcosa in più": è essenziale che acquisisca competenze teorico-pratiche specifiche. Il corso strutturato sulla base dei manuali dell'UNICEF e dell'OMS sembra essere idoneo ad aumentare le conoscenze e a migliorare la pratica per aiutare le madri che hanno difficoltà ad allattare, come confermato da studi (eseguiti, tuttavia, in setting diversi rispetto alla pediatria di base) sulla prevalenza e durata dell'allattamento condotti sia in Italia (9) che all'estero (10).

Tra le due coorti c'è una netta differenza di mamme che abbandonano l'allattamento al seno nel primo mese: un sostegno competente può aiutarle a superare eventuali problemi. Osservare la madre che allatta, rendersi disponibile ad affrontare con competenza gli eventuali problemi, offrendo uno "spazio" adeguato, sono pre-requisiti indispensabili per un supporto efficace all'allattamento al seno.

Ovviamente l'attività del pediatra di base nella promozione dell'allattamento al seno è solo un anello di una catena che non può prescindere dalle altre figure che entrano in relazione con la famiglia prima, durante e dopo il parto e, proprio per questo, il suo intervento potrà essere tanto più efficace quanto più rientra in una strategia di sostegno condivisa con gli altri operatori socio-sanitari del territorio in cui opera.

In ogni caso, comunque, compito del pediatra di base è anche quello di verificare "numeri

# Padre padrone

Lucio Piermarini

Pediatra Servizi Consultoriali, ASL 4 - Regione Umbria

alla mano" l'efficacia dell'intervento sui propri assistiti; l'autovalutazione periodica deve essere considerata un'attività imprescindibile e l'unico strumento che consente il riorientamento dei propri comportamenti rispetto ad esiti di salute di notevole impatto, quale la durata dell'allattamento al seno.

## Bibliografia

- (1) Kistin N et al. Breastfeeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990;86:741
- (2) O' Campo Pal. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *BIRTH* 1992;19:195
- (3) Righard L et al. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet* 1990;336:1105
- (4) Conti Nibali S et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Quaderni acp* 1997;6:10
- (5) UNICEF Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. *UNICEF New York*, 1993
- (6) WHO Breastfeeding counselling: a training course. *WHO, Geneva*, 1993
- (7) WHO Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. *WHO Geneva*, 1991
- (8) Morrow AL et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226.
- (9) Cattaneo A et al. On behalf of the Breastfeeding Research and Training Working Group. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001;323:1358
- (10) Kramer MS et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413

S. Conti Nibali - Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base  
**Quaderni acp 2002**; vol IX n°3: 10-12

Ha letto professore? Il reparto di pediatria di Bassano, per primo in Italia, ha ricevuto il titolo di Ospedale amico dei bambini.

**Che roba è?**

Come, non ne ha mai sentito parlare? È un accreditamento internazionale per la qualità dell'assistenza riguardo l'allattamento al seno.

**E cosa ci si guadagna?**

Non ci si guadagna nulla ma, in tempi di magra come questi, può sempre servire ad attirare qualche parto in più, e quindi ricoveri, e quindi fatturato.

**Ah sì? E allora facciamo anche noi. Non sarà poi così difficile. Le conoscenze non mi mancano certo.**

Non è questione di conoscenze, professore. Dipende tutto dall'UNICEF.

**Unicef... Me ne hanno parlato da poco, ma non mi ricordo la casa produttrice.**

Come la casa produttrice?

**Diamine, quella che la fabbrica! Non è quella cefalosporina di quinta generazione?**

Ma no, professore! L'UNICEF è un organismo internazionale che si occupa di protezione dell'infanzia.

**Ah, quell'UNICEF! Ma certo, poteva dirlo subito. Bene, chiediamolo all'UNICEF.**

**Ci sarà pure qualcuno che lo conosce.**

Non è così semplice. Prima bisogna dimostrare di rispettare i dieci passi.

**Dieci passi? Non sarà una specie di massoneria? Perché a me ne basta una.**

Che dice! Si tratta di dieci punti riguardanti l'organizzazione del reparto, la politica sull'allattamento al seno, l'uso delle formule e così via. Tutto deve essere mirato alla promozione del latte materno.

**Ma noi già le facciamo allattare le mamme.**

Forse lei non si rende conto della complessità della cosa. Pensi che sul cartellino di dimissione non si può neanche scrivere, fra le prescrizioni, il nome del latte artificiale.

**E noi lo toglieremo dalle prescrizioni. Lo metteremo insieme alle cremine e gli sciampi fra i consigli per gli acquisti.**

Ma professore! Si vuole evitare comunque l'indicazione! In più il latte formulato da utilizzare deve essere acquisito con un'asta dalla ditta che fa l'offerta più vantaggiosa.

**Se è per questo, io non ho mai fatto aste, ma**

**ho comunque sempre spuntato i prezzi migliori da tutte le ditte.**

Ma lei proprio non vuol capire! Assolutamente non si possono fare i turni dei latti!

**Ma dove va a finire allora la democrazia, l'equità, l'etica? Noi dobbiamo dare una mano a tutti.**

In questo caso invece la ditta che vince la gara fornisce il latte e l'azienda glielo paga.

**Come? L'azienda paga? E a noi niente più?**

**E le attrezzature, i congressi, i gadget ...**

Vedo che finalmente sta realizzando tutte le implicazioni e le ovvie difficoltà connesse al rispetto dei dieci passi. E non gliene ho enumerati che alcuni.

**Perché ce ne sono di peggiori?**

Dipende dai punti di vista. Per esempio si dovrebbero tenere i bambini sempre vicino alle mamme fin dalla nascita e attaccarli subito al seno, per cui bisognerà convincere il primario ostetrico e, per essere uno che scambiasse l'antitrombina per un anticoncezionale, non sarà tanto facile. Poi bisogna allattarli a richiesta, non dare aggiunte, non pesare le poppate, non usare biberon né ciucci, e così via.

**Ma è l'anarchia più totale. Nessuna regola, nessun controllo. È pericolosissimo.**

Veramente risulterebbe che stando con le mamme i bambini si stabilizzano prima.

**E quindi niente ipotermie.**

Certo, e mangiando spesso hanno un calo inferiore.

**E quindi niente ipoglicemie.**

E ovviamente con il latte materno niente vomiti.

**Appunto! Lo dicevo io, pericolosissimo. Già non ci mandano nessuno, se non peschiamo fra i neonati sani, chi ricoveriamo? Altro che aumento dei parti! Lasciamo stare questa storia dell'UNICEF e continuiamo come al solito. Fortuna che arriva il federalismo. Ognuno a casa sua come gli pare. E poi le mamme sono stanche, inesperte, senza latte, ed è bene che lo imparino subito. Loro hanno bisogno di noi e noi abbiamo bisogno di loro. Il medico è come un padre. Noi le aiuteremo ma devono obbedire.**

Ma professore, non possiamo mica obbligarle a fare quello che non vogliono.

**Sul serio? E da quando?**

# I nidi d'infanzia nuovi dati e prospettive

Roberto Volpi

Demografo, Istituto degli Innocenti di Firenze

I risultati di una ricerca sui servizi educativi per la prima infanzia svolta alla fine del 2000 (1), consentono, tra le altre cose, di aggiornare i dati che in Italia erano fermi al 1992.

Il quadro aggiornato della situazione in questo importante ambito consente alcune fondate considerazioni.

Gli elementi di rilievo che emergono dal confronto tra i dati del 1992 e quelli del 2000 sono:

1. forte incremento del numero e dei posti disponibili nei nidi d'infanzia
2. permanere di enormi divari tra le regioni del Nord e del Centro e quelle del Sud d'Italia
3. crescente peso dell'iniziativa privata anche in questo ambito.

## L'incremento del numero e dei posti disponibili nei nidi d'infanzia

Tra il 1992 e il 2000 il numero dei nidi d'infanzia è cresciuto del 38%. Minore, ma pur sempre consistente, la variazione verificatasi per quanto riguarda i posti-nido disponibili, pari al 21% (*tabella 1*).

L'incremento meno sostanzioso dei posti-nido, d'altro canto, deve tener conto della riduzione della popolazione di 0-2 anni (fino a tre anni non compiuti) tra il 1992 e il 2000. La disponibilità di posti-nido rispetto all'effettiva consistenza dei bambini potenziali utenti dei nidi è passata infatti da 5,8 posti-nido ogni 100 bambini nel 1992 a 7,4 posti-nido ogni 100 bambini nel 2000, con un incremento percentuale di detta disponibilità che concretamente sfiora il 30%.

Insomma, per quanto i bambini di 0-2 anni siano diminuiti tra il 1992 e il 2000, nidi d'infanzia e posti-nido sono decisamente aumentati. Del resto, la disponibilità di nidi in Italia, rispetto al numero di bambini, non brillava nel panorama europeo.

Ma la crescita non è stata affatto sufficiente a soddisfare una domanda in aumento e se ci sono 7,4 posti-nido per 100 bambini di 0-2 anni è anche vero che le domande di iscrizione ai nidi riguardano ormai 10 bambini su 100 di questa età, con un divario tra disponibilità e richiesta di posti-nido che non tende a ridursi ma, semmai, ad aumentare.

A questo proposito il discorso diventa necessariamente più complesso, in quanto è noto a tutti che servizi come questo tendono comunque a creare la propria domanda. In altre parole, una più ampia forbice tra disponibilità da un lato e richiesta di posti-nido dall'altro è proprio da ricercarsi in quelle regioni dove il numero di nidi e di posti-nido è più alto che altrove.

La contraddizione in cui si dibatte il problema in Italia è proprio la seguente: la richiesta di posti-nido è venuta tra il 1992 e il 2000 oltremodo rafforzandosi proprio in quelle regioni dove più forte è stato l'incremento di posti-nido, mentre ha registrato mutamenti meno consistenti in quelle regioni, collocate al Sud e nelle Isole, in cui la disponibilità di posti-nido resta su valori molto bassi che ne fanno il fanalino di coda a livello europeo.

## Il divario tra le regioni del Nord e del Centro e quelle del Sud d'Italia

L'incremento di nidi d'infanzia e posti-nido è particolarmente accentuato nelle regioni del Centro Italia: Toscana, Umbria, Marche e,

secondariamente, Lazio. Al Sud, come al Nord, è stato invece mediamente inferiore e perfino con alcune punte di decremento (come nell'Emilia-Romagna al Nord e particolarmente nella Puglia al Sud).

Con questa differenza: mentre le regioni del Nord hanno valori mediamente apprezzabili oscillanti tra oltre 7 e 18 posti-nido per 100 bambini, al Sud questi valori oscillano da meno di 2 a 6 posti-nido per 100 bambini. L'incremento di nidi e posti-nido degli anni novanta ha lasciato, sotto il profilo del divario Nord-Sud, le cose esattamente come stavano, pur se importanti aumenti si registrano anche nelle Isole.

Dalla *tabella 2* è possibile rendersi conto che: a) è l'area centrale del Paese, compresa tra l'Emilia-Romagna a nord e il Lazio al sud, quella nella quale i nidi d'infanzia hanno avuto il maggiore sviluppo;

b) le domande di iscrizione ogni 100 bambini di 0-2 anni, che costituiscono la "domanda espressa", risultino per così dire proporzionate ai livelli dell'offerta rappresentata dal numero di posti-nido.

Là dove l'offerta scarseggia anche la domanda latita e se il divario nazionale è di 2,5 domande di iscrizione insoddisfatte ogni 100 bambini di 0-2 anni si vede bene come esso sia sistematicamente superiore a questa soglia nelle regioni dove maggiore è la disponibilità di posti-nido rispetto alla popolazione di 0-2 anni e viceversa.

TABELLA 1: NIDI D'INFANZIA E POSTI NIDO AL 1992 AL 2000

|                 | 1992   | 2000    | variazione % |
|-----------------|--------|---------|--------------|
| nidi d'infanzia | 2.180  | 3.008   | 38           |
| posti-nido      | 97.654 | 118.517 | 21           |

Per corrispondenza:

Roberto Volpi

e-mail: volpi@minori.it

statistiche correnti

**Abstract**

Recent research on day-nurseries shows an increase in them since 1992, however there is still a greater need than the current provision and a lack of them in Southern Italy. Private nurseries have grown in respect to past times.

Roberto Volpi

*Day nurseries: new data and outlook  
Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 13-14*

**TABELLA 2: POSTI NIDO E DOMANDE D'ISCRIZIONE PER 100 BAMBINI DI 0-2 ANNI**

| Regioni               | Posti-nido 1992 (%) | Posti-nido 2000 (%) | Domande 2000 (%) |
|-----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Piemonte              | 10,8                | 10,7                | 13,1             |
| Valle d'Aosta         | 7,6                 | 12,3                | 21,9             |
| Lombardia             | 9,1                 | 9,7                 | 12,9             |
| Trentino-Alto Adige   | 5,1                 | 7,5                 | 9,2              |
| Veneto                | 5,5                 | 7,2                 | 10,7             |
| Friuli-Venezia Giulia | 5,4                 | 7,8                 | 11,5             |
| Liguria               | 8,0                 | 9,7                 | 21,0             |
| Emilia-Romagna        | 18,8                | 18,3                | 22,1             |
| Toscana               | 7,9                 | 11,3                | 16,6             |
| Umbria                | 8,7                 | 11,6                | 15,2             |
| Marche                | 8,5                 | 11,5                | 15,1             |
| Lazio                 | 6,6                 | 8,5                 | 12,2             |
| Abruzzo               | 4,7                 | 4,1                 | 4,5              |
| Molise                | 2,1                 | 2,9                 | 2,6              |
| Campania              | 0,6                 | 2,2                 | 2,5              |
| Puglia                | 4,0                 | 2,7                 | 2,9              |
| Basilicata            | 3,4                 | 5,2                 | 5,6              |
| Calabria              | 0,9                 | 1,9                 | 1,8              |
| Sicilia               | 2,4                 | 4,7                 | 5,9              |
| Sardegna              | 3,3                 | 6,4                 | 8,2              |
| <b>ITALIA</b>         | <b>5,8</b>          | <b>7,4</b>          | <b>9,9</b>       |

educativi, messe in atto dal settore pubblico, hanno finito per richiamare nell'agone anche i privati.

La ragione è probabilmente da ricercare nel fatto che la domanda non trova, come si è visto, compiuta soddisfazione nell'offerta dei servizi. Di fronte a questa realtà non si tratta pertanto di privilegiare questo o quel tipo di gestione quanto di porre tutti, pubblici e privati, di fronte alla necessità di rispettare precisi standard di qualità e criteri di valutazione non cervellotici, ma improntati al buon senso e alle effettive necessità dei più piccoli.

**Il crescente peso della iniziativa privata nei servizi educativi**

Passati a rappresentare da meno del 7% al 20% di tutti i nidi, quelli privati possono vantare un balzo in avanti, compiuto tra il 1992 e il 2000, ben più cospicuo di quello registrato dai nidi d'infanzia pubblici.

È possibile che i nidi d'infanzia privati risultassero sottostimati al 1992, con la conseguenza di far risultare al 2000 un loro

aumento più deciso di quello reale?

Se pure ci fosse stata nel 1992 una scarsa attenzione al problema, l'evidenza delle cifre (tabella 3) è di quelle che si prestano a poche contestazioni.

Il "mercato" dell'educazione, già a partire dai bambini più piccoli, è sempre più appetito dai privati: questo è l'altro elemento di novità manifestatosi pienamente in questi anni. Le politiche di sviluppo dei sistemi

**TABELLA 3: ASILI PUBBLICI E PRIVATI AL 1992 AL 2000**

| Anno | Pubblici | Privati | Totale | Privati % |
|------|----------|---------|--------|-----------|
| 1992 | 2.034    | 146     | 2.180  | 6,7       |
| 2000 | 2.404    | 604     | 3.008  | 20,1      |

**Bibliografia**

(1) Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza I nidi d'infanzia e gli altri servizi educativi per i bambini e le famiglie, Istituto degli Innocenti di Firenze, novembre 2001 (<http://www.minori.it/20nov/nidi.pdf>)

R. Volpi - I nidi d'infanzia: nuovi dati e prospettive  
Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 13-14

®

# 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 aptotipi HLAII DQ2 e DQ8.



## Punti nascita una risorsa per NpL?

Sono un insegnante elementare. Nel mio comune si sta studiando la possibilità di attuare Nati per Leggere con una modalità un po' diversa da quella suggerita dal progetto, anche per la scarsa collaborazione dei pediatri. Il Comune, del quale sono consulente per la politica culturale, intende fare regalare i libri nel reparto di maternità al momento della nascita, sostanzialmente quando il neonato esce dall'ospedale. Il libro sarebbe accompagnato da un manualetto di istruzioni sul vantaggio di leggere ai figli fin dalla nascita. Non è stato chiarito da chi e come verrà fatta la consegna del libro. Vorrei sapere se ci sono altre esperienze del genere, come si sono svolte e che risultati hanno dato.

Francesco Casadio Origlia

*Quella del regalo del libro nel punto nascita non ci sembra la soluzione migliore per i motivi che riassumiamo:*

1. La dimissione dall'ospedale (per il parto ciò avviene di solito in seconda giornata) è un momento abbastanza caotico in cui si mescolano funzioni sanitarie (prescrizioni, consigli, appuntamenti) e amministrative. La madre aspetta, spesso seduta in corridoio, di avere i documenti di dimissione, esce con borse e fagotti, tutto viene stipato in fretta in macchina. D'altra parte, la scelta della seconda giornata è obbligatoria; un problema come questo non può essere affrontato in prima giornata con una madre affaticata dal parto.
2. L'attenzione della madre è rivolta ai problemi che incontrerà nel puerperio come l'allattamento, il pianto del bambino, i caratteri

*delle feci, la crescita; la lettura finirebbe per essere considerata, nell'ordine delle priorità, del tutto secondaria.*

3. Il pacco con i libri si aggiunge a pannolini, polveri, camomille, depliant e (nonostante sia proibito regalare il latte) alle buste di latte. È, cioè, mescolato a materiale di poco pregio. Si può pensare per il regalo del libro, sempre conservando l'idea dell'approccio precoce e tenendo conto della mancata disponibilità del pediatra di base, ad altre soluzioni: la visita domiciliare dell'assistente sanitaria (soluzione del progetto inglese Bookstart), dove la visita si fa, il primo controllo del consultorio (soluzione del progetto americano ROR e del progetto del comune di Ferrara), la prima vaccinazione, o altre soluzioni ancora sulla base dell'organizzazione sanitaria locale.

g.c. b.

## Nati per leggere in Veneto

Il comune di Martellago (VE) ha promosso un'iniziativa legata a "Nati per Leggere".

L'iniziativa è rivolta ai bambini dai tre mesi ai sei anni. Il progetto prevede l'attivazione di un corso di formazione al quale potranno partecipare genitori, educatori, pediatri, e volontari che hanno interesse ad accrescere le loro conoscenze e competenze nel settore della prima infanzia, dall'animazione alla lettura. Gli otto incontri stabiliti avranno cadenza settimanale. Il progetto prevede, infine, l'attivazione di un servizio di animazione con lettura itinerante da svolgersi presso le sale d'attesa dei pediatri. Per informazioni si può telefonare alla Cooperativa Codess Sociale tel. 041951110, oppure al Settore Servizi Socio Culturali, tel. 0415400552 (Antonella Povolato), o alla biblioteca civica "G. Tronchin", tel. 041640331 (dr. Isabella Stevanato).

red.

## Nati per leggere in Liguria

A Genova è stato iniziato il progetto "Virus della lettura" per la promozione della lettura

# nati

condivisa fra genitori e bambini da 0 a 6 anni in attuazione del progetto nazionale "Nati per Leggere". L'iniziativa è dell'APEL (Associazione pediatri extraospedalieri liguri) e dell'Associazione italiana biblioteche - sezione Liguria. Quattro gli interlocutori del progetto:

- 1) i pediatri di famiglia e dei consultori
- 2) i servizi per l'infanzia 0/6 anni
- 3) le biblioteche che svilupperanno gli spazi di lettura 0/6 e li coordineranno con gli altri interlocutori, garantendo attraverso gruppi di lavoro misti la qualità delle proposte bibliografiche
- 4) i genitori e i bambini che potranno partecipare alla proposta entrando nel circuito tramite il pediatra, o la biblioteca o un servizio 0/6 che abbia aderito all'iniziativa. Le prime proposte di lettura messe a punto riguardano tematiche su cui le famiglie hanno più attenzione quando vanno dai pediatri o nei servizi per l'infanzia 0/6: il cibo, il sonno e la malattia

Per informazioni: Biblioteca internazionale per l'infanzia Edmondo De Amicis - Magazzini del Cotone, Porto antico, tel. 010265237. Sempre a Genova, nei giorni 6 e 7 marzo, in preparazione del progetto si è tenuto un corso di aggiornamento per bibliotecari.

red.

## Nati per leggere nel Lazio

Il 6 maggio 2002 presso la Biblioteca comunale di Contigliano (RI) è stato presentato il progetto "Nati per Leggere". Presenti il sindaco di Contigliano, Mario Marchionni e l'assessore alla cultura. All'incontro erano stati invitati tutti i genitori dei bimbi che hanno un'età compresa tra 0 e 5 anni, i pediatri e gli operatori del settore.

red.

## Nati per leggere in Campania

Il 17 aprile 2002, presso la Biblioteca provinciale di Benevento, è stato presentato il pro-



# per leggere

getto "Nati per Leggere Benevento". L'iniziativa è collocata nell'ambito della XII settimana della cultura scientifica e tecnologica (Benevento, 12-23 aprile). Il programma della presentazione:

- la scuola e il territorio: un dialogo possibile (Mario Pedicini, dirigente del Centro per i servizi amministrativi di Benevento).

- la lettura ad alta voce al bambino e lo sviluppo della letto-scrittura nel bambino (Pasquale Causa, pediatra)

- il progetto nazionale "Nati per Leggere" (Stefania Manetti, pediatra).

- i pediatri di famiglia, ospedalieri e di comunità nel progetto (Raffaele Arigliani, pediatra, Iride Dello Iacono, pediatra, ospedale Fatebenefratelli Benevento; Pasquale Lacerra, direttore sanitario ASL BN 1).

- il ruolo delle biblioteche: un luogo per leggere (Elio Galasso, direttore Biblioteca di Benevento).

- il progetto "Nati per Leggere Secondigliano": un esempio di integrazione (Lina Di Maio, pediatra).

- il progetto "Nati per Leggere Benevento" (Lia Carbone, pediatra).

*s.m*

## NPL alla Fiera Internazionale del libro per ragazzi

Alla Fiera internazionale del libro per ragazzi di Bolognal' 11 aprile è stato presentato presso la sala conferenze del padiglione 29 lo stato di attuazione del progetto, con particolare attenzione alla situazione del Friuli Venezia Giulia. Sono intervenuti, per i progetti del Friuli Venezia Giulia, Claudia Zucchet della cooperativa Damatrà di Udine, che ha presentato il progetto "La Banca delle Storie", Alessandra Sila del CSB (Centro per la Salute del Bambino), che ha presentato le modalità di attuazione nella città di Trieste, Antonella Del Sal, della Biblioteca comunale di Lignano Sabbiadoro, Miriam Scarabò, del Sistema Bibliotecario provinciale di Gorizia. Letizia Tarantello ha presentato il progetto romano curato dalla Biblioteca centrale ragazzi di Roma. Pasquale

Causa, del CSB di Napoli, ha presentato gli ultimi dati della ricerca sul tema dei confronti dei risultati fra la "lettura dialogica" cioè quella compartecipata fra familiare e bambino e la "lettura tradizionale". Ha coordinato Nicoletta Bacco, della Sezione Emilia Romagna dell'AIB. Per l'ACP e il CSB erano presenti, oltre ad Alessandra Sila e Pasquale Causa, Giancarlo Biasini, Carla Cafaro e Mariangela Clerici Shoeller del gruppo di coordinamento di "Nati per Leggere".

*g.c. b.*

## Nati per leggere in Sardegna

Alla Fiera internazionale del libro per ragazzi di Bologna, l'Assessorato alla cultura della Regione Sardegna ha allestito uno spazio in cui il progetto "Nati per Leggere" è stato presentato in forma di gioco dell'oca. Questo gioco ha l'intenzione di fare entrare "Nati per Leggere" nelle biblioteche, nelle scuole dell'infanzia, negli ospedali, nelle ludoteche per farsi conoscere dai bambini, dai genitori, dai pediatri, dai ludotecari. Gli illustratori di "Nati per Leggere", oltre ad Eva Rasano, che ha curato la realizzazione del gioco, sono Luca Arru, Silvio Camboni, Sergio Coianiz, Silvia Idili, Bruno Olivieri, Angelo Secci, Giorgia Atzeni, Ignazio Fulghesu, Alessandra Murgia, Valeria Valenza.

Per iniziativa del Comune di Cagliari a tutti i bambini che nasceranno, e per almeno due anni, verrà regalato il libro Mammalingua "ventuno filastrocche per la lingua della mamma". Il libro è di Bruno Tognolini, un noto esperto di filastrocche che ha lavorato per la TV in "La Melevazione e le sue storie".

*f.d.*

## Corso di formazione per bibliotecari

È stato organizzato a cura dall'Associazione italiana biblioteche il 1° corso nazionale per bibliotecari addetti al progetto "Nati per Leg-

gere". Si svolgerà a Vicenza dall'11 al 13 novembre 2002 per fornire le competenze necessarie a coloro che sono impegnati nella diffusione del progetto nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige e Lombardia. La medesima iniziativa verrà riproposta a Napoli nella primavera 2003.

Informazioni sul programma e sulle adesioni: Nives Benati nbenati@racine.ra.it,

*red.*

## Iniziativa della Editrice Giunti

I pediatri dell'ACP Toscana, in collaborazione con la rivista LiBeR, avevano pubblicato nella primavera del 2001 un originale ricettario pediatrico dal titolo "leggere fa bene" per "prescrivere" libri adatti alle varie età in occasione dei bilanci di salute. Il libretto aveva per l'appunto la forma del ricettario ed era andato rapidamente esaurito. Ora l'editore Giunti provvede alla ristampa del ricettario che entrerà a far parte dei prodotti del progetto "Nati per Leggere". Informazioni: Simona Merlino [www.giuntiprogettieducativi.it](http://www.giuntiprogettieducativi.it)

*red.*

## Il coordinamento di Nati per Leggere

Il gruppo di coordinamento di Nati per Leggere risulta attualmente così composto: Giancarlo Biasini (presidente CSB, Cesena) [gbias@tin.it](mailto:gbias@tin.it), Carla Cafaro (pediatra, Ferrara) [cafaro.carla@libero.it](mailto:cafaro.carla@libero.it), Pasquale Causa (pediatra, Napoli) [pacausa@libero.it](mailto:pacausa@libero.it), Mariangela Clerici Schoeller (pediatra, Milano) [r.cosentini@libero.it](mailto:r.cosentini@libero.it), Alessandra Sila (CSB, Trieste) [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it), Igino Poggiali (presidente AIB) [poggiali@aib.it](mailto:poggiali@aib.it), Fabio Bazzoli (bibliotecario) [biblioteca@comune.chiari.brescia.it](mailto:biblioteca@comune.chiari.brescia.it), Nives Benati (bibliotecaria) [nbenati@racine.ra.it](mailto:nbenati@racine.ra.it), Giovanna Malgaroli (bibliotecaria) [giovanna.malgaroli@tiscalinet.it](mailto:giovanna.malgaroli@tiscalinet.it), Letizia Tarantello (bibliotecaria) [bicera@comune.roma.it](mailto:bicera@comune.roma.it)

*red.*

# Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita

Maria Letizia Meacci  
Redazione di LiBeR

Nel terzo anno di vita il bambino scopre il significato di una grande quantità di cose nuove per lui. La più importante è probabilmente riconoscere ciò che è reale o è accaduto, che cosa è rappresentato in una fiaba o in un racconto televisivo e ciò che invece è solo frutto della sua mente. A tre anni, come è ovvio, non è in grado di distinguere esattamente tutto questo, ma è importante che gli adulti comprendano come certe volte sia combattuto e incerto riguardo a streghe e mostri. D'altro canto anche gli adulti svolgono un ruolo in questo, proponendo come veri taluni personaggi immaginari come Babbo Natale o il topolino che porta via il succhiotto (*Comprendere il vostro bambino da 3 a 4 anni*).

Un grande avvenimento si prepara per lui: frequentare la scuola materna. Un libro che le mamme dovrebbero leggere ai figli per prepararli è *La casa arancione* di Roberto Piumini (Einaudi Ragazzi, 2000). Un "romanzo" che parla della vita di tutti i giorni dei bambini, delle loro esperienze e del mondo della casa arancione, ovvero la scuola materna, dove sono raggruppati in Classe Rossa, Classe Azzurra, Classe Verde e Classe Gialla. L'autore rivive poeticamente i riti della giornata, che si rivela piena di sorprese, di emozioni, di risate e di qualche piccolissima delusione.

Per i 3-4 anni i libri del gioco-scoperta e quelli di conoscenza oggettiva sono ancora presenti, anche se più complessi e sofisticati e con illustrazioni più provocanti e problematiche, perché il bambino non ha finito di scoprire il mondo, anzi deve consolidare le sue scoperte e procedere oltre per nuove conquiste.

Un libro di robusto cartone presenta una figura dentro un buco, girando la pagina si scopre che nasconde una figura diversa: *Pero melo*,

*dimmi il vero* (Fatatrac, 2001). Il grande divertimento dei bambini, dopo aver capito il meccanismo, è indovinare cosa si cela sotto. Un albo simile è stato recentemente riedito da Salani, *Sembra questo, Sembra quello* (2001): un particolare che sembra un oggetto a sé si rivela nella pagina seguente parte di un tutto. La manualità di un bambino di tre anni è abbastanza consolidata e La Coccinella pubblica la collana Giochiamo con i cubetti:

*Il leone e... L'ape e... La zucca e... Il telefono e...* (2001). Le pagine sono in spesso cartone "con anima di gomma espansa colorata, trattenute da una speciale legatura asportabile"; nove cubetti di plastica si possono manipolare per scomporre e ricomporre il puzzle.

*Il mio primo libro per conoscere...* (Mondadori, 2000) impegna il bambino che sfruttando le animazioni proposte può apprendere nozioni importanti per la vita di tutti i giorni. Per arricchire il vocabolario, per affinare il linguaggio e come stimolo a osservare l'ambiente, La Coccinella ha proposto la serie "Come si chiama?" con tante parole e tante sorprese da scoprire sotto i flap: *Parole della scuola e Parole della campagna* (1999), *Parole della casa e Parole del parco* (2000). Un libro particolarmente bello è *I contrari* (2000) dell'editore Il Castoro. Tanti concetti topologici sono presentati al bambino da un elefante grigio in tavole illustrate imprevedibili e surreali, mentre la conoscenza dei colori può essere consolidata sfogliando il bel libro *Verde, rosso, tutti quanti. Un viaggio tra i colori* (Ravensburger, 2000) di Kveta Pacowská, una delle più interessanti illustratrici di oggi. *Il merlo ha perso il becco* (1987) è un classico del nostro famoso designer Bruno Munari, ripubblicato da Corraini

(2001). Sulla scorta della famosa canzonetta il merlo via via perde le parti del suo corpo, che si possono ricomporre girando all'indietro pagine trasparenti bianche e nere. Lo stesso editore ha ripubblicato di Munari *Nella notte buia* (1996), un libro stimolante e intelligente a sorpresa visiva che fa entrare il lettore nel misterioso percorso della notte. Sperimentazioni originali che legano in maniera dinamica il testo all'immagine.

Accanto a questa tipologia di libri gioco ci sono quelli con le "storie".

Il bisogno di storie è connaturato all'uomo: basti pensare alla narrazione orale delle fiabe. Oggi la tv gratifica questo bisogno, ma se è giustificabile per gli adulti non può esserlo anche per i bambini, che non vi trovano quella coinvolgente affettività che solo la lettura in famiglia può dare, sostituita per necessità nel nido e nella materna. La narrativa alimenta l'immaginario del bambino portandolo nel mondo fantastico dove tutto può accadere. Ritroviamo negli albi illustrati personaggi che fanno parte della fiabistica: streghe, mostri, draghi e animali sempre un po' magici, come il topolino che mette nel sacco un mostro nel bell'albo in rima *A spasso con il mostro* (EL, 1999). Né è dimenticato l'orsacchiotto, amico dell'infanzia, che sa affrontare con gran determinazione i pericoli per tornare al momento del sonno dalla bimba che lo aveva perso in *A casa prima del buio* (Fabbri, 2000).

Molti libri parlano di amicizia, perché anche tra bambini piccoli è "una relazione che rimane stabile e duratura nel tempo e gli amici si riconoscono entrambi nel legame, si sostengono e gioiscono della reciproca compagnia, amano condividere attività e giochi, cooperano volentieri, si invitano l'un l'altro e creano

Per corrispondenza:

Maria Letizia Meacci

e-mail: [liber@idest.net](mailto:liber@idest.net)

# nati per leggere

**Abstract**

Our collaboration with LiBeR continues with the current issue. LiBeR is an authoritative magazine about literature for children and teenagers. Magazines and reviews on books give good advice mainly for older children and teenagers; a few of them write about good books for younger children or toddlers. Our intention is to give paediatricians who work with the promotion of reading aloud in the "Nati per Leggere" project suggestions and informations about this kind of literature, often neglected by other reviews.

Maria Letizia Meacci

*The times and rythms for a book: advices for choosing books from the 3rd year of life*  
**Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 18-19**

un mondo comune di esperienze, ricordi e fantasie" (Camaioni).

*Piccolo Blu e Piccolo Giallo* (Babalibri, 1999), uno degli albi più poetici di Leo Lionni, ha per protagonisti due macchie di colore, gialla e blu, che giocano insieme e che quando s'abbracciano diventano verdi. Divertente e con illustrazioni un po' irriverenti e barocche *Gaspare il terribile* (Nord-Sud, 2001), un drago infelice perché starnutisce frequentemente bruciando pantaloni e scarpe agli amici, i quali finalmente trovano la soluzione al suo problema.

In altre storie l'affettività è sottolineata tra genitori e figli o collima con la libertà data all'oggetto d'amore. Ne sono esempio, con fasciose e delicate illustrazioni, *Se la luna potesse parlare* (Fabbri, 1999) e *Nella tana del bambino* (Arka, 2001).

L'affetto della mamma può essere messo in pericolo, secondo l'opinione del bambino,

quando un fratellino è in arrivo. Nella letteratura per l'infanzia gelosia, rivalità, ambivalenza di sentimenti sono elementi chiave della relazione tra fratelli. Ricordiamo *Un fratellino per Zazà* (Mondadori, 2000), *Piero e il fratellino* (Fabbri, 2000), *Un fratellino per la principessa* (Arka, 1993).

"Voglio" è una parola che è pronunciata spesso dai bambini e denota il desiderio di far capricci per richiamare l'attenzione su di sé. *Voglio il mio vasino* (1998), *Voglio una sorellina* (1999) e *Voglio il mio ciuccio* (2001) di Mondadori sono albi emblematici, scritti e illustrati con simpatia e ironia dal noto grafico e vignettista Tony Ross.

La paura è un tema molto presente. Vivere e affrontare la paura senza esserne travolti o paralizzati sembra essere uno dei compiti più impegnativi che attendono il bambino nel corso del suo sviluppo e la narrazione, tenuta sui toni umoristici, può aiutare a sciogliere il nodo che assale quando arriva. *Il grande Ploff* (Fabbri, 1999), sapientemente illustrato con una "grafica che dà spessore alla paura", racconta la fuga di numerosi animali impauriti da un ploff che è solo una mela caduta nello stagno. *Tommaso e i cento lupi cattivi* (Nord-Sud, 1998) è tutto incentrato sulla paura immaginaria di un coniglietto che "vede" lupi famelici, raffigurati con grande comicità.

Il problema del *diverso* è affrontato con delicatezza e si conclude positivamente per i protagonisti, che raggiungono equilibrio e stabilità di sentimenti accettando la propria diversità. Con coinvolgenti immagini Eric Battut ci presenta *Gaspare* (Arka, 1999), una brutta falena nera che, scacciata dalle farfalle, si realizzerà nell'incontro con una dolce coetanea. *La cosa più importante* (Fatatrak, 1998) racconta, attraverso doppie pagine che si presentano a sorpresa, che l'importanza di ciascuno sta nella propria diversità. Il libro è stato segnalato al Premio Unesco per il suo messaggio di pace e di tolleranza e il tema c'introduce all'argomento guerra, che entra ogni giorno nelle nostre case con il suo carico di odio, di vendette, di morti innocenti. A livello infantile sono gli animali i protagonisti di inutili quanto dolorosi conflitti, come avviene

in *Perché* (Nord-Sud, 2000), dove per uno stupido alterco scoppia la guerra nel prato, che ne viene distrutto.

Sono solo alcuni esempi di storie narrate ai bambini perché siano in grado di rileggerle attraverso le illustrazioni dopo averle ascoltate e memorizzate tramite la lettura a voce alta di mamma o papà.

Il nostro percorso, che non è sicuramente esaustivo, termina qui. Il bambino crescendo ha acquisito competenze ben precise, che tuttavia deve consolidare sia dal punto di vista percettivo che da quello cognitivo, affinando la comprensione verbale, l'elaborazione linguistica, la verbalizzazione delle emozioni e dei sentimenti, nonché l'acquisizione di una sempre più ampia socializzazione.

E il libro rappresenta sempre di più un mondo complesso che il bambino con le sue nuove capacità sarà in grado di comprendere e amare non solo come un gioco, ma soprattutto attraverso i motivi narrativi, che potrà liberamente ricollegare secondo il ritmo creativo della sua fantasia.

**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 librerie, 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".

**Bibliografia**

- (1) *Quattrocchi Montanaro S.* Comprendere il bambino. Crescita ed educazione nei primi tre anni di vita. *Sestante*, 1993
- (2) *Trowell J.* Comprendere il vostro bambino da 3 a 4 anni. *RED*, 1993
- (3) *Camaioni L.* L'infanzia. *Il Mulino*, 1997
- (4) *Camaioni L. (curatore).* Manuale di psicologia dello sviluppo. *Il Mulino*, 1994

M. L. Meacci - Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita  
**Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 18-19**

# Fattori di protezione e comportamenti devianti

Rita Semprini  
Psicologa

Uno degli obiettivi primari degli studi sui fattori di rischio e di protezione è da sempre quello di cercare di individuare i precursori, i segni precoci di psicopatologie e comportamenti "disadattivi" futuri. In particolare, la ricerca sulla devianza ha come obiettivo specifico quello di migliorare la predittività dei futuri comportamenti sulla base delle caratteristiche delle persone nell'infanzia e in adolescenza. Tradizionalmente, gli studi sulle devianze hanno adottato modelli di ricerca basati sull'analisi delle correlazioni fra determinate condizioni, comportamenti infantili e comportamenti futuri, oppure focalizzati sullo studio delle continuità o stabilità nel tempo di determinate caratteristiche comportamentali o di personalità (continuità omotipiche). Le origini delle condotte si sono cercate nell'organismo (la dotazione biologica ereditaria, il temperamento, il genere sessuale) o nell'ambiente (carenza/deprivazione economica, culturale, educativa, affettiva; la disgregazione familiare, la conflittualità fra i genitori, l'emarginazione sociale) esaminati come variabili separate. Questo tipo di indagini, pur avendo fornito importanti contributi scientifici hanno rivelato limiti consistenti specie per il valore prognostico nell'ottica della prevenzione. È infatti ormai assodato che nel corso dello sviluppo possono presentarsi sia continuità che discontinuità e che uno stesso disturbo può assumere forme ed espressioni diverse in momenti diversi dello sviluppo (continuità eterotipiche) (1). È accettato poi che non si può considerare l'organismo indipendentemente dall'ambiente e che le analisi di correlazioni specifiche o di esiti specifici,

per quanto accurate, non possono dar conto della complessità dei processi di sviluppo, della molteplicità dei possibili esiti futuri e delle situazioni multiproblematiche tipiche soprattutto in adolescenza.

Negli anni più recenti si sono diffusi nuovi modelli di ricerca più accurati e complessi; fra questi alcuni sembrano meritevoli di essere conosciuti.

## Resilience

Un gruppo di ricercatori neozelandesi ha realizzato uno studio longitudinale su una corte di 1265 bambini seguiti dalla nascita fino ai 16 anni (3). Nell'ambito di questo lavoro sono stati selezionati due campioni di soggetti risultati all'età di 15 e 16 anni rispettivamente come "multiproblematici" e *resilient* [nota 1] (2).

In un primo studio vengono esaminati ragazzi di 15 anni definiti "multiproblematici" in quanto caratterizzati da: disturbi di condotta, abuso di sostanze, contatti con la polizia per reati giovanili, inizio precoce dell'attività sessuale, idee suicide, disturbi dell'umore, bassa autostima. Gli autori analizzano il background e la storia di vita di questi ragazzi per verificare quanto la condizione di multiproblematicità sia in relazione con l'appartenenza ad un ambiente socio-familiare fortemente svantaggiato. I risultati mostrano che i bambini multiproblematici provengono da famiglie e ambienti multiproblematici con difficoltà persistenti e difficilmente risolvibili quali la deprivazione sociale e materiale, la devianza o l'abuso di sostanze da parte dei genitori, l'instabilità familiare, la carenza o l'inadeguatezza delle cure parentali. Risul-

ta inoltre che soltanto un quinto dei bambini provenienti dalle famiglie più svantaggiate del campione ha sviluppato i comportamenti multiproblematici in adolescenza; ma, secondo gli autori, ciò non significa, come molti altri studi sostengono, che i soggetti siano sfuggiti completamente ai rischi di un ambiente di crescita sfavorevole. Infatti, analisi più approfondite rivelano che nell'87% dei casi essi presentano almeno un problema comportamentale o mentale all'età di 15 anni. Lo studio in sostanza conferma l'esistenza di un'associazione fra background socio-familiare e comportamenti problematici in adolescenza ma viene sottolineata la necessità di tenere conto di una ampia gamma di possibili esiti futuri associati a condizioni di crescita svantaggiose. I *pattern* comportamentali e il tipo di adattamento sociale presentati in adolescenza da questi ragazzi si erano costituiti nel corso del tempo come risultato di sequenze di esperienze negative. Per questo gli autori ritengono che la soluzione al problema del crescente aumento di comportamenti antisociali in adolescenza sia da cercare in interventi volti a ridurre il numero degli svantaggi sociali e delle disfunzioni all'interno della famiglia, anziché in misure repressive o in tentativi di modificare comportamenti già instaurati.

In un altro lavoro gli stessi ricercatori valutano i fattori associati a condizioni di *resilience* in adolescenza (4). Hanno studiato un campione di sedicenni definiti *resilient*: soggetti risultati ad "alto rischio" al *Family Adversity Index* (esposti durante l'infanzia a molteplici difficoltà familiari: carenza o inadeguatezza di cure parentali, alta con-

Per corrispondenza:

Rita Semprini

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

salute pubblica

*Abstract*

*The increase of crime, drug abuse, antisocial and deviant behaviours in youngsters and adolescents are always causes of great worries. Very often the solutions proposed do not consider the research done in this field nor the influences of the various factors responsible of the present problems of youngsters. Lets try to understand a bit more.*

*Rita Semprini*

*Protective factors and deviant behaviours  
Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 20-22*

flittualità fra i genitori, cattive condizioni socioeconomiche) che però non manifestava nessuno dei problemi previsti: delinquenza, abuso di sostanze, fallimento scolastico. Questi ragazzi sono stati confrontati con coetanei a pari rischio *non-resilient*. I ragazzi *resilient* rispetto agli altri avevano punteggi più alti al Q.I, minor bisogno di ricercare continuamente nuove esperienze e situazioni di rischio e tendevano ad evitare di frequentare gruppi e compagnie devianti. Pertanto, ciò che sembra avere una funzione protettiva è l'associazione di più fattori di protezione, che nelle situazioni qui considerate sono: un buon quoziente intellettivo, l'associazione a gruppi e compagnie non devianti e il non avere bisogno di sperimentare continuamente situazioni nuove e rischiose. Si conclude quindi che acquista valore prognostico la combinazione di elementi protettivi e non le singole variabili. Sul tema della devianza merita attenzione anche il lavoro della Scuola di Stoccolma che ha realizzato diversi studi longitudinali su campioni molto estesi di bambini seguiti dalla nascita fino all'età adulta raccogliendo informazioni da numerose fonti: i genitori, gli insegnanti, i servizi sociali, i registri degli uffici della polizia e dei tribunali. L'interesse di questi lavori sta nella "portata" dei progetti e nella quantità dei dati raccolti ma soprattutto nell'approccio utilizzato che presenta caratteristiche innovative rispetto agli studi più tradizionali sui comportamenti devianti e antisociali. Questo approccio (detto "olistico" e "interazionista-configurazionale") si fonda su due presupposti:

a) il funzionamento dell'individuo, nei suoi diversi aspetti, e i cambiamenti evolutivi devono essere intesi come un processo dinamico complesso che dura tutta la vita;  
b) la crescita dell'individuo avviene in continua interazione con il proprio ambiente come parte attiva di un tutto unico integrato. Il comportamento antisociale si sviluppa all'interno di un processo persona-ambiente

che si estende nel corso del tempo.

**Devianza e contesto relazionale**

Numerose evidenze attestano che il comportamento antisociale spesso ha inizio precocemente, cambia nelle sue espressioni con l'età e permane lungo tutto il ciclo di vita. Pertanto, solo considerando la persona nella sua totalità "dentro" al contesto e osservando l'individuo che cresce, ancora prima che insorgano forme di disadattamento, è possibile vedere come queste si strutturano, come conducono allo sviluppo di un percorso deviante e come sia possibile prevedere gli esiti futuri (5).

In quest'ottica i problemi vengono analizzati in termini di *patterns* o "configurazioni" date dalle caratteristiche personali e ambientali. Una delle ricerche svedesi, il progetto SOLNA [nota 2] (6), parte dall'ipotesi che vi siano delle correlazioni fra i problemi di adattamento sociale nell'età adulta e i problemi nell'infanzia, sia di tipo comportamentale, sia di tipo relazionale nel rapporto con la madre. Gli autori analizzano gli aspetti problematici relativi al comportamento del bambino e all'ambiente familiare, allo scopo di verificare quali configurazioni comportamento-ambiente siano associate con maggiori probabilità a futuri problemi di adattamento sociale. Sulla base delle risposte delle madri a domande specifiche, sono stati selezionati bambini con i seguenti problemi di condotta a casa: comportamenti oppositivi e trasgressivi, aggressività, distruttività, impulsività. I criteri di valutazione del rapporto madre-bambino si basano anch'essi sui resoconti delle madri rispetto alle loro interazioni col bambino e al grado di severità delle pratiche punitive messe in atto. I risultati della ricerca convalidano l'ipotesi formulata dai ricercatori: i problemi di condotta nell'infanzia hanno scarse implicazioni per il futuro se non sono accompagnati da problemi nella relazione madre-bambino. I problemi di condotta manifesta-

ti precocemente dal bambino sono piuttosto stabili nel tempo per entrambi i sessi. Tuttavia, i comportamenti problematici senza disturbi nella relazione con la madre non sono indicatori di rischio per il futuro. Quando i problemi di condotta in età prescolare si accompagnano a cattive relazioni madre-bambino il rischio di futuri problemi di adattamento sociale, di vario tipo, vengono notevolmente amplificati e diffusi nelle diverse aree di funzionamento del soggetto e in tutti i contesti, dalla famiglia alla scuola, al lavoro, alla vita comunitaria con un "effetto valanga" (*snowball effect*). Questo è valido sia per i maschi che per le femmine anche se vi sono delle differenze fra i due sessi: l'associazione di problemi comportamentali-relazionali è risultata avere un impatto superiore nei maschi per quanto concerne l'ambito dell'aggressività, l'impulsività e le difficoltà di concentrazione a scuola; mentre per le femmine l'impatto è superiore rispetto all'età di separazione dalla famiglia e delle gravidanze (cioè le femmine tendevano ad andarsene da casa presto e avevano gravidanze precoci). Nell'insieme i dati indicano che la particolare costellazione evidenziata ha un valore prognostico superiore a qualsiasi problema considerato singolarmente e fanno emergere la necessità di tener conto anche delle esperienze di *parenting* vissute dai genitori in quanto esse possono venire trasmesse da una generazione all'altra. È risultato, infatti, che le madri che percepivano la relazione col figlio come più difficile, che erano poco tolleranti verso i figli e adottavano pratiche educative rigide, punitive, erano a loro volta cresciute in un ambiente con una disciplina molto rigida ed erano state più spesso picchiate o maltrattate dai propri genitori rispetto alle madri senza problemi col figlio.

Un altro problema è quello di individuare quali risorse personali possano avere una funzione protettiva rispetto al rischio di devianza/criminalità futura (7); esso viene

affrontato in un altro studio [nota 3]. Si ipotizza che esista una relazione sia fra i fattori di rischio che fra le risorse personali in adolescenza e i comportamenti devianti futuri.

Vengono prese in esame due categorie di rischio psicosociale:

a) condizioni familiari sfavorevoli: malattie croniche dei genitori, problemi psicologici o mentali dei genitori, abuso di alcol da parte del padre, basso reddito familiare, struttura familiare non integra (genitori separati o assenti);

b) comportamento deviante precoce: contatti precoci con la polizia (denunce), assenze ingiustificate a scuola, problemi di adattamento scolastico (inserimento in classi speciali per problemi di condotta e/o di apprendimento), cattiva condotta e/o indisciplina a scuola, fughe da casa, uso di droghe, consumo eccessivo di alcol, fumo di tabacco.

Le misure relative alle risorse personali comprendono cinque variabili: salute fisica, capacità intellettive (QI), controllo emozionale (stabilità mentale, controllo degli stress), maturità sociale (estroversione, senso di responsabilità sociale, indipendenza), energia psichica (capacità di impegnarsi nelle attività, di prendere iniziative e di portarle avanti, di trovare soluzioni agli ostacoli e superarli, cercare soluzioni alternative).

Le misure relative all'attività deviante/criminalità sono definite dal numero di condanne ricevute fra i 18 e i 36 anni indicato dai registri ufficiali della polizia.

I risultati mostrano che tutti i fattori di rischio, comportamentali e familiari (ad eccezione del basso reddito), sono correlati significativamente alla futura criminalità. Hanno il più alto grado di predittività, rispetto alla quantità di condanne future, l'essere cresciuto in una famiglia non integra (genitori separati o divorziati) e/o l'abuso di alcol da parte del padre, fra i fattori familiari; i contatti precoci con la polizia, i disturbi di condotta e l'abuso di sostanze (di qualsiasi tipo), fra i fattori comporta-

mentali. Risulta poi che le probabilità di incorrere in attività devianti aumentano notevolmente in presenza di un'associazione di più fattori di rischio comportamentale, cioè di una condizione di multiproblematicità. Nonostante questo, una percentuale consistente di soggetti ad alto rischio non ha ricevuto condanne in adolescenza e nell'età adulta. Il numero delle condanne è strettamente correlato alla quantità di risorse personali del soggetto: maggiore è il numero di risorse, minore è il numero e la frequenza delle condanne ricevute. Viene inoltre evidenziato un altro aspetto particolarmente significativo: di fatto, le risorse personali hanno effetti protettivi rilevanti rispetto alla futura criminalità fra i soggetti con forti indici di rischio comportamentale a 18 anni, mentre il loro impatto è poco significativo fra i soggetti con pochi o nessun fattore di rischio. Ciò riporta ad uno dei concetti chiave relativi al meccanismo d'azione dei fattori protettivi, l'effetto "interattivo", per cui il fattore protettivo agisce solo in associazione e in interazione con i fattori di rischio. Quando non sono presenti fattori di rischio non fa differenza nei risultati che il fattore protettivo sia presente o assente (8).

Lo studio dimostra dunque che le probabilità di persistenza dei problemi di adattamento e di intraprendere una carriera deviante sono particolarmente forti per i soggetti ad alto rischio privi di risorse personali e capacità adattive. Nell'insieme risulta che le caratteristiche "adattive" degli individui in tarda adolescenza possono incidere significativamente sul decorso futuro dei comportamenti devianti, contrastando gli effetti dannosi di fattori di rischio di tipo diverso (personali e familiari) e di una storia personale multiproblematica. Viene comunque sottolineata la necessità di considerare non solo i fattori di rischio ma anche le risorse: gli aspetti negativi dello sviluppo non operano in modo isolato dalle caratteristiche positive della persona e del contesto in cui vive, ma ten-

dono a costituire un'organizzazione o configurazione totale complessa in cui alcuni fattori bilanciano, contrastano o riducono l'impatto di altri (6).

#### Note

[Nota 1]: Per la definizione del termine *resilience* si veda Quaderni acp 2000; 6:45

[Nota 2]: Il progetto SOLNA (dal nome di una clinica pediatrica *Solna Prenatal Clinic*) è iniziato nella seconda metà degli anni '50 ed è terminato alla fine degli anni '80. Lo studio comprende 212 soggetti, maschi e femmine, seguiti dalla nascita fino ai 37 anni. Sono state raccolte numerose informazioni periodicamente utilizzando diversi strumenti: controlli medici, questionari, test obiettivi e proiettivi, interviste ai genitori e agli insegnanti, tecniche sociometriche.

[Nota 3]: CONSCRIPT STUDY comprende un campione di circa 8000 ragazzi svedesi chiamati al servizio militare nel 1969/70 di età compresa fra i 18 e 20 anni, seguiti da questo momento fino ai 36 anni consultando i registri ufficiali della polizia. Sono stati somministrati questionari riguardanti la provenienza, la situazione familiare, l'adattamento scolastico, l'uso di alcol, droghe e tabacco.

#### Bibliografia

- (1) Rutter M. Pathways from childhood to adult life. *J. Child Psychol Psychiat* 1989;30:23
- (2) Semprini R. Ci sono fattori di rischio per il bambino ma anche fattori di protezione. *Quaderni acp* 2000;6:45
- (3) Fergusson DM et al. The Childhood of multiple problem adolescents: A 15-years longitudinal study. *J Child Psychol Psychiat* 1994;35:1123
- (4) Fergusson DM et al. Adolescent resiliency to family adversity. *J Child Psychol Psychiat* 1996;37:281
- (5) Stattin H et al. Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology* 1996;8:617
- (6) Stattin H et al. When do preschool conduct problems link to future social-adjustment problems and when do they not? *Presentation at the Wik Castle symposium "Development science and the holistic approach"* 1997;5:24
- (7) Stattin H et al. Personal resources as modifiers of the risk for future criminality. An analysis of protective factors in relation to 18-year-old boys. *Brit J Criminology* 1997;37:198
- (8) Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resilience to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147:598

P. Semprini- Fattori di protezione e comportamenti devianti **Quaderni acp 2002**; vol IX n°3: 20 -22

*Il ritorno di E.T., felice riproposta di una moderna favola per bimbi del Tremila. Oggi, più che vent'anni fa, è possibile credere all'incontro tra un essere non appartenente al nostro pianeta e un bambino, alla loro amicizia e alla complicità di un gruppo di ragazzi decisi a fare ritrovare la via di casa a chi si è smarrito.*

## Il ritorno di ET

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

*E.T.*, il tenero extraterrestre che vent'anni fa commosse gli spettatori di tutto il mondo, ritorna sugli schermi. Su quelli grandi, giacché, in verità, da quelli piccoli delle nostre televisioni non se n'era mai andato. Invitato a cena in casa di amici, ho l'abitudine di soffermarmi a scorrere i titoli dei libri e delle videocassette che fanno capolino dalle mensole attaccate alle pareti, o dai ripiani delle librerie; e mi accorgo che, là dove c'è (o c'è stato) un bambino, il fortunato film di Steven Spielberg non manca mai. Per questo, all'annuncio dell'operazione di ripescaggio, non ho fatto immediatamente salti di gioia.

È vero che, talvolta, una "minestra riscaldata" può avere un sapore migliore di certi piatti nuovi, ma non è facile allontanare il dubbio che dietro la riproposta di una vec-

chia storia c'è quasi sempre la mancanza di un'idea nuova. A poco valgono gli sbandierati interventi di maquillage (il ritoccare la scena della fuga di E.T. in mezzo ai boschi, fare uso della tecnica digitale per dare movimento alla gola del pupazzo mentre beve la birra, inserire la scena in cui l'extraterrestre si immerge nella vasca da bagno assieme ad Elliot, ecc.); la sostanza non cambia: *E.T.* è un film già visto. Quindi, da non rivedere? No, questo no!

Mi si permetta di aprire una parentesi sul tema della "rilettura". Capita spesso di rileggere un testo: lo studioso lo fa per capire meglio (da sei secoli i cultori di Dante si scervellano su alcuni versi della *Divina Commedia*), gli esegeti lo fanno per interpretare la parola di Dio e adeguarla ai tempi moderni (brani biblici ed evangelici vengono ciclicamente ripetuti in tutte le chiese del mondo), gli sportivi lo fanno per diletto e per riprovare sensazioni irripetibili (quanti amanti del calcio hanno rivisto lo storico incontro *Italia - Germania: 4 a 3* di un campionato mondiale di trent'anni fa!). I bambini, da parte loro, amano la ripetizione di storie conosciute entro le quali cercare e trovare punti di riferimento sicuri. Conoscere già il finale non inquina più di tanto il piacere della narrazione e dell'ascolto. "La storia già conosciuta, entro la quale il bambino ricerca dei punti di riferimento sicuri perché già incontrati, - scrive Raffaele Simone in *Maistock*, edito da "La Nuova Italia", che suggeriamo di leggere a chi ha rapporti con i bambini - crea una sorta di finzione di tensione, o di tensione al quadrato, che può costituire per il bambino una particolare specie di piacere al testo. (...) I bambini hanno bisogno di storie nelle quali si possono ritrovare, con quel tanto di inquietudine (*come finirà?*) che una narrazione ben fatta suscita sempre in chi la legge o ascolta, ma anche con quel tanto di sicurezza (e di rassicurazione) che proviene da un testo orientato verso un fine, che è anche la sua fine".

Chi ha addormentato mille volte un bambi-

no con il racconto della stessa storia capisce meglio quello che si vuole dire. Chiusa parentesi. Torniamo al film.

Il ritorno di *E.T.* non va salutato come evento filmico, bensì come felice riproposta di una moderna favola per bimbi del Tremila. Oggi, più di vent'anni fa, è possibile credere all'incontro tra un essere non appartenente al nostro pianeta e un bambino, alla loro amicizia e alla complicità di un gruppo di ragazzi decisi a fare ritrovare la via di casa a chi si è smarrito. Il pupazzo creato da Carlo Rambaldi torna con un Oscar in tasca, ma non si dà arie. Fa smorfie come allora, si commuove e ci commuove, ridicolizza ancora i grandi che vedono dappertutto pericoli di morte e fa ancora volare le biciclette in una notte di luna piena. È un ritorno gradito, anche per chi in questi anni è cresciuto e non crede più alle favole. Sarà lo stesso E.T. di allora? Non sarà cambiato anche lui, come i suoi piccoli amici? Voglio estremizzare il gioco della fantasia collettiva e, quando dice "casa", mi piace immaginarlo con un po' di confusione in testa: parla della casa sua in mezzo alle stelle, o della sua seconda casa, la nostra, dove da vent'anni si aggira tra una videocassetta e l'altra?

### no comment

#### Bambini logo

Il gioco di etichettare tutto con il nome di grandi marche è appena cominciato. Presto potremo vedere il palazzo del comune ribattezzato municipio Burger King. Ci daremo appuntamento sull'angolo della via Kodak.

Ma la vera svolta sarà quando le famiglie a corto di soldi potranno dare ai loro figli il nome di uno sponsor.

Dopo tutto molti chiamano i figli come i parenti più ricchi, nella speranza di venire ricordati nel loro testamento. Perché allora non riscuotere subito?

E allora via con Philip Morris Johnson o Saiwa Schultz.

Le possibilità sono infinite.

Eleonora Egan  
Los Angeles Times

film per  
ragazzi

Per corrispondenza

Italo Spada

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

# Gli interventi comunitari complessi i servizi per le famiglie e i loro bambini

Giuseppe Cirillo  
Dipartimento sociosanitario ASL Napoli 1

In tema di promozione della salute e di sostegno delle famiglie si utilizza attualmente uno schema assistenziale che fa perno sulla definizione di "disagio-malattia" (e quindi dei fattori di rischio) piuttosto che sulla definizione di quali strumenti usare per immettere o re-immettere la famiglia in un ruolo attivo di trasformazione e di miglioramento sia dei suoi componenti, sia dell'intera comunità.

Per la definizione di questi strumenti è necessario conoscere la famiglia, l'ambiente e gli eventuali fattori protettivi.

Per le stesse famiglie che convivono con la povertà, la violenza e l'abuso di sostanze, in comunità che forniscono poche risorse e pochi aiuti per il loro sostegno, sono necessari nuovi modelli di servizi che non siano "luoghi" fisici e burocratici dove richiedere benefici, ma servizi in grado di progettare percorsi individuali, familiari e comunitari che fondino la loro efficacia sui fattori protettivi e sulla partecipazione. È inoltre urgente evitare che i servizi sociali ripercorran le stesse strade dei servizi sanitari, con una moltiplicazione di "specialità sociali" e di categorie sempre più parcellizzate di bisogni, sommando, piuttosto che integrando, servizi sociali a servizi sanitari. Sarebbe perciò ragionevole pensare a servizi centrati sulla famiglia e i suoi bisogni, prevedendo un continuum di servizi che siano capaci di offrire prestazioni differenziate e adeguate al momento e alla situazione che le famiglie si trovano ad affrontare di volta in volta.

## Gli Interventi comunitari complessi

Possono rappresentare una modalità nuova

Per corrispondenza:  
Giuseppe Cirillo  
e-mail: cirillo@libero.it

TABELLA 1: SERVIZI PER LE FAMIGLIE

| Tipologia della famiglia  | Esempi di potenziali servizi   |
|---|--|
| Tutte le famiglie   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advocacy (azioni di difesa per ogni problema sociale e di salute quando il sistema di cure fallisce)</li> <li>- Cure sanitarie</li> <li>- Cure per i bambini</li> <li>- Politiche del lavoro centrate sulla famiglia</li> <li>- Educazione dei genitori</li> <li>- Tempo libero e Servizi di informazione</li> <li>- Servizi di pianificazione familiare</li> <li>- Servizi sociosanitari legati alla scuola</li> </ul> |
| Famiglie che hanno necessità di un supporto addizionale                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aiuto finanziario e sostegno per l'abitazione</li> <li>- Servizi per famiglie monoparentali</li> <li>- Servizi di sostegno genitoriale e counseling familiare</li> <li>- Programmi di visite domiciliari</li> </ul>   |
| Famiglie a rischio con necessità di assistenza specializzata                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia per alcool e droga</li> <li>- Servizi sanitari speciali (es: m. croniche)</li> <li>- Servizi educativi speciali</li> <li>- Servizi per le adolescenti gravide</li> <li>- Servizi di salute mentale</li> <li>- Servizi per bambini disabili</li> </ul>   |
| Famiglie in crisi o a rischio di dissoluzione                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi per famiglie cronicamente trascuranti</li> <li>- Servizi di difesa intensiva della famiglia</li> <li>- Servizi per la protezione e counseling della violenza domestica</li> </ul>   |
| Famiglie con bambini che non possono essere protetti dentro la propria casa | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centri di diagnosi</li> <li>- Case-famiglia e Centri di trattamento residenziale</li> <li>- Servizi di riunificazione familiare</li> </ul>  |
| Famiglie che non possono essere riunificate                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi per l'adozione</li> </ul>   |



**Abstract**

*We all need tools to promote health and family support. These tools need to be capable of putting back families in an active role of improvement of all their members. Moreover it seems important either to avoid giving the same type of intervention in the same families and to have a segmented view of the various problems present in a single families' member. We need to overcome the present system which tries to create a network between services and institutions considering the individual as completely secluded from his family and his community.*

Giuseppe Cirillo

*Complex community interventions: services for families and their children*

*Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 24-25*

di risposta ai bisogni delle famiglie e dei bambini, evitando la sovrapposizione degli interventi, la visione parcellizzata dei problemi dei singoli membri della famiglia, superando quindi l'attuale sistema che tende a formare reti tra i servizi e le istituzioni.

Questi interventi dovrebbero caratterizzarsi per essere: *preventivi* (focalizzati sui fattori protettivi e sull'intervento precoce per ridurre la necessità di occuparsi di problemi critici), *individualizzati*, *multidirezionali* (indirizzati a molti problemi individuali presenti contemporaneamente, a più individui della stessa famiglia), *integrati*, *comunicanti* (procedure e protocolli comuni tra i servizi), *valutabili* (nella loro efficacia per favorire o re-immettere la famiglia nella vita della comunità e non nell'efficienza definitoria degli strumenti-servizi), costruiti sulla *partecipazione e solidità delle famiglie e della comunità* (la partecipazione attiva dei residenti nella comunità, degli utenti dei servizi, e di altre figure chiave della comunità: il Capitale sociale).

Attualmente, a livello nazionale, non c'è grande attenzione ai servizi di sostegno precoce alle famiglie in difficoltà per renderle capaci di trovare un equilibrio migliore e fornire cure più adeguate ai figli. Anche i sistemi di protezione del bambino contro il maltrattamento e la trascuratezza non prevedono strategie d'aiuto e sostegno ai genitori in difficoltà, ma prevalentemente procedure per predisporre l'accoglienza del bambino fuori dalla propria casa.

Potrebbe quindi essere utile un nuovo approccio nell'organizzazione dei servizi per la famiglia, che potrebbero ricadere in due gruppi:

1. *Servizi di sostegno familiare*, come l'educazione alla genitorialità e i gruppi di supporto, che puntano a rafforzare la famiglia rendendola abile alle cure del bambino (servizi quindi che possono avere anche la capacità di prevenire il maltrattamento del bambino), i servizi sociali di base, i servizi per le cure al bambino, i consultori, gli asili nido, il sostegno finanziario al reddito.

Sono questi servizi che si trovano ad affrontare le normali difficoltà dell'essere genitori e hanno il fine di rafforzare la capacità genitoriale e la capacità di allevamento dei figli;

2. *Servizi di difesa della famiglia*, che potrebbero offrire assistenza e counseling alle famiglie in crisi o a forte rischio, disponibili specificamente solo per le famiglie i cui problemi sono giunti all'attenzione dei servizi sociali, del sistema della giustizia o dei servizi di salute mentale e tossicodipendenze; in questi casi uno degli obiettivi principali sarebbe quello di prevenire l'uscita dei bambini dalla propria casa, sostenere tutti i membri della famiglia per le varie problematiche che manifestano, le relazioni tra i componenti della famiglia e tra questa e la comunità. Nella **tabella 1** è illustrata una possibile serie di servizi per le famiglie in diverse condizioni, chiaramente non esaustive dato l'ampio possibile spettro di situazioni.

I servizi classificati come centrati sulla famiglia in realtà non lo sono; ad esempio, i servizi come il trattamento delle dipendenze, i servizi di salute mentale, hanno altre organizzazioni, altri finanziamenti, operatori e formazione, con scarsa comunicazione tra loro e scarsa integrazione con i servizi sociali e educativi. Tuttavia, cominciare a pensare di avere la famiglia e non i bisogni dei singoli al centro di un sistema assistenziale, potrebbe contribuire a realizzare interventi non più parcellari ma modulari, integrati in funzione dei bisogni e dei fattori protettivi della famiglia e della comunità.

G. Cirillo - Gli interventi comunitari complessi, i servizi per le famiglie e i loro bambini  
**Quaderni acp 2002**; vol IX n°3: 24-25

**no comment****I fondi per mucca pazzo? Tolti ai disabili**

La mucca pazzo ha "conquistato" una fetta delle risorse destinate dalla Finanziaria 2002 al Fondo per le politiche sociali. Saranno, infatti, le somme per gli interventi a favore di famiglia e minori, anziani e handicappati, a pagare i provvedimenti per l'emergenza mucca pazzo. La sorpresa è arrivata con la conversione, da parte della Camera, del decreto legge sulla Bse: 50 milioni di euro, che l'ultima Finanziaria aveva destinato al Fondo per le politiche sociali, copriranno, per esempio, anche i costi per l'eliminazione dei materiali a rischio e le indennità per gli allevatori che hanno subito l'abbattimento del bestiame. La scelta appare quanto meno curiosa. Di fronte alla necessità di coprire una spesa per il 2002, che è aumentata da 53 a 153 milioni di euro, la scelta è caduta su un fondo destinato a tutt'altra finalità. (...) La soluzione escogitata per trovare una copertura finanziaria ai provvedimenti per la Bse appare molto fantasiosa e destinata a incidere su una realtà complessa quale quella della spesa sociale. Tutti questi elementi, del resto, non convincono le Regioni (che temono un depotenziamento delle politiche sociali che finirebbe per scaricare dal centro alla periferia nuovi problemi), l'opposizione politica (che denuncia una continua erosione dei fondi per la spesa sociale), e il sindacato (che rileva come queste risorse siano già state ridotte per il 2003 e il 2004 attraverso la Finanziaria) (...) Cgil, Cisl e Uil, senza mezze misure, parlano di una maggioranza "che vuol far pagare ai poveri i costi della lotta alla mucca pazzo" (...). (Sole 24 Ore 28/03/02).

Jean Marie Del Bo

# info: notizie sulla

## Ridotti i congressi finanziati dalle industrie ma solo all'estero

La riduzione del 50% di congressi e convegni finanziati dalle industrie farmaceutiche riguarderà solo quelli organizzati all'estero. Il decreto taglia spesa, approvato dalla Camera, ha eliminato i tagli sulle manifestazioni organizzate in Italia che non subiranno quindi alcuna decurtazione, né per numero né per finanziamenti. Il dimezzamento previsto avrebbe comportato una riduzione da 18.000 a 9.000 congressi (*Sole 24 Ore 16/05/02*).

red.

## Parafarmaci, Antitrust e il cartello delle farmacie

Con una decisione del 14 febbraio scorso l'Antitrust ha condannato la Federazione nazionale degli Ordini dei farmacisti (Fofi), numerosi Ordini provinciali, Federfarma, Associazioni regionali e provinciali di titolari di farmacie al pagamento di 100.000 euro di multa per comportamenti anticoncorrenziali nel settore dei parafarmaci (*Sole 24 Ore Sanità 19-25/03/02*).

La multa, francamente ridicola, è stata poi ridotta (4.450 euro la quota per la Fofi), ma dovrà essere pagata entro tre mesi.

Il fatto è che uno stesso omogeneizzato in farmacia, per un accordo anticoncorrenziale, costa il 15% in più che al supermercato e un sapone fluido per l'igiene intima l'80% in più. Il prezzo dei parafarmaceutici nel 90% dei casi è lo stesso suggerito dall'informatore farmaceutico e sempre allineato sul massimo.

I produttori, dal canto loro, hanno cura di differenziare i marchi e i prezzi dei diversi canali distributivi, contando sulla maggiore capacità di richiamo delle farmacie che, pur non godendo di alcuna esclusiva sulla vendita di articoli sanitari, integratori alimentari, articoli per l'infanzia, prodotti igienici, cosmetici ed erbe salutari, si guardano bene dal ridurre i prezzi (cosa possibile visto che il prezzo di questi prodotti è libero) creando forme di concorrenza all'interno della categoria. Nel 2000

la spesa per questi prodotti è stata di 3,22 miliardi di euro pari al 17% del fatturato farmacia. Insomma, si ripete, con le dovute differenze, la storia dei lattini le cui aziende produttrici sono già state condannate dall'Antitrust (*Quaderni acp 2000;2:22*).

red.

## I problemi dei medici dipendenti con Sirchia

Aggiorniamo la nota pubblicata su *Quaderni acp 2002;2:27* circa i problemi sindacali dei medici dipendenti con il ministro della salute.

- È stata travolta (nel ridicolo!) per l'opposizione di tutti i sindacati (anche la CIMO si è tardivamente associata) la proposta di mantenere in precariato di prova per 5 anni i medici neoassunti.

- Le Regioni continuano a rifiutare di addossarsi il peso dell'indennità di esclusiva che spettava a tutti coloro che avevano scelto l'intramoenia ora che l'obbligo dell'intramoenia non c'è più e tutti possono esercitare la libera professione dove vogliono. Le regioni di centro-sinistra (ma anche qualche regione del centro-destra come il Veneto) hanno manifestato l'intenzione di legiferare in merito visto che il nuovo Titolo V della Costituzione gliene dà la possibilità. Oltre tutto il ministro dell'economia se ne lava le mani e dice, riferendosi per ora ai ticket imposto da molte Regioni: "È possibile che il carico fiscale imposto dalle Regioni aumenti rimanendo fisso quello dello Stato".

- L'età pensionabile è un problema in alto mare; esistono eccessive differenziazioni nelle mani delle amministrazioni. Il passaggio dal 65° al 67° anno di età è nelle mani dei direttori generali. Non si capisce chi potrebbe rimanere in servizio fino a 72 anni perché devono essere usati i fondi per ricerca e formazione che in tal modo vengono decurtati.

Il ministro Frattini propone di limitare questo potere dei direttori generali al 20% dei

- Infine quali sono le funzioni del risorto medico a tempo parziale? È legato o slegato dal lavoro ufficiale di corsia?

- Del tutto nebuloso è ancora l'obbligo di ope-

rare per ridurre le liste di attesa prima di poter rivendicare il diritto di esercitare la libera professione; tale condizione sfavorisce fortemente le Unità operative con le maggiori liste di attesa (radiologie) e favorisce quelle con le liste più brevi. Oltre tutto le liste sono più o meno lunghe in relazione al personale (non solo medico) in dotazione.

red.

## Casco & bicicletta

Il Comitato per la prevenzione degli incidenti dell'American Academy of Pediatrics (AAP) ha pubblicato, nell'ottobre 2001 (*Pediatrics;108:1030*), le raccomandazioni per l'uso del casco da bicicletta. Due mesi prima avevamo pubblicato su *Quaderni acp* (2001;4:58) una pagina nella rubrica "Informazioni per genitori e pazienti". Le raccomandazioni dell'AAP sono sovrapponibili alle nostre; riportiamo qualche piccola annotazione aggiuntiva. Anche se un casco appare integro andrebbe sostituito al massimo entro 5 anni dall'acquisto; è scoraggiata la consuetudine del prestito tra amici, perché non si può essere certi dell'integrità.

I pediatri dovrebbero consigliare ai genitori di fare indossare il casco ai bambini sin da quando cominciano ad andare sul triciclo e dovrebbero motivare, personalmente, gli adolescenti (l'età più a rischio per incidenti gravi) ad utilizzarlo.

È sottolineata la funzione di advocacy dei pediatri, nei confronti delle autorità locali, per fare approvare ordinanze per l'uso obbligatorio del casco e per incoraggiare la costituzione di gruppi di comunità che diano supporto alle scuole per l'avvio di campagne di sensibilizzazione. Il Comitato fornisce poi alcuni dati: l'uso del casco potrebbe prevenire dal 69 all'88% dei danni cerebrali gravi e il 65% dei danni allo scheletro facciale provocati dalla caduta dalla bicicletta. Negli USA il casco è utilizzato solo dal 25% di soggetti compresi nella fascia di età tra 5 e 14 anni. Lo utilizzano quasi tutti i bambini i cui genitori lo indossano e quelli che risiedono in luoghi dove le ordinanze di izia locale ne impongono l'uso

s. c.n.

# salute in Italia

## Gli aborti in Italia

L'ISTAT ha rilevato nel 2001 dati interessanti sull'abortività. L'indagine sulle dimissioni dei ricoverati (ricovero tradizionale e in DH) per *aborto spontaneo* rivela che questo tipo di interruzione di gravidanza è in aumento.

Si ricorderà che l'aborto spontaneo è l'interruzione involontaria della gravidanza entro il 180° giorno di amenorrea. In questi dati non sono naturalmente compresi gli eventuali aborti spontanei trattati ambulatoriamente o che non richiedono ricovero.

Nei primi anni '80 gli aborti erano 56.000, 70.000 nel 1999. Calcolando il rapporto di abortività si passa da un valore di 82,9 aborti spontanei/1000 nati vivi nel 1982 ad un valore di 132,7 nel 1998.

Esiste un gradiente Nord-Sud con una situazione di rischio più alta al Nord, anche se il Nord nel tempo ha dimostrato variazioni minori (+10% tra il 1982 e il 1998) rispetto al Centro (+50%) e al Sud (+53%).

Il Sud rimane comunque l'area geografica con i valori più bassi. Probabilmente non è un caso che il Sud è l'area dove l'età media del parto è più bassa rispetto al resto dell'Italia.

È ragionevole, infatti, pensare che il dislivello fra Nord e Sud sia riconducibile alla differenza dell'età media al primo parto che nel 1996 era di 30,6 anni al Nord e 29,2 anni al Sud, mentre l'età media del primo figlio era rispettivamente di 29 e 27 anni. L'ISTAT for-

mula l'ipotesi che la volontà di procrastinare il concepimento, che è un dato più legato al Nord che al Sud del paese, può avere prodotto un aumento del rischio di aborto.

Il rapporto di abortività spontanea risulta, inoltre, più elevato per le donne non coniugate: nel 1998 era di 249/1000 nati contro 115,4 per le coniugate; il rischio è più basso per donne senza figli (112,4/1000 nati) e cresce con l'aumento del numero dei figli (114 per 1 figlio, 184,2 con 2 figli, 243 per 3 o più). Per quanto riguarda l'*interruzione volontaria di gravidanza*, persiste una netta riduzione, dal 1980 al 1995 il numero delle IVG è passato da 203.500 a 128.600 e il rapporto di abortività da 15,3/1000 donne fertili residenti a 9,3/1000. I tassi sono tendenzialmente in aumento per le donne giovani e in calo per le donne oltre i 30 anni e per le donne coniugate.

Questo dimostrerebbe che si sta abbandonando il modello "*IVG-controllo della fecondità*" per passare ad un modello, più vicino a quello dei paesi del nord-Europa, di "*IVG-rimedio emergenziale*".

Questa ipotesi, inoltre, può essere avvalorata dal fatto che i valori più alti di abortività tendono a spostarsi verso le età più giovani: dal 1995 l'abortività delle donne fra 15 e 29 anni ha, infatti, subito un aumento rispetto alle donne di età maggiore.

Rimane da chiarire quanto la riduzione dell'abortività volontaria dipenda anche dalla diminuzione della fecondità che ha portato l'Italia sotto la soglia del ricambio della popolazione che è pari a 2 figli per coppia e ha raggiunto in Italia un valore estremamente basso (1,22 nel 1997, vicino ad 1 in alcune regioni del Nord).

Va detto che la diminuzione dell'abortività volontaria è maggiore della riduzione della fecondità: il numero medio dei figli per donna si è ridotto, tra il 1980 e il 1997, del 30% circa, il tasso di abortività totale di oltre il 40%.

Rimane il fatto che ambedue i valori rispecchiano una maggiore capacità di controllo e di pianificazione delle nascite che potrebbe avere indotto un minore ricorso delle donne all'IVG.

*g.c. b.*

## no comment

### Affari miliardari

Francis H. Crick,

85 anni e co-scopritore della struttura elicoidale del DNA, ha venduto il proprio archivio privato alla Wellcome inglese per 2,8 milioni di dollari.

Il co-scopritore della struttura del DNA, James D. Watson, ha criticato l'iniziativa in quanto ritiene che i materiali dovrebbero essere a libera disposizione dei ricercatori.

(*Nature* 2001;414:676)

*g.c. b.*

## Un bambino in chirurgia

"La grande avventura" è una guida, con fumetti di Fulvio Bernardini, su ciò che i bambini devono sapere su un ricovero per intervento chirurgico. È edita dall'Azienda per i servizi sanitari di Trento (via De Gasperi 79, e-mail: [apss.urp@tqs.it](mailto:apss.urp@tqs.it)). È un documento di 47 pagine, molto tranquillizzante, che meriterebbe di essere diffuso.

## Il fabbisogno di pediatri

*Altroconsumo* ha pubblicato sul numero di aprile 2002 una curiosa statistica.

Quella dell'età massima (invece del 14° anno) in cui i bambini dovrebbero lasciare il pediatra per far posto a tutti i neonati.

Diamo qui sotto i numeri:

- Napoli: 6 anni e 8 mesi
- Milano: 7 anni e 2 mesi
- Torino: 9 anni e 6 mesi
- Bari: 9 anni e 6 mesi
- Bologna: 9 anni e 10 mesi
- Padova: 10 anni
- Ancona: 11 anni e 2 mesi
- Roma: 11 anni e 3 mesi
- Palermo: 11 anni e 11 mesi
- Firenze: 12 anni
- Cagliari: 12 anni e 5 mesi
- Genova: 13 anni

*red.*

# Libri: occasioni per una



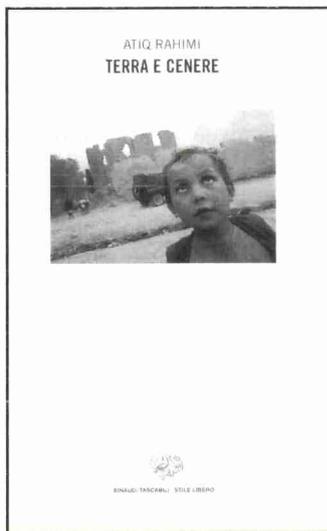
Potrebbe risultare inflazionato il prolifico Camilleri, ma quest'ultimo suo romanzo merita una considerazione particolare. *Il re di Girgenti* - scrive Salvatore Nigro, nel risvolto di copertina - è il gran romanzo di Camilleri, che tutti aspettavamo. Non si può non condividere. È una pirotecnica escursione nel mondo della fantasia. Tra dolenti tenerezze e corrotti desideri, tra sconquassi e magici incanti, tra asprezze di vita ed esaltazione erotica, sempre sul filo del divertimento. Il palcoscenico è a cavallo tra la fine del Seicento e gli inizi del Settecento. È la biografia fantastica di un capopopolo, il contadino Zosimo, che nel 1718 diventò re di Girgenti e che prima di essere tradito da un giuda gentiluomo e finire impiccato, riuscì a regalare un sogno di dignità ai suoi affamati e scalcagnati sudditi. Il racconto è continuamente su di tono per l'avvicinarsi di figure deliziosamente assurde, strambe e anche tenere. Il valletto Cocò, con le sue effeminate esternazioni, il mago Apparenzio, don Aneto che fa l'amore con gli afrori; figura campale quella di padre Uhù che dialoga con Zaleos il diavolo uscito dalle acque a cavallo di un coccodrillo; il futuro padre di Zosimo, Gisuè, che salva dalla morte un principe suicida e che lo "ricatta" fino ad aiutarlo poi a suicidarsi. Nella scena finale Zosimo muore sollevato dal fantastico aquilone che lui stesso ha costruito e guarda giù, nella piazza, e vede un palco e un corpo inerte che penzola dalla forca, e ride. La scrittura è deliziosa e accattivante, ricca di parole e frasi da voler imprimersi nella memoria, per continuare a divertirsi anche dopo aver terminato la lettura del libro.

Nicola D'Andrea

**Andrea Camilleri**

*Il re di Girgenti*

Sellerio, 2001, pp 448, Euro 11,37



Questo breve e intenso racconto, ambientato in Afghanistan durante l'invasione sovietica (prima quindi dell'attentato alle torri gemelle), ha come protagonisti un vecchio e un bambino (Yassin) che sono in viaggio a piedi verso la miniera per raggiungere il padre del piccolo e informarlo della strage avvenuta nel loro villaggio che ha visto tragicamente coinvolti tutti i suoi familiari. Il vecchio è tormentato dalla sofferenza degli avvenimenti che lui stesso ha vissuto e dall'angoscia di dover comunicare al figlio una tale disgrazia. "Perché sei venuto?" - gli chiederà il figlio Morad - e lui dovrà raccontare la verità se vuole essere un uomo, se vuole che il figlio continui ad essere un uomo. Ma Morad è stato informato dai suoi compagni in miniera, non sa che sono ancora vivi suo padre e il figlio Yassin. I tre non riusciranno ad incontrarsi perché Morad è già alla miniera e il nonno e il piccolo devono tornare al villaggio con l'unico camion che li porterà indietro. Il vecchio lascia ai compagni del figlio la sua scatola di "naswar" per fornirgli la prova tangibile che è ancora vivo. La guerra, lo scoppio delle granate ha tolto l'udito al bambino, che non sa spiegarsi perché i russi sono venuti a togliere la voce a tutti. "Cosa ci fanno con tutte queste voci. E tu perché ti sei lasciato togliere la voce?" - chiede il piccolo incuriosito - "Se non davi la tua voce, nonno, ammazzavano pure te?" "Nonno, io ho

la voce?" - chiede Yassin - "Sì - risponde il nonno con un cenno del capo - Il piccolo ammutolisce, poi chiede tra sé e sé: allora perché sono vivo?"

Il rombo della guerra ha divorato i suoni e le voci. Un libro tragico, che si legge col fiato sospeso e che ci fa scoprire la profonda sofferenza degli uomini e dei bambini coinvolti in guerre per loro assolutamente incomprensibili. Un libro che ci riporta nella disperazione della guerra, che mai come in questi tempi è così presente nel mondo e così vicina a noi. Un mondo senza voce, un mondo in guerra.

Paolo Siani

**Atiq Rahimi**

*Terra e genere*

Einaudi, 2002, pp 86, Euro 7,50

Keith Devlin è professore di *Language and Communication* alla Stanford University. Si è occupato sempre del rapporto fra le leggi del pensiero e la capacità dell'uomo di comunicare in modo semplice ed efficace.

Uno dei problemi che lo hanno interessato è come fanno i bambini ad imparare il/i linguaggio/i così facilmente in ogni contesto linguistico. L'ipotesi che segue è che vi sia una grammatica universale cablata nel cervello umano che i bambini delle varie lingue "rivestono di parole", che possono essere perfino, come nel linguaggio dei sordi congeniti, parole gestuali dotate di una grammatica sofisticata. A partire dai bambini si possono perfino costruire nuovi linguaggi, come successe nelle Hawaii alla fine dell'Ottocento; qui si giunse a trasformare un linguaggio assai grezzo, mescolanza di vari linguaggi, nel creolo, che è un linguaggio pienamente maturo con regole sintattiche riconducibili ad una grammatica universale.

In *Addio Cartesio*, l'autore racconta la storia dell'indagine scientifica nella ricerca delle leggi del pensiero, dagli antichi Greci a Cartesio; secondo Cartesio l'uomo è "duale", cioè ha una mente razionale astratta, separata dal suo corpo e rigorosamente regolata dalle leggi della logica. Quali siano le leggi della logica è

# buona lettura

un problema sviscerato da filosofi e matematici, da Leibniz fino a coloro che hanno elaborato un'algebra del pensiero, o che hanno immaginato la mente come un computer e, reversibilmente, il computer come una mente, con la possibilità cioè di ri-costruire il pensiero attraverso il computer.

Devlin afferma che nessun tentativo di ricreare il pensiero e il linguaggio è riuscito; nessun computer è riuscito a ragionare come noi e, sostiene l'autore, mai nessuno ci riuscirà, anche se gruppi di "irriducibili" continueranno, meritoriamente, a provarci. Il raggiungimento di un'intelligenza artificiale è reso più arduo dal fatto che manca in verità una definizione d'intelligenza, anche se la maggior parte delle persone può avere l'impressione di riconoscere l'intelligenza di coloro che frequenta. Perché? Devlin sostiene che la nostra mente è così tanto intrecciata con l'ambiente, con il mondo circostante che le nostre percezioni, le nostre sensazioni, le nostre norme sociali, la nostra gestualità, il contesto insomma, hanno un ruolo primario nella conoscenza, danno significati diversi agli stessi segni, alle stesse formule linguistiche e alle stesse parole. Tesi non nuova, sulla quale i sociolinguisti e gli psicolinguisti si sono a lungo concentrati. In un contesto culturale abbastanza complicato Devlin riesce a farsi comprendere anche dai non addetti ai lavori come noi.

Giancarlo Biasini



Michael Gazzaniga, neuroscienziato statunitense, nel suo libro *La mente inventata*, a proposito dell'influenza della lettura sullo sviluppo cerebrale, annota: "Non leggete ai vostri bambini perché pensate che formi cervelli migliori. Fatelo perché volete stare insieme a loro e dare inizio alla loro educazione. Leggere è utile! La nostra cultura, tuttavia, non sembra più in grado: "Leggi, è bello". Tutto viene rivisto nell'ottica della salute: "Leggi, fa bene al tuo cervello". Cosa mai è accaduto al concetto che la lettura è piacevole in sé e per sé?". Ermanno Detti risponde a questa domanda con una nuova edizione del libro del 1987 *Il piacere di leggere*: alla prima edizione l'autore aveva suggerito il titolo *La lettura sensuale*, che altro non voleva significare che appunto il piacere di leggere. Non mancano statistiche e inchieste ormai note (meno del 40% in Italia legge almeno un libro all'anno, l'acquisto dei libri per ragazzi avviene occasionalmente e non abitualmente), ma il libro vuole essere un momento di discussione su come riscoprire il piacere della lettura. "Si può insegnare il piacere di leggere? No, in assoluto. Si possono creare però le condizioni affinché il piacere di leggere nasca e si sviluppi...L'impegno e il piacere possono tranquillamente convivere. È il loro equilibrio che è difficile"

Siamo... nati per leggere.

Nicola D'Andrea

**Ermanno Detti**

*Il piacere di leggere*

La Nuova Italia, 2002, pp 108, Euro 12,50

**Keith Devlin**

*Addio Cartesio*

Bollati-Boringhieri, 1999, pp 456, Euro 36,15

## appuntamento

ACP UMBRIA

### XVIII giornate perugine di aggiornamento in pediatria

Perugia

20-22 Settembre 2002

Venerdì 20 settembre

15,00 *Advocacy in pediatria di famiglia* G.Tamburlini

16,00 *Malattie rare: l'essenziale* A.Ventura

16,40 *Lo svezzamento "scientifico"* R.Bellù

17,30 *Gruppi di lavoro*

Sabato 21 settembre

9,00 *Il dolore senza causa* L.Peratoner

9,40 *I disturbi del sonno* P. Mariotti

10,20 *Le epatiti croniche non infettive* G.Maggiore

11,30 *Gruppi di lavoro*

15,00 *Il neonato dimesso precocemente* L. Marolla, S. Conti Nibali

16,20 *Quo vadis influenza?*

G.Bartolozzi

17,30 *Gruppi di lavoro*

Domenica 22 Settembre

9,00 *Tre regole per ogni malattia*

*Atresia biliare, Epatite acuta,*

*Litiasi biliare* G. Maggiore

*Stipsi, Appendicite acuta,*

*Il lattante febbrile* L. Peratoner

*Cefalea, Tic, ADHD* P. Mariotti

11,15 *Novità in Pediatria*

F.Panizon

Segreteria organizzativa:

QUICKLINE CONGRESSI

Via S.Caterina da Siena 3, 34122 TRIESTE

Tel. 040/363586-773737, Fax 040/760590

# world info: salute

## Inquinamento da polveri

Fin dai primi anni 90 è andata crescendo l'evidenza che le particelle generate dalla combustione di carburanti fossili siano dannose per la salute. In particolare i motori diesel emettono 100 volte più particelle che non quelli a benzina. Esse sono costituite di un cuore carbonioso su cui sono adsorbite più di 18.000 differenti composti ad alto peso molecolare. Altre fonti di particelle, importanti però solo nei paesi poveri, sono i combustibili biologici quali legno, residui agricoli e letame, e infine le polveri naturali sollevate dal vento. Le particelle pericolose per la salute sono quelle di dimensioni inferiori a 10 µm (PM10) che costituiscono la frazione inalabile, e di queste quelle inferiori a 2,5 µm (PM2.5) hanno una elevata probabilità di penetrare in profondità nelle vie aeree inferiori. Un'altra importante componente delle PM10 sono le particelle ultra fini (UF) che hanno un diametro inferiore a 0,1 µm; un miliardo di particelle UF hanno la stessa massa di una particella di 10 µm di diametro, ed entrano facilmente nelle case attraverso i muri. Le particelle naturali si situano fra le PM10 e le PM2.5, mentre la combustione di carburanti fossili è la maggiore responsabile della produzione di PM2.5 e UF. Più avanzata è la tecnologia dei motori (per esempio i turbo-diesel e quelli a benzina con marmitta catalitica), maggiore è la proporzione di particelle fini (0,1-2,5µm) e UF.

Non è ancora chiaro, tuttavia, quale sia la frazione di PM10 maggiormente tossica. L'Unione Europea nel 1995 ha stabilito come limiti massimi per le PM10 più le particelle di massa >10 µg un totale di 80µg/m<sup>3</sup>. Questo livello è stato ripetutamente superato in varie megacittà in tutto il mondo.

L'aumento delle PM2.5 è stato associato con un aumento della mortalità per tutte le cause negli adulti, soprattutto problemi respiratori e cardiaci. Nei bambini in diversi studi è stato rilevato un aumento della mortalità post neonatale e per cause respiratorie, della SIDS e della mortalità infantile in generale. Altre ricerche hanno suggerito anche un rischio aumentato di parto prematuro, e nei bambini asmatici una riduzione del picco di flusso espiratorio e un aumento delle visite urgenti al PS. Come meccanismi favorevoli la maggiore incidenza di malattie e mortalità nelle aree pesantemente inquinate dalle PM10, sono state ipotizzate una possibile interazione delle

particelle con i virus respiratori, l'induzione di una discinesia ciliare e lesioni dell'epitelio nasale, una aumentata produzione di citochine pro-infiammatorie. L'evidenza che le particelle generate dai combustibili fossili siano dannose per la salute dei bambini è ormai forte, anche se ancora non abbiamo la certezza di quale componente delle PM10 sia la più tossica. Nell'attesa che ulteriori studi ci diano la risposta definitiva, si potrebbe anche tentare di convincerci a scaldarci di meno e a camminare di più (Grigg J. The health effects of fossil fuel derived particles *Arch Dis Child* 2002;86:79)

*l.p.*

## Resta indietro la ricerca USA sulle cellule staminali

Il miliardario americano Jim Clark di Silicon Valley, proprietario di una grande quota di Silicon Graphic e di Netscape, che ha donato 150 milioni di dollari a Stanford per un centro di ricerche di scienza e ingegneria biomedica, ha sospeso lo stanziamento degli ultimi 60 milioni dopo che Bush, l'estate scorsa, ha deciso di concentrare i finanziamenti pubblici per la ricerca sulle cellule staminali umane solo ai laboratori che utilizzano i 64 ceppi di cellule già esistenti per evitare la distruzione degli embrioni. Non solo, ma un laboratorio che non tiene conto del veto perde tutti i finanziamenti, anche quelli che non c'entrano con le cellule staminali. Clark si lamenta della miopia di Bush e sostiene che la ricerca che viene bloccata nulla ha a che fare con la produzione di umani replicanti, ma tende ad aprire una nuova frontiera avanzata per la medicina. Vede un futuro per l'imprenditoria che spingerà in avanti la nuova frontiera e prevede che i rapidi ritorni delle Internet Company non siano più il modo giusto di fare business: le scienze della vita sono il business di domani. Gli USA, da leader mondiale delle tecnologie con il 90% della ricerca del settore, rischiano, secondo Clark, di diventare il fanalino di coda del settore. Il rischio è quello della fuga dei cervelli verso il Regno Unito e verso Israele che non hanno posto questi limiti alla ricerca. Tanto più che le cellule embrionali utilizzate dall'ACT (Advanced Cell Technology) per la clonazione, annunciata a fine novembre, provengono da embrioni del reparto di ostetricia dell'ospedale Rambam di Haifa con l'autorizzazione delle coppie che avevano dato origine agli embrioni. Per l'e-

braismo ogni embrione condivide l'anima con la madre e non assume valore di essere umano autonomo al di fuori del suo corpo. L'autorizzazione a ricercare in quest'ambito è quindi "naturale", mentre negli USA l'ostacolo che è stato posto al brevetto sulla clonazione deriva dall'emendamento della Costituzione che ha abolito la schiavitù e che vieta a qualunque essere degli stati dell'unione di "possedere essere umani". Il rischio, per gli USA, di essere superati da Israele è ancora più concreto se si pensa che il presidente della commissione per la bioetica dell'Accademia di scienze israeliana, Michel Revel, è direttore del Centro di genetica molecolare dell'Istituto Weizmann e direttore scientifico della Interpharm, una ditta con un fatturato di 254 milioni di dollari. Un aggrovigliato conflitto d'interessi che impensierisce molto Jim Clark, il quale sa bene che nel 2000 c'erano 160 aziende biotech israeliane con 4.000 dipendenti e un volume d'affari in crescita del 33% per anno e che il recente sviluppo di cellule cardiache da cellule staminali è stato ottenuto ad Haifa, in Israele. Le preoccupazioni americane sono state confermate dal fatto che Roger Pederson, uno dei massimi esperti del settore, ha lasciato San Francisco e si è installato a Cambridge, in Inghilterra, dove la ricerca è finanziata dal governo di Blair, e Geron - il principale concorrente americano di ATC - ha deciso di trasferire in Scozia, presso il Roslin Institute, una parte delle sue ricerche.

Il rischio è quindi che accanto ad Israele crescano le ricerche anche nel Regno Unito e nell'Unione europea. L'Ufficio Europeo dei brevetti ha di recente concesso alla Myriad Genetics i diritti su due geni: il Brca1 e Brca2 utilizzabili per identificare la predisposizione ai tumori del seno di cui hanno riferito Genuardi e coll. su *Quaderni acp* (1999;1:44). Del rischio di perdere terreno nella ricerca si è fatto interprete anche il *Wall Street Journal*; numerosi ambienti scientifici hanno accolto male la nomina di un ricercatore algerino (un radiologo di nome Zerhauni) a capo del National Institute of Health probabilmente scelto più su base politica (la necessità di ingraziarsi gli arabi) che sulle effettive competenze (*Nature* 2002;416:109). La Gran Bretagna con una politica "aggressiva", così la definisce *Nature* (2002;416:3), vuole diventare leader nel mondo nel campo della ricerca sulle cellule staminali. Nel mese di febbraio, il governo Blair ha autorizzato il Medical Research Center ad istituire un deposito di cellule staminali adulte ed embrionali da affi-

# nel mondo

dare non solo a ricercatori pubblici, ma anche a gruppi di ricerca commerciali. Un ulteriore pericolo è la Germania. Recentemente, all'ospedale Rambon è stato richiesto di fornire cellule embrionali anche all'Università di Bonn. In Germania, infatti, la legge vieta la distruzione di embrioni umani a fini di ricerca, ma paradossalmente non vieta di utilizzare cellule distaccate dall'embrione provenienti dall'estero. Evidentemente una strada ambigua per salvare la faccia e la ricerca che ha scatenato un putiferio nel mondo religioso e politico tedesco ([www.embiotech.com](http://www.embiotech.com) 2/12/01).

red..

## USA molto rumore per nulla

Negli USA, nell'ambito della terza indagine nazionale sulla salute e nutrizione condotta dal 1988 al 1994 (NHANES III), un totale di 5.249 giovani di età compresa tra 6 e 19 anni è stato sottoposto a prove audiometriche e prove di compliance timpanica, per identificare un'eventuale spostamento della soglia uditiva causato da eccessiva esposizione al rumore. Il 12,5% è risultato interessato da una depressione uditiva in almeno un orecchio (5,2 milioni di soggetti se rapportato a tutta la popolazione). Nulla di sorprendentemente nuovo, ma se non altro è una dimostrazione sufficiente di un problema evitabile. Dato però che la maggior parte dei soggetti ha il danno in un solo orecchio, difficilmente l'interessato se ne accorgerà spontaneamente e sarà motivato a prendere decisioni utili a prevenire ulteriori e più seri danni (*AS Niskar, Pediatrics 2001;108:40*).

l.p.

## USA Il mercurio nell'ambiente

L'Accademia Americana di Pediatria (AAP), in seguito ai movimenti di opinione sul problema del mercurio nei vaccini ha sentito il bisogno di pubblicare su *Pediatrics* un report tecnico sulla tossicità del mercurio, sottolineandone l'ubiquitarità come tossina ambientale. L'introduzione del mercurio nell'organismo per via iniettiva con i vaccini (questione ormai risolta) è la classica pagliuzza in confronto alla trave dell'inquinamento industriale dell'aria e dell'acqua, che rappresentano i

principali veicoli diretti e indiretti di introduzione del mercurio nell'organismo.

Data l'estrema pericolosità di questo metallo per tutti gli aspetti dello sviluppo, in particolare la maturazione cerebrale, è essenziale che l'esposizione dei bambini al mercurio sia ridotta al minimo (*Technical Report Mercury in the environment: Implications for Pediatricians Pediatrics 2001;108:197*).

l.p.

## Burkina Faso Il morbillo continua

Un recente sofisticatissimo studio di Grenfell et al. (*Nature 2001;414:716*) ha dimostrato che nell'era prevaccinale (1945-1965) le onde di diffusione del morbillo da Londra, Manchester e Liverpool alla campagna circostante hanno marciato con una velocità di 5 Km per settimana.

La dimostrazione di questa progressione è stata possibile fino a 30 Km dalla città in una situazione spazio-temporale di 1-6 settimane. È stato ipotizzato quindi che il modo più efficace per contrastare la diffusione di epidemie di morbillo potesse essere la concentrazione della vaccinazione intensiva con una sola dose nelle megalopoli che sono caratterizzate da un numero altissimo di nascite e da alti flussi di migrazione, e quindi di diffusione dell'epidemia, specialmente in periodo epidemico.

Purtroppo, sperimentata in Burkina Faso con vaccinazioni di massa nelle città più grandi, l'idea non ha funzionato per cui viene confermata la strategia di vaccinare tutti i bambini ovunque risiedono.

red.

## USA Diseguaglianze e computer

Il 75% delle famiglie americane con un reddito superiore a 75.000 dollari possiede un computer, contro il 17% delle famiglie con un reddito inferiore a 15.000 dollari.

Accede attualmente ad un sito Web il 2% della popolazione mondiale. Se si tolgono USA e Canada la percentuale scende all'1%. Del resto, per accedere utilmente ad un sito Web, secondo un'indagine svolta in USA, occorre avere frequentato e terminato una *High School* (*Am J Pub Health 2001;91:1183*)

red.

## appuntamento

OVEST ACP

### Alle prese con i problemi del sonno e dell'alimentazione

Incontro con Bertrand Cramer

Torino

Sabato 28 settembre 2002

Ore 9-13

Villa Gualino

Bertrand Cramer è psicoanalista, ex primario della Clinica Universitaria di Ginevra.

È uno dei pionieri dell'approccio relazionale ai disturbi funzionali, comportamentali e psichici del bambino. È promotore di una nuova tecnica terapeutica: la terapia congiunta madre-bambino, particolarmente usata nella primissima infanzia.

Nelle sue osservazioni si avvale frequentemente dell'analisi, spesso condivisa con i genitori, delle interazioni filmate madre-bambino. È autore di alcuni libri, editi in Italia, scritti con linguaggio rigoroso e insieme molto semplice e affascinante

### PROGRAMMA

Ore 9

B. Cramer

Il bambino che non dorme

Presentazione di un caso clinico da parte di un pediatra

Ore 11

B. Cramer

Il bambino che non mangia"

Presentazione di un caso clinico da parte di un pediatra

Ore 13

Conclusioni dei lavori

# Salute in Palestina è... potersi muovere

Angelo Stefanini  
Coordinatore OMS, Gerusalemme

Un primo sommario esame della situazione sanitaria in Palestina al termine della cruenta invasione da parte dell'esercito israeliano e dopo 18 mesi dall'inizio della seconda Intifada deve porsi una prospettiva a breve e a medio termine. La violenza e le continue intimidazioni ed umiliazioni contro i civili, il sistema delle *closures* che ha ridotto il territorio della Cisgiordania e di Gaza in un numero indefinito di isole di popolazione tra le quali non è concesso alcuno spostamento e comunicazione, i coprifuoco imposti in molte città e villaggi, in pratica la sostanziale mancanza di libertà di movimento della popolazione palestinese rappresenta il principale determinante della salute in Palestina al momento attuale. Questo doloroso stato di cose si manifesta in:

- un rapido e considerevole crollo del reddito familiare e della qualità della vita dovuto alla crescente disoccupazione e povertà, e alla ridotta circolazione dei beni di consumo
- un limitato accesso al sistema sanitario e una ridotta capacità del sistema sanitario stesso di fornire servizi.

## Impatto economico e sociale

Anche prima della recente incursione militare israeliana, le condizioni economiche e sociali in quelli che eufemisticamente vengono chiamati i territori ad auto-governo palestinese (PSRA – Palestinian Self-Rule Areas) si trovavano in uno stato di profonda crisi. Rispetto al periodo precedente alla seconda Intifada esplosa il 28 settembre 2000, gli ultimi 19 mesi di scontri e di restrizione ai movimenti hanno visto una riduzione dei livelli di produzione interna di più del 20%, un tasso di disoccupazione senza precedenti (>40%), una caduta del 30% del reddito pro capite e una crescita della povertà di più del doppio fino a raggiungere il 45% della popolazione. La

Banca Mondiale (BM) ha stimato inoltre che i danni fisici inflitti alle infrastrutture pubbliche e alle proprietà private abbiano raggiunto i 301 milioni di dollari alla fine del 2001. Una recentissima valutazione in seguito alla recente incursione parla di 361 milioni (1). Come anche la BM e l'UNSCO (United Nations Special Coordination Office) hanno sottolineato, la causa più importante di questa crisi socio-economica è rappresentata dalla chiusura dei confini tra le varie *closures* e dalla restrizione imposta ai movimenti della popolazione palestinese (2, 3).

I movimenti della gente e dei beni di consumo in particolare nella Cisgiordania sono diventati sempre più difficili, ostacolando ulteriormente la produzione interna e la circolazione di prodotti e di servizi. Il flusso di manodopera palestinese in Israele, sia legale che illegale, è progressivamente diminuito a causa delle crescenti restrizioni agli spostamenti, ai rigorosi posti di blocco lungo la "Linea Verde" che separa Israele dai territori palestinesi e alle severe restrizioni ai lavoratori illegali, oltre alla recessione che sta attraversando la stessa economia israeliana.

Gli investimenti privati e il commercio estero hanno subito una forte contrazione, mentre i progetti finanziati dai paesi donatori, sia nelle infrastrutture pubbliche che nel potenziamento istituzionale, sono stati oggetto di gravi danni, fino alla loro interruzione totale a causa degli scontri militari e all'incapacità del personale di muoversi all'interno dei territori occupati. Tutto ciò ha avuto un profondo impatto negativo negli investimenti pubblici, la maggior parte dei quali finanziati da donatori bilaterali o multilaterali (4).

A seguito delle incursioni militari a partire dal 29 marzo 2002 che hanno portato alla rioccupazione delle principali città, dei campi di

rifugiati e di alcuni villaggi, quella che in precedenza era una "semplice" restrizione dei movimenti si è trasformata in veri e propri coprifuoco, con il blocco totale di oltre 600 mila persone, circa il 30% della popolazione della Cisgiordania, fatta eccezione per Gerusalemme Est. I coprifuoco significano il confino della gente nelle proprie case 24 ore su 24 e la proibizione per chiunque di qualsiasi movimento nelle strade delle città occupate. Oltre all'impiego di carri armati e mezzi blindati per pattugliare le strade, le forze israeliane hanno anche occupato i palazzi più alti o in posizioni strategiche in cui piazzare gruppi di cecchini per colpire chiunque si avventurasse alla ricerca di cibo o di aiuto. Numerosi morti e feriti palestinesi dal 29 marzo in poi sono stati la conseguenza del fuoco di cecchini durante i coprifuoco e a volte anche durante le ore in cui il coprifuoco veniva tolto.

Il principale risultato economico di questa situazione è stato il quasi completo collasso dell'attività produttiva nei principali centri commerciali della Cisgiordania. Considerando che almeno il 75% di tutto il reddito prodotto nella regione origina da questi centri, l'impatto sull'economia globale del paese può essere immaginato. Il blocco dell'economia locale ha portato a una immediata perdita del reddito dei singoli lavoratori e dei datori di lavoro, oltre che alla caduta nel gettito fiscale per l'Autorità Palestinese. Va ricordato inoltre che i fornitori e i consumatori nelle aree urbane colpite intrattengono stretti legami economici con le aree rurali. L'isolamento dei primi ha quindi un profondo impatto negativo sui secondi. Lo stesso vale per gli scambi commerciali in Gerusalemme e nel resto della Cisgiordania. La campagna di incursioni militari ha portato inoltre, in quasi tutti i casi, all'interruzione dei servizi municipali essen-

Per corrispondenza:

Angelo Stefanini

e-mail: [astefanini@re.emilia-romagna.it](mailto:astefanini@re.emilia-romagna.it)



**Abstract**

*The health situation in Palestine is getting more and more tragic after the invasion by the Israelian army: elementary liberties are neglected, Israele's internal security has influenced even the access to fundamental surviving structures. The Palestinian people's sanitary drama seems then completely predictable. We need to add to the victims of religious islamic fanaticism also all the victims from simple infectious diseases or even from natural childbirth.*

Angelo Stefanini

*The health situation in Palestine  
Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 32-34*

ziali come acqua, luce, telefono, smaltimento dei rifiuti. I carri armati, i mezzi blindati e i bulldozer israeliani hanno causato distruzioni delle pompe dell'acqua, dei generatori e delle centrali elettriche, delle linee telefoniche e delle fognature. Molti di questi servizi non sono al momento ancora stati riabilitati per espresso divieto del governo israeliano. Le case, le famiglie, i negozi, le fabbriche, gli ospedali, le scuole e gli uffici pubblici sono quindi stati privati di questi servizi vitali. L'effetto combinato della perdita del reddito, delle proprietà e della profonda depressione economica non può che ridurre ulteriormente la qualità della vita della popolazione palestinese già da tempo in situazione precaria.

**Ridotto accesso ai servizi sanitari**

I servizi sanitari in Cisgiordania e Gaza sono forniti da quattro soggetti:

- il Ministero della Sanità,
- l'Agenzia delle Nazioni Unite che si occupa specificamente dei rifugiati (UNRWA - *United Nations Relief and Work Agency*),
- un consistente settore non governativo costituito soprattutto da tre importanti ONG (*Palestine Red Crescent Society*, *Union of Medical Relief Committees* e *Union of Health Workers*) affiancate da diverse ONG internazionali,
- un settore privato for profit concentrato nei settori specialistici.

Le agenzie delle Nazioni Unite come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'UNICEF e l'UNFPA e varie ONG internazionali e agenzie bilaterali forniscono un notevole supporto al sistema.

Il danno fisico alle istituzioni sanitarie palestinesi da parte dell'esercito israeliano è stato apparentemente modesto se confrontato a quello subito globalmente dalle varie infrastrutture. L'entità finora osservata sembra essere limitata soprattutto alle interruzioni dell'elettricità che hanno impedito il funzionamento di attrezzature vitali, alla distruzione mirata o comunque alla perdita di interi archivi di informazioni, al danneggiamento diretto o dovuto agli sbalzi di voltaggio, di alcune dotazioni diagnostiche come quelle di laboratorio e radiologiche. Per le strutture private il

danno maggiore in termini economici è dovuto alla mancanza di pazienti sia per la limitata accessibilità fisica che per la perdita della capacità di pagare. A causa del sistema delle *closures* e dei coprifuoco, il Ministero della Sanità palestinese funziona al 30% della propria capacità. Il personale sanitario non può recarsi al posto di lavoro o può rimanervi per poco tempo a causa delle lunghe attese ai posti di blocco che incontra lungo il percorso. I farmaci e le forniture mediche scarseggiano in alcune località mentre in altre esiste una certa abbondanza a causa della difficoltà di trasporto dai depositi del Ministero ai centri sanitari periferici.

I pazienti sono impossibilitati a raggiungere gli ospedali e gli ambulatori sia a causa dei posti di blocco, delle *closures* e dei coprifuoco che per questioni economiche. Il sistema dei servizi non governativi, basati principalmente in centri sanitari periferici e su interventi comunitari, incontra gli stessi problemi di mancanza di libertà di movimento del personale e dei rifornimenti di materiale. Queste organizzazioni stanno cercando di affrontare la situazione sviluppando sistemi flessibili fatti di reti di professionisti tra loro in stretto contatto per via telefonica per sostenere quelli tagliati fuori dalle *closures*. Se da una parte i palestinesi sono bloccati e non possono muoversi, dall'altra è sempre più il personale internazionale che viene utilizzato per trasportare con urgenza farmaci e materiale sanitario da un posto all'altro dove esiste il bisogno. Il numero delle donne che partoriscono a casa è aumentato costantemente in questo periodo e le varie agenzie tendono sempre più a sostenere il lavoro delle ostetriche e delle infermiere che lavorano nelle comunità fornendo loro corsi di aggiornamento e materiale sterile per il parto a domicilio. Se si considera che in precedenza, in condizioni di relativa stabilità, circa il 95% dei parti avveniva in ospedale, il mutamento in corso è considerevole. Forti preoccupazioni sono concentrate sulla capacità di sostenere i programmi di vaccinazione e di controllo sulla sanità ambientale a causa delle difficoltà dell'accesso alle comunità. È evidente la necessità di sostenere il sistema di assistenza di salute

mentale per il crescente livello di stress, depressione e aggressività a cui sono soggetti soprattutto i bambini. I pazienti cronici e in bisogno di cure continue, come i diabetici, i cardiopatici, ecc..., soffrono in modo diretto l'impossibilità di muoversi e di avere accesso ai farmaci di uso quotidiano.

Il rischio di epidemie si fa sempre più consistente soprattutto per quelle malattie infettive di una certa endemicità nella regione, come la febbre tifoidea, la salmonellosi, oltre alle malattie infantili, soprattutto il morbillo e la poliomielite, il cui progressivo declino registrato negli ultimi anni, che aveva fatto sperare in una prossima eradicazione, è messo a serio rischio.

Molti adulti in urgente bisogno di trattamento specialistico, come cure oncologiche o emodialisi, non hanno la possibilità di essere trattati. Un recente rapporto dell'organizzazione israeliana *Physicians for Human Rights* mostra che a seguito della invasione del campo rifugiati di Jenin molti pazienti non hanno avuto accesso a servizi essenziali salvavita (5). La politica dell'Autorità Palestinese di decentralizzare anche i servizi di livello secondario e terziario, ossia di maggiore complessità e specializzazione, allo scopo di ovviare alle *closures*, rischia di condurre nel prossimo futuro a costi insostenibili.

La capacità delle ambulanze di rispondere

**La violazione delle convenzioni internazionali è riflessa dalle statistiche (al 7 maggio 2002) (6)**

- 160 ambulanze distrutte o danneggiate
- 107 attacchi militari a infrastrutture sanitarie (comprese le università)
- 17 operatori sanitari morti sul posto di lavoro
- 340 operatori sanitari feriti sul posto di lavoro.

alle chiamate urgenti e, una volta ricevuta la chiamata, di soccorrere il paziente e trasportarlo in ospedale o al centro sanitario adeguato, è stata e tuttora rimane in molti casi imprevedibile. La crisi umanitaria che ha colpito la regione ha avuto negli attacchi alle ambulanze uno dei suoi aspetti più vistosi, attirando un notevole interesse dei media.

### Conclusioni

Mentre prima dell'inizio della seconda Intifada uno dei problemi nello sviluppo di un sistema razionale di servizi sanitari era la molteplicità dei produttori e il ruolo di indirizzo e regolamentazione del Ministero della Sanità, il bisogno di un intervento di emergenza nel settore sanitario ha generato una risposta poco coordinata ma assai generosa da parte della comunità internazionale.

Alla necessità di un maggiore coordinamento l'OMS, assieme alla Cooperazione Italiana e altri donatori e ONG locali, ha risposto con la creazione di un *Health Action Response Team* (HART) che ha lo scopo di raccogliere l'informazione, da una parte sui bisogni sanitari più urgenti e dall'altra sulle disponibilità dei donatori, in modo da consentire una risposta coerente ed efficiente grazie al coordinamento del Ministero della Sanità.

La principale sfida al momento attuale è quella di raccogliere e analizzare dati affidabili sull'andamento della situazione. Diversi studi, valutazioni e raccolta di dati stanno avendo luogo per cercare di rispondere al bisogno di informazioni quantificabili e affidabili. Il sistema informativo del Ministero della Sanità palestinese rappresenta una base sufficientemente credibile da cui iniziare e l'OMS sta cercando di aggiornare uno studio di valutazione dell'impatto sulla salute realizzato nell'agosto dello scorso anno. Il nuovo studio ha lo scopo di fornire un quadro più completo e tempestivo della situazione per consentire una risposta efficace. Da parte dell'Unione Europea, con la collaborazione di OMS, Banca Mondiale e Ministero della Sanità, sta inoltre per prendere avvio una approfondita revisione del settore sanitario (*Health Sector Review*) con una prospettiva a medio termine, con il proposito di studiare il

funzionamento del sistema sanitario e un suo eventuale bisogno di riabilitazione.

È comunque la situazione politico-militare di occupazione permanente dei territori palestinesi da parte dell'esercito israeliano a rappre-

#### Rapporti del Ministero della Sanità e dell'UNRWA (7) mostrano:

- un aumento dei nati morti del 12,4% in Cisgiordania e del 16,1% nella Striscia di Gaza
- un crollo del 40% dei programmi di vaccinazione nelle scuole
- un aumento della malnutrizione nei bambini sotto i 5 anni nella Striscia di Gaza
- una diminuzione del 32% nella somministrazione del vaccino antitetanico nelle donne incinta
- una diminuzione del 52% delle donne che si presentano nelle cliniche pre-natali
- un aumento del 29% nei parti a domicilio in Cisgiordania
- un peggioramento della qualità dell'acqua dovuto ad una diminuzione del 50% nel campionamento e clorinazione
- un evidente non quantificabile peggioramento delle condizioni psicologiche del benessere sociale delle comunità
- copertura vaccinale crollata dal 95% al 65%.
- La presenza di oltre 600.000 bambini in Cisgiordania che negli ultimi 6 mesi non sono stati immunizzati contro il morbillo e le altre malattie infettive dell'infanzia fa temere epidemie con conseguenze tremende.

sentare, con il suo impatto sulla libertà di movimento delle persone e delle cose, oltre alle perdite umane dirette e alle sofferenze inflitte alle persone, il determinante fondamentale dello stato di salute della popolazione locale. La debolezza intrinseca delle organizzazioni umanitarie e sanitarie, compresa l'OMS, sta nell'incapacità di agire proprio a questo livello. Gli interventi esclusivamente settoriali, come l'invio di aiuti finanziari e umanitari, non influiscono affatto sulla causa principale, anzi rischiano di portare all'accettazione acritica di uno *status quo* permanente in cui l'aumento generoso dell'assistenza esterna sposta paradossalmente in secondo piano la necessità di una risoluzione del problema di fondo. Come non comprendere la reazione di rifiuto da parte della popolazione di Jenin, bombardata dagli F-16 e dagli elicotteri Apaches americani in dotazione all'esercito israeliano, dei pacchi dono dell'USAID (agenzia per lo sviluppo del governo statunitense)? Come mi ha detto un vecchio palestinese: "con una mano ci bombardano e con l'altra ci ricostruiscono le case distrutte, per poi ribombardarle la prossima volta, per poi ricostruirle, per poi...".

#### Bibliografia

- (1) Local Aid Coordination Committee Co-Chairs, Press Release, 15 May 2002.
- (2) UNSCO. The Impact on the Palestinian Economy of the Confrontation, Border Closures and Mobility Restrictions, *various issues*, October 2000-December 2001.
- (3) World Bank. Fifteen Months: Intifada, Closures and Palestinian Economic Crisis. *March 2002*.
- (4) *Ibid.*
- (5) Physicians for Human Rights. Forensic Team Preliminary Assessment, *Jenin, April 21-23, 2002*.
- (6) Palestine Red Crescent Society (PRCS), <http://www.palestinercs.org>. Da notare come le cifre fornite da questa organizzazione siano da considerarsi una sottostima della realtà in quanto soltanto i casi direttamente accertati dal personale PRCS vengono riportate nel sito web.
- (7) UNRWA Emergency Appeal for 2002.

# Clenil® per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare

RIASSUNTO  
DELLE CARATTERISTICHE  
DEL PRODOTTO

**1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE:** CLENIL 0,8 mg/2 ml sospensione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto 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 abnormalmente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, 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 mineralocorticoidale ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL50 (topo per os) >4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) >4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, 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 - € 13,24. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

# Fluibron® per Aerosol

ambroxol 0,75 Soluzione da nebulizzare

RIASSUNTO  
DELLE CARATTERISTICHE  
DEL PRODOTTO

**1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE:** FLUIBRON® 0,75% Soluzione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg 750. Un contenitore monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione da nebulizzare. Per aerosol. **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 contenitore monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo contenitore o un contenitore 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 (v. par. 4.6). **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione troppo 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. Il prodotto contiene para-idrossibenzoati che possono provocare reazioni allergiche generalmente di tipo ritardato, quali dermatiti da contatto; più raramente possono provocare reazioni di tipo immediato con orticaria e broncospasmo. **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 e, 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 Proprietà farmacodinamiche** 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 Proprietà farmacocinetiche** 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 2<sup>a</sup> ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Dati preclinici di sicurezza 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 della loro funzionalità. **Attività teratogena** - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. **Attività mutagena** - I classici tests di mutagenesi non 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** 24 mesi 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 contenitore monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: contenitori monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 contenitori monodose da 2 ml Lit. 17,500. Confezione da 20 contenitori monodose da 2 ml € 9,50. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il contenitore monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il contenitore monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il contenitore monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del contenitore monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il contenitore può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. Porre controluce il fialetto per verificare l'esattezza della metà dose. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A. - Via Palermo, 26/A - PARMA **8. NUMERO A.I.C.** FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 15 contenitori monodose: N° 024596140 FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 20 contenitori monodose: N° 024596153 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE:** FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 15 contenitori monodose: 04/03/1996 FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 20 contenitori monodose: 13/04/2001 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Aprile 2001 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90:** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

## Scenari clinici: il metodo è riproducibile?

Ottimo! Raffinato ed elegante, non dà ricette onnipotenti, metaforicamente "coi piedi per terra e lo sguardo rivolto al cielo". Mi piace. Nell'ottica di una più ampia diffusione del metodo, relativamente alla sua validità, sarebbe interessante avviare uno studio di riproducibilità nel contesto della pediatria territoriale italiana. La mia impressione (immagino sia anche la vostra) è che, se oggi campioni, random, 100 pediatri in Italia e proponi a ciascuno il medesimo scenario, tra i (diciamo) 20-30 che accetterebbero potresti ottenere risultati anche sostanzialmente differenti (sarebbe interessante farlo). Per vari fattori: innanzitutto competenze epidemiologiche e statistiche di base, dimestichezza con la lingua inglese, e poi esperienza, tempo, pazienza, curiosità.

Attendo comunque con grande interesse i prossimi numeri di Quaderni.

Complimenti e avanti tutta.

Gianfranco Mazzarella

*È un commento critico. Al di là della gentilezza e dell'apprezzamento per il lavoro svolto, e del quale non possiamo che ringraziare, c'è un sostanziale disaccordo sulla riproducibilità del metodo, un disaccordo anche abbastanza ragionevole. Lo scetticismo di Gianfranco meriterebbe una ricerca ad hoc?*

*Pensiamo di sì. Forse il reclutamento di "nuove forze" al progetto editoriale degli scenari potrebbe cominciare da qui.*

s. f.

## Scenari clinici: le difficoltà della ricerca Medline

Credo che sia molto buona, anzi ottima l'iniziativa di insegnare a cercare nella letteratura, avviata con il primo numero di *Quaderni acp* di quest'anno, per dare adeguata risposta ai quesiti ambulatoriali di ogni giorno. A me, che sono abbastanza inesperto di Medline, riesce difficile organizzare la domanda per la quale vengo date a pag 40 e seguenti alcune istruzioni. Ho provato a chiudere la rivista e a formulare di nuovo e da solo la domanda, ma mi trovo in difficoltà perché mi mancano criteri sicuri. Infatti, ho provato a fare le domande su Medline costruendole così come mi venivano (speravo che piccole variazioni non influissero sulla risposta), ma la risposta è stata purtroppo molto

diversa sia per la pediculosi che per l'otite (in quest'ultima nonostante abbia messo al primo posto *otitis e child* mi sono venuti fuori lavori che riguardavano la polmonite pneumococcica e non riesco a capire perché).

Ho capito quindi che la strutturazione della domanda è fondamentale e che ho bisogno di imparare molto. Forse ne hanno bisogno anche altri colleghi. Distinti saluti.

M. Aldo Ceccherini

*Le osservazioni e le difficoltà incontrate dal nostro attento lettore dipendono anche da un errore, segnalato sull'errata corrige del numero scorso: la stringa di ricerca pubblicata sul primo numero degli scenari aveva un errore che non consentiva di riprodurre la ricerca sull'otite. In ogni modo l'invito a tornare, con maggiori dettagli, sia sulla strutturazione della domanda che sulla maschera di PubMed è stato raccolto (si veda il leggere e fare di questo numero). Le osservazioni dei lettori sono essenziali per consentirci di migliorare nella comunicazione. L'affetto e la benevolenza con cui queste osservazioni sono fatte sono uno stimolo in più per il nostro "faticoso" lavoro editoriale.*

s. f.

## Clinical Evidence in italiano

Il Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza del Ministero della Salute, sotto la direzione di Nello Martini, ha avviato da circa due anni un programma di attività mirato a sviluppare anche in Italia un'informazione indipendente. Fanno parte di questa iniziativa il completamente rinnovato BIF (Bollettino di informazione sui farmaci) e le traduzioni in italiano dei volumi *Clinical Evidence*, *British National Formulary* e *Medicines for Children*.

*Clinical Evidence* (CE) raccoglie le informazioni più recenti ed aggiornate sull'efficacia degli interventi sanitari. Prodotto dal British Medical Publishing Group - lo stesso gruppo che produce il *British Medical Journal* - CE viene aggiornato ogni sei mesi. Attualmente CE viene distribuito ai medici del servizio sanitario inglese e a 400.000 medici negli USA; ed esistono edizioni in francese, tedesco, spagnolo e giapponese. La versione italiana è l'unica a venire distribuita gratuitamente a spese del servizio sanitario nazionale con una modalità sperimentale per questo primo anno. A partire da marzo 2002, CE è stata distribuita a circa

50.000 tra medici, infermieri e docenti delle Scuole di Medicina di dieci regioni italiane.

CE è un testo relativo all'efficacia degli interventi (non si occupa cioè di problematiche legate all'eziologia, diagnosi e prognosi), che si basa preferibilmente sui risultati di revisioni sistematiche di letteratura più che sui singoli studi primari.

Nell'attuale versione del libro sono disponibili 120 capitoli relativi agli interventi in diversi campi della medicina. Dopo avere esplicitato quali sono i quesiti che vengono affrontati nel capitolo il lettore trova una tabella riassuntiva nella quale i diversi interventi disponibili per quella determinata malattia vengono classificati come: utili, potenzialmente utili, di utilità da determinare, da valutare caso per caso, probabilmente inutili, inutili o dannosi.

Segue poi una disamina dettagliata, quesito per quesito, delle prove di efficacia a favore o contro quel particolare intervento. La bibliografia è molto ampia ed aggiornata.

Ogni volta che i dati lo permettono le stime di efficacia dei diversi interventi vengono espresse con l'NNT e quelle relative ai rischi di effetti collaterali con l'NNH. Per dare al lettore non esperto le nozioni di base necessarie ad interpretare questi concetti, è riportata una breve sezione metodologica. In questa sezione si spiegano per esteso anche quali sono i criteri utilizzati per classificare gli interventi secondo la tassonomia sopra descritta (utile, probabilmente utile, etc.), enfatizzando che nell'attribuzione alle singole categorie di utilità si tiene conto della validità degli studi disponibili, della loro precisione e consistenza di risultati, della generalizzabilità e applicabilità dei risultati al di fuori del setting di ricerca, della rilevanza clinica degli *outcome* considerati.

Nei prossimi mesi il Centro Cochrane Italiano, in collaborazione con il Ministero della Salute e con le regioni interessate, organizzerà indagini mirate a valutare il gradimento e il grado di effettivo utilizzo da parte dei professionisti di questo strumento.

È previsto un aggiornamento annuale e per il 2003 dovrebbe essere garantita, con un finanziamento del Ministero della Salute, la realizzazione e distribuzione di almeno 100.000 copie. Questo non permetterà ancora di raggiungere tutti i medici italiani, ma si pensa di coinvolgere la Conferenza Stato-Regioni per reperire, direttamente attraverso le singole regioni, i fondi per una tiratura che garantisca una copertura completa dei medici italiani. Per gli anni futuri si sta pensando alla creazione, analogamente a quanto già esiste per la versione inglese (vedi [www.clinicalevidence.org](http://www.clinicalevidence.org)), di

# di Quaderni acp

un sito italiano dove disporre di un aggiornamento continuo.

Alessandro Liberati

*L'operazione Clinical Evidence ha indubbi vantaggi: traducendo si rende fruibile un buon testo a gran parte dei medici italiani. Per i pediatri ha il lato debole di raccogliere pochi argomenti che riguardano i bambini, ma gli aspetti metodologici sottolineati da Liberati sovrastano questa debolezza. In verità l'operazione Clinical Evidence ha un'aspetto ancora più debole: la mortalità dei contenuti. È stato tradotto il volume IV (2000) inglese e proprio mentre andiamo in stampa sta per essere distribuito il volume VII (2002) inglese e tra sei mesi, con puntualità, sarà pronto il volume VIII. Per le raccomandazioni diverse contenute nel volume VII ai medici italiani basterà seguire quelle del volume IV? È questa la posizione ufficiale del Ministero della Salute: quando quelle indicazioni saranno superate i medici dovranno continuare ad usarle? E la carta (che agli abbonati di Clinical Evidence viene distribuita, ma insieme all'accesso alla versione elettronica via internet) non rischierà di confermare i medici italiani nella loro decisione di fare a meno dell'utilizzo delle banche dati? Quanto costava acquistare una licenza per i medici italiani (tutti) a Clinical Evidence, Cochrane Library, etc? Molto di più di tradurre il volume? Lasciamo da parte il Regno Unito dove l'accesso alle biblioteche elettroniche è una realtà che nessuno oserebbe mettere più in discussione (frutto di scelte governative), ma anche in Irlanda, Finlandia e Norvegia hanno scelto questa strada. Il vero problema italiano è cercare di allargare la partecipazione al movimento internazionale EBM del maggior numero possibile di medici. Soltanto impegnandosi in prima persona nell'analisi critica della letteratura si apprezzano volumi come Clinical Evidence. Non ci sono alternative. Ma se al Ministero della Salute sono tanto affezionato alla carta perché non distribuire a spese del Ministero i nostri scenari a tutti pediatri italiani? Ci impegneremo ad aggiornarli ogni due mesi (non ogni due anni). È già nei nostri progetti. E se il Ministero della Salute ama tanto finanziare le traduzioni, perché non tradurre i nostri scenari in inglese? Non farebbe un'ottima operazione per immettere anche dei "medici" e non degli "esperti" nel circuito internazionale EBM? Conflitto di interessi? Ci permettiamo di dare questi suggerimenti proprio perché sono consigli di parte e perché siamo sicuri che al Ministero della Salute nessuno segue i nostri consigli.*

s.f.

## Gaslini e Bambin Gesù per il Sud: questa la soluzione?

Alcuni articoli, recentemente apparsi sulla stampa calabrese, hanno posto l'accento su iniziative della Regione Calabria volte a contenere il fenomeno della migrazione sanitaria in pediatria (Quaderni acp 1998, Vol VIII, n°1) attraverso accordi con noti Ospedali pediatrici italiani, di rinomata competenza e professionalità. La realtà pediatrica in Calabria è afflitta dal fenomeno della migrazione, le cui ragioni vengono spesso attribuite alla mancanza di strutture e di competenze. Nessuno nega che in parte ciò corrisponda al vero, ma è altresì vero che settori della sanità calabrese sono culturalmente attivi, sono riconosciuti più in ambito italiano che locale e attuano una sanità in linea con i cosiddetti centri di "eccellenza" in Italia e all'estero. Nel 1997, per la prima volta, si parlò della costituzione di un Gaslini Sud a Nicotera, ma le società scientifiche italiane avanzarono molte perplessità sull'efficacia di questa misura come rimedio per affrontare, in modo serio, il fenomeno della migrazione. Alcuni pediatri riuscirono ad effettuare un'analisi del fenomeno, individuando indicatori atti a proporre strategie di prevenzione. Lo studio, pubblicato poi da numerose riviste scientifiche, da allora viene discusso sempre in ambito medico e, benché presentato all'assessorato alla Sanità della Regione in più occasioni, non è mai stato oggetto di confronto con la parte politica. La migrazione esiste ma, per prevenirla, va analizzata con appositi indicatori che aiutino a comprendere per quali settori essa si compia e da quali aree.

È noto che dal Sud e dalla Calabria si migra, ancora oggi, soprattutto per patologia neuropsichiatrica (43% indice di fuga), ortopedica (39%), oculistica (34%), per i tumori (38%) e meno per altre specialità. Una buona strategia di contrasto potrebbe basarsi, da un lato, sull'avvio di attività volte a valorizzare e sostenere i punti di eccellenza esistenti e, dall'altro, sullo sviluppo di nuove competenze specialistiche sulle patologie con il più alto indice di fuga. Un esempio di buona politica sanitaria ci viene dalla patologia tumorale il cui indice di fuga era attorno al 38%. In Calabria già esistevano due centri (Reggio Calabria e Catanzaro) che riuscivano a coprire circa il 50% della patologia neoplastica pediatrica, mentre pochi casi di tumore solido erano seguiti in Regione.

A Cosenza un paio di anni fa è stato avviato un processo di formazione in oncematologia pediatrica: con una spesa di 64 milioni di lire è

stato possibile avviare, presso l'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza, un'attività di assistenza ai bambini con tumore. In poco più di un anno, sono state così effettuate 27 diagnosi di ogni tipo di tumore, anche di forme estremamente rare, che hanno trovato qui un approccio completo e valido. Una parte delle nostre energie vengono quotidianamente dirette a superare la sfiducia storica delle famiglie dei pazienti nei confronti delle strutture sanitarie calabresi. Questo rappresenta un punto cruciale: chi si trova qui a lavorare, proveniente a volte anche da ospedali del "Nord", trova le maggiori difficoltà non nell'assenza di mezzi diagnostici o di competenze professionali, ma nell'ottenere la fiducia dell'utenza. I pazienti sono storicamente abituati a cercare soluzioni sanitarie al di fuori della regione, nei cosiddetti "centri qualificati". I medici hanno molte responsabilità in questo e la sfiducia si sente spesso come un velo sottile e cattivo in ogni parola detta, in ogni sguardo. Creare un portale diretto con il Bambin Gesù, costruire un Gaslini Sud a Nicotera e proporre queste come soluzioni al problema della migrazione e della sfiducia nella sanità locale, non fa altro che accentuare la sfiducia, allontanare ancora di più il paziente calabrese dalle strutture locali e avvilire il nostro lavoro.

Per noi medici avere a disposizione un portale telematico con una grande struttura può rappresentare una buona opportunità: l'aggiornamento professionale in questa regione non è favorito, né adeguatamente finanziato e molti di noi se ne fanno carico personalmente, abbonandosi a riviste, autotassandosi per accedere ad una formazione internazionale. Nonostante gli Istituti proposti siano di indubbia qualità e competenza, oggi le conoscenze specialistiche sono appannaggio di numerose realtà sanitarie ed è per queste ragioni che noi spesso, di fronte a pazienti con problemi particolarmente complessi e rari, collaboriamo di volta in volta con i centri di maggior competenza per quella patologia, come Bergamo, Bologna, Brescia, Genova, Padova, Roma, Milano, Napoli, Trieste, Torino e altri. Ognuna di queste sedi può esprimere l'eccellenza in un aspetto specifico e oggi è abbastanza insolito trovare l'optimum delle competenze in un unico soggetto. Talvolta questo rapporto di collaborazione, con la sola discussione telematica, ci aiuta a risolvere il caso evitando l'emigrazione del paziente. Ma molto si può fare in Calabria e non solo nelle aziende ospedaliere di 3° livello. Alcuni tra i settori all'avanguardia e di eccellenza presenti sul territorio regionale sono rappresentati, ad esempio, dalla gastroenterologia pediatrica,

dalla chirurgia pediatrica, dall'emato-oncologia, dalla terapia intensiva neonatale, dalla ricerca e diagnostica delle malattie neuromuscolari. I medici e i ricercatori impegnati in questi settori svolgono un'attività riconosciuta in Italia e all'estero. Gradualmente i risultati di questo impegno si stanno manifestando: i più recenti dati resi noti dall'ISTAT e relativi al 1997 indicano che la Calabria presenta un tasso di mortalità infantile più elevato solo di quello di Abruzzo e Molise nell'area meridionale ed insulare, ma migliore di quello di tutte le altre regioni della stessa area, mentre i dati del 1995 la collocavano al penultimo posto della graduatoria nazionale. Per chi opera con serietà e dedizione nella sanità calabrese è doloroso, a volte offensivo, leggere che si vuole aprire un Gaslini a Nicotera e che c'è un accordo, a prezzi vantaggiosi, con il Bambin Gesù con un accesso telematico privilegiato al centro unico di prenotazione. Sono ottime attività di marketing, per il Bambin Gesù e per il Gaslini di Genova, che vive il problema del decremento delle nascite in Liguria; ma lo sono anche per la Regione Calabria? Auspichiamo tutti che si voglia veramente investire nel modo più corretto nella sanità calabrese e nell'assistenza pediatrica in particolare. Molto di quanto viene fatto si fonda purtroppo prevalentemente sull'impegno dei singoli. In futuro potremo fare di più, se si attuerà una politica di programmazione sanitaria che, tenendo conto dei bisogni e delle competenze specialistiche esistenti e mancanti in questa regione, coordini attività di intervento e di investimento in modo da rendere l'assistenza pediatrica in Calabria di qualità sempre migliore.

Manila Candusso, Carlo Corchia,  
Giovanna Riccipetioni

## La SIDS a Roma

In qualità di pediatri di famiglia, in occasione delle prime visite ai neonati appena iscritti, abbiamo notato che spesso fino a quel momento i genitori non erano mai stati istruiti su quale posizione fosse raccomandato far dormire i bambini. Abbiamo perciò deciso di somministrare loro un questionario che ci permettesse di quantificare l'entità del fenomeno.

Nel periodo compreso tra marzo e settembre 2001, 14 pediatri di famiglia di Roma hanno somministrato un questionario ai genitori dei neonati visti per la prima volta presso il loro studio. Il questionario era volto a rilevare il grado di informazione che i genitori avevano ricevuto dal centro nascita riguardo alla SIDS

ed in quale posizione fino a quel momento il neonato aveva dormito.

Sono state intervistate 107 famiglie provenienti da 24 diversi punti nascita. L'età media dei bambini alla visita era di 29,82 giorni (Media-na 20 gg. Range 3-163 gg.)

**D:** *Fino ad oggi in quale posizione ha dormito vostro figlio?*

**R:** supino 29,9 %; di lato 56,1 %; prono 3,7 %; sia supino che di lato 7,5 %; sia prono che di lato 2,8 %

**D:** *Al nido vi hanno informato sulla SIDS?*

**R:** SÌ 9 %; NO 91,6 %

**D:** *In ogni caso vi hanno detto in quale posizione deve dormire vostro figlio?*

**R:** SÌ 30,8 %; NO 69,2 %

**D:** *Se sì, in quale posizione?*

**R:** supina 33,3 %; di lato 54,5 %; prona 6,1 %; sia supina che di lato 6,1 %

**D:** *Vi hanno informato sul fumo passivo?*

**R:** SÌ 7,5 %; NO 92,5 %

**D:** *Vi hanno informato sulla temperatura ambientale?*

**R:** SÌ 6,5 %; NO 93,5 %

**D:** *Avevate già sentito parlare della SIDS?*

**R:** SÌ 63,5 %; NO 36,5 %

**D:** *Se sì, da quale fonte?*

**R:** riviste o libri 42,7 %; televisione 35,5 %; amici o familiari 16,2 %; corsi pre-parto 11,8 %; da un sanitario 2,9 %; non specificato 5,9 %

Dalle risposte ottenute abbiamo rilevato i punti nascita di provenienza, il numero di bambini che vi sono nati ed il numero di famiglie che da quell'ospedale hanno ricevuto informazioni sulla SIDS.

Dall'elaborazione dei dati possiamo dire che nella nostra città vi sono almeno 24 punti nascita (tra cui i più importanti come numero di nascite) che durante il periodo della nostra indagine non hanno previsto minimamente di dover dare una informazione adeguata sulla prevenzione della SIDS.

Ciò viene confermato dal fatto che le 9 famiglie su 107 che hanno ricevuto una corretta informazione provengono da centri in cui altre famiglie non hanno ricevuto le stesse informazioni, a dimostrazione che questo evento è stato legato alla singola volontà del medico di turno e non a una intenzionalità programmata.

Possiamo affermare che per questo motivo solo il 29,9% dei bambini dormiva nella posizione più sicura.

Indipendentemente dal perché, a 33 famiglie (30,8%) è stato detto come doveva dormire il loro bambino, peccato che solo un terzo di loro (il 10% del totale) ha ricevuto una corretta informazione.

Nonostante che tale argomento sia considerato un tabù dai centri nascita, il 63,5% delle famiglie era già a conoscenza della SIDS, peccato che senza un adeguato rinforzo e senza una corretta informazione nel momento opportuno tale conoscenza non ha condotto alla corretta posizione nel sonno.

L'ultima considerazione che vogliamo fare è che, nella catena della informazione, noi pediatri di famiglia siamo l'ultimo anello e se veniamo meno noi al nostro impegno tutto ciò che finora è stato scoperto sulla SIDS per le famiglie dei nostri pazienti rimarrà un lavoro inutile ed il rischio di morte invariato a quello del passato.

Paolo Nardini

*L'esperienza riportata dai pediatri di Roma corrisponde ad una diffusa percezione: le raccomandazioni sulla posizione in culla non rappresentano per molti punti nascita, nonostante le "evidenze", una priorità nell'ambito delle informazioni fornite ai genitori durante il ricovero per la nascita del bambino. I dati forniti da Nardini sono disarmanti. Una corretta informazione viene data molto raramente, e, comunque, "a caso"; c'è da pensare, dunque, che la prassi assistenziale non prevede mai (almeno sul campione in esame) un protocollo di comportamento. Questa mancanza di uniformità è certamente la spia di una mancanza di protocolli di reparto condivisi, almeno per aspetti rilevanti. Nardini sottolinea anche l'importanza del pediatra di famiglia, l'ultima figura, in ordine temporale, nella catena dell'informazione per la posizione nel sonno; sarebbe interessante, tuttavia, conoscere anche l'informazione che le madri ricevono dai pediatri di famiglia (non da coloro che hanno condotto la ricerca, ma da un campione random); è probabile che anche in questo setting le cose non vadano meglio. Sicuramente c'è ancora molto da fare per fornire ai genitori dei messaggi chiari e basati sulla forza dell'evidenza; lo stesso discorso può essere fatto per altre misure di prevenzione di grande efficacia (fumo e allattamento al seno, ad esempio) per le quali solo il coinvolgimento di tutta la catena di operatori sanitari può contribuire ad aumentare la sensibilità della popolazione. La verifica dei dati del progetto "6+1" condotto dal Centro per la Salute del Bambino in alcune regioni potrà darci delle indicazioni sulle modalità anche organizzative che dovrebbero essere pensate nelle sedi locali per proporre seri interventi di salute pubblica nell'ambito della prevenzione sanitaria.*

s. c. n.

## Leggere e fare

### 40 Dalla domanda alla strategia di ricerca

*Come trasformare i problemi pratici di ogni giorno in domande per la letteratura?*

*È possibile utilizzare un metodo di ricerca sensibile, specifico e riproducibile?*

*Abituarsi alla costruzione della domanda e alla trasformazione di questa in strategia di ricerca è una "thinking skill" non una "computer skill". Gli scenari di questo numero tornano su questo aspetto con esempi il più possibile "didattici".*

*Bisogna limitare al massimo gli insuccessi per progredire speditamente*

*in un processo di apprendimento. Qualche inevitabile ripetizione (di cui ci scusiamo)*

*è finalizzata a limitare al massimo inutili e dannose frustrazioni ai nostri lettori.*

### 42 In un adolescente con lussazione di rotula è obbligatoria la terapia chirurgica?

### 44 Il montelukast riduce la ricorrenza di crisi d'asma in un bambino in età prescolare?

### 46 L'antibiotico topico è efficace nella terapia dell'impetigine lieve del bambino?

### 48 Glossario

### 50 Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH)

## Aggiornamento avanzato

### 51 Gli ogm tra equivoci e potenzialità

*I cibi transgenici di seconda generazione hanno riaperto il dibattito sulle biotecnologie agroalimentari. Gli ambientalisti e i consumatori chiedono di valutare la sicurezza per la salute umana e l'impatto ambientale delle tecniche di modificazione genetica. Anche i prodotti naturali, cioè non geneticamente modificati, non sono però automaticamente innocui. Perché allora limitare la richiesta degli ambientalisti e delle associazioni dei consumatori di valutare impatto ambientale e sicurezza per la salute umana solo alle tecniche di modificazione genetica?*

## Medici e Pazienti: un confronto è possibile?

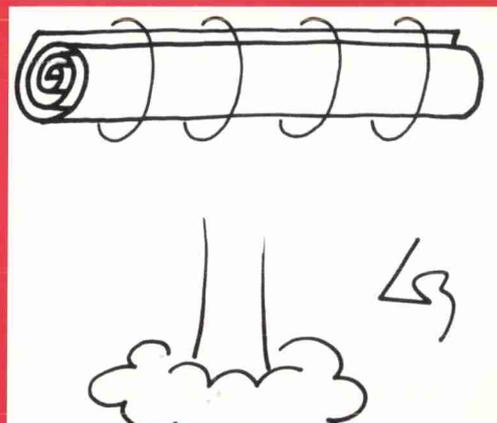
### 54 Celiachia: difficile da trovare, dura da trattare, impossibile da curare

*Quaderni acp in questa rubrica vi sottoporrà delle storie (alcune tratte da Lancet, altre pervenuteci per altre vie) utilizzando uno schema speculare: il malato proverà a descrivere il suo vissuto di malattia, l'esperto analizzerà questo vissuto, perché si possa provare a prendersi cura non soltanto di eventi e sintomi, ma di come sono percepiti e vissuti.*

## Saper fare

### 56 Come utilizzare il podoscopio

*Il podoscopio è uno strumento utile nei controlli di salute perché permette di ispezionare e valutare l'impronta plantare. Consente quindi di diagnosticare facilmente condizioni normali e patologiche del piede: piede grasso, piede lasso, piede piatto, piede cavo. L'articolo guida alla lettura dell'impronta podoscopica.*



# Dalla domanda alla strategia di ricerca

Salvo Fedele

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

Nei primi due numeri di quest'anno di *Quaderni acp* abbiamo mostrato alcuni esempi di scenari clinici con quesiti terapeutici.

La trasformazione dello scenario clinico in "domanda in tre parti" e di questa in "strategia di ricerca" è stata considerata da molti lettori difficile e difficilmente riproducibile.

Nelle lettere di questo numero (si veda pagina 36) pubblichiamo due testimonianze di questo tipo. Abbiamo deciso allora di tornare su queste difficoltà con maggiori dettagli, sacrificando la pubblicazione di qualche problema clinico e spiegando in tutti gli scenari che pubblichiamo in questo numero:

- le motivazioni e la logica della formulazione della domanda

- i passaggi e i problemi incontrati nella strategia di ricerca di ogni singola domanda.

Abituarsi alla costruzione della domanda e alla trasformazione di questa in strategia di ricerca è una "thinking skill" (un'abilità pensante) non una "computer skill". Le esercitazioni pratiche al computer hanno un valore modesto al confronto di un efficace ragionamento collettivo in un gruppo di pari.

## La domanda in tre parti

A partire dalla chiara definizione dello scenario clinico la formulazione delle domande è in sé abbastanza semplice, anche se richiede un periodo di addestramento.

Alcuni dettagli, che per ragioni di spazio avevamo ommesso nei numeri precedenti, dovrebbero aiutare ad esercitarsi a questa fase.

La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:

### 1. POPOLAZIONE

La prima parte *identifica la popolazione oggetto di uno studio clinico più vicina possibile al paziente dello scenario.*

In questa parte ci abitueremo quindi a definire in maniera, la più sintetica possibile, *la malattia e le caratteristiche del paziente.*

*Esempi:*

- *in un bambino in età prescolare con asma ricorrente...*

- *in un bambino di sette anni con impetigine lieve...*

- *in un adolescente con lussazione della rotula....*

### 2. INTERVENTO (ED EVENTUALE CONTROLLO)

La seconda parte *identifica l'intervento terapeutico di cui si vuole conoscere l'efficacia.*

In alcuni casi la seconda parte *può identificare anche l'eventuale intervento di confronto o di controllo.*

*Esempi:*

- *in un bambino in età prescolare con asma ricorrente è efficace il trattamento con montelukast...*

- *in un bambino di sette anni con impetigine lieve è efficace la terapia topica con acido fusidico...*

- *in un adolescente con lussazione della rotula è più efficace il trattamento chirurgico o il trattamento conservativo...*

### 3. OUTCOME

La terza parte della domanda *identifica l'outcome che mi interessa valutare.*

Gli outcome presi in considerazione dagli studi sperimentali non sono sempre outcome clinicamente rilevanti e non sempre è possibile condurre una buona strategia di ricerca bibliografica finalizzata all'outcome che lo scenario propone di valutare. Talvolta è necessario mantenersi piuttosto vaghi nella definizione degli outcome chiedendo genericamente di trovare studi in cui la definizione dei "TREATMENT OUTCOME" è stata fatta esplicitamente. Questo, generalmente, taglia fuori tutti gli studi in cui l'outcome è soltanto un surrogato di scarsa rilevanza clinica.

Certo, se dal mio scenario clinico viene fuori una richiesta precisa ed è quella che voglio cercare proverò a finalizzare la ricerca proprio a quell'outcome:

- *in un adolescente con lussazione della rotula è più efficace il trattamento chirurgico o il trattamento conservativo nel ridurre le recidive?*

- *in un bambino in età prescolare con asma ricorrente è efficace il trattamento con montelukast nel ridurre le ricorrenze di crisi d'asma?*

## La strategia di ricerca

La fase successiva è la definizione della strategia di ricerca.

Come deve essere condotta la strategia di ricerca su Pub Med?

Ogni articolo inserito in Medline Pub Med viene catalogato utilizzando alcune parole chiave di termini tecnici (Medical Subject Heading); queste parole chiave sono raccolte in un dizionario di oltre 20.000 termini che è il Thesaurus di Pub Med. Per trovare un articolo è necessario utilizzare almeno una delle parole chiave con cui l'articolo è stato archiviato. Tante più parole chiave riesco ad utilizzare e tanto più queste parole caratterizzano il mio scenario, tanto più mi avvicinerò a una ricerca bibliografica ristretta ed efficace.

Prima di inserire qualsiasi termine di ricerca è quindi essenziale verificarne l'esistenza tra i Medical Subject Heading (MeSH) e conoscere il significato con cui quel termine è stato inserito tra i MeSH (si veda anche a pagina 50). Si può accedere al thesaurus dei MeSH direttamente da questo indirizzo internet:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

Negli esempi che pubblichiamo in questo numero vedremo come non si tratta semplicemente di tradurre la domanda, ma di portare avanti un processo che va avanti per "prova ed errore": la domanda, nel confronto con il Thesaurus di PubMed, si va progressivamente affinando. Riprodurre questo processo ci è parso utile per evitare che il lettore consideri alcuni insuccessi esclusivamente come pro-

Per corrispondenza:

CSB Palermo

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

leggere e fare



**Abstract**

*How can practical every day problems be changed into questions for medical literature? Is it possible to use a sensible, specific and reproducible method of research? Getting used to the construction of a question and to its transformation into a research strategy is a thinking skill, not a computer skill. Computer practices have a modest value when compared to an efficient collective reasoning among colleagues. This issue's scenarios go back to exam such aspects with very simple teaching methods. It is important to limit failures in order to proceed rapidly toward a learning process. We are sorry for some inevitable repetitions, but they are aimed to reduce in our readers, useless and harmful frustrations.*

Salvo Fedele

*From the question to the strategy of research  
Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 40-41*

pria inadeguatezza. Dalla domanda si cercherà di estrapolare le parole chiave, l'esistenza della parola chiave come termine MeSH dovrà però essere sempre verificata.

Alcuni esempi:

- ADOLESCENT non è un termine MeSH, lo è invece: - ADOLESCENCE

- ASMA RICORRENTE non ha un equivalente MeSH, debbo ricorrere al più generico termine: - ASTHMA.

Per i dettagli di questo processo di trasformazione rimandiamo ai numerosi esempi che pubblichiamo in questo numero.

### La maschera più adatta per le Clinical Queries

Il numero di articoli che viene pubblicato su un argomento è spesso straordinariamente elevato, è indubbio invece che il numero di articoli di qualità che di quell'argomento sono pubblicati è spesso molto modesto.

Costruire una stringa di ricerca per selezionare articoli di qualità è un processo laborioso e che richiede un impegno di tempo notevole. L'attenzione con cui i revisori della National Library catalogano tutti gli articoli, a seconda che siano RCT, studi di Coorte, Case report, Review sistematiche o altro tipo di studio, consente a chi abbia sviluppato una buona capacità di ricerca di selezionare anche "manualmente" articoli di qualità.

Questa capacità è però tutt'altro che facile da acquisire e il tempo di addestramento potrebbe essere più proficuamente dedicato a sviluppare la capacità di leggere "criticamente" un articolo.

Quasi tutte le ricerche bibliografiche che abbiamo pubblicato in questi numeri di *Quaderni acp* sono state fatte "traducendo" la domanda, trasformandola in stringa di ricerca e trascrivendola con qualche accorgimento (ad esempio quello di utilizzare le virgolette quando un termine MeSH è fatto da più parole) nella maschera "CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS".

Si può accedere a questa maschera direttamente da questo indirizzo internet:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.htm>

È utile soffermarsi con maggiori dettagli su alcune caratteristiche di questa maschera che

è nata dalla volontà della National Library di venire incontro alle esigenze che il movimento internazionale EBM ha espresso in questi anni. La maschera (in continuo sviluppo metodologico) ha incorporato alcune funzioni per selezionare articoli di qualità molto utili anche a chi non abbia molta familiarità con la gerarchia EBM. Tanto è vero che le maggiori resistenze ad usarla vengono dalle persone più competenti in ricerca bibliografica. Vi chiediamo di diffidare di queste "resistenze". La maschera per le CLINICAL QUERIES, a seconda della categoria di domanda effettuata (terapia, diagnosi, eziologia, prognosi) utilizza in automatico una varia combinazione di text words e termini MeSH che restringerà la ricerca agli articoli metodologicamente più validi per quel tipo di domanda. Per restare agli esempi fin qui affrontati (therapy) serve ricordare di utilizzare dapprima *il filtro specificity* per cercare articoli di migliore qualità (il filtro esclude tutti gli articoli che non siano RCT in doppio cieco) e di utilizzare *il filtro sensitivity* solo per problemi in cui non sia possibile recuperare articoli di migliore qualità per risolvere lo scenario proposto.

### Post scriptum

Il problema più grosso che i lettori forse continuano ad incontrare è una certa difficoltà a distinguere *tra domande di background e domande di foreground* cui si era fatto cenno nel primo numero degli scenari. Alle domande di background non si possono applicare le regole che abbiamo semplificato in questo articolo. Tutti gli scenari fin qui pubblicati riguardano domande di foreground. Una discussione in un gruppo di pari per tentare di distinguere tra domande di background e domande di foreground è molto utile e non richiede particolare competenza.

È molto importante, prima di avventurarsi nella ricerca bibliografica su Medline Pub Med, provare a dare una risposta certa sulla tipologia di domanda che ci si pone.

Bisogna limitare al massimo gli insuccessi per progredire speditamente in un processo di apprendimento. Qualche inevitabile ripetizione (di cui ci scusiamo) è finalizzata a limitare inutili e dannose frustrazioni ai nostri lettori.

### 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 nei numeri 1 e 2 del 2002 di *Quaderni acp*.

2. Le abbreviazioni e i termini marcati in **MAIUSCOLETTO ROSSO** sono ripresi nel glossario di pagina 48.

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 o di benefici nel gruppo sperimentale (EER: EXPERIMENTAL EVENT RATE) con quello del gruppo controllo (CER: CONTROL EVENT RATE).

4. I concetti di base che il lettore deve preliminarmente conoscere per avvicinarsi alla lettura sono oltre a

**EER** (EXPERIMENTAL EVENT RATE)

**CER** (CONTROL EVENT RATE),

**IC** (INTERVALLO DI CONFIDENZA)

**RRR** (RELATIVE RISK REDUCTION)

**ARR** (ABSOLUTE RISK REDUCTION)

**NNT** (NUMBER NEEDED TO TREAT),

**RRI** (RELATIVE RISK INCREASE)

**ARI** (ABSOLUTE RISK INCREASE)

**NNH** (NUMBER NEEDED TO HARM)

concetti tutti affrontati nel glossario ragionato dei precedenti numeri di *Quaderni acp* e ripresi anche nel glossario di questo numero, dove (si veda pagina 48) **introduciamo invece i concetti di**

**RBI = RELATIVE BENEFIT INCREASE**

**ABI = ABSOLUTE BENEFIT INCREASE**

**essenziali per la comprensione dello scenario di pagina 46.**

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

# In un adolescente con lussazione di rotula

Caterina Lo Presti

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

## Scenario Clinico

Viene in ambulatorio la madre di un ragazzo di 15 anni che qualche giorno prima ha avuto una lussazione laterale della rotula in seguito ad una caduta nel corso di un allenamento sportivo; l'ortopedico consultato in pronto soccorso ha ridotto la lussazione (dopo aver eseguito una radiografia) e HA PROPOSTO UN INTERVENTO CHIRURGICO, MOTIVANDOLO CON L'ALTA INCIDENZA DI RECIDIVE CON IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO.

Il ragazzo svolge attività sportiva da alcuni anni e non aveva mai avuto dolore al ginocchio; LA MADRE MI CHIEDE UN PARERE SULLA OPPORTUNITÀ DI ESEGUIRE L'INTERVENTO.

## Background

La lussazione della rotula è un evento comune tra gli adolescenti; si verifica a causa di una forte contrazione del muscolo quadricipite concomitante a una rotazione esterna della gamba (1). La lussazione può essere: laterale (la più frequente), mediale, superiore, intra-articolare. In un bambino con instabilità rotulea si può riscontrare "apprehension sign": tentando di spostare la rotula lateralmente si determina una sensazione soggettiva di sub-lussazione che provoca nel paziente il gesto di "afferrare" la mano dell'esaminatore (2).

Le manifestazioni cliniche di una lussazione acuta della rotula variano da una lieve dolorabilità al ginocchio ad un emartro, in tal caso va sospettata una concomitante lesione capsulare o ossea. All'esame clinico un bambino con lussazione laterale acuta tiene il ginocchio in flessione e la rotula può essere vista e palpata nella parte laterale.

La radiografia mostra la posizione della rotula e permette di evidenziare le fratture osteocondrali (2), anche se molte di queste sono visibili solo all'artroscopia (1).

La terapia proposta nei testi ortopedici è chirurgica (con vari tipi di intervento) o conservativa, con immobilizzazione del ginocchio in estensione per alcune settimane.

## La domanda in tre parti

In un

[adolescente con lussazione della rotula][POPOLAZIONE]

è più efficace

[il trattamento chirurgico o il trattamento conservativo] [INTERVENTO]

nel ridurre

[le recidive]? [OUTCOME]

Commento:

*Come deve essere fatta la domanda per raggiungere l'obiettivo di una buona ricerca bibliografica?*

*La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:*

**1. Popolazione** (E PATOLOGIA ESAMINATA)

*Cosa avvicina il mio paziente ad una possibile popolazione oggetto di uno studio?*

*Cerco informazioni su "UN ADOLESCENTE CON LUSSAZIONE DELLA ROTULA", questa descrizione costituirà allora la prima parte della domanda:*

**In un [adolescente con lussazione della rotula] ...**

*Nella domanda metto tra parentesi quel che poi tradurrò. Le congiunzioni e le preposizioni verranno tradotte soltanto con operatori logici (in questo caso AND)*

**2. Intervento** (ED EVENTUALE CONTROLLO)

*Qual è il quesito terapeutico che deriva dallo scenario che ho di fronte? Quali interventi terapeutici voglio mettere a confronto?*

*Cerco informazioni circa l'efficacia negli adolescenti affetti da lussazione della rotula dell'intervento chirurgico. Non solo: sono alla ricerca di studi clinici in cui il confronto venga fatto con l'altro trattamento possibile e cioè il trattamento conservativo (si veda il paragrafo di Background per l'approfondimento bibliografico che ha preceduto la mia ricerca su Medline Pub Med)*

*In questa parte della domanda dovrò quindi trascrivere:*

**... è più efficace [il trattamento chirurgico o il trattamento conservativo]**

*Nella domanda metto tra parentesi quel che poi tradurrò. La congiunzione "o" verrà tradotta con l'operatore logico AND se cerco articoli che parlano esclusivamente di questo confronto, con l'operatore logico OR se voglio recuperare articoli in cui si parla anche di uno solo di questi trattamenti. È bene ricordare fin da adesso che quando si usa l'operatore logico OR è importante mettere tra parentesi i due interventi che si vogliono confrontare. In caso contrario il motore di ricerca di Pub Med interpreterà la nostra richiesta come:*

*"..." OR "tutti gli altri termini di ricerca" il numero di articoli segnalati dal motore di ricerca finirà per essere, in questo caso, straordinariamente elevato e molto*

*spesso incongruo rispetto alle nostre aspettative.*

**3. Outcome**, ovvero ESITO DELL'INTERVENTO (E DEL CONTROLLO)

*Qual è l'outcome clinicamente rilevante che mi interessa valutare rispetto al problema che pone il mio scenario clinico?*

*Gli interventi che voglio mettere a confronto modificano l'outcome che mi interessa valutare? Cerco articoli in cui la terapia praticata modifica in maniera clinicamente rilevante la recidiva.*

*In questa parte della domanda trascriverò allora: ... nel ridurre [le recidive]*

## Strategia di ricerca

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

- ADOLESCENCE - DISLOCATIONS - PATELLA

- SURGERY - RECURRENCE, su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" seleziono **Therapy and Sensitivity** e completo la mia domanda: **adolescence AND dislocations AND patella AND surgery AND recurrence**. La ricerca seleziona 2 articoli e dopo aver letto gli abstract ne scelgo uno perché è il solo RCT che confronta trattamento chirurgico e conservativo.

Commento:

Come deve essere condotta la strategia di ricerca su Pub Med? Ogni articolo inserito in Medline Pub Med viene catalogato utilizzando alcune parole chiave di termini tecnici (Medical Subject Heading); queste parole chiave sono raccolte in un dizionario di oltre 20.000 termini che è il Thesaurus di Pub Med. Per trovare un articolo è necessario utilizzare almeno una delle parole chiave con cui l'articolo è stato archiviato. Tante più parole chiave riesco ad utilizzare e tanto più queste parole caratterizzano il mio scenario, tanto più mi avvicinerò a una ricerca bibliografica ristretta ed efficace.

Prima di inserire qualsiasi termine di ricerca è quindi essenziale verificarne l'esistenza tra i Medical Subject Heading (MeSH) e conoscere il significato con cui quel termine è stato inserito tra i MeSH. Si può accedere al thesaurus dei MeSH direttamente da questo indirizzo internet:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

**1. Comincio con la prima parte della domanda (quella che riguarda la popolazione).** Per verificare che i termini che

# è obbligatoria la terapia chirurgica?

introduco siano quelli giusti, introduco dapprima :- ADOLESCENT il MeSH mi informa:

**adolescent** is not a MeSH term, but it is associated with the MeSH term

**adolescence:** ... The years usually referred to as adolescence lie between 13 and 18 years of age

debbo utilizzare quindi - ADOLESCENCE

introduco poi: - PATELLA DISLOCATION

il MeSH mi informa: No exact match for your term was found. Please select from the following possibilities:

- DISLOCATIONS - PATELLA

Non posso introdurre quindi come unico termine di ricerca "Patella dislocation", non verrebbe riconosciuto come termine MeSH e la mia ricerca potrebbe essere compromessa. Debbo utilizzare i due termini separatamente: - Dislocations - Patella. Utilizzando l'operatore logico AND ho pronta la prima parte della domanda: **adolescence AND dislocations AND patella**

**2. Passo a questo punto alla seconda parte della domanda (quella che riguarda L'INTERVENTO). Questa volta devo "tradurre" è più efficace [il trattamento chirurgico o il trattamento conservativo]**

Utilizzando LA MASCHERA CLINICAL QUERIES e selezionando THERAPY chiedo a PUB MED articoli di terapia, per questo non serve tradurre "trattamento".

Inserisco nel MeSH

- SURGERY

il THESAURUS di PUB MED, lo riconosce come termine MeSH.

Non riesco a trovare un termine MeSH corrispondente a TRATTAMENTO CONSERVATIVO RINUNCIO PERTANTO A TRADURLO

A questo punto ho pronta anche la seconda parte della domanda per la strategia di ricerca e utilizzando l'operatore logico AND potrà unirli alla prima parte **adolescence AND dislocations AND patella AND surgery**

**3. Passo a questo punto all'ultima parte della domanda (quella che riguarda L'OUTCOME).**

*Questa volta debbo "tradurre"*

- RECIDIVE Verifico nel MeSH l'esistenza del termine - RECURRENCE

Utilizzando l'operatore logico AND lo unisco alla precedente parte delle domanda: **adolescence AND dislocations AND patella AND surgery AND recurrence**

## Articoli selezionati

*Nikku R et al. Operative versus closed treatment of primary dislocation of the patella: similar 2 year results in 125 randomised patients. Acta Orthop Scand, 1997;68:419*

## Caratteristiche principali dello studio

**Nazione:** Finlandia

**Tipo di studio:** RCT NON IN CIECO

**Follow-up:** FOLLOW-UP MEDIO DI 25 MESI

**Setting:** DUE CENTRI TRAUMATOLOGICI

**Randomizzazione:**

la randomizzazione era effettuata per anno di nascita. Di 31 pazienti non è riportata la collocazione nel gruppo sperimentale o nel gruppo controllo; non è possibile pertanto l'analisi dei dati secondo L'INTENTION TO TREAT.

## Pazienti e interventi confrontati

### Pazienti

N = 156 AL PRIMO EPISODIO DI LUSSAZIONE ACUTA ENTRO 14 GG DALL'ESORDIO ANALIZZATI = 125 (70 DI ETÀ < 16 ANNI)

### Gruppo controllo

N = 55 (30 di età < 16 anni) trattati in modo conservativo: immobilizzazione del ginocchio in estensione per 3 settimane (adulti in gesso cilindrico, bambini con stecca di plastica).

### Gruppo sperimentale

N = 70 (40 di età < 16 anni) trattati chirurgicamente (intervento non standardizzato) con immobilizzazione post-intervento come nel gruppo controllo.

### Criteri di esclusione

1. precedenti interventi o traumi al ginocchio
2. lesioni ai legamenti
3. fratture osteocondrali che necessitavano osteosintesi.

## Analisi degli EVENTI presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA CHIRURGICA

| Evento                 | CER          | EER          | RRR  | ARR | NNT                   |
|------------------------|--------------|--------------|------|-----|-----------------------|
| Recidiva di lussazione | 15/55<br>27% | 12/70<br>17% | 0,37 | 0,1 | 10<br>IC 95%<br>4 - ∞ |

*La recidiva di lussazione è stata rilevata sia con un questionario inviato ai pazienti sia da un esaminatore che rivalutava, durante una visita di follow-up, le risposte del questionario. L'intervento chirurgico non era standardizzato e nell'analisi vengono considerati cumulativamente diversi tipi di intervento.*

2. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE LE COMPLICANZE

| Evento             | CER        | EER        | RRI | ARI  | NNH                   |
|--------------------|------------|------------|-----|------|-----------------------|
| complicanze severe | 0/55<br>0% | 4/70<br>6% | ∞   | 0,06 | 17<br>IC 95%<br>8 - ∞ |

*Le 4 complicanze severe segnalate erano:*

1. parestesi del nervo sciatico con permanente disabilità;
2. infezione profonda della ferita con artrite batterica;
3. infezione superficiale della ferita;
4. ustione della cute del ginocchio secondaria a perdita di sensibilità.

| Evento               | CER          | EER          | RRI | ARI  | NNH                    |
|----------------------|--------------|--------------|-----|------|------------------------|
| complicanze "minori" | 12/55<br>22% | 52/70<br>74% | 2,4 | 0,52 | 2<br>IC 95%<br>1,5-2,8 |

*Le complicanze "minori" incluse in questa analisi erano una o più delle seguenti:*

1. lesioni dei nervi infrarotulei;
2. cicatrici esteticamente insoddisfacenti;
3. impossibilità a flettere il ginocchio più di 90° dopo 6 settimane.

## Conclusioni

(aggiornate al 10 Maggio 2002)

Lo studio non consente di concludere che nella lussazione primaria della rotula il trattamento chirurgico sia superiore al trattamento conservativo nel ridurre le recidive di lussazione acuta della rotula. L'intervallo di confidenza dell'NNT tendente all'infinito (∞) indica l'assenza di differenze significative, ma il campione utilizzato nello studio è troppo esiguo (doveva essere di almeno 500 soggetti).

Il trattamento chirurgico può causare complicanze gravi e un numero consistente di complicanze "minori" di forte impegno per il paziente [EVIDENZA 2].

## Bibliografia

- (1) Mc Namara R. Patellar dislocation. In Roberts: Clinical Procedures in Emergency Medicine, 3rd ed. Saunders.
- (2) Thompson H et al. Patellar Subluxation and Dislocation. In Behrman: Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed. Saunders.

# Il montelukast riduce la ricorrenza di crisi

Enrico Corpora

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

## Scenario Clinico

Francesco è un bambino di 4 anni e mezzo allergico alla polvere di casa che dall'età di 3 anni soffre di episodi ricorrenti di asma bronchiale trattati con nebulizzazioni di beta 2 e corticosteroidi. In seguito ad una crisi più severa viene ricoverato e curato con beta 2, cortisonici per os e inalatori.

Alla dimissione gli viene prescritta una terapia con montelukast (una compressa da 5 mg la sera) per due mesi. La madre, allarmata dal fatto che nel foglietto illustrativo il farmaco è indicato per bambini asmatici di età superiore a 6 anni, mi chiede se il farmaco si possa utilizzare in questa fascia di età e se sia efficace nel controllo dei sintomi e nella prevenzione delle ricorrenze degli attacchi.

## Background

Una buona parte dei bambini asmatici manifesta i primi sintomi della malattia in età prescolare (1). Per questa età è particolarmente sentito il bisogno di avere terapie efficaci e con una buona compliance nel trattamento di fondo dell'asma, per il controllo dei sintomi e per la prevenzione delle recidive.

Tuttavia sono pochi gli studi che riguardano questa fascia di età: gli studi di farmacocinetica comportano numerosi prelievi ematici e sono difficilmente proponibili; gli studi clinici multicentrici non possono essere condotti su parametri strumentali di funzionalità respiratoria quali il FEV1 (forced expiratory volume in 1 second) o altre misurazioni di flusso. I corticosteroidi inalatori sono farmaci di provata efficacia, però hanno una scarsa compliance in bambini così piccoli e per trattamenti protratti.

Gli antagonisti recettoriali dei leucotrieni, come il montelukast, rappresentano, per la loro facilità di somministrazione (una compressa la sera prima di andare a letto), un'altra risorsa terapeutica. Agiscono bloccando gli effetti dei leucotrieni (2), potenti mediatori dell'infiammazione che provocano broncostruzione, ipersecrezione di muco, aumento della permeabilità vascolare e della migrazione degli eosinofili e proliferazione delle fibrocellule muscolari lisce. La loro sintesi e il loro rilascio non sarebbe inibito dai corticosteroidi.

## La domanda in tre parti

In un [bambino in età prescolare con asma ricorrente][POPOLAZIONE]

[il trattamento con antagonisti

dei leucotrieni ] [INTERVENTO]

è efficace nel ridurre la

[ricorrenza delle crisi di asma]? [OUTCOME]

*Commento:*

*Come deve essere fatta la domanda per raggiungere l'obiettivo di una buona ricerca bibliografica?*

*La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:*

**1. POPOLAZIONE (E PATOLOGIA ESAMINATA)**  
*Cosa avvicina il mio paziente ad una popolazione oggetto di uno studio?*

*Cerco informazioni su "UN BAMBINO IN ETÀ PREScolare CON ASMA RICORRENTE", questa descrizione allora costituirà la prima parte della domanda*

**2. INTERVENTO (ED EVENTUALE CONTROLLO)**  
*Qual è il quesito terapeutico principale che deriva dallo scenario clinico che ho di fronte?*

*Cerco informazioni circa l'efficacia nei bambini con asma ricorrente del*

*"TRATTAMENTO CON ANTAGONISTI DEI LEUCOTRIENI", questa descrizione allora costituirà la seconda parte della domanda.*

*In questa seconda parte potrei essere più preciso e cercare ad esempio articoli in cui "il nuovo" trattamento viene messo a confronto con un trattamento già sperimentato e di provata efficacia; ad esempio avrei potuto chiedere la ricerca di articoli in cui il nuovo trattamento è messo a confronto con i corticosteroidi per via inalatoria (a questo si riferisce la dizione: EVENTUALE CONTROLLO) oppure potrei richiedere esplicitamente articoli in cui il nuovo trattamento è messo a confronto con il placebo.*

**3. OUTCOME ovvero ESITO DELL'INTERVENTO (E DEL CONTROLLO)**

*Qual è l'outcome che mi interessa valutare rispetto al problema che pone il mio scenario clinico?*

*Gli outcome presi in considerazione dagli studi sperimentali non sono sempre outcome clinicamente rilevanti.*

*Dal mio scenario clinico viene fuori una richiesta precisa ed è quella che voglio cercare: LA RICORRENZA DI CRISI D'ASMA è influenzata dal nuovo trattamento?*

*Questa descrizione allora costituirà la terza parte della domanda.*

## Strategia di ricerca

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

- ASTHMA - CHILD, PRESCHOOL - LEUKOTRIENE ANTAGONISTS - TREATMENT OUTCOME su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" **selezione Therapy and Specificity** e completo la mia domanda: "child, preschool" AND asthma AND "leukotriene antagonists" AND "treatment outcome". La ricerca seleziona 2 articoli e dopo aver letto gli abstract ne scelgo uno perché è il solo RCT IN DOPPIO CIECO.

*Commento:*

*Come deve essere condotta la strategia di ricerca su PubMed?*

*Parto dalla domanda: perché non posso limitarmi a tradurla in inglese?*

*Non può bastare un buon vocabolario di termini tecnici?*

*Il miglior vocabolario per condurre una ricerca bibliografica È IL THESAURUS DI PUB MED; SI CONSULTA DAL LINK MeSH DELLA HOME PAGE DI PUBMED.*

**1. Comincio con la prima parte della domanda (quella che riguarda la POPOLAZIONE).** Per verificare che i termini che introduco siano quelli giusti non posso limitarmi a tradurre "BAMBINO IN ETÀ PREScolare CON ASMA RICORRENTE" debbo prima controllare che i due termini

- BAMBINO IN ETÀ PREScolare

- ASMA RICORRENTE

siano effettivamente contenuti nel DIZIONARIO PUBMED.

*Man mano che lo consulto, il dizionario mi dà dei suggerimenti sul significato del termine che ho inserito e a volte mi fornisce delle preziose alternative.*

**Introducendo CHILD nella maschera MeSH IL DIZIONARIO MI INFORMA:**

"A person 6 to 12 years of age. An individual 2 to 5 years old is CHILD, PRESCHOOL"

- CHILD, PRESCHOOL è allora la descrizione più corretta per descrivere il bambino del mio scenario

**Introducendo ASTHMA nella maschera MeSH IL DIZIONARIO MI RESTITUISCE**

una breve descrizione del suo significato e subito dopo mi fornisce un'altra informazione importante:

"Term Asthma appears in more than one place in the MeSH tree".

*Cercherò allora nell'albero MeSH un ter-*

# d'asma in un bambino in età prescolare?

mine che si avvicina alla descrizione che ho fatto nella domanda:

- ASMA RICORRENTE  
nell'albero non c'è alcuna descrizione che si avvicina a questo termine, esiste solo:

- ASTHMA, EXERCISE-INDUCED

- STATUS ASTHMATICUS

sono allora costretto a rinunciare e ad utilizzare genericamente il termine

- ASTHMA

A questo punto utilizzando l'operatore logico AND ho pronta la prima parte della domanda per la strategia di ricerca:

**"child, preschool" AND asthma**

UTILIZZO LE VIRGOLETTE SOLO PER I TERMINI DI RICERCA COMPOSTI DA PIÙ PAROLE.

**2. Passo a questo punto alla seconda parte della domanda (quella che riguarda L'INTERVENTO). Questa volta debbo "tradurre"**

- IL TRATTAMENTO CON ANTAGONISTI DEI LEUCOTRIENI

Utilizzando LA MASCHERA CLINICAL QUERIES e selezionando THERAPY chiedo a PUB MED articoli di terapia, per questo non serve tradurre "trattamento".

Inserisco nel MeSH

- LEUKOTRIENE

il THESAURUS di PUB MED, tra le varie alternative mi suggerirà quella giusta e che mi interessa:

- LEUKOTRIENE ANTAGONISTS

A questo punto ho pronta anche la seconda parte della domanda per la strategia di ricerca e utilizzando l'operatore logico AND potrà unirli alla prima parte

**"child, preschool" AND asthma AND "leukotriene antagonists"**

**3. Passo a questo punto all'ultima parte della domanda (quella che riguarda L'OUTCOME).**

Questa volta debbo "tradurre"

- RICORRENZA DI CRISI DI ASMA

Verifico nel MeSH l'esistenza del termine - RECURRENCE

Utilizzando l'operatore logico AND lo unisco alla precedente parte delle domanda: **"child, preschool" AND asthma AND "leukotriene antagonists" AND recurrence**

La ricerca non seleziona alcun articolo, decido allora di ripiegare sul più generico: - TREATMENT OUTCOME:

**asthma AND "child, preschool" AND "leukotriene antagonists" AND "treatment outcome"**

## Articoli selezionati

Knorr B et al. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of persistent asthma in children aged 2 to 5 years. *Pediatrics* 2001;108:e48

## Caratteristiche principali dello studio

Nazione: USA

Tipo di studio: RCT IN DOPPIO CIECO

Follow-up: 12 SETTIMANE

Setting: 93 CENTRI OSPEDALIERI IN VARIE NAZIONI DEL MONDO Randomizzazione: **CONCEALED**

## Pazienti e interventi confrontati

### Pazienti

N = 689 (ANALIZZATI 618) BAMBINI DI ETÀ COMPRESA TRA 2 E 5 ANNI

1148 bambini di età tra 2 e 5 anni, con almeno 3 episodi di asma nell'ultimo anno, sono stati sottoposti ad un run-in di due settimane in singolo cieco con placebo per ammettere alla randomizzazione solo i bambini che soddisfacevano i seguenti criteri:

### Criteri di inclusione

- un punteggio  $\geq 1$  (su un totale di 24 punti) secondo uno score di sintomi di asma per almeno 8 su 14 giorni (gg.)  
- utilizzo di beta 2 agonisti per almeno 8 su 14 gg.

### Criteri di esclusione

1. ricovero in emergenza per asma grave nell'ultimo mese

2. uso di altri farmaci antiasmatici nei 15-90 giorni precedenti, ad eccezione di corticosteroidi inalatori (assunti da circa il 30% dei soggetti per ciascun gruppo) e cromoni (assunti da circa il 15% dei soggetti per ciascun gruppo)

3. variazioni nel dosaggio dei corticosteroidi assunti per via inalatoria e/o dei cromoni nel mese precedente l'inizio dello studio

### Gruppo controllo

N = 228 (ANALIZZATI 202) trattati con placebo

### Gruppo sperimentale

N = 461 (ANALIZZATI 416) trattati con montelukast, 1 cpr masticabile da 4 mg, la sera.

## Analisi degli EVENTI presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA NEL RIDURRE LE CRISI ACUTE DI ASMA DURANTE IL PERIODO DI FOLLOW-UP

| Evento           | CER           | EER            | RRR  | ARR  | NNT                   |
|------------------|---------------|----------------|------|------|-----------------------|
| Recidiva di Asma | 73/228<br>32% | 120/461<br>26% | 0,18 | 0,06 | 17<br>IC 95%<br>8 - ∞ |

2. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA NEL RIDURRE IL NUMERO DI PAZIENTI CHE DURANTE IL PERIODO DI FOLLOW-UP HANNO AVUTO BISOGNO DI TERAPIA CON CORTICOSTEROIDI PER OS

| Evento                        | CER           | EER           | RRR  | ARR  | NNT                  |
|-------------------------------|---------------|---------------|------|------|----------------------|
| Assunzione di steroidi per os | 64/228<br>28% | 88/461<br>19% | 0,32 | 0,09 | 12<br>IC 95%<br>7-43 |

## Analisi di ALTRI OUTCOME presentati dagli Autori

CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA NEL RIDURRE I SINTOMI DI ASMA

| OUTCOME                           | GRUPPO CONTR. | GRUPPO SPERIM. | DIFFERENZA | VALORE DI P | GUADAGNO TERAP. (*) |
|-----------------------------------|---------------|----------------|------------|-------------|---------------------|
| Giorni con sintomi diurni di asma | 64%           | 59%            | -5%        | 0,012       | 4,2                 |
| Giorni senza asma                 | 28%           | 34%            | +6%        | 0,002       | 5                   |

(\*) GUADAGNO TERAPEUTICO ESPRESSO IN GIORNI PER 12 SETTIMANE DI TRATTAMENTO

## Conclusioni

(aggiornate al 10 Maggio 2002)

1. NON CI SONO EVIDENZE DI UN EFFETTO DEL MONTELUKAST SULLA RIDUZIONE DELLE CRISI ACUTE DI ASMA NEI BAMBINI IN ETÀ PREScolare: per questo evento l'NNT è 17 con un IC 95% che arriva a infinito. Il campione non è abbastanza numeroso per permettere di trarre conclusioni definitive. Sarebbe stato necessario arruolare 1585 bambini.

2. IL MONTELUKAST È RISULTATO EFFICACE NEL RIDURRE IL RICORSO A TERAPIA CON CORTICOSTEROIDI (NNT 12 CON IC 95% 7 - 43).

3. L'EFFICACIA DEL MONTELUKAST SULLA RIDUZIONE DEI SINTOMI È STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA MA CLINICAMENTE POCO RILEVANTE (guadagno terapeutico di 5 giorni senza asma su 12 settimane di trattamento). **[EVIDENZA 2]**

## Bibliografia

- (1) Martinez FD et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995;333:132  
(2) Drazen JM et al. Treatment of asthma with drugs modifying the leukotriene pathway. *N Engl J Med* 1999;340:197

# L'antibiotico topico è efficace nella terapia

Giusi De Santes

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

## Scenario Clinico

Alessandro, di sette anni, presenta un'impetigine lieve. Vorrei evitare l'uso dell'antibiotico orale e mi chiedo se esistono dimostrazioni dell'efficacia della terapia antibiotica topica.

## Background

L'impetigine è la più frequente infezione cutanea in pediatria. Il germe più comunemente isolato dalle lesioni cutanee superficiali è lo *Staphylococcus aureus* e talvolta lo *Streptococcus pyogenes* (gruppo A). La malattia è più comune nei bambini in età prescolare. In alcuni soggetti può presentarsi glomerulonefrite acuta post-streptococcica dopo 18-21 giorni dall'infezione cutanea, ma il trattamento dell'impetigine con antibiotici sistemici non previene tale complicanza (1). L'aumento delle resistenze antibiotiche, conseguenza dell'uso diffuso di antibiotici sistemici ad ampio spettro, negli ultimi anni ha spinto i ricercatori a valutare la possibilità di evitare o ritardare l'uso di antibiotici nella terapia di patologie frequenti e con probabilità di guarigione spontanea (come l'otite media). Gli antibiotici topici usati più frequentemente sono l'acido fusidico e la mupirocina.

## La domanda in tre parti

In un [bambino con impetigine lieve]

[POPOLAZIONE]

è efficace la [terapia antibiotica topica con acido fusidico o mupirocina] [INTERVENTO] nel determinare [la guarigione clinica e/o batteriologica]? [OUTCOME]

Commento:

Come deve essere fatta la domanda per raggiungere l'obiettivo di una buona ricerca bibliografica?

La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:

### 1. POPOLAZIONE (E PATOLOGIA ESAMINATA)

Cosa avvicina il mio paziente ad una popolazione oggetto di uno studio?

Cerco informazioni su "UN BAMBINO CON IMPETIGINE LIEVE". Questa descrizione allora costituirà la prima parte della domanda

### 2. INTERVENTO (ED EVENTUALE CONTROLLO)

Qual è il quesito terapeutico principale che deriva dallo scenario clinico che ho di fronte?

Cerco informazioni circa l'efficacia nei bambini con impetigine lieve della

"TERAPIA ANTIBIOTICA TOPICA CON ACIDO FUSIDICO O MUPIROCINA". Questa descrizione allora costituirà la seconda parte della domanda.

In questa seconda parte potrei essere più precisa e cercare ad esempio articoli in cui "il nuovo" trattamento viene messo a confronto con un trattamento già sperimentato e di provata efficacia; ad esempio avrei potuto chiedere la ricerca di articoli in cui il trattamento topico è messo a confronto con gli antibiotici somministrati per via generale (a questo si riferisce la dizione: EVENTUALE CONTROLLO) oppure potrei richiedere esplicitamente articoli in cui il nuovo trattamento è messo a confronto con il placebo.

### 3. OUTCOME ovvero ESITO DELL'INTERVENTO (E DEL CONTROLLO)

Qual è l'outcome che mi interessa valutare rispetto al problema che pone il mio scenario clinico?

LA GUARIGIONE CLINICA E/O BATTERIOLOGICA. Questa descrizione allora costituirà la terza parte della domanda.

## Strategia di ricerca

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

- IMPETIGO - CHILD

- FUSIDIC ACID - MUPIROCIN

su PubMed nella maschera "Clinical Queries using Research Methodology Filters" **selezione Therapy and Specificity** e completo la mia domanda:

**child AND impetigo AND ("fusidic acid" OR mupirocin) AND "treatment outcome"**.

La ricerca seleziona un solo articolo.

Commento:

1. **Comincio con la prima parte della domanda (quella che riguarda la POPOLAZIONE).** Per verificare che i termini che introduco siano quelli giusti non posso limitarmi a tradurre "BAMBINO CON IMPETIGINE LIEVE" devo prima controllare che i due termini

- BAMBINO

- IMPETIGINE LIEVE

siano effettivamente contenuti nel DIZIONARIO PUBMED.

**Introducendo CHILD nella maschera MeSH IL DIZIONARIO MI INFORMA:**

"A person 6 to 12 years of age. An indi-

vidual 2 to 5 years old is CHILD, PRE-SCHOOL"

- CHILD è allora la descrizione più corretta per descrivere il bambino del mio scenario

**Introducendo IMPETIGO nella maschera MeSH IL DIZIONARIO MI RESTITUISCE**

una breve descrizione del suo significato Cercherò allora nell'albero MeSH un termine che si avvicina alla descrizione IMPETIGINE LIEVE.

Nell'albero non c'è alcuna descrizione che si avvicina a questo termine, sono allora costretto a rinunciare e ad utilizzare genericamente il termine

- IMPETIGO

A questo punto utilizzando l'operatore logico AND ho pronta la prima parte della domanda per la strategia di ricerca:

**child AND impetigo**

2. **Passo a questo punto alla seconda parte della domanda (quella che riguarda L'INTERVENTO).** Questa volta devo "tradurre"

- TERAPIA ANTIBIOTICA TOPICA CON ACIDO FUSIDICO O MUPIROCINA

Utilizzando LA MASCHERA CLINICAL QUERIES e selezionando THERAPY chiedo a PUB MED articoli di terapia, per questo non serve tradurre "terapia".

Inserisco nel MeSH

dapprima - FUSIDIC ACID

poi - MUPIROCIN

entrambi sono termini MeSH

A questo punto ho pronta anche la seconda parte della domanda per la strategia di ricerca utilizzando l'operatore logico OR "fusidic acid" OR mupirocin.

Utilizzando l'operatore logico AND potrò unirli alla prima parte della domanda

**child AND impetigo AND ("fusidic acid" OR mupirocin)**

BISOGNA RICORDARE DI UTILIZZARE LE PARENTESI QUANDO SI UTILIZZA L'OPERATORE LOGICO OR PER EVITARE CHE IL MOTORE ESPANDA LA RICERCA A TUTTI I TERMINI SINGOLARMENTE.

3. **Passo a questo punto all'ultima parte della domanda (quella che riguarda L'OUTCOME).** Questa volta devo "tradurre"

- LA GUARIGIONE CLINICA E/O BATTERIOLOGICA

nel MeSH riesco a trovare "solo"

- TREATMENT OUTCOME

Utilizzando l'operatore logico AND lo

# dell'impetigine lieve del bambino?

unisco alla precedente parte della domanda: **child AND impetigo AND ("fusidic acid" OR mupirocin) AND "treatment outcome"**

## Articoli selezionati

Sander Koning et al. Fusidic acid cream in the treatment of impetigo in general practice: double blind randomised placebo controlled trial *BMJ* 2002;324:26

## Caratteristiche principali dello studio

**Nazione:** Olanda

**Tipo di studio:** RCT IN DOPPIO CIECO

**Follow-up:** FOLLOW UP CLINICO

E BATTERIOLOGICO A 1, A 2 E A 4 SETTIMANE

Le infermiere visitavano i bambini (segnalati dal medico) a domicilio lo stesso giorno della diagnosi e dopo 7, 14 e 28 giorni. Alla prima visita le infermiere registravano la durata dell'impetigine, la natura delle lesioni (eritema, croste, pustole e dolorabilità), il numero delle lesioni, la localizzazione e le dimensioni, la temperatura corporea, la presenza di linfadenopatia regionale, l'uso recente di antibiotici. Un tampone delle lesioni veniva eseguito prima della terapia e alle visite seguenti sulle lesioni ancora presenti.

**Setting:** AMBULATORI DI MEDICINA GENERALE DI ROTTERDAM

**Randomizzazione:** ALLOCATION CONCEALED

## Pazienti e interventi confrontati

### Pazienti

N = 160 BAMBINI TRA 0 E 12 ANNI CON IMPETIGINE NON BOLLOSA

### Gruppo controllo

N = 82 (analizzati 80) trattati con applicazione tre volte al giorno di crema base (placebo) sino a guarigione per max 14 giorni.

### Gruppo sperimentale

N = 78 (analizzati 76) trattati con applicazione tre volte al giorno di crema di acido fusidico in crema al 2% sino a guarigione per max 14 giorni.

*I bambini di entrambi i gruppi erano trattati con lavaggio della cute due volte al giorno con soluzione a base di iodopovidone (Betadine)*

### Criteri di esclusione

- pazienti immunocompromessi

- lesioni superiori al 5% della superficie corporea
- infezioni sottocutanee
- temperatura >38,5°
- ipersensibilità allo iodopovidone
- ipertiroidismo
- uso di antibiotici topici o sistemici nelle ultime 48 ore

## Analisi degli EVENTI presentati dagli Autori

1. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA A UNA SETTIMANA

| Evento                 | CER            | EER            | RBI  | ABI  | NNT                  |
|------------------------|----------------|----------------|------|------|----------------------|
| Guarigione clinica (*) | 10/80<br>12,5% | 42/76<br>55,2% | 0,49 | 0,43 | 3<br>IC 95%<br>2 - 4 |

(\*) CUTE ASCIUTTA E SENZA CROSTE

### Commento:

*In questo articolo l'evento considerato dagli autori è un beneficio.*

*Mentre per gli eventi analizzati in altri scenari si parlava di:*

RRR = RELATIVE RISK REDUCTION  
e ARR = ABSOLUTE RISK REDUCTION

QUI SI INTRODUCONO I TERMINI DI

**RBI = RELATIVE BENEFIT INCREASE**

**ABI = ABSOLUTE BENEFIT INCREASE**

*In pratica, questa volta viene studiato il guadagno del beneficio nel gruppo trattato piuttosto che la riduzione del rischio.*

IL CALCOLO DELL'NNT VIENE FATTO IN MANIERA ANALOGA.

*Si rimanda al glossario di questo numero, a pagina 48, per la definizione di questi nuovi concetti.*

| Evento                        | CER            | EER            | RBI  | ABI  | NNT                  |
|-------------------------------|----------------|----------------|------|------|----------------------|
| Guarigione batteriologica (*) | 23/72<br>31,9% | 63/69<br>91,3% | 1,86 | 0,59 | 2<br>IC 95%<br>2 - 3 |

(\*) TAMPONE NEGATIVO O NON OTTENIBILE PER ASSENZA DI LESIONE

Dall'analisi batteriologica sono stati esclusi 10 pazienti nel gruppo controllo e 9 nel gruppo sperimentale perché all'arruolamento presentavano un tampone con assenza di sviluppo

2. CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA A DUE SETTIMANE

| Evento                 | CER          | EER          | RBI  | ABI  | NNT                  |
|------------------------|--------------|--------------|------|------|----------------------|
| Guarigione clinica (*) | 46/77<br>60% | 53/72<br>74% | 0,34 | 0,14 | 8<br>IC 95%<br>4 - ∞ |

(\*) CUTE ASCIUTTA E SENZA CROSTE

| Evento                        | CER          | EER          | RBI  | ABI  | NNT                   |
|-------------------------------|--------------|--------------|------|------|-----------------------|
| Guarigione batteriologica (*) | 52/70<br>74% | 62/70<br>88% | 0,55 | 0,14 | 7<br>IC 95%<br>4 - 71 |

(\*) TAMPONE NEGATIVO O NON OTTENIBILE PER ASSENZA DI LESIONE

## Conclusioni

(aggiornate al 10 Maggio 2002)

L'acido fusidico, applicato tre volte al giorno e associato a soluzione disinfettante, risulta efficace nella guarigione clinica (NNT 3) e batteriologica (NNT 2) dell'impetigine poco estesa a un follow up di 7 giorni [EVIDENZA 2]. A 2 e 4 settimane dal trattamento le differenze tra i due gruppi, ancora a favore dell'acido fusidico, non sono così significative, per l'alta percentuale di guarigione nel gruppo controllo (dovuta all'effetto terapeutico del Betadine o alla tendenza alla guarigione spontanea).

Questo studio è stato disegnato e condotto in maniera impeccabile riguardo alla definizione degli obiettivi, alla metodologia di randomizzazione e all'analisi dei dati. Il numero dei pazienti reclutati è stato correttamente calcolato perché il campione potesse adeguatamente testare l'ipotesi di ricerca.

## Bibliografia

- (1) *eMedicine*, 25 maggio 2001, vol 2, num 5
- (2) [www.cdc.gov/antibioticresistance/default.htm](http://www.cdc.gov/antibioticresistance/default.htm)

# Glossario dei termini e delle abbreviazioni

Salvo Fedele

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

## EVENTO

Si intende per evento l'outcome clinicamente rilevante oggetto dello studio.

si veda glossario *Quaderni acp 2002;2:47*

## 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 confrontare due esperimenti sullo stesso trattamento fatti in due contesti diversi (ad esempio ambulatoriale ed ospedaliero) ci verrà utile il confronto del risparmio ottenuto non solo in termini relativi ma anche in termini assoluti. TORNIAMO ALL'ESEMPIO DELLE DIARREE, (SI VEDA ALLA VOCE CER e EER DI QUESTO GLOSSARIO) QUANTO SARÀ L'ARR NEL NOSTRO ESEMPIO? LO SCOPRIREMO UTILIZZANDO LA FORMULA:  $(CER - EER)$

E CIOÈ:  $25\% - 10\%$

CHE IN TERMINI ARITMETICI È PIÙ CORRETTAMENTE SCRITTA:  $(0,25 - 0,10) = 0,15 = 15\%$

### NNT = NUMBER NEEDED TO TREAT

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

Il passaggio da ARR a NNT è soltanto una divisione:  $NNT = 1/ARR$ ; 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 ATTRIBIBILE 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 DI EVENTI FAVOREVOLI

In molti articoli l'EVENTO analizzato dagli autori non è un insuccesso ma un beneficio, per esempio la guarigione clinica o batteriologica in corso di impetigine. (Si veda lo scenario che pubblichiamo in questo numero a pagina 46). Questa volta confronteremo i successi nel gruppo sperimentale (EER) con i successi nel gruppo controllo (CER) per analizzare il vantaggio in termini di successi in più. Potremo valutare il vantaggio relativo o quello assoluto

### RBI = RELATIVE BENEFIT INCREASE

È l'aumento relativo di beneficio nei pazienti del gruppo sperimentale rispetto a quelli del gruppo controllo. La formula per calcolarlo è simile a quella per il calcolo del RRR:

$(EER - CER) / CER$

Si noti che questa volta si sottrae il CER all'EER, ma la ragione di questa inversione è banale: nel gruppo sperimentale il numero di successi è generalmente maggiore e se così non fosse il risultato sarebbe negativo e cioè invece di un incremento relativo di beneficio ci troveremo di fronte a una diminuzione relativa di beneficio.

Per non fare errori di natura algebrica basta dunque fare attenzione se nello studio si analizza un insuccesso o un beneficio.

### ABI = ABSOLUTE BENEFIT INCREASE

lo stesso vale per l'aumento assoluto di beneficio. La formula per calcolarlo sarà:

$EER - CER$

**L'NNT si calcherà dall'ABI in maniera analoga a come veniva calcolato dall'ARR come 1/ABI**



*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 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°3: 48-49

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

In uno dei numeri precedenti (*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<br>36% | 12/28,<br>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 **RRI (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)**.

| Evento                    | CER         | EER           | RRI | ARI | NNH |
|---------------------------|-------------|---------------|-----|-----|-----|
| presenza di sanguinamento | 8/22<br>36% | 12/28,<br>43% |     |     |     |

Ovviamente, anche il calcolo sarà simile a 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 sulla lussazione della rotula descritta 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<br>36% | 12/28,<br>43% | 0,18 |     |     |

**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<br>36% | 12/28,<br>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<br>36% | 12/28,<br>43% | 0,18 | 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**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;1:49*

**RCT = RANDOMISED CONTROLLED TRIAL ALLOCATION CONCEALED DOPPIO CIECO**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;2:49*

**SETTING**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;2:49*

**STUDIO DI COORTE**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;1:49*

**LETTERATURA SECONDARIA**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;1:49*

**METANALISI E REVIEW SISTEMATICHE**  
 si veda glossario *Quaderni acp 2002;2:49*

# Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH)

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di base, AUSL 5 Messina

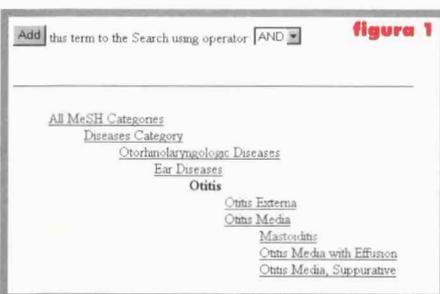
Abbiamo detto che per eseguire una ricerca all'interno di Medline con PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>) è molto importante utilizzare il dizionario (Thesaurus) del Medical Subject Headings (MeSH). In questo articolo proponiamo una piccola esercitazione pratica. Il lettore potrà seguire le spiegazioni seguendo la simulazione davanti al proprio PC collegato ad internet. Ogni articolo inserito in Medline viene catalogato utilizzando alcune parole chiave classificate nel dizionario, che viene periodicamente aggiornato e che contiene oltre 20.000 termini organizzati gerarchicamente in una struttura ad albero. Supponiamo di volere verificare se esistono lavori scientifici in età pediatrica che abbiano comparato l'amoxicillina verso il ceftriaxone rispetto alla durata dei sintomi in corso di otite media.

## La domanda

In un [bambino con otite media acuta] (POPOLAZIONE) è più efficace la [terapia con amoxicillina o con ceftriaxone] (INTERVENTO)?

## Strategia di ricerca

Dalla interfaccia base di PubMed selezioniamo MeSH Browser. Inseriamo nel dizionario del MeSH Browser il termine otitis; il dizionario ci aiuterà a scegliere tra una lista di nomi che più si avvicinano a quello che abbiamo inserito; sceglieremo, ovviamente, il termine otitis e il dizionario ci offrirà una breve descrizione del suo significato in modo da essere certi di selezionare il termine oggetto della nostra ricerca e visualizzerà la sua struttura ad albero (figura 1). È molto importante ricordare che, indipendentemente dalla maschera utilizzata, quando utilizziamo un termine MeSH, la selezione degli articoli avverrà non solo sul termine che abbiamo inserito ma anche su quelli che seguono nella sua struttura ad albero. Nel nostro caso: sul termine otitis, ma anche su quegli articoli indicizzati con i termini che seguono otitis

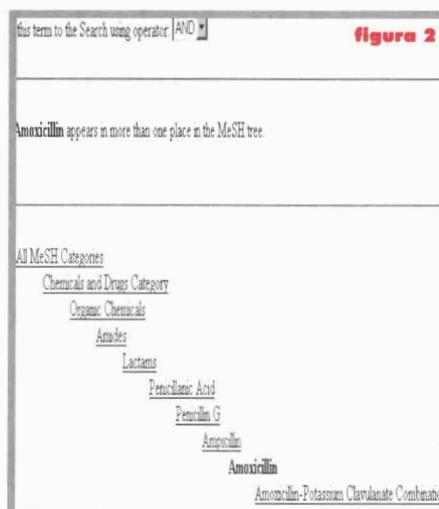


nella struttura ad albero (otitis externa, otitis media, ecc.); la struttura ad albero del dizionario, difatti, espone la ricerca anche a tutti i termini che seguono quello prescelto; tale funzione, però, può essere disabilitata in modo da aumentare la specificità della ricerca; ma questo lo vedremo in un prossimo articolo. Per evitare, tuttavia, di perdere articoli sull'otite media acuta che potrebbero essere stati indicizzati sotto il più generico termine di otitis, decidiamo di confermare che la ricerca si faccia su otitis, PREMENDO CON IL MOUSE SUL TASTO ADD.

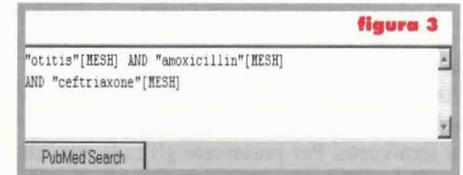
A questo punto dobbiamo aggiungere, allo stesso modo, i termini amoxicillina e ceftriaxone che costituiscono l'intervento che vogliamo studiare; anche qui conviene aggiungerli dal MeSH Browser per evitare errori di digitazione; ad esempio potremmo scrivere per errore amoxicilin con una sola "l" e, di conseguenza, fallire nella ricerca.

In questo caso (figura 2) potrebbe essere utile non fare esplodere il termine amoxicillin per non ritrovare gli articoli che hanno studiato gli effetti oltre che dell'amoxicillina anche della Amoxicillin-Potassium Clavunilate Combination che segue il termine amoxicillin nella struttura ad albero del Mesh Browser; ma abbiamo detto che questo impareremo a farlo un'altra volta.

PREMENDO CON IL MOUSE SUL TASTO ADD aggiungerò alla ricerca (che per ora conteneva solo il termine OTITIS [MESH]) il termine AMOXICILLIN. A questo punto utilizziamo lo stesso procedimento per aggiungere il termine CEFTRIAZONE. ADESSO SIAMO PRONTI PER PREMERE CON IL MOUSE SUL TASTO PUBMED SEARCH per conoscere i lavori selezionati



dalla nostra domanda (figura 3)



Vengono selezionati 16 articoli. In effetti, per essere precisi, alla nostra domanda mancava ancora la specifica dell'età, perché finora il motore di ricerca ha selezionato gli articoli indipendentemente dall'età. La lasciamo per ultimo per imparare a utilizzare il campo limit che consente di limitare la nostra ricerca in base al disegno dello studio, e/o all'età dei pazienti reclutati, all'epoca della pubblicazione, e così via.

Per completare la nostra ricerca avremmo potuto inserire nella nostra domanda AND child (come abbiamo già imparato negli scenari dei numeri precedenti di Quaderni); oggi sfruttiamo un'altra modalità: PREMENDO CON IL MOUSE SUL TASTO LIMIT potremo limitare la ricerca ai lavori che riguardano neonati, o bambini fino a 18 mesi; nel nostro caso, limitiamo all'età a 0-18 anni.

Una volta selezionata la fascia di età (ma avremmo potuto dare dei limiti che riguardavano il tipo e la data di pubblicazione, la lingua e così via) PREMENDO CON IL MOUSE SUL TASTO GO otterremo un'ulteriore ricerca sui 16 articoli finora trovati. Così facendo i nostri articoli selezionati saranno 15; vorrà dire che un articolo è stato escluso perché riguardava gli adulti.

Questa ricerca è stata eseguita il 24 Maggio 2002; è possibile che nel frattempo altri lavori siano stati inseriti su PubMed per cui il numero di articoli potrebbe risultare superiore quando sarà il lettore a ripetere la ricerca. RICORDIAMO CHE CONVIENE CONTINUARE AD IMMETTERE LA NOSTRA DOMANDA DALLA MASCHERA DI CLINICAL QUERIES, PER SELEZIONARE ARTICOLI SECONDO I DIVERSI LIVELLI DI EVIDENZA. Per far questo è sufficiente copiare la stringa di ricerca che abbiamo costruito (anche con la funzione copia-incolla di windows) sulla maschera Clinical Queries, utilizzando le virgolette solo per i termini MESH composti da più parole e cancellando tutto ciò che nella stringa che abbiamo costruito è tra parentesi quadre, ad esempio: [MESH]. Raccomandiamo di condurre analoghe esercitazioni su altre piccole ricerche di questo tipo per potere meglio comprendere il funzionamento del motore di ricerca.

# Gli ogm tra equivoci e potenzialità

Gilberto Corbellini

Dipartimento di Medicina sperimentale e patologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

I cosiddetti cibi transgenici, e in generale le applicazioni delle biotecnologie molecolari in ambito agro-alimentare e zootecnico per incrementare la resa delle coltivazioni e programmare la composizione e la qualità degli alimenti, sono sempre più argomento di acceso confronto pubblico. Le biotecnologie molecolari si basano sulla ricombinazione del materiale genetico per modificare in modo mirato piante o animali in modo da renderli resistenti a parassiti, malattie, diserbanti ovvero più efficienti nello sfruttamento delle fonti energetiche presenti nel suolo, o dotati di particolari caratteristiche organolettiche, nutrizionali ed estetiche. Sinora sono stati commercializzati quasi esclusivamente cibi trasformati per migliorare la resa delle coltivazioni, ma sono in arrivo i cosiddetti "cibi transgenici di seconda generazione" o "alimenti funzionali", con caratteristiche rispondenti a varie esigenze nutritive e sanitarie. Trattandosi di tecnologie dalle straordinarie potenzialità, ma che possono disorientare o preoccupare in quanto producono situazioni apparentemente in contrasto con alcune idee di senso comune, una discussione critica sulle implicazioni e l'accettabilità dei nuovi metodi di produzione del cibo è assolutamente necessaria e salutare. In realtà, le forme e i contenuti che ha assunto il dibattito in Europa, e quindi anche in Italia, non stanno contribuendo a far luce sulla natura dei rischi per la salute umana e per l'ambiente che potrebbero derivare dalle nuove biotecnologie agro-alimentari, né a capire se e come esse concorreranno a risolvere i crescenti problemi alimentari, sanitari e ambientali che affliggono la più larga parte degli abitanti del pianeta. Il principale ordine di malintesi riguarda la sicurezza e l'impatto ambientale delle tecniche di modificazione genetica in rapporto ai metodi agricoli tradizionali. La contrapposi-

zione politico-ideologica su come e se le biotecnologie agro-alimentari mettono a rischio la salute e l'ambiente ruota cioè intorno al problema se queste sono naturali o innaturali, ovvero come si collocano in rapporto all'evoluzione dei metodi che l'uomo ha sviluppato per produrre il cibo.

La modificazione del patrimonio genetico delle piante e degli animali che sono fonte di cibo e la pratica di consumare alimenti trasformati da processi biologici sono antiche quanto la cultura umana, nel senso che si sono evolute a partire dalle prime forme di domesticazione di piante e animali, circa 10.000 anni fa, e dalla scoperta casuale che alcuni processi fermentativi consentivano di produrre nuovi alimenti, come vino e formaggio. Nel corso della sua storia l'uomo ha sperimentato oltre cinquemila piante e animali come fonti di cibo e uso agricolo.

Attraverso l'applicazione delle strategie di incrocio e selezione, che dagli inizi del Novecento si sono potute basare sulla conoscenza delle regole mendeliane di trasmissione genetica dei caratteri, e sotto le pressioni economiche le specie ritenute utili si sono progressivamente ridotte.

Oggi 12 specie di piante e 5 specie di animali forniscono il 70% di tutto il cibo umano: più della metà viene da patata, riso, mais, grano, bovini, suini e pollame (1).

La "rivoluzione verde", che negli anni settanta ottenne un sensazionale incremento nella resa delle principali coltivazioni, fu il risultato dell'utilizzazione di poche varietà di piante selezionate, e dell'uso massiccio di fertilizzanti, diserbanti e pesticidi messi a punto dalla ricerca chimica per intervenire sui fattori ambientali che condizionano l'entità del raccolto (2). Raddoppiando la produzione per ettaro di riso e grano, la "rivoluzione verde" ha consentito di sfamare negli ultimi vent'an-

ni oltre un miliardo di persone in più, ma ha causato una drammatica riduzione della diversità genetica e pesanti danni all'ambiente, in termini di erosione del suolo coltivabile e di inquinamento da erbicidi e insetticidi. In tal senso, si pensava che l'avvento delle biotecnologie molecolari sarebbe stato salutato anche dagli ambientalisti come un'opportunità per avere miglioramenti agricoli attraverso modalità più sostenibili sul piano ambientale. Peraltro, i principali sviluppi delle trasformazioni genetiche hanno sinora riguardato la protezione delle coltivazioni da erbacce, parassiti e malattie, utilizzando una molto minore quantità di diserbanti e pesticidi.

In realtà, nel momento in cui le nuove biotecnologie hanno cominciato a trovare sbocchi commerciali nel settore agricolo, i movimenti ambientalisti hanno riconosciuto in esse una fase ulteriore della "rivoluzione verde", giudicandola ancor più pericolosa per la salute e per l'ambiente in quanto manipola direttamente il patrimonio genetico creando nuovi rischi ambientali. Emblematicamente, i cibi transgenici vengono definiti "cibi di Frankenstein" o "frankenfood". Tra l'altro, per il pensiero ambientalista, le nuove tecniche non farebbero altro che tamponare provvisoriamente i danni ambientali, e in questo senso rafforzerebbero le pratiche di sfruttamento e l'inquinamento.

Non c'è alcun dubbio che la tecnologia che consente la ricombinazione del materiale genetico rappresenta una novità, nel senso che consente di effettuare trasformazioni che con le tecniche tradizionali di incrocio non erano possibili in queste forme e con questa efficacia. In tal senso non è corretto sostenere che le nuove biotecnologie continuino e perfezionano quelle che l'uomo usa da millenni, ovvero tentando di far passare per "naturali" dei metodi che in buona parte non lo sono,

Per corrispondenza:

Gilberto Corbellini

e-mail: corbelli@tiscali.it

aggiornamento avanzato

*Abstract*

*Second generation transgenic foods have brought up again the controversy on agro alimentary biotechnologies. Environmentalists and consumers ask for an evaluation of health security and the impact on environment derived from modified genetic techniques. Even natural products, not genetically modified, are not always safe. So why restrict such questions only to the genetically modified techniques?*

*Gilberto Corbellini*

*Genetically modified organisms between misunderstandings and potentialities*

*Quaderni acp 2002; vol IX n°3: 51-53*

anche se indubbiamente sono basati su materiali "biologici". Anche perché l'equazione "naturale = sicuro = innocuo" non è vera. Infatti i prodotti naturali, cioè non geneticamente modificati, non sono automaticamente innocui, come dimostra non solo il fatto che un'elevatissima percentuale dei cancerogeni che consumiamo vengono dalle piante, che li sintetizzano per la loro difesa, ma anche il ruolo di componenti non tossici come lo zucchero e i grassi nel causare le malattie cardiovascolari (3). È quindi un'ovvietà dire che le biotecnologie molecolari consentono ricombinazioni rare o del tutto improbabili in circostanze naturali, che possono anche comportare qualche rischio. In realtà, sono senza alcun dubbio più controllabili degli incroci che, nel caso delle piante, fondono indiscriminatamente interi patrimoni genetici senza che sia altrettanto prevedibile quale tipo di risultato si ottiene e quali reazioni possono scaturire dalla combinazione.

Per capire il senso di ciò che potrebbero rappresentare le biotecnologie applicate alla produzione di alimenti dal punto di vista della qualità e della resa, basterebbe pensare al caso della chimosina, l'enzima che coagula il latte per preparare i formaggi. Dal 1990 è stata autorizzata negli Stati Uniti la produzione di questo enzima, che prima veniva ottenuto dallo stomaco di vitello macellato, per via fermentativa con batteri o lieviti transgenici.

In queste condizioni controllate, la chimosina viene ottenuta con una purezza del 98%, contro il 2% del metodo tradizionale, e oggi nel Nord America quasi il 90% del formaggio è di fatto un alimento transgenico.

Tra le minacce più frequentemente paventate dal punto di vista della salute umana vi è la possibilità che vengano indotte nei cibi modificazioni che portano alla sintesi di sostanze che causano reazioni allergiche. Di fatto, la valutazione del potenziale allergenico dei nuovi prodotti è prevista per dimostrarne l'equivalenza sostanziale, così come è previsto un controllo sulle implicazioni del trasferimento dei geni delle piante alla microflora intestinale di animali e uomini. Il concetto di "equivalenza sostanziale" è un principio guida per organizzare le procedure di valuta-

zione della sicurezza e non implica la mancanza di controlli, ma solo il fatto che non si devono pretendere per i prodotti transgenici, quando hanno le stesse caratteristiche di quelli tradizionali, prove che non si chiedono per questi ultimi (probabilmente molto cibo tradizionale, studiato con una batteria di test tossicologici su animali, produrrebbe effetti indesiderati, mentre lo si consuma normalmente sulla base delle esperienze tradizionalmente accumulate) (4). Peraltro, il tanto citato caso del gene di una noce brasiliana altamente allergenica che era stato introdotto nella soia, è la dimostrazione che i test vengono fatti e consentono di prevenire la diffusione di sostanze pericolose (5).

L'introduzione in alcune coltivazioni di geni resistenti agli erbicidi, per rendere più efficace l'azione con diserbanti chimici, e l'uso di marcatori genetici resistenti agli antibiotici sono considerati ulteriori argomenti contro le applicazioni delle biotecnologie molecolari all'agricoltura, in quanto si ritiene che si possano sviluppare erbacce resistenti agli erbicidi, ovvero che i geni per la resistenza agli antibiotici si trasferiscano a batteri patogeni o simbionti intestinali. Vi è poi il timore che le tecniche di trasferimento dei geni possano produrre per ricombinazione nuovi patogeni batterici e virali e che la massiccia diffusione di piante transgeniche contenenti geni che codificano per tossine di *Bacillus thuringensis* (Bt) allo scopo di sostituire l'uso di insetticidi sintetici, possa favorire la selezione di insetti nocivi resistenti alla tossina di Bt o danneggiare l'ecosistema colpendo anche organismi non dannosi.

Questi problemi vengono attentamente studiati e l'impatto dei cibi transgenici accuratamente monitorato. In questo momento, considerando gli investimenti economici e in credibilità, sono proprio le imprese multinazionali ad avere il massimo interesse a capire come stanno le cose. Il trasferimento di geni in condizioni naturali attraverso il polline e i semi non ha prodotto problemi ecologici rilevanti stando agli studi più accreditati, e i semi delle piante transgeniche hanno tra l'altro minori capacità di sopravvivenza (6).

Questo ovviamente non significa che qualche

inconveniente non possa insorgere, ma la natura stessa della tecnologia, l'attenta sorveglianza e il fatto che siano in continuo sviluppo le conoscenze dovrebbe in realtà rassicurare.

Per quanto riguarda in particolare l'uso dei geni per la resistenza agli antibiotici, usati come marcatori per riconoscere le piante modificate geneticamente, la Food and Drug Administration, che non ha mai peccato di imprudenza, ne ha autorizzato l'utilizzazione in quanto gli studi sperimentali dimostrano che la probabilità di un trasferimento a batteri patogeni o a microrganismi del tratto intestinale è quasi trascurabile e comunque ha raccomandato di non utilizzare geni che codificano per la resistenza nei confronti di antibiotici clinicamente importanti (7).

Un ulteriore timore è che l'uso delle biotecnologie abbiano un impatto ancor più pesante a causa delle strategie commerciali che tenderebbero alla diffusione di monoculture transgeniche. Se si analizza il problema della diversità genetica delle specie agricole da una prospettiva storico-scientifica, si può constatare che la selezione e l'ibridazione, sotto le pressioni economiche, sono state la principale causa dell'erosione della biodiversità. In tal senso, l'impatto della "rivoluzione verde" sulla diversità genetica delle specie agricole è stato drammatico. Il fatto è che nella situazione che si è determinata, solo le biotecnologie molecolari possono consentire lo studio e la valorizzazione della biodiversità, nel senso che gli oltre 2.500.000 di campioni che si stima esistano nei centri sperimentali agronomici distribuiti nel mondo potranno essere testati e catalogati su base genetico-molecolare ed efficacemente sfruttati come serbatoio di diversità genetica (2). Chi lavora nel settore biotecnologico sa bene che ancora per molto tempo i biologi non saranno in grado di costruire in laboratorio geni in grado di codificare per delle caratteristiche desiderate, e quindi avranno bisogno di esplorare la biodiversità naturale presente e passata.

Una delle questioni più dibattute è se le biotecnologie molecolari possono davvero aiutare a sfamare una popolazione mondiale che tra circa vent'anni sarà di 8 miliardi di persone, a fronte del fatto che la resa delle coltiva-

zioni tradizionali, dopo i traguardi toccati dalla rivoluzione verde, ha già cominciato a diminuire, e continuano ad aggravarsi i problemi dell'erosione del suolo coltivabile e dell'approvvigionamento d'acqua (8).

Non è molto sensato né onesto sostenere come fanno gli ambientalisti che l'agricoltura biologica, che tra l'altro comporta notevoli costi economici, o quella tradizionale dei paesi in via di sviluppo riusciranno a fronteggiare la crescente domanda di cibo (9).

Le coltivazioni transgeniche possono indubbiamente contribuire alla soluzione di questo genere di problemi. Per esempio essendo più protette dalle erbacce richiedono una lavorazione più leggera del terreno, che riduce l'erosione. Ma soprattutto si possono effettuare attraverso l'ingegneria genetica trasformazioni che rendono le piante in grado di ottimizzare l'utilizzazione delle risorse minerali e idriche, ovvero che riducono il bisogno di fertilizzanti e acqua, nonché dotate di proprietà che consentono di prevenire diffuse condizioni di deficit nutrizionali. Diversi gruppi di ricerca hanno già sviluppato metodi per inserire nutrienti essenziali come il ferro e la vitamina A nel riso. Considerando i drammatici costi in vite umane e sanitari causati dai deficit di ferro e vitamina A nei paesi in via di sviluppo questi risultati non andrebbero facilmente sottovalutati (10).

In prospettiva, si possono immaginare alimenti "naturalmente" prodotti in risposta a diverse esigenze sanitarie (per esempio con un maggior contenuto di grassi insaturi), e addirittura contenenti farmaci o immunogeni per la lotta contro le malattie infettive (11).

Per il momento, come fa notare un ampio studio del Nuffield Council on Bioethics, le biotecnologie molecolari applicate all'agricoltura non hanno prodotto modificazioni di particolare utilità nella prospettiva di essere d'aiuto ai paesi in via di sviluppo (12).

Le potenzialità difficilmente possono essere messe in discussione, ma se le imprese del settore non smettono di lamentarsi e continuano a fare promesse, senza investire in prodotti che si dimostrino concretamente rilevanti per risolvere i problemi agricoli e alimentari nei paesi in via di sviluppo, difficilmente le

biotecnologie agroalimentari riusciranno a superare le barriere politiche e morali che sono state innalzate contro di esse.

#### Bibliografia

- (1) Esquinas-Alcazar JT. Biotechnologies and genetic resources for food and agriculture. *Forum* 1999;9:84
- (2) Garcia Ormedo F. La tercera revolución verde. Plantas con luz propia. *Temas de Debate, Madrid*, 1998
- (3) Trewavas A. Much food, many problems. *Nature* 1999;402:231
- (4) Kuiper HA et al. Adequacy of methods for testing the safety of genetically modified foods. *Lancet* 1999;354:1315
- (5) Metcalfe D et al. Assessment of allergenic potential of foods derived from genetically engineered crops. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 1996;S165-S186
- (6) Trewavas A. Much food, many problems. *Nature* 1999;402:231
- (7) Thompson L. Are Bioengineered Foods Safe? *FDA Consumer Magazine, January-February 2000*
- (8) Richards AJ. Plants, Genes and Agriculture, Jones & Barlett, Boston, 1994. The State of Food Insecurity in the World 1999. *FAO*, 1999.
- (9) <http://binas.unido.org/binas/binasnews/99issue>
- (10) German B et al. The development of functional foods: lessons from the gut. *TIBTECH* 1999;17:492
- (11) Rudolph NS. Biopharmaceutical production in transgenic livestock. *TIBTECH* 1999; 17:367
- (12) Genetically modified crops: the ethical and social issues, Nuffield Council on Bioethics, London, 1999

## no comment

### 50 dollari per ogni appuntamento con...

Una nuova compagnia americana, la Time-Concepts LLC, sta offrendo ai medici \$50 per ogni volta che acconsentono ad ascoltare nel loro studio una breve promozione di vendita da parte di un informatore di una ditta farmaceutica. Questa nuova compagnia riceve \$105 dalla ditta ogni volta che garantisce una consultazione. Di questi, \$50 vanno al medico, \$5 vanno in beneficenza su indicazione del medico e \$50 restano alla compagnia. A dispetto delle linee guida della American Medical Association, che non ammettono compensi in denaro dalle ditte farmaceutiche, i medici li stanno invece accettando. Il dottor Neal Moser, specialista in malattie polmonari in un gruppo di 13 medici a Edgewood nel Kentucky, ha precisato ad amanews.com, quotidiano per i medici dell'American Medical Association, di aver accettato perché l'accordo gli permette di decidere dove e come incontrare gli informatori, ottenendo in modo più efficiente le informazioni di cui ha bisogno. Ha aggiunto inoltre di non vederci alcun problema etico e che il compenso copre appena il costo del suo tempo. Il dottor Frank Riddick, presidente della commissione dell'American Medical Association ha dichiarato che "Se lo scopo dell'incontro è l'informazione del medico, allora non c'è necessità di pagare il medico".

Pamela Coyle-Toerner, presidente del gruppo e uno dei proprietari della consociata, ha dichiarato che il denaro incassato ha contribuito ad acquistare un sistema informatizzato di registrazione delle cartelle mediche.

E infine la Time-Concepts LLC ribadisce che il suo metodo è efficiente ed etico. (David Spurgeon, *BMJ* 2002; 324: 113)

# Medici e Pazienti: UN

*Nel Supplement to The Lancet, dicembre 2001 (da cui abbiamo tratto la lettera qui pubblicata), il comitato editoriale ha dato la possibilità a 33 coppie di medici e pazienti di descrivere le proprie priorità rispetto ad una malattia di cui sono esperti gli uni e affetti gli altri, in due pagine speculari. In tal modo i primi hanno illustrato gli ultimi progressi, conoscenze, frontiere, i secondi hanno descritto la propria esperienza di malattia. L'attenzione della rivista viene posta soprattutto sulla pagina affidata all'esperto, la cui lettura precede la testimonianza del malato, che si sofferma sulle nuove frontiere grazie alle quali la scienza si appresta a curare sempre meglio e in qualche caso addirittura a sconfiggere la patologia. Eppure gli editorialisti commentano: "...quando i pazienti descrivono la loro malattia non si concentrano sulle procedure mediche e sui dettagli della patologia, ma su come questa li ha toccati come individui o come famiglie. Soprattutto le persone affette da malattie croniche scrivono che hanno dovuto sforzarsi di ridefinire se stessi a prescindere dalla malattia.". A nostro parere, bisogna partire da questo vissuto di malattia, che troppo spesso non fa parte del colloquio tra medico e paziente. Quaderni acp in questa rubrica vi sottoporrà delle storie (alcune tratte da Lancet, altre pervenute per altre vie) utilizzando lo stesso schema speculare: il nostro esperto non ci dirà cosa la scienza sa o sa fare, ma analizzerà lo sforzo del malato di descriversi e il suo vissuto di malattia, perché si possa provare a prendersi cura non soltanto di eventi e sintomi, ma di come sono percepiti e vissuti.*

*Francesca Siracusano*

## **CELIACHIA: DIFFICILE DA TROVARE, DURA DA TRATTARE, IMPOSSIBILE DA CURARE**

I sintomi e i segni tipici di celiachia sono caratteristici anche di altre malattie ed è per questo che soggetti con questo disordine spesso rimangono a lungo non diagnosticati. Una dieta priva di glutine è stata definita come facile da prescrivere, ma dura da seguire. Io condivido entrambe queste asserzioni di tutto cuore. Per oltre 10 anni la mia celiachia non

fu diagnosticata, anche se i miei dottori cercavano con impegno di risolvere i miei problemi. A posteriori penso che avrebbero potuto porre diagnosi un po' prima di quanto non fecero, soprattutto perché io avevo raccontato loro che mia madre soffriva di dermatite erpetiforme e che era stata trattata con dieta senza glutine. Comunque, mi fu fatta diagnosi di celiachia nel 1993 dopo molti consulti medici. I miei sintomi erano chiari. Avevo spesso sintomi influenzali, ero esausta e soffrivo di mal di testa. Avevo una lieve carenza di ferro, mestruazioni irregolari, piccole perdite di capelli e lievi ma persistenti disturbi gastrointestinali, come nausea e flatulenza, che furono diagnosticati come intolleranza al lattosio ma che non risposero ad una dieta. I test per gli anticorpi anti gliadina e anti reticolina erano stati negativi e la malattia celiaca era pertanto improbabile, così mi disse il dottore. In più, per un paziente con malattia celiaca essere leggermente in sovrappeso e in buone condizioni di salute era atipico, dicevano. Avevo abortito due volte in un anno. Accade, dicevano. Poi, quando partii per l'Estonia per pochi giorni, ebbi una terribile diarrea. I dottori subito escludono la salmonella, la yersinia, la giardia, e altre infezioni comuni, ma la diarrea persisteva. Finalmente, un giovane dottore sostituito nell'unità di cura della mia università decise di dare un'occhiata alle mie cartelle. Mi consigliò una biopsia intestinale. La mia celiachia fu dimostrata.

Con una dieta senza glutine la diarrea scomparve in un paio di giorni e dopo tre settimane stavo meglio. Non ero più stanca e i mal di testa scomparvero. Cominciai a rallegrarmi del mio nuovo stile di vita a dieta senza glutine. Ebbi anche due bambini nati da gravidanze non complicate. Presto però dopo l'inizio della dieta realizzai che questa escludeva birra, pasta e pizza, tra le altre cose, e che era molto costosa. Inoltre la cottura in forno è lenta e i prodotti privi di glutine nei negozi erano rari. Io stessa dovevo spiegare ogni giorno cosa fosse la celiachia e cosa si può o non si può mangiare. Sebbene avessi visto mia madre vivere una vita completamente soddisfacente con la malattia e sebbene i miei disturbi persistenti fossero spariti, la malattia

celiaca e la concomitante dieta senza glutine si trasformarono per un po' in una piccola crisi. Cominciai a pensare a tutte le possibili conseguenze del ritardo di diagnosi e alla probabile alta esposizione inconsapevole al glutine quando mangiavo fuori. Inoltre il dottore aveva chiaramente detto che vi era un alto rischio di linfoma se non mi attenevo alla dieta. E la dietista ribadiva l'importanza di una dieta sana ed equilibrata. Ben presto, dopo che mi fu fatta la diagnosi ed ebbi il mio colloquio con la dietista, i medici e tutti gli altri sembravano aver perso ogni interesse per me e per la mia malattia.

Non ebbi un follow-up clinico e nessun aiuto economico per il costo della dieta dal governo. Restai sola con la mia diagnosi. Oggi i dottori e le autorità sembrano aver capito che le persone con la malattia celiaca, se ricevono regolarmente informazioni dalle varie associazioni e da altri pazienti, affrontano meglio il problema. Nel Regno Unito una delle ragioni per cui i pazienti con malattia celiaca vengono incoraggiati ad andare una volta l'anno alla loro clinica per un check-up è che così i loro medici possono controllare se sono ancora membri di una associazione di celiaci. In Finlandia l'importanza dell'associazione e il regolare follow-up sono spiegate nelle raccomandazioni nazionali di diagnosi e trattamento della malattia celiaca. Molte altre cose sono cambiate da quando mi è stata fatta la diagnosi. I supermercati, per esempio, ora sono forniti di un'ampia varietà di prodotti senza glutine e posso comprarli anche nel negozio vicino casa. I prodotti senza glutine sono di solito contrassegnati correttamente e nei ristoranti sono indicati nel menù. Nel mio paese non è ancora previsto un aiuto economico del governo per l'acquisto del cibo, ma potrebbe essere incluso nel budget del prossimo anno. I medici sono meglio informati sulla malattia e si spera che presto il ritardo di diagnosi sia consegnato alla storia. Infine mi piacerebbe scommettere che tutti i pazienti con celiachia possano sognare che un giorno una pillola, un vaccino o qualche misura preventiva possa essere disponibile per salvarli da una dieta ristretta per tutta la vita.

*Susanna Lohiniemi*

# confronto è possibile

## CELIACHIA: DIFFICILE DA TROVARE? DURA DA TRATTARE? IMPOSSIBILE DA CURARE?

C'è da chiedersi se quanto denunciato da una persona celiaca, che non vive in Italia, circa i problemi connessi con la pratica di una dieta senza glutine, sia quanto avvertito anche dai celiaci italiani, che usufruiscono di alimenti gratuiti senza glutine, grazie all'Associazione italiana celiachia che ha ottenuto tali benefici a differenza di quanto avviene nel resto del mondo. Ritengo che il problema delle persone con celiachia non sia solo, o per niente, economico; quest'aspetto il più spesso è solo un falso problema, perché visto da un'ottica non corretta, come cercherò di dimostrare in seguito.

Il vero problema è che quando una persona celiaca, soprattutto se adulta, scopre con soddisfazione e gioia che i sintomi ed i problemi indotti dal glutine regrediscono con la dieta, gradualmente la sua qualità di vita subisce, paradossalmente, un peggioramento perché, come detto da Susanna nella sua lettera, "resto sola con la mia diagnosi".

La persona celiaca può avere la sensazione, denunciata nella lettera, che, dopo la diagnosi ed il colloquio con la dietista, "i medici e tutti gli altri" perdano "interesse per me e per la mia malattia".

Questo significa che i celiaci dovranno essere presi in carico ed avere un follow-up presso un centro come per altre malattie croniche?

Se il motivo per frequentare i centri fosse la ripetizione esasperata dei test sierologici, anche quando si sono negativizzati, per svelare, in caso di nuova positivizzazione, infrazioni alla dieta, la risposta circa l'opportunità che questo avvenga sarebbe negativa.

Non c'è alcuna dimostrazione che i test sierologici svelino l'ingestione di glutine ed anzi la negatività di tali esami può ingenerare false sicurezze in coloro che deliberatamente mangiano alimenti senza glutine.

Bisogna inoltre tener conto che molte delle complicanze autoimmuni al di fuori dell'intestino sopravvivono indipendentemente dalla presenza nel sangue di autoanticorpi rivolti contro un antigene, quale la transglutaminasi, diverso da quello presente su eventuali altri

organi bersaglio.

L'importanza dello "spauracchio" del linfoma, utilizzato fino a qualche anno fa per indurre le persone con celiachia ad aderire alla dieta, sembra, invece, essere ridimensionata da uno studio ESPGHAN promosso da Catassi.

Se il motivo di frequentare un centro fosse, invece, quello di soddisfare il bisogno dei celiaci di una presa in carico completa del loro problema da parte di medici e operatori sanitari, che non siano solo prescrittori di medicine e diete (questo è un sentire comune dei pazienti con malattie croniche e non viene sufficientemente enfatizzato agli studenti "pre- e post-laurea"), allora la risposta circa questa opportunità sarebbe affermativa. Quanto aggiunto da Susanna che "nel Regno Unito i celiaci sono seguiti annualmente dai centri anche per controllare se ancora sono membri dell'associazione", dove avere adeguate informazioni su come affrontare una vita a dieta senza glutine, ridimensiona, però, il ruolo dei centri al riguardo ed enfatizza quello delle associazioni.

Io aggiungerei, come più pertinente, sempre allo stesso riguardo, il ruolo di un medico curante, che ritenga di essere all'altezza di gestire un problema per il quale non occorre essere specialisti per occuparsene.

Molta gente non sa, e l'autrice della lettera sembra essere una di queste persone, che la maggior parte degli alimenti presenti in natura non contengono glutine ed il problema denunciato in una lettera proveniente dall'estero, di non poter mangiare più pasta e pizza, dice solo che *l'Azienda Italia* è riuscita ormai ad imporre nel mondo i cibi più caratterizzanti la nostra gastronomia, facendoli sentire come indispensabili.

Di fatto, un ampio ricettario di risotti degustabili su qualunque buona tavola italiana e la possibilità di mangiare patate e cereali diversi da quelli "tossici", consolidata soprattutto all'estero, dovrebbe superare il problema denunciato nella lettera.

A questo punto, però, s'inseriscono le fobie "dell'esposizione inconsapevole al glutine quando mangiavo fuori", dei risotti "contaminati dal mestolo con cui è stata mescolata la

pasta o cotti nella stessa acqua della pasta", delle patate "fritte in oli di semi vari o in cestelli dove in precedenza sono stati fritti altri alimenti impanati", che non consentono di vivere con serenità una vita a dieta senza glutine.

Non è casuale, a mio avviso, che di pari passo vi sia una "pressione", spesso anche alimentata dai party a base di alimenti senza glutine organizzati da sezioni dell'associazione e sponsorizzati dalle industrie, ad affidarsi ai più sicuri alimenti senza glutine industriali che si possono trovare in farmacia.

Ecco perché, allora, il problema diventa (falsamente) economico e non si capisce, comunque, perché il supporto economico, elargito dallo Stato, debba discriminare le donne dagli uomini e, soprattutto, debba essere maggiore per gli adulti rispetto ai bambini.

Dovrebbero, caso mai, essere questi ultimi a godere degli alimenti "speciali" senza glutine, in attesa d'imparare ad utilizzare prevalentemente (se non esclusivamente) alimenti "naturali" senza glutine.

In conclusione, i problemi sollevati nella lettera di Susanna mi sembrano rilevanti per far comprendere come la qualità di vita derivante dal peso di un problema cronico di salute non sia correlato alla gravità della malattia o alla possibilità che vi sia una remissione completa dei sintomi con la cura.

La presa in carico del problema da parte del medico, che sia aggiornato non solo per sospettare sempre più precocemente le forme cliniche atipiche della celiachia, ma soprattutto su come "normalizzare" la dieta e la vita di una persona celiaca, potrà evitare i disagi avvertiti dall'autrice della lettera recensita.

Giuseppe Magazzù  
Servizio di gastroenterologia pediatrica  
Università di Messina

# Come utilizzare il podoscopio

**Annamaria Moschetti**  
Pediatra di base, Asl 1 Taranto

Il podoscopio è uno strumento costituito da un piano di cristallo con illuminazione polarizzata sul quale il bambino viene posto in piedi. Sotto il piano di cristallo è situato uno specchio che riflette l'immagine della pianta del piede e ne visualizza la reale area di appoggio. Lo strumento può essere inoltre fornito di un indicatore che misura l'angolo formato dall'asse della tibia con l'asse del calcagno, il cui valore normale è uguale o minore di 15°.

Il podoscopio può essere usato nei controlli di salute periodici per ispezionare l'impronta plantare (zona di contatto del piede con il suolo) e identificare le variazioni rispetto alla norma.

## Come si legge

La pianta del piede è una volta sostenuta da 3 archi e comprende 3 punti di appoggio: la testa del 1° metatarso, la testa del 5° metatarso e la tuberosità posteriore del calcagno. In un piede normale l'impronta è caratterizzata da una zona anteriore più ampia definita "tallone anteriore", da una zona intermedia, "istmo", e da una zona posteriore definita "tallone posteriore" (figura 1)

L'istmo, normalmente, è circa 1/3 della larghezza del tallone anteriore. Il rapporto tra la larghezza dell'istmo e la larghezza del tallone posteriore - si definisce "indice dell'arco"; nell'età compresa tra 3 e 6 anni il range di normalità è estremamente ampio e rispecchia la grande variabilità fisiologica del piede in questa età. Il peso del corpo si applica in un punto posto al centro del collo del piede. Sotto carico, normalmente, gli archi si appiattiscono e si allungano. La curvatura può variare e la volta può adattarsi

si al suolo in virtù della sua elasticità, qualunque sia la sua configurazione, trasmettendo le sollecitazioni e il peso del corpo nelle migliori condizioni meccaniche.

I mezzi di sostegno naturali della volta sono i muscoli e i legamenti:

- i legamenti sono deputati a resistere agli sforzi brevi e violenti. Da soli sono in grado, per un breve periodo, di sostenere la volta, infatti l'impronta plantare di un piede amputato è normale (il piede privato del sostegno muscolare, in situazione di ridotto carico non si destruttura). D'altro canto un piede piatto può essere un sintomo di presentazione di una malattia del collagene come la sindrome di Ehlers-Danlos ed è caratteristicamente presente nelle iperlascità legamentose costituzionali.

- i muscoli sono deputati a resistere alle deformazioni prolungate e sono molto importanti per il sostegno della volta. Se la componente muscolare del sostegno è insufficiente, i legamenti tendono ad allungarsi e la volta si appiattisce e si abbassa definitivamente.

L'osservazione dell'impronta plantare con il podoscopio evidenzia 4 possibili condizioni:

**FIGURA 1: IMPRONTA DEL PIEDE NORMALE**



**FIGURA 2: IMPRONTA PLANTARE AUMENTATA**



- zona di contatto aumentata (piede grasso, piede lasso, piede piatto)
- zona di contatto diminuita (piede cavo)
- situazioni miste per diversità dell'area di contatto tra i due piedi
- zona di contatto normale.

## Zona di contatto aumentata

Quando l'istmo è più di 1/3 del tallone anteriore l'impronta plantare si definisce aumentata.

In base all'immagine podoscopica il piede ad impronta plantare aumentata può così essere classificato (figura 2):

- istmo appena più largo della norma (1° grado)
- istmo quasi uguale in ampiezza al tallone anteriore (2° grado)
- le dimensioni dell'istmo superano quelle del tallone anteriore (3° grado)
- raramente è dato trovare un piede piatto (4° grado) in cui solo la parte mediale del piede poggia al suolo: si tratta del "piede pronato totale".

Nell'età evolutiva l'impronta podoscopica è più ampia della norma: si riscontra nell'80% dei bambini fino ai 3 anni, nel

Per corrispondenza:

Annamaria Moschetti

e-mail: cetra@libero.it

saper fare



**Abstract**

*Podoscopy is a useful instrument during health visits because it is able to evaluate the plantar footprint.*

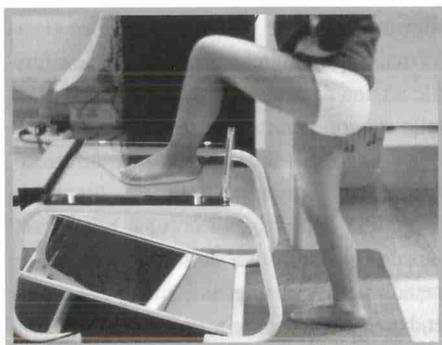
*It is then able to easily diagnose normal and pathological conditions such as: fat foot, flat foot, cavus foot, and relaxed flat foot. This article is a guide to the evaluation of footprints with a podoscopy.*

*Annamaria Moschetti*

*How to use a podoscopy*

*Quaderni acp 2002; vol IX n° 3: 56-58*

**FIGURA 3: VALUTAZIONE SENZA CARICO**



50% dei bambini tra 3 e 6 anni, nel 15% degli adolescenti che non presentano malattie a carico del piede (negli adulti tale valore si riduce al 5%). Nella sua interpretazione, pertanto, è importante tenere presente questo dato insieme alle possibili cause che, escludendo le forme spastiche, paralitiche e malformative, sono riferibili a tre condizioni:

a) *Piede grasso*. All'inizio della deambulazione, quando i muscoli antigravitari non sono ancora sviluppati, la volta plantare è sostenuta fisiologicamente da un cuscinetto di grasso che ha funzioni strutturali di sostegno e che la riempie. La presenza di questo cuscinetto conferisce una immagine podoscopica di aumento dell'impronta non riferibile ad un appiattimento della volta (piede grasso). Con il progressivo svilupparsi del sostegno muscolare, verso i 2-3 anni, questo cuscinetto viene riassorbito.

b) *Piede lasso*. È questo un piede la cui volta, sottoposta al carico del corpo, si appiattisce, ma riprende forma e struttura normali, grazie alla sua naturale elasticità, non appena sia stato tolto il carico (**Figura 3**). Si tratta di un'accentuazione più o meno marcata del fisiologico lieve appiattimento degli archi del piede sotto carico.

Tale situazione, fisiologica fino ai 5-6 anni di vita, è dovuta ad un "insufficiente sostegno" dato dalle strutture muscolari; nella maggioranza dei casi evolve verso la normalità per il miglioramento del tono dei muscoli cavizzanti e antigravitari.

Il miglioramento dell'appoggio plantare avviene anche in concomitanza con l'affinamento del controllo posturale-locomotore che si verifica entro 5-6 anni dall'inizio della deambulazione. Inoltre, in questo periodo il bambino produce una strategia di propulsione di tipo adulto con un aumento significativo della frequenza dell'appoggio del piede attraverso il tallone, anziché con il piede a piatto (*Thelen et al. 1992*).

Il piede tende a persistere lasso nei casi in cui esiste una "iperlassità legamentosa" costituzionale, soprattutto quando questa è di grado tale da non essere facilmente compensata da un buon tono muscolare. L'iperlassità è da ricercarsi sempre in presenza di un piede lasso.

L'obesità è il terzo fattore che, in concomitanza con i precedenti, può determinare un abbassamento della volta del piede sotto carico.

Nella pratica ambulatoriale il piede lasso è la forma di più frequente presentazione.

La correggibilità dell'appiattimento della volta plantare è dimostrabile con il podoscopio:

- il piede appare piatto se è sotto carico (il bambino in piedi sul podoscopio)
- il piede modifica la sua impronta verso la normalità se il piede viene soltanto appoggiato sul podoscopio (il bambino carica il peso di tutto il corpo sull'arto che poggia sul pavimento) (**figura 4 e 5**).
- la correggibilità è dimostrabile, inoltre,

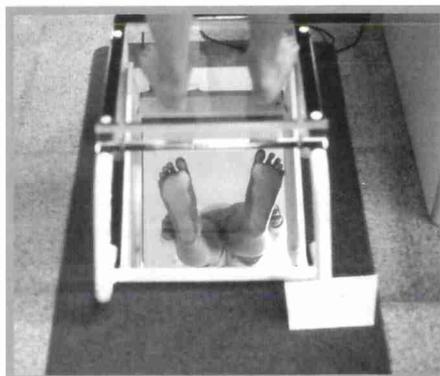
eseguendo la classica manovra di dorsiflessione dell'alluce a bambino posto in piedi sul podoscopio

- è ancora possibile dimostrare la riducibilità chiedendo al bambino di spostare tutto il peso su un solo arto. In questo modo il piede scaricato recupera la volta plantare, il piede caricato peggiora la sua impronta che diviene più ampia.

Quest'ultima manovra mima sperimentalmente quello che si verifica quando, per una patologia posturale che determini un'alterata distribuzione del carico sui due piedi, l'impronta appare asimmetrica e mostra, inoltre, l'effetto sulla volta plantare dell'eccesso di carico ponderale come nel caso dell'obesità. Evidentemente non è possibile alcuna modifica dell'impronta se il piede è grasso o piatto strutturato.

c) *Piede piatto vero strutturato*. È un piede in cui i meccanismi di sostegno sono stati del tutto inefficaci per cui la volta, sottoposta al peso del corpo e alle sollecitazioni meccaniche della marcia, si è destrutturata in maniera non riducibile e definitiva. L'impronta podoscopica mostra una completa scomparsa della volta plantare e la zona di appoggio nella regione mediale del piede è maggiore che nelle regioni anteriore e posteriore. L'indagine podoscopica deve ovviamente essere completata dall'ispezione del piede che mostrerà il classico segno, prognosticamente sfavorevole, della medializzazione dell'alluce.

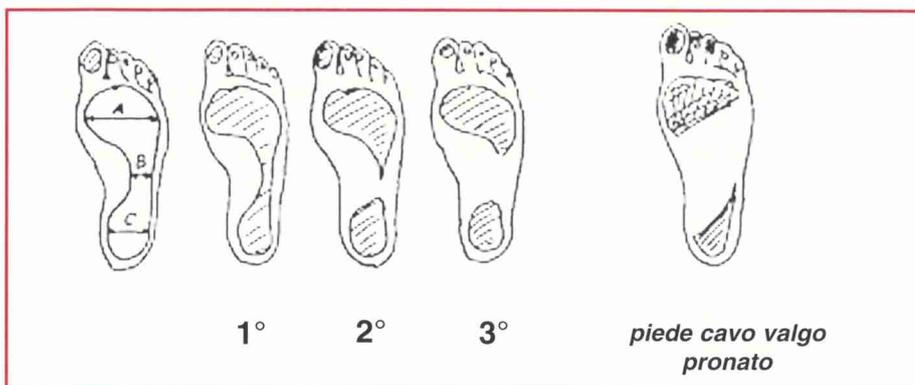
**FIGURA 4: PIEDE LASSO SOTTO CARICO**



**FIGURA 5: PIEDE LASSO SENZA CARICO**



**FIGURA 6: IMPRONTA PODOSCOPICA DIMINUITA**



**Zona di contatto diminuita**

Quando l'area di contatto del piede con il suolo è diminuita si configura il quadro del cosiddetto "piede cavo".

In base all'immagine podoscopica il piede cavo può essere così classificato (figura 6):

- istmo di dimensioni inferiori rispetto alla norma (1°)
- istmo presente ma appena accennato e discontinuo (2°)
- si visualizzano solo il tallone anteriore e posteriore (3°).

Mentre nell'adulto il piede bilateralmente cavo può essere considerato una variante della norma o conseguire all'uso protratto nel tempo di calzature col tacco, nel bambino, al di fuori dei casi conseguenti a patologia neurologica grave, il piede cavo è prevalentemente associato alla "iperantiversione

ne del collo femorale".

L'iperantiversione del collo femorale è una condizione fisiologica piuttosto frequente che tende a risolversi tra i 3 e gli 8 anni.

Per il persistere di questa condizione (per lo più familiari ereditaria), si instaurano alcuni meccanismi di compenso fra cui il cavismo del piede.

Il podoscopio è di fondamentale aiuto per la diagnosi di "piede cavo valgo pronato" o "falso piede piatto".

All'esame clinico il cavismo è celato dal marcato valgismo di avampiede e retro piede. Solo il podoscopio può mostrare il cavismo della pianta (figura 7 e 8).

Questa condizione si normalizza spontaneamente con l'accrescimento ed è tipica dei piedi lunghi e sottili.

**Asimmetria delle impronte**

Qualche volta si osserva una diversità nelle impronte tra i due piedi, sia che esse siano normali o patologiche. Tale reperto è riferibile ad una diversità di carico tra i due piedi nella stazione eretta e può trovarsi associato ad una "dismetria degli arti inferiori" funzionale od organica. In questa situazione l'impronta dell'arto più corto è più "cava" rispetto all'impronta dell'arto più lungo; quando però la dismetria è maggiore, per la tendenza del paziente a poggiarsi prevalentemente sull'arto più corto flettendo quello più lungo, l'impronta del piede caricato è più "piatta" del controlaterale.

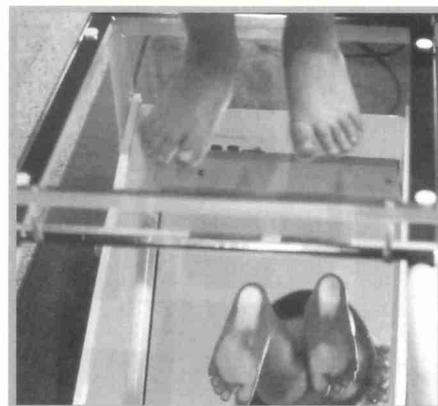
Nella maggior parte dei casi, tale reperto è apparentemente privo di significato patologico, ma richiama l'attenzione alle problematiche posturali.

Podoscopio utilizzato:  
Mod. PAL 88 a Luce Polarizzata  
P.A.M. SpA di San Michele di Nogara (Ve)  
£ 690.000 + IVA (euro 356,36 + IVA)

**FIGURA 7: FALSO PIEDE PIATTO**



**FIGURA 8: FALSO PIEDE PIATTO, IMMAGINE PODOSCOPICA**



**Bibliografia**

- (1) Maranzana-Panizon  
Ortopedia per il pediatra, NIS
- (2) Motta F et al. Approccio diagnostico-terapeutico al piede piatto infantile. *Medico e Bambino* 6:54 1992

A. Moschetti - Come utilizzare il podoscopio  
**Quaderni acp 2002; vol IX: n° 3: 56-58**

# Clenil<sup>®</sup> per Aerosol

Beclometasone dipropionato

0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

# Fluibron<sup>®</sup> per Aerosol

Ambroxol

0,75% Soluzione da nebulizzare



 **chiesi** GROUP  
www.chiesigroup.com

# HALIBORANGE<sup>®</sup>

## GOCCE



Niente è meglio del latte materno...  
...integrato con vitamine D<sub>3</sub>, A e C

Il contenuto medio di vitamina D<sub>3</sub> nel latte materno è di circa 20 U.I./litro, mentre il fabbisogno giornaliero raccomandato è di 400 U.I./litro. Tale apporto è necessario per mantenere nella normalità l'omeostasi calcica e lo sviluppo osseo del lattante<sup>1</sup>. La concomitante assunzione di vitamine A e C, al 20% delle dosi raccomandate per la prima infanzia, riduce il rischio di carenze di tali fattori, che potrebbero portare a gravi alterazioni in un periodo di crescita delicato quale il primo anno di vita.

<sup>1</sup> Greer F. R.: Do breastfed infants need supplemental vitamins? *Pediatr. Clin. North Am.* 48 (2), 415-423, 2001



- Non oleoso
- Senza coloranti né conservanti
- Non contiene glutine, ferro e zucchero
- Insapore, inodore e incolore
- Miscibile in acqua

**Eurospital**

FHG004 REV0 020401