

Quaderni acp

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

Basta l'inglese per non essere ignorati? Istruzioni a pagina 6



5 Questo numero **6** La RIP in inglese: basta cambiare lingua? **7** I should learn Italian **8** Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP **10** La ricerca pediatrica nell'area delle cure primarie, risultati di un'indagine conoscitiva **15** Respiro **16** Nati per Leggere: Basilicata, Bergamo, Umbria, Cesena, Trieste, Barcellona Pozzo di Gotto, Vimercate, Napoli, Pescantina, Milano, Asti **17** NpL: le lettere **19** NpL: patrocinio del Ministero per i beni e le attività culturali **19** NpL: rassegna stampa **20** Rapporto sull'attività di ricovero per l'anno 2000 **23** Medicine non convenzionali: il pensiero della FNOMCeO **24** Bambini e adolescenti del 2000: non solo sfruttati e violenti **26** Morbillo 2002, i record della Campania **26** Allattamento al seno e cancro della mammella **26** OGM e prodotti per l'infanzia **27** La commissione ECM **27** Palivizumab: gravi effetti collaterali **27** Ticket e Tremonti **27** Quanti sono i medici di base **27** Quanto lavorano i medici di base **28** 'A voce de' criature **28** Il cortile di Jtsec **29** Legami terapeutici **29** Tre storie fantastiche **30** Polio estinta in Europa **30** Boicottare Israele **30** Bambini in guerra **30** Il vertice FAO **30** Obesità e grandi potenze **30** UK & PTI **31** Nuovo finanziamento per il NHS in UK **32** Servizi Sanitari: affari in vista con il G.A.T.S.? **36** A proposito di convulsioni febbrili **36** Il medico, servo di tre padroni? **37** Latte in polvere e meningite **38** L'uso incongruo del pronto soccorso **40** Analfabetismo statistico: un problema non solo medico **42** L'esame clinico può escludere la presenza di fratture nei traumi del ginocchio? **44** I test sierologici negativi sono utili per escludere la toxoplasmosi congenita nel neonato a rischio? **46** La tossina Botulinica è efficace nell'emiplegia spastica **48** Utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico **55** Il caso dell'autismo infantile **56** Il caso di Mariella: adolescenza, diabete e break-down evolutivo

luglio-agosto 2002 vol IX n° 4

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

Clenil[®] per Aerosol

Beclometasone dipropionato 0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

Fluibron[®] per Aerosol

Ambroxol 0,75% Soluzione da nebulizzare



Editoriale

- 6 La RIP in inglese: basta cambiare lingua?
Giancarlo Biasini
- 7 I should learn Italian *Oral Atanyazova*

ACP News

- 8 Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP
Nicola D'Andrea

Ricerca

- 10 La ricerca pediatrica nell'area delle cure primarie, risultati di un'indagine conoscitiva *Giacomo Toffol*

Film per ragazzi

- 15 Respiro *Italo Spada*

Nati per leggere

- 16 Npl in Basilicata, Umbria, Bergamo, Cesena, Trieste
- 17 Npl a Barcellona Pozzo di Gotto, Vimercate, Napoli
- 18 Npl a Pescantina, Milano e Asti
- 19 NpL: un'altra tesi di laurea
- 19 NpL: patrocinio del Ministero per i beni e le attività culturali
- 19 NpL: rassegna stampa

Organizzazione sanitaria

- 20 Rapporto sull'attività di ricovero per l'anno 2000 *Gaetano Milioto, Paolo Siani*

Salute pubblica

- 23 Medicine non convenzionali, il pensiero della FNOMCeO *Nicola D'Andrea*

Statistiche Correnti

- 24 Bambini e adolescenti del 2000: non solo sfruttati e violenti *Paolo Siani*

Info

- 26 Morbillo 2002, i record della Campania
- 26 Allattamento al seno e cancro della mammella
- 26 OGM e prodotti per l'infanzia
- 27 La commissione ECM
- 27 Palivizumab: gravi effetti collaterali
- 27 Ticket e Tremonti
- 27 Quanti sono i medici di base
- 27 Quanto lavorano i medici di base

Libri

- 28 A. M. Improta, P. M. Fiumani, 'A voce de' creature
- 28 A. Pulella, *Il cortile di Jtsec*
- 29 L. Baldascini, *Legami terapeutici*
- 29 A.S. Byatt, *Tre storie fantastiche*

World-Info

- 30 Boicottare Israele
- 30 Bambini in guerra
- 30 Il vertice FAO
- 30 Obesità e grandi potenze
- 30 UK e PTI
- 31 Nuovo finanziamento per il NHS in UK

Osservatorio internazionale

- 32 Servizi sanitari: affari in vista con il G.A.T.S.?
Angelo Stefanini

Lettere

- 36 A proposito di convulsioni febbrili *A. Saviani*
- 36 Il medico, servo di tre padroni? *C. Panza*
- 36 Latte in polvere e meningite *E.M. Chapin*
- 38 L'uso incongruo del pronto soccorso *D. Armellini*

39 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 40 Analfabetismo statistico: un problema non solo medico *Salvo Fedele*
- 42 L'esame clinico può escludere la presenza di fratture nei traumi del ginocchio?
Rosario Ferracane, Daniela Vernaccini
- 44 I test sierologici negativi sono utili per escludere la toxoplasmosi congenita nel neonato a rischio?
Enrico Corpora, Rosario Ferracane
- 46 La tossina Botulinica è efficace nell'emiplegia spastica? *Antonio Basile, Enrico Corpora*

ABC del leggere e fare

- 48 Utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico
Salvo Fedele, Rosario Ferracane

Medici e pazienti

- 56 Medici e pazienti, un confronto è possibile il caso dell'autismo infantile
Jenny ed Edward Ronoyanne, Francesco Ciotti

Esperienze

- 56 Il caso di Mariella: adolescenza, diabete e break-down evolutivo
Pasqua Brunelli, Giancarlo Cerasoli

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Responsabile esecutivo

Salvo Fedele

Comitato editoriale

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

Redazione

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

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
storia della medicina

Francesco Ciotti
scuola e società

Giuseppe Cirillo
salute pubblica

Anna Grazia Giulianelli
editoria per bambini e ragazzi

Luisella Grandori
vaccini

Italo Spada
film per ragazzi

Livia Vitali
buona TV

Organizzazione

Giovanna Benzi

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

INDIRIZZI

Amministrazione

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

Direttore

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

Redazione e direzione esecutiva

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

Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel. 3332562649, Fax 0792594096
e-mail: notes@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: dima@interoffice.com

La rivista è suddivisa in due sezioni: La prima pubblica, oltre a notizie sull'AcP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie. La seconda, di ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

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 La RIP in inglese: basta cambiare lingua?**

Dal mese di ottobre 2001 la Rivista Italiana di Pediatria ha cambiato nome e si chiama The Italian Journal of Pediatrics; è scritta completamente in inglese. Basta cambiar lingua per partecipare, a pieno titolo, al dibattito scientifico internazionale?

7 I should learn Italian

Ci scrive Oral dal Mare di Aral. Ricordiamo ai nostri lettori che l'iniziativa di sostegno promossa da Quaderni acp non è ancora conclusa. Serve l'aiuto di tutti coloro che condividono il sostegno a Oral

ACP News**8 Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP**

La consueta anticipazione per i nostri lettori dei temi che verranno discussi nell'assemblea dei soci del congresso. Per la prima volta nella relazione di un presidente ACP anche il tema dell'editoria scientifica e del futuro della nostra rivista.

Ricerca**10 La ricerca pediatrica nell'area delle cure primarie, risultati di un'indagine conoscitiva**

Obiettivi Analizzare l'attività di ricerca della pediatria territoriale.

Metodi Nell'estate 2001 è stata effettuata un'indagine, mediante questionario. Sono state indagate numero e argomento delle ricerche dei gruppi ACP degli ultimi 5 anni. I dati raccolti sono stati integrati con un'analisi delle pubblicazioni presenti nella letteratura pediatrica negli ultimi 5 anni.

Risultati Negli anni 1996-2000 i 29 gruppi che hanno risposto all'indagine hanno effettuato 66 ricerche di cui 29 sono state pubblicate su periodici. Nel quinquennio 1997-2001 sono stati pubblicati nelle riviste analizzate 53 articoli, con 1043 partecipazioni da parte di pediatri, con una media di 6938 assistiti coinvolti annualmente. I pediatri di famiglia hanno effettuato 43 ricerche riguardanti sia l'esame di propri pazienti, sia indagini sulle proprie conoscenze/atteggiamenti. I pediatri operanti nei servizi hanno pubblicato 8 ricerche, prevalentemente di argomento vaccinale. I ricercatori sono diffusi in quasi tutte le regioni italiane

Conclusioni Sulla base di questi risultati sembra che i maggiori impegni della segreteria per la ricerca dovranno essere lo stimolo alla promozione di studi, in particolare multicentrici, l'aiuto nella individuazione delle possibilità e priorità di ricerca e l'appoggio metodologico alla elaborazione di progetti.

Film**15 Respiro**

Respiro è un piccolo gran bel film di Emanuele Crialesi, con tanti protagonisti: una donna bella e straniera, ma soprattutto estranea alla sua comunità, per la sua indipendenza e il suo senso di libertà che la fanno apparire "strana", forse malata, tanto malata da dover essere curata lontano; i suoi figli, e soprattutto il secondo: figlio, marito e padre; il marito innamorato, continuamente messo alla prova dalle stranezze della moglie di fronte ad una comunità, che giudica, condanna e decide. E, infine, un altro grande protagonista: il mare, e il suo respiro, che trasformerà Grazia in una visione.

Nati per leggere**16 La diffusione del progetto in Italia**

Il progetto Nati per leggere continua a crescere e a diffondersi in tutta Italia. Continuiamo a raccogliere testimonianze di questa diffusione. Le tradizionali due pagine che dedichiamo a questo servizio, in questo numero raddoppiano, eppure siamo costretti lo stesso a rimandare molti interventi per assoluta carenza di spazio. Forse questa notizia, da sola,

dà tutta la misura del crescente successo dell'iniziativa.

Organizzazione sanitaria**20 Rapporto sull'attività di ricovero per l'anno 2000**

L'analisi dei dati delle schede di dimissione ospedaliera presentati dal Ministero della salute consente di rilevare il numero e il tipo dei ricoveri, la loro distribuzione tra istituti pubblici e privati, la mobilità tra regioni, le giornate di degenza, la frequenza dei DRG. Con appositi indicatori è possibile valutare l'efficienza operativa degli istituti, l'efficacia e l'appropriatezza delle cure oltre che dei ricoveri stessi.

Statistiche correnti**24 Bambini e adolescenti del 2000: non solo sfruttati e violenti**

La seconda parte della relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza (la prima è stata pubblicata sul N° 6, 2001) affronta un problema di grande attualità: la violenza sui minori. Gli estensori del rapporto cercano di dare, statistiche alla mano, la giusta dimensione ad un fenomeno troppo spesso enfatizzato dai mezzi di comunicazione di massa.

Osservatorio internazionale**32 Affari in vista con il G.A.T.S.?**

Il GATS, uno dei 28 accordi realizzati dalla WTO, è uno strumento che potrebbe rivelarsi estremamente efficace nell'introdurre regole di libero mercato in settori necessariamente pubblici, come la sanità. L'affermarsi dei principi dell'accordo può portare, sempre nel campo della sanità, ad un sistema iniquo come quello degli USA.

ausili didattici**39 tutti gli abstract di ausili didattici****Leggere e fare****40 Analfabetismo statistico: un problema non solo medico**

Ogni giorno siamo inondati di dati, ma i dati sono sempre privi di ideologia e davvero asettici come lo scientismo dilagante cerca di dimostrare? Nei paesi di lingua anglosassone si va affermando una tendenza importante: per la salvaguardia del pensiero critico non servono solo "dati" ma anche "capacità di leggere criticamente i dati". Università, programmi televisivi, riviste scientifiche e generaliste si impegnano quotidianamente in questo progetto di alfabetizzazione statistica. E in Italia? Tutto è affidato a un comico, Beppe Grillo e ai suoi spettacoli sempre più clandestini. Clandestini? Regolamentati dalla legge: "la legge del mercato unico dell'editoria".

48 Utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico

Quest'articolo sintetizza un modulo didattico, utilizzato dal gruppo di lavoro del Centro per la Salute del Bambino di Palermo, per l'apprendimento interattivo delle conoscenze necessarie per saper interpretare e saper applicare alla propria realtà clinica uno studio che tratta di un problema diagnostico. L'articolo ha l'obiettivo di rendere il lettore capace di utilizzare i concetti di Sensibilità e Specificità in maniera clinicamente utile, comprendere pregi e limiti dei Valori Predittivi e dei loro intervalli di confidenza, utilizzare il Rapporto di Verosimiglianza (Likelihood Ratio) per interpretare correttamente nella propria realtà la riproducibilità dei risultati di uno studio di diagnosi.

La RIP in inglese basta cambiare lingua?

Giancarlo Biasini

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

Dal mese di ottobre 2001 la Rivista Italiana di Pediatria (RIP) ha cambiato nome e si chiama *The Italian Journal of Pediatrics*; è scritta completamente in inglese. La trasformazione è avvenuta con un gran silenzio da parte dei lettori, come se la cosa fosse di nessun interesse. Fa eccezione un commento (rassegnato?) di Italo Farnetani su *Pediatria notizie* e quello di una rivista di pediatria con stile frequentemente ironico (Mass Media di Bologna) che, per questa decisione, ha attribuito al presidente della SIP lo *Stetoscopio d'oro* per il 2002 registrando, evidentemente, un allontanamento della rivista dai fruitori.

Della pubblicazione della RIP in inglese in verità, in ambiti ristretti, si discute da molto e non c'è dubbio che vi siano forti motivazioni alla sua base. Il direttore Mario De Curtis si richiama all'*impact factor* della RIP perso totalmente ed implicitamente alla qualità della rivista che vede fuggire i contributi migliori dei ricercatori italiani verso riviste straniere lette nella lingua universale che è l'inglese, "lingua franca della scienza" come lo definisce *Nature*. Insomma se un ricercatore si vuole fare leggere e conoscere e vuole entrare nel mercato globale della ricerca, non può scrivere in italiano. Quest'atteggiamento non è affatto riprovevole. Per la ricerca l'italiano è ormai un dialetto; dobbiamo dire quindi che la trasformazione della RIP era necessaria e

non può che essere approvata.

Si pensi che i francesi, i più nazionalisti del mondo, nonostante che il francese sia parlato da 160 milioni di persone in 49 paesi, hanno cominciato a suggerire l'inglese per i *Comptes Rendus* dell'Accademia Francese delle Scienze e che *Le Monde* sta pubblicando in inglese un supplemento settimanale di articoli del *New York Times*.

Certo è disturbante che più dei due terzi degli inglesi non conoscano una parola di un'altra lingua e che ci costringano ad un inseguimento sul loro terreno, ma questa è la realtà.

Tornando alla RIP rimane da vedere se i ricercatori italiani sceglieranno la RIP, invece che il *Journal of Pediatrics*, per pubblicare le loro ricerche. La Cina, ad esempio, ha scelto la strada opposta: vuole che le ricerche dei propri studiosi girino il mondo e paga dei bonus molto cospicui ai propri ricercatori perché pubblichino su riviste internazionali.

Se dunque la trasformazione della RIP era necessaria, e non può che essere approvata, non si possono nascondere i problemi che da essa derivano.

È vero che riviste svizzere, scandinave, europee in genere hanno da tempo seguito la strada dell'inglese, ma non bisogna nascondersi che i medici svizzeri e scandinavi l'inglese lo leggono e lo parlano; è per loro una seconda lingua mentre i medici

italiani l'inglese lo leggono poco e con difficoltà. Chi scrive lo legge con difficoltà almeno tre volte maggiore (se riferita al tempo impiegato) rispetto ad un articolo italiano. Il rischio è quindi che i pediatri italiani, se non leggeranno l'inglese della RIP, continueranno a rimanere all'oscuro di quanto di buono si produce in Italia, più o meno come lo sono ora e magari di più. Io credo di sapere che pochi di loro leggevano gli articoli originali della RIP: è però certo che ora saranno di meno. L'allarme di Mass Media non viene, infatti, da pediatri rozzi; goliardici forse, ma non rozzi.

Ma esiste un secondo problema. Roberto Burgio disse una volta (quando la RIP era una rivista dell'ACP che, lo ricordiamo, fu ceduta alla SIP per una lira) che la RIP gli sembrava una "rivista in doppio petto"; mi piacque molto la definizione che targava un giornale dall'apparenza anglosassone anche tipograficamente.

Oggi le riviste di lingua inglese sono molto cambiate. Per fermarci solo alle riviste europee come *The Lancet*, *BMJ* o *Nature*, esse danno in ogni numero un ampio panorama politico della sanità, discutono sui problemi del National Health System, sulle funzioni del National Institute of Clinical Excellence (NICE), della nomina di un radiologo a direttore del National Institute of Health in USA, dei "bugiardini" dei farmaci, della Philip Morris che cambia il

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

editoriale

I should learn Italian

Oral Atanyazova
Center for Reproductive Health and Environment - Karakalpak

nome in Altria (per nascondersi?), delle condizioni di salute delle popolazioni palestinesi e della Croazia, delle conseguenze in diseguaglianze delle strategie del WTO, della prostituzione nell'East Africa, dell'atteggiamento delle facoltà mediche e della federazione dei giovani medici nei riguardi di Le Pen, dell'attribuzione dei premi "IgNobel", della "guerra" fra Mandela e i produttori di farmaci, delle polemiche fra la Monsanto e gli agricoltori del vertice della Fao, e così via.

Quante riviste mediche italiane (oltre - "ci si consenta", come dice il Cavaliere- a noi) parlano (se non per fare soffietti) della nomina del presidente del CNR o dell'Istituto Superiore di Sanità o dell'ENEA?

Noi ci chiediamo se la nuova RIP porterà nel mondo dell'inglese i problemi italiani delle disuguaglianze nella salute, o della trasparenza e indipendenza della ricerca clinica e dei relativi conflitti di interesse fra sperimentatori di farmaci e relatori a congressi, o della congressistica sponsorizzata, o della condanna delle ditte italiane di lattini da parte dell'Autorità della concorrenza, o delle tasse imposte ai provider sull'ECM, o del drastico ridimensionamento dei programmi TV per bambini, o del documento degli epidemiologi sui rischi che corre oggi il SSN.

A noi pare che non possa essere solo la lingua ad essere universale o provinciale, ma che debba essere tutta la linea editoriale. Forse a questa "globalizzazione" dell'informazione medica le riviste italiane non partecipano.

Forse il nostro paese sconta la debolezza delle società scientifiche che non hanno saputo darsi strumenti editoriali adeguati, né una linea culturale per lo meno europea.

Thank you so very much for your help and publication of my request at the journal. I so much appreciate it.

Hope some changes will happen.

I think I should learn Italian!

You mentioned about help with subscription to the journals and also with money about \$ 5000.

I'm so much glad for this realistic start and interested how practically it will be done.

Please tell us if you need some project proposal. It will be good to start.

Because we even don't have any e-mail and internet at the institute,

I thought to start establishing resource center for teachers, so then they will be able to contact other partners, etc.

In order to plan our activities I kindly ask you to explain how further we will work.

We have not USD account number at the Medical Institute, so it is better to use account number of Perzent and develop the collaboration via Perzent - a non governmental organization.

I am looking for your advise and instruction. Once again thank you so very much.

With warm greetings.

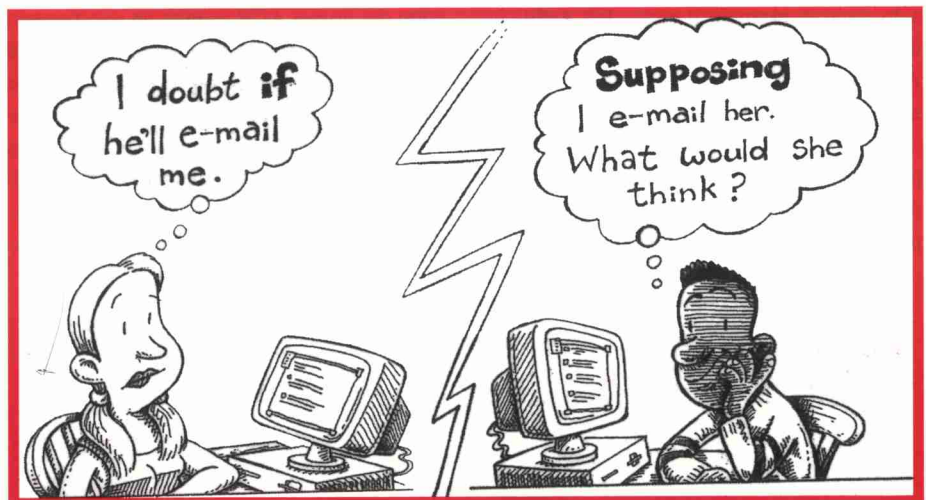
Prof. Dr. Oral Atanyazova,
PERZENT, KARAKALPAK
CENTER FOR
REPRODUCTIVE HEALTH AND
ENVIRONMENT
P.O. Box 27, Nukus-12,
Karakalpakstan 742000.
e-mail: oral@online.ru

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 30 LUGLIO 2002
AMMONTANO A 3.635 EURO

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



Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP

Nicola D'Andrea
Presidente ACP

ECM

A distanza di un anno, il “tormentone” delle attività connesse all’*Educazione Continua in Medicina (ECM)* continua e nei mesi appena trascorsi è stato uno degli impegni più rilevanti per l’ACP. Nonostante l’avvio dell’attività ECM a pieno titolo da parte del Ministero, molti problemi non risolti durante la fase sperimentale, restano sul tappeto sia a livello dell’organizzazione del sistema sia della valutazione degli eventi: non è ancora definito il referente-terzo (FNOMCeO o Società Scientifiche?), da ridefinire i criteri di scelta dei referee, da riconsiderare il pagamento del contributo che attualmente è proporzionale al numero dei crediti del singolo evento, sistema che penalizzerà la migliore qualità (pochi partecipanti = efficacia maggiore = quota procapite da versare più alta). Si auspica una concreta e tempestiva azione di sistematizzazione da parte del Ministero. Ancora una volta sarebbe stato decisivo il lavoro comune (iniziato nella stesura del documento sulla formazione) fra le società pediatriche per un sistema moderno, sensato, che privilegi le iniziative utili, che contrastasse la “congressomania” e che fosse la base per interloquire all’unisono con i referenti nazionali dell’ECM: così non è stato, ma non possiamo abbandonare gli sforzi di incontro tra ACP, FIMP e SIP anche su questo tema.

Da marzo a oggi circa una decina di eventi formativi dell’ACP sono stati accreditati e, per lo più, con crediti molto soddisfacenti (a solo titolo di esempio il corso dell’APEC ha ottenuto 47 crediti).

Abbiamo da approfondire gli aspetti organizzativi “interni” e cioè:

- se ogni gruppo locale deve nominare il proprio “referente ECM” che avrà anche il compito di tenere informato il direttivo, o meglio persona esperta da esso designata, sulle ini-

ziative per cui si chiede l’accreditamento a nome dell’ ACP Nazionale (e a questo “esperanto” potrà eventualmente chiedere dei consigli), fornendo ai gruppi la password di accesso in modo che ciascuno accrediti personalmente i propri eventi

- oppure se l’ACP deve centralizzare le proposte dei gruppi ed esprimere un giudizio e se la qualità dell’evento (non la stesura o compilazione dal punto di vista tecnico, che dovrebbe essere a carico di una persona retribuita) non risulta sufficientemente buona rinviare la proposta per essere rimodulata sul piano dei contenuti.

Di tutto il lavoro finora svolto dobbiamo ringraziare Vitalia Murgia, che si è accollato questo oneroso compito, ma che, proprio per la sua gravosità, non può continuare a svolgere.

Ricerca

Strettamente collegato a quello della formazione è il tema della *ricerca*, che è reso più attuale dalla normativa che prevede la sperimentazione dei farmaci a livello di pediatria ambulatoriale. Tenendo conto anche di ciò, si è svolto a Trieste, in collaborazione con il CSB, il primo corso di formazione in questo settore individuando anche due temi (ADHD e impiego dei leucotrieni nel bambino asmatico) da proporre come ricerche multicentriche; vi hanno partecipato 12 gruppi locali e sarà ripetuto in novembre. Il gruppo di lavoro della ricerca, coordinato da Gangemi, si è dato una sua organizzazione, dopo aver raccolto dai gruppi ACP, tramite un questionario i dati sull’esistente. Ha stilato uno schema di riferimento, quale traccia per predisporre una ricerca, da inviare da parte del gruppo interessato alla segreteria, che quindi provvederà a sottoporre lo studio a due del comitato di esperti per valutarne la congruità e la fattibilità. In passato un fattore estremamente limi-

tante era stato il “ritardo” con cui tale revisione veniva effettuata: stabilite regole più precise, siamo certi che il sistema potrà essere più efficiente. Nell’ultimo anno è stato presentato un protocollo del gruppo di Messina su “Intolleranza alle proteine del latte vaccino e stipsi”. L’ACP ha poi contribuito in maniera preziosa alla rete dei pediatri-sentinella, che continuerà il suo lavoro di ricerca con l’avvio di uno studio sulla prescrizione dei farmaci in ambulatorio. Il protocollo d’intesa firmato in aprile con l’Istituto degli Innocenti di Firenze avvia un progetto di collaborazione di ricerca socio-epidemiologica sulla condizione del bambino e della famiglia in Italia, a partire dai dati raccolti dai pediatri.

Quaderni acp

Strumento di formazione e area di dibattito e crescita culturale per l’Associazione, e riteniamo anche al di fuori di essa, è *Quaderni acp*, che in questi anni si è sviluppato in una situazione di ingente lavoro in maniera volontaristica, a cui il Comitato Direttivo non ha rivolto la dovuta attenzione, apprezzandone sempre la qualità e ritenendo, erroneamente, che avesse all’interno le forze per un progetto di lungo respiro e con solide basi organizzative. Una struttura con la mole di impegni che ha *Quaderni acp* dovrebbe poter contare almeno su una segreteria di redazione professionale. A questo discorso si collega la pagina web, che si era posta (ed ha) come obiettivo l’opportunità per i soci di interagire fra loro per dar luogo a progetti, a scambio di esperienze e a programmi di formazione online; la realizzazione, da parte del gruppo di Palermo, degli “scenari clinici” (assoluta novità nell’editoria italiana) sulla rivista ha come scopo quello di unificare progetto editoriale, progetto formativo e fase organizzativa, con alle spalle un’iniziativa imprendito-

Per corrispondenza:

Nicola D'Andrea

e-mail: ndandre@tiscalinet.it

acp news

riale vera. Una riflessione comune su un'attività prioritaria per l'Associazione, quale è quella editoriale, è indispensabile e ogni parere su quanto i soci che vi lavorano stanno facendo e su quello che si vorrebbe che si facesse è benacetto.

Scuole di specializzazione

È da sempre all'attenzione e nei programmi di lavoro dell'ACP il problema della preparazione e della formazione dei pediatri a partire dalle *scuole di specializzazione* (tema presente al prossimo congresso di Roma): sono state intraprese in passato iniziative efficaci di tutoraggio di specializzandi presso ambulatori di pediatri di famiglia e alcune esperienze ancora più avanzate, quali stage in paesi in via di sviluppo.

In continuità con tali programmi si è formalizzato un Gruppo di lavoro finalizzato all'approfondimento delle problematiche della preparazione futura dei pediatri (Masera, Magazzù, Maggiore, Mastroiacovo) che si è riunito il 23 maggio e ha delineato alcune iniziative per l'avvio di una discussione sul riassetto dell'iter formativo dello specializzando in Pediatria, a partire dall'esame di documenti già redatti sia all'interno dell'ACP che della SIP.

L'ospedale

Per quanto riguarda il versante *ospedaliero* della pediatria italiana l'ACP aveva intrapreso qualche anno fa un lavoro di "messa in rete" di alcune (104!) unità operative attraverso lo studio multicentrico sul trattamento di patologie in regime di ricovero: le forze impegnate nel progetto, sempre su base volontaristica, non hanno potuto assicurare una adeguata continuità al lavoro intrapreso; un tentativo di riallacciare le fila delle unità operative di pediatria pensiamo di concretizzarlo con una ricerca sull'appropriatezza dei ricoveri pediatrici a partire dal 5 ottobre, con durata di un anno: hanno aderito allo studio circa 70 ospedali. Si cercherà l'intesa anche con il gruppo di lavoro della SIP, sempre nello spirito di collaborare per obiettivi con tutti i pediatri interessati al miglioramento della qualità della pediatria, per un impegno più gratificante e per un servizio più efficace.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi dell'assistenza al bambino e alla sua famiglia un contributo fondamentale e di riferimento per i pediatri e per le istituzioni (ASL, Dipartimenti, Regioni) è il documento stilato dall'APEC per un'adeguata assistenza al bambino con malattia cronica (pubblicato su *Quaderni acp*), di cui l'ACP si fa promotore in tutte le sedi.

Ruolo di advocacy

Uno dei punti fondamentali della filosofia dell'associazione, che ha assunto maggior forza negli ultimi anni, è quello della consapevolezza che la salute e il benessere del bambino si gioca su piani che vanno ben al di là di quello sanitario.

Credo che su questo piano l'Associazione ha fatto i maggiori passi avanti come testimonia non solo dalle iniziative a carattere nazionale (lavoro sulla legge 285, sull'abuso, creazione del CSB e da ultimo l'iniziativa Nati per leggere) ma anche per le innumerevoli iniziative dei gruppi. Mancano comunque programmi di training finalizzati all'acquisizione di capacità idonee all'espletamento dell'advocacy da parte del pediatra: ragion per cui impegno dell'associazione è anche quello di promuovere e organizzare "occasioni" di discussione e confronto sul tema.

Le società pediatriche italiane

Da qualsiasi punto di vista la si consideri, e a maggior ragione se la si considera in un'ottica europea, la frammentazione delle società pediatriche italiane è un assurdo.

Le iniziative prese per attività comuni (vedi il documento sul puerperio, il sistema di sorveglianza della malattie infettive, il documento sui crediti ecc) hanno dimostrato che è largamente condivisa nella base della pediatria italiana l'esigenza di un punto di riferimento comune e forte.

L'ACP dovrà mantenere il suo ruolo, essenzialmente "culturale", di cogliere e rappresentare l'esigenza e le possibilità di cambiamento della funzione del pediatra.

N. D'Andrea - Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP *Quaderni acp 2002*: vol IX n°4: 8-9

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 dal 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.

La ricerca pediatrica nell'area delle cure primarie, risultati di un'indagine conoscitiva

Giacomo Toffol
Pediatra di base, ASL Asolo

Introduzione

La ricerca in pediatria ambulatoriale ha rappresentato uno dei punti programmatici dell'attività dei gruppi locali dell'ACP.

La sua storia ha avuto inizio col seminario di Tarquinia (1984) con obiettivi inizialmente incentrati sulla formazione e sui modelli organizzativi della pediatria di base, successivamente ampliati fino a dar luogo ad un discreto numero di lavori (1). Questi hanno dimostrato contemporaneamente sia aspetti positivi che difetti comuni. Nel tentativo di correggerli sono state predisposte varie iniziative: la costituzione (1997) di una segreteria permanente dell'ACP per la ricerca nell'area delle cure primarie (2) (3), la fondazione (1999) del Centro per la Salute del Bambino, ONLUS finalizzata alla formazione, ricerca e servizi per la maternità, l'infanzia e l'adolescenza (4) che ha di recente (2002) organizzato un primo corso per ricercatori.

Recentemente si è avviata una ulteriore fase di riorganizzazione dell'attività della segreteria che ha stimolato anche due iniziative: l'avvio della rete SPES (5) (6) e lo studio multicentrico di applicazione delle linee guida sulla terapia dell'OMA con l'adesione di molti gruppi locali (7).

Il presente rapporto si riferisce ad una indagine della segreteria sullo stato della ricerca nei gruppi locali.

Obiettivi

L'indagine ha cercato di analizzare l'attività di ricerca dei pediatri che operano nell'area delle cure primarie per comprenderne meglio caratteristiche e carenze allo scopo di mettere in atto i possibili correttivi.

Metodi

Indagine interna

Nel corso dell'estate del 2001 un questiona-

rio è stato inviato ai responsabili dei gruppi ACP.

Oltre a informazioni circa la partecipazione dei gruppi all'attività della rete SPES e allo studio multicentrico sull'OMA venivano posti i seguenti quesiti:

1. numero e argomento delle ricerche compiute autonomamente dai gruppi negli ultimi cinque anni,
2. collaborazione dei gruppi a ricerche non promosse dall'ACP,
3. obiettivi ed argomenti delle ricerche in corso o in progetto,
4. diffusione dei risultati ottenuti,
5. difficoltà incontrate nella progettazione ed esecuzione delle ricerche,
6. valutazione dell'utilità e delle funzioni di un gruppo di coordinamento per la ricerca a livello nazionale.

Indagine sulle riviste pediatriche italiane

È stata effettuata una revisione manuale delle annate 1997-2001 delle riviste *Quaderni acp*, *Medico e Bambino* (stampa a e pagine elettroniche), *Occhio Clinico Pediatria*, *Rivista Italiana di Pediatria* allo scopo di analizzare tutte le ricerche pubblicate che hanno visto il coinvolgimento di pediatri di famiglia o dei servizi.

Dalle ricerche emerse nelle due indagini sono state valutate le seguenti variabili: ambito ed argomento delle ricerche, distribuzione geografica e numero dei ricercatori, numerosità dei soggetti indagati, possibili ricadute pratiche.

Risultati

Indagine interna

Hanno risposto al questionario 29 gruppi su 35 (83%). Collaborano a SPES i soci di 21 di questi gruppi; 12 gruppi hanno aderito allo studio sull'OMA. Negli ultimi 5 anni (1996 -

2000) 21 gruppi locali hanno effettuato ricerche. Ne sono state portate a termine 66 (range fra i gruppi 1-14) corrispondenti a 13,6 ricerche/anno in sede ACP.

Gli argomenti studiati sono stati nell'ordine: terapia di patologie infettive delle vie respiratorie (14 ricerche), allattamento al seno (6), patologia gastro-intestinale (5), patologia dermatologica (5), celiachia (4), enuresi (4), vaccinazioni e malattie virali (4), gestione dell'asma (3), disturbi del linguaggio (3), aspetti psicologici in ambito pediatrico (2), prescrizione di farmaci (2).

In 19 ricerche (28%) vi è stata una collaborazione fra diversi gruppi locali, in 12 con pediatri non iscritti all'ACP.

Sono state effettuate in collaborazione con ospedali e/o università 36 ricerche (pari al 53% del totale): 7 con la locale ASL, 6 con strutture della pubblica amministrazione (Comune, Provincia o Regione) 5 con l'Istituto Mario Negri, 1 con l'Istituto Superiore di Sanità, 1 con la Società Italiana di Farmacologia Ospedaliera, 1 con strutture scolastiche, 1 con una ditta farmaceutica.

Sono state pubblicate 29 di queste ricerche (44% di quelle svolte) sui seguenti periodici: *Pediatric Infectious Disease*, *Acta Paediatrica*, *La Pediatria*, *Ambulatory child health*, *Italian journal of gastroenterology*, *Emerging infectious disease*, *Medico e bambino*, *Quaderni acp*, *RIP*, *Occhio clinico*, *Farmaci*, *Giornale italiano di farmacologia clinica*, *Rivista dell'infermiere*, *Ricerca e pratica*, *Crescere insieme*, *Rivista di scienze dell'età evolutiva*.

Delle 29 ricerche pubblicate 7 sono state effettuate esclusivamente da pediatri di famiglia; le altre hanno visto la collaborazione da parte di pediatri ospedalieri o universitari o di altre agenzie. Attualmente sono in fase di pubblicazione 10 ricerche.

Per corrispondenza:
Giacomo Toffol
e-mail: gitoffol@libero.it

ricerca

TABELLA 1: RICERCHE IN CORSO NEI GRUPPI ACP

Argomento	Gruppo di studio
Miglioramento della qualità assistenziale dei bambini con patologia cronica	ACP Puglia e Basilicata
Bilanci di salute e bambini a rischio	ACP Asolo
La pubertà femminile, quando?	ACP Campania
Tubercolosi nei bambini immigrati	ACP Milano Maccacaro
Rinosinusite, ruolo della terapia termale	ACP Brescia
Counseling e allattamento al seno	ACP dei Due Mari
Screening visivo con ottotipo	ACP Trinacria
Infezioni delle vie urinarie, applicazione di linee-guida	Pedibas Roma
Tonsillite ed amoxicillina per 6 giorni.	Pedibas Roma
Gestione territoriale dei dolori addominali ricorrenti	ACP dello Stretto Messina
Diagnosi di celiachia	ACP dello Stretto Messina
Effetti di un corso formativo sull'allattamento al seno	ACP Toscana

Al momento dell'indagine 10 gruppi avevano in corso almeno una ricerca, (*tabella 1*); altri 4 ne stanno progettando una. La progettazione delle ricerche in atto è stata

TABELLA 2: PUBBLICAZIONI SULLE RIVISTE STUDIATE PER ANNO

Rivista	1997	1998	1999	2000	2001
Medico e Bambino	1	0	3	2	1
Medico e Bambino Pagine elettroniche	0	1	6	4	7
Occhio Clinico Pediatria	1	5	2	2	0
Quaderni acp	5	2	3	3	3
Rivista Italiana di pediatria	0	2	3	3	3
Totale	7	10	14	11	11

curata in due casi da tutto il gruppo dei ricercatori, in 8 casi da un gruppo ristretto di essi. Circa le difficoltà incontrate nella progettazione ed esecuzione delle ricerche 18 gruppi (62%) hanno sottolineato il difficile coinvolgimento di un numero adeguato di soci, 13 (45%) le difficoltà metodologiche nella costruzione del progetto, 8 (27%) la difficoltà nella definizione delle priorità di ricerca. Circa la utilità/opportunità della esistenza di un centro di coordinamento nazionale l'86% la ritiene utile. Di questi l'88% gli richiede una collaborazione metodologica, il 68% gli affida la ricerca di collaborazione da parte di altri gruppi locali, il 48% la soluzione di esigenze di collaborazione economica e di pubblicazione dei risultati.

Indagine sulle riviste pediatriche italiane

Nel quinquennio 1997 – 2001 sulle riviste esaminate sono stati pubblicati 66 articoli, ma le ricerche erano 64 in quanto due avevano una doppia pubblicazione. Sono stati esclusi, in quanto si riferivano a ricerche terminate prima del 1996, 13 articoli. Sono stati quindi esaminati 53 articoli, relativi a 51 ricerche. Solo 13 di essi erano stati identificati mediante il questionario ai gruppi locali.

Dalla *tabella 2* si desume come le ricerche effettuate in ambito territoriale tendano a concentrarsi sulle pagine elettroniche di *Medico e Bambino*. La distribuzione geografica evidenzia delle punte in alcune regioni (Veneto, Lombardia, Campania, con 24 pubblicazioni) nel quadro di una diffusione pressoché generale con l'assenza di cinque regioni (Liguria, Marche, Molise, Trentino, Sardegna). 5 ricerche hanno avuto una attuazione multicentrica su tutto il territorio nazionale (*tabella 3*).

Sono state effettuate dai pediatri di famiglia 43/64 ricerche.

Hanno riguardato:

- in 30 studi l'esame di propri pazienti,
- in 13 studi indagini sulle proprie conoscenze/atteggiamenti.

Alle prime hanno partecipato 408 ricercatori, media dei ricercatori 13,6 con mediana 4 (da un minimo di 1 ed un massimo di 85 per ricerca);

alle seconde hanno partecipato 635 pediatri

Abstract

Objectives Analyse the research activity of primary care paediatrics.

Methods During the summer of 2001 an investigation was done through a questionnaire.

che indagavano sulle proprie conoscenze (media dei pediatri oggetto di studio 48,8 e mediana 35) con un minimo di 7 ed un massimo di 180.

I pediatri operanti nei servizi hanno pubblicato 8 ricerche, prevalentemente di argomento vaccinale. Solo per metà di queste è possibile risalire al numero di ricercatori, che sono stati in totale 24.

Gli argomenti indagati sono molti.

Patologie o condizioni di vita dei bambini in 33 ricerche (con un coinvolgimento medio annuo di 6938 assistiti: media 1051 per ricerca, mediana 431, minimo 19, massimo 5554). Gli argomenti che hanno suscitato il maggior interesse ripetono quelli dell'indagine interna: infezioni respiratorie (6 studi, 6176 bambini coinvolti) e allattamento (7 studi, 5782 bambini), diagnosi della celiachia (3 studi 856 bambini), coperture vaccinali (3 studi 10527 bambini), prevalenza della carie (2 studi 3220 bambini). L'elenco completo è riportato nelle **tabella 4 e 4a**

TABELLA 3: DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE PUBBLICAZIONI

Regione	Numero	%
Veneto	9	19,1
Lombardia	8	17
Campania	7	14,9
Lazio	6	12,8
Sicilia	4	8,5
Calabria	2	4,3
Emilia Romagna	2	4,3
Friuli Venezia Giulia	2	4,3
Piemonte	2	4,3
Puglia	1	2,1
Puglia Basilicata	1	2,1
Abruzzo	1	2,1
Toscana	1	2,1
Umbria	1	2,1

The numbers and the topics of research during the last 5 years of the various ACP research groups were analysed. Data collected were integrated with an analysis of scientific paediatric papers published in the last 5 years.

Results Between 1996 and 2000 the 29 groups

that answered the questionnaire had been involved in 66 research activities, of these 29 were published in different journals. Between 1997 and 2001 53 articles were published in the analysed journals, with 1043 participations coming from paediatricians, with a mean of 6938 patients treated annually.

TABELLA 4: RICERCHE PUBBLICATE NEL PERIODO 1997 - 2001

TITOLO	AUTORI	BIBLIOGRAFIA	N°R	N° B	N° P
Pediatri sentinella: un possibile osservatorio epidemiologico ?	Fornaro P. et al.	M&B 1997;7:435	85		
Cercare la celiachia "dentro e fuori" l'intestino	Andreotti F. et al.	M&B 1999;4:253	26	240	
Sistema informativo distrettuale e salute del bambino: uno studio pilota in Campania	Cirillo G. et al.	M&B 1999;6:371	8		
Epidemiologia dell'accesso del bambino al pediatra di famiglia	Alessandrini A. et al.	M&B 1999;8:497	2		
Rapporti tra il dipartimento Emergenza-Accettazione e il pediatra di famiglia: esperienze a confronto	Clemente A.	M&B 2000;2:91	1	155	
Rischi attribuibili al fumo passivo in pediatria di base	Veneziano A. et al.	M&B 2000;5:300	1	464	
Incidenza e storia naturale della PFAPA in Friuli Venezia Giulia: una ricerca collaborativa dei pdf.	Besoli G. et al.	M&B 2001;4:234	21	40	
Allattamento al seno a Palermo: risultati preliminari di una indagine epidemiologica in Pediatria di base.	Ferrara D.	Pag. elettr. M&B Aprile 2001	1	19	
Sindrome di Waardenburg e sindrome del primo arco. Uno studio genealogico	Lagраста M.	Pag.eletr M&B Aprile 1999	1	9	
Effetti dell'ambiente familiare sullo sviluppo del bambino. Validità del metodo AIRE in un controllo a distanza.	Buccisano E. et al.	Pag.eletr M&B Aprile 1999	5	41	
Progetto dei pediatri sentinella: notifica di malattie infettive	Vitali Rosati G. et al.	Pag.eletr M&B Dicembre 1999	9	1258	
Incidenza dell'allattamento al seno in un distretto dell'ASL Napoli 1	Aiello P. et al.	Pag.eletr M&B Dicembre 1999		914	
Le nuove linee guida per l'otite media acuta. Uno studio nell'ambulatorio del pediatra di famiglia	Marolla F. et al.	Pag.eletr M&B Febbraio 2000	2	70	
Studio epidemiologico sullo sviluppo di carie nei bambini delle scuole materne: una base per l'elaborazione di un progetto di prevenzione	Viggiano D. et al.	Pag.eletr M&B Maggio 2000	2	2587	
L'infezione streptococcica, diagnosi e cura: un'esperienza personale	Reggiani L.	Pag.eletr M&B ottobre 1998	1	70	
Il trattamento topico con corticosteroidi nei bambini con fimosi con indicazione al trattamento chirurgico è efficace, sicuro ed economico.	Marolla F. et al.	Pag.eletr M&B gennaio 2001	7	49	
Frequenza e durata dell'allattamento al seno nella provincia di Benevento	D'argenio P. et al.	Pag.eletr. M&B aprile 2000	13	431	
Aspetti dermatologici della febbre bottonosa	Cimino D. et al.	Pag.eletr. M&B dicembre 2001	2	4	
Le infezioni respiratorie acute in pediatria. Uno studio prospettico	Cantarutti L. et al.	Pag.eletr. M&B febbraio 2001	17	5554	
Rilevazione del trattamento ambulatoriale della diarrea acuta in pediatria	Sambugaro D. et al.	Pag.alatr. M&B giugno 1999	2		55
I pediatri di famiglia e il sospetto di infezione delle vie urinarie	Besoli G. et al.	Pag.eletr. M&B marzo 2001	7		40
Allattamento al seno nella provincia est di Milano	Pranzetti M. et al.	Pag.eletr. M&B ottobre 2001		368	
Medicina alternativa a Vicenza	Fusco F. et al.	Pag.eletr. M&B settembre 1999	19	2850	
Alla ricerca dei celiaci ignoti: l'esperienza dell'ACP Milano	Narducci M. et al.	Pag.eletr. M&B settembre 2000	34	577	
Dislessia: indagine epidemiologica in una scuola elementare di Palermo	Spataro A. et al.	Pag.eletr. M&B settembre 2001	2	25	
Sentinelle all'erta sulle malattie infettive.	D'Argenio P. et al.	Occhio clin.ped. 1998;1:20	25	2500	

N°R = NUMERO RICERCATORI N°B = NUMERO BAMBINI N°P = NUMERO PEDIATRI

The paediatric general practitioners have done 43 researches regarding both investigations of their patients and their own attitudes and knowledge. Paediatricians working in public services have published 8 researches, mainly regarding vaccines. The researches were equally distributed in the

various Italian regions.

Conclusions On the basis of these results it clearly appears that the main task of the research secretariat should be the promotion of studies, particularly multicentric, giving help in the identification of possibilities and prior-

ities in research and in the methodological approach for the formulation of projects.

Giacomo Toffol

Paediatric researches in primary care, the results of a cognitive investigation
Quaderni acp 2002; vol IX n° 4: 10-14

TABELLA 4a: RICERCHE PUBBLICATE NEL PERIODO 1997 - 2001

TITOLO	AUTORI	BIBLIOGRAFIA	N°R	N B	N P
La varicella cade nelle maglie della rete	Gruppo sentinella italiano per le malattie infettive pediatriche	Occhio clin.ped. 1998;10:20	39	1424	
Troppo presto arriva il biberon	D'Argenio P. et al.	Occhio clin.ped. 1998;4:20	0	477	
Pediatra che vai, ricetta che trovi	Bosco L. et al.	Occhio clin.ped. 1998;5:22	20		
La mamma colta sceglie una strada alternativa	Fusco F. et al.	Occhio clin.ped. 1998;9:24	19	1911	
Protagonisti dell'immunità	Calia V. et al.	Occhio clin.ped. 1999;4:20	3		
Al sud crescono le barriere contro la pertosse	Capomolla D. et al.	Occhio clin.ped. 1999;7:27	20	5022	
Se non sta fermo in USA scatta la ricetta	Marchini L. et al.	Occhio clin.ped. 2000;4:12			56
Tanto inchiostro per scrivere pochi principi	Campi R. et al.	Occhio clin.ped. 2000;7:12	7	1097	
Lo streptococco non resiste alla buona informazione	Parizzi F. et al.	Occhio clin.ped. 1997;2:18		285	
Il lattante con distress respiratorio analisi del processo decisionale ambulatoriale	Causa P. et al.	Quaderni acp. 1997 (4); 1:9	3	44	
La pediatria di comunità e la comunità dei pediatri	Ciotti F.	Quaderni acp. 1997 (4);1:12	1		24
Diagnosi di celiachia atipica	Narducci M. et al.	Quaderni acp. 1997 (4);2:9	49	39	
La vaccinazione antimorbillosa conoscenze, attitudini e pratica dei pediatri e dei medici vaccinatori	Mohn A. et al.	Quaderni a.c.p. 1997 (4);2:12	4		112
La resistenza ai macrolidi dello streptococcus pyogenes	Nova A. et al.	Quaderni acp. 1997 (4);3:12		183	
Valutazione di un intervento educativo per i bambini asmatici e le loro famiglie	Bonin P. et al.	Quaderni acp. - 1998 (5);2:12	12	85	
Indagine sull'uso di compresse di fluoro nella profilassi della carie	Fabro S. et al.	Quaderni acp. 1998 (5);5:12	1	633	
Il trattamento ambulatoriale della diarrea acuta dei bambini. Valutazione dell'adesione a linee guida	Sambugaro D. et al.	Quaderni acp. 1999 (6);3:9			55
La vaccinazione antimorbillosa a Messina fra pediatri e servizi	Siracusano MF. et al.	Quaderni acp. 1999 (6);5:9			20
Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di base di fronte al bambino con enuresi notturna	Gangemi M. et al.	Quaderni acp. 1999 (6);6:9			180
Le consulenze specialistiche al pediatra di libera scelta	Brivio L.	Quaderni acp. 2000 (7); 2:9	66	1386	
L'obesità nella pratica ambulatoriale	Nova A. et al.	Quaderni acp. 2000 (7); 2:9	18	186	
Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base	Cazzato T.	Quaderni acp 2001 (8); 1:9	35		
Corsi di preparazione al parto e allattamento al seno: esperienza di un distretto sanitario	Piermarini L.	Quaderni acp. 2001 (8); 4:9	1	179	
Prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia Romagna	Cuoghi C. et al.	Quaderni acp. 2001 (8); 5:9		3394	
I ragazzi e lo sport	Toffol G. et al.	Quaderni acp. 2001 (8); 6:9	2	1212	
Trattamento delle coliche gassose:indagine epidemiologica	Savino F. et al.	Riv ital pediatr 1998;24:1117	18	548	
Efficacia verso la parotite di tre diversi vaccini a tripla componente:studio sul campo	Marolla F. et al.	Riv ital pediatr 1998;24:466	20	3050	

N°R = NUMERO RICERCATORI N°B = NUMERO BAMBINI N°P = NUMERO PEDIATRI

Otto ricerche hanno riguardato l'attività delle strutture deputate all'assistenza primaria dei bambini; una ha messo a confronto le varie realtà italiane, le altre hanno fatto un'analisi dell'attività e delle potenzialità degli ambulatori dei pediatri di famiglia, con riferimento a tipologia di accessi e fughe, possibilità di effettuare vaccinazioni, prescrizioni farmacologiche e utilizzo di consulenze specialistiche. Queste ricerche sono state sostenute da 158 pediatri (media 19,7, mediana 13, minimo 1, massimo 66)

Altre ricerche hanno analizzato conoscenze e atteggiamenti dei pediatri nei riguardi della vaccinazione antimorbillosa (2 studi con 132 pediatri indagati) e nel trattamento della diarrea acuta (55 pediatri), ADHD (56), Enuresi (180), Infezioni delle vie urinarie (40).

Infine citiamo una presentazione dei dati preliminari della rete di sorveglianza della varicella (85 pediatri partecipanti), una ricerca di indicatori di salute tra i dati correnti di un servizio di medicina preventiva e due raccolte di casi clinici.

Discussione

La risposta dei gruppi ACP (83%) alla richiesta di informazioni è stata buona il che sembra testimoniare sensibilità al problema.

Non hanno risposto alcuni gruppi delle regioni Emilia - Romagna, Sicilia, Lombardia e Veneto, anche se dalla successiva analisi della letteratura sono emersi due lavori pubblicati da gruppi che non hanno risposto. Anche, ma non solo, per questo l'utilizzo del solo questionario avrebbe trascurato la maggior parte degli studi, svolti in parte da pediatri non associati all'ACP in parte da singoli all'interno dei gruppi locali.

Non possediamo termini di confronto con altre realtà associative, ma dal punto di vista puramente quantitativo si può dire che il numero di ricerche dei gruppi locali (13,6/anno) sembra essere soddisfacente. Vi sono differenze quantitative notevoli fra i gruppi (range di ricerche prodotte: 1-14), ma va detto chiaramente che la qualità della vita culturale di un gruppo non è misurabile solo sulla base delle ricerche prodotte. La presente indagine misura quindi solo una parte delle

attività culturali dei gruppi.

La percentuale (44%) delle ricerche svolte in sede A.C.P. e pubblicate potrebbe suggerire una valutazione di discreta qualità, ma occorre tenere conto che non tutte le riviste che le hanno pubblicato sono munite di un garantito sistema di *referee* o di una rigorosa revisione editoriale.

Circa le ricerche svolte, ma non pubblicate non siamo in grado di valutare se non lo sono state perché giudicate modeste dai soci o perché respinte dalle riviste. Si devono, comunque, consigliare i gruppi di correre il rischio di sottoporre comunque le ricerche al percorso della revisione editoriale che è uno strumento per rendersi conto delle insufficienze della ricerca stessa e di seguire fino in fondo il percorso di *learning organization* che dovrebbe essere propria dei gruppi.

La collaborazione instaurata con altre realtà organizzative in oltre la metà dei casi sembra significare una volontà di comunicazione con l'esterno che va valutata positivamente, sempre che la collaborazione non sia stata svolta dai colleghi dei gruppi in maniera del tutto passiva.

Anche il numero di ricerche in corso sembra soddisfacente, nonostante che 5 delle 12 ricerche riprendano argomenti (allattamento al seno, celiachia, infezioni urinarie, tonsilliti) già ampiamente trattati. Non è detto che questo sia un difetto se gli obiettivi della ricerca sono originali, anche se sembra dimostrare la ragionevolezza di quanto affermano quei gruppi che riferiscono difficoltà nella individuazione degli argomenti.

I risultati della nostra ricerca bibliografica confermano che, anche al di fuori dell'ACP, esiste una forte limitazione nella scelta degli argomenti.

Questa difficoltà contrasta con la necessità, universalmente sottolineata, di avviare ricerche nell'area delle cure primarie anche per ovviare al bias di indicazioni fornite da ricerche effettuate in ambiti ospedalieri ed applicate passivamente ai pazienti dell'area territoriale. Proprio per questo si suggerisce di dare impulso a network di ricerca non occasionali come quelli possibili in sede A.C.P. La FDA per sollecitare ricerche sui bambini in ambi-

to territoriale ha suggerito qualche anno fa delle liste di priorità sulle quali incanalare la ricerca per argomenti che non hanno ancora trovato adeguato approfondimento specialmente per i farmaci off label ed unslicensed. Anche la Commissione Europea ha suggerito ricerche nell'area delle cure primarie ed ha emesso un Consultation Document il 28 febbraio 2002 preannunciando uno stanziamento di fondi per sostenerle.

Si sono elencati sopra il numero dei pediatri partecipanti alle ricerche ed il numero dei bambini indagati, a costo di un appesantimento del testo, proprio per dare un'idea il più possibile precisa delle possibilità delle ricerche dell'area delle cure primarie. La pubblicazione della **Tabelle 4 e 4a** che occupa un notevole spazio ha lo scopo di rendere fruibile una sorta di database delle ricerche finora pubblicate a guida per quelle future. L'obiettivo dell'A.C.P. dovrebbe essere quello di costituire/rafforzare un network di ricercatori in grado di effettuare studi sia di progettazione centrale (top down) sia a partenza dalle esigenze della base (bottom up) (8).

È ovvio che questo non è il solo scopo della ricerca in un'associazione culturale nella quale esistono anche obiettivi di ricaduta pratica per la qualità della professione; molte ricerche sono state progettate per valutare l'adeguatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e della gestione delle malattie (celiachia, asma, obesità, dislessia, fimosi, diarrea acuta, otite) allo scopo di produrre un miglioramento della loro gestione corrente. Altre si rivolgono allo stesso obiettivo mediante processi di "autovalutazione", indirizzati all'analisi delle conoscenze e delle attività pratiche dei pediatri che possono avere un ruolo importante nell'identificazione dei bisogni della categoria e quindi portare anch'esse ad un miglioramento dell'attività professionale se seguite dall'organizzazione di adeguate attività formative.

La differente distribuzione delle ricerche sulle riviste analizzate mette in luce che le pagine elettroniche di *Medico e Bambino* raccolgono un elevato numero di contributi da parte dei pediatri del territorio. Ciò può essere in gran parte favorito dalla maggiore velocità del

mezzo elettronico, cui non dovrebbe associarsi un minor rigore nella selezione dei contributi.

Conclusioni

Alla luce dell'indagine svolta sembra che i punti cardine su cui la segreteria per la ricerca dovrà impegnarsi siano:

- dare stimoli alla promozione di studi, in particolare multicentrici,
- dare aiuto nella individuazione delle possibilità e priorità di ricerca
- dare appoggio metodologico alla elaborazione di progetti.

Allo scopo sembra essere utile la costituzione di un registro delle ricerche compiute ed in fase di progettazione, per ottenere la maggior diffusione possibile dei risultati ottenuti dalle singole ricerche ed evitare altresì l'effettuazione di ripetizioni delle stesse.

Bibliografia

- (1) *Tamburlini G.* Ricerca epidemiologica in pediatria di base. *Prospettive in pediatria* 1989;19:207
- (2) *Gangemi M.* Ricerca nell'area delle cure primarie. *Medico e Bambino* 1997;7:31
- (3) *Conti Nibali S.* Progetto sperimentazione dei farmaci. Parecchi difetti. *Quaderni acp* 2001;2:6
- (4) Per la salute del bambino. *Medico e Bambino* 1999;5:333
- (5) *Fornaio P et al.* Pediatri sentinella: un possibile osservatorio epidemiologico? *Medico e Bambino* 1997;7:27
- (6) *Arigliani R et al.* Ricerche epidemiologiche in Pediatria del territorio: SPES *Riv.Ital.Ped* 2000;26:708
- (7) *Conti Nibali S. et al.* Scrivere un protocollo di ricerca collaborativi. *Quaderni acp* 2000;6:10
- (8) *Thomas P.* The research needs of primary care (editorial) *BMJ* 2000;321
- (9) *Thomas P. et al.* Networks for research in primary health care. *BMJ* 2001;322:588

Respiro è un piccolo gran bel film di Emanuele Crialese, con tanti protagonisti: una donna bella e straniera, ma soprattutto estranea alla sua comunità, per la sua indipendenza e il suo senso di libertà che la fanno apparire "strana", forse malata, tanto malata da dover essere curata lontano; i suoi figli, e soprattutto il secondo: figlio, marito e padre; il marito innamorato, continuamente messo alla prova dalle stranezze della moglie di fronte ad una comunità, che giudica, condanna e decide. E, infine un altro grande protagonista: il mare, e il suo respiro, che trasformerà Grazia in una visione.

Respiro

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi

Ci sono grandi film e piccoli film. Di costo e di successo. A decidere se un film deve essere grande o piccolo di costo sono i produttori, i quali scelgono di investire una grossa o una piccola somma di denaro; a decidere se un film è grande o piccolo di successo sono gli spettatori. Ci sono film belli e film brutti. A decidere se un film è bello o brutto siamo noi, un po' come avviene nei rapporti affettivi. Insomma: come "la bellezza della donna (o dell'uomo) sta negli occhi dell'uomo (o della donna)", così "la bellezza di un film sta negli occhi dello spettatore". Tutta questa premessa per introdurre un piccolo grande bel film velocemente circolato nelle sale, ma del quale ritengo giusto parlare.

È *Respiro* di Emanuele Crialese, un regista di 37 anni che annovera nella sua filmografia solo un altro film (*Once we were strangers*) girato negli Stati Uniti e selezionato da Redford per il *Sundance Festival*. In Italia, praticamente, è la prima volta che si sta parlando di lui; ma se ne sta parlando bene, anche perché è stato l'unico italiano premiato alla *Settimana della critica* del *Festival di Cannes 2002* con *Respiro* per l'appunto. Siamo a Lampedusa, un'isola dove, per dirla con lo stesso Crialese, "gli abitanti si spiano tra di loro, spiano gli estranei e si tramandano oralmente storie a metà tra verità e leggenda." Una di queste storie narra di Grazia, una donna straniera e bella, la quale per il suo atteggiamento libero e stravagante è considerata pazza. Pazza per tutti, tranne che per i suoi figli. Il marito fa il mestiere del pescatore ed è costretto a lasciare spesso l'isola e a fare i conti, quando rientra a casa, con le monellerie dei figli e con le follie della moglie. Se dipendesse da lui sopporterebbe all'infinito le stranezze della moglie, ma c'è di mezzo la comunità, "la gente" (come diceva Tina Pica in *Pane, amore e fantasia*) e, il giorno in cui la situazione diventa insosteni-

bile perché un'ennesima stranezza di Grazia causa una crudele "mattanza di cani randagi", non può fare a meno di dare il suo assenso al verdetto delle comari: la donna va internata in una clinica del continente.

Prima che la "condanna" venga eseguita, però, Grazia scappa di casa e sarebbe facilmente rintracciata dalla gente del luogo se il figlio maggiore non le indicasse un'inaccessibile e segreta grotta a picco sul mare dove trova sicuro rifugio. Con il passare dei giorni, tra gli abitanti dell'isola si fa strada la convinzione che Grazia, pur di evitare il ricovero, abbia scelto il suicidio.

Un giorno, per caso, il marito la scorge mentre nuota nelle splendide acque di una caletta, la chiama a gran voce, ma viene bloccato dagli amici, convinti che quell'uomo innamorato della moglie sia adesso vittima di allucinazioni. Per tutti Grazia rimarrà una visione, una santa degli abissi, un personaggio che può sorgere e sparire dal nulla, come suggerisce la sequenza finale che richiama la Juliette dello splendido *L'Atalante* di Jean Vigo. Per tutti tranne che per i suoi figli, come s'è detto. *Respiro*, infatti, non è solo la storia di una donna pazza che trascina nella solitudine il suo uomo. All'interno ci sono altre storie, come spesso accade quando si sceglie come luogo di ambientazione il nucleo familiare. Storie appena abbozzate, ma che, in un modo o in un altro, sono legate a quella principale e che vedono come protagonisti tre bambini, i tre figli della coppia: la più grande, ormai signorinella, che flirta con un giovane carabiniere venuto dal nord (ancora una citazione di *Pane, amore e fantasia*) e che, presumibilmente, farà per amore il viaggio inverso a quello della madre: dall'isola al continente; il più piccolo che, non sopportando le intrusioni di estranei nei problemi della famiglia, sciorina una dopo l'altra espressioni da grande, in un splendido dialetto che richiama, con

il folclore, tradizione e saggezza; e Pasquale, il mezzano, monello e responsabile, orgoglioso e complice, figlio, padre e marito. È sulla maturità di questo ragazzino (nella vita abitante dello Zen di Palermo, scoperto da Crialese mentre vendeva cocco sulla spiaggia) che fa affidamento Grazia (una brava e bella Valeria Golino). È suo figlio, è carne della sua carne e non può tradirla.

C'è chi ha sentito, in questo particolare rapporto madre-figlio, odore di incesto.

Non si può pretendere che tutti conoscano il proverbio siciliano "Dui su l'amuri pruvati: matri ccu figghiu e soru ccu frati" ("Due sono gli amori provati: madre con figlio e sorella con fratello"), ma tutti dovrebbero sapere che quando un figlio è dalla nostra parte il parere del resto del mondo non conta affatto.

Il respiro per vivere, soprattutto nell'incomprensione totale, te lo dà solo colui al quale tu l'hai dato.

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



Basilicata

È stata approvata, il 16 giugno 2002, la delibera della Regione Basilicata che stanziava 248.000 euro per il progetto "Nati per Leggere". Il finanziamento sarà distribuito nel quinquennio 2002-2007 e prevede la collaborazione al progetto di bibliotecari, pediatri, scuola, volontariato. Il progetto sarà presentato dal presidente della Regione in una conferenza stampa.

red

Bergamo

Su tutto il territorio bergamasco, è in avvio il progetto "Nati per Leggere". Si è costituito un gruppo di lavoro con pediatri, bibliotecari, rappresentanti della Provincia e del Comune di Bergamo e due librai. Sino al giugno 2002 i pediatri partecipanti sono 62 su 97 e le biblioteche circa un centinaio. Sarà prevista una giornata di formazione per i pediatri e i bibliotecari. I pediatri promuoveranno la lettura ad alta voce ai genitori nel corso dei bilanci di salute dei loro assistiti tra 0 e 6 anni; questo messaggio sarà supportato da materiale informativo (depliant e segnalibri) elaborato a livello nazionale. Le famiglie verranno invitate a frequentare la biblioteca pubblica dove sarà disponibile la bibliografia del progetto "Nati per Leggere". Saranno distribuiti circa 50.000 depliant per una popolazione target 0-6 anni di circa 60.000 bambini. Oltre al materiale informativo e a un elenco di biblioteche partecipanti, ci sarà anche un buono acquisto da utilizzare in alcune librerie. Con la visita in biblioteca i genitori riceveranno un sacchetto con la scritta "Nati per Leggere".

g.c. b.

Umbria

"Nati per Leggere" prenderà avvio nel comprensorio di Orvieto con un finanziamento dell'Acp Umbria. Aderiscono al progetto cinque pediatri di famiglia, un pediatra di comunità e la direttrice della biblioteca comunale di Orvieto. Nel mese di ottobre 2002 questi operatori parteciperanno ad una giornata di formazione; successivamente i tempi di attuazione prevedono la sensibilizzazione dei genitori mediante diffusione della informazione attraverso la stampa e i media locali, attraverso la diffusione nelle biblioteche, asili nido, scuole materne e punti nascita. Per la durata di un anno i pediatri effettueranno l'intervento mediante materiale informativo per i genitori e il dono di un libro durante il bilancio di salute dei tre anni.

La biblioteca sarà parte attiva attraverso lo sviluppo di attività collaterali (momenti di lettura, ecc.), e la presenza di libri adeguati previsti dal progetto. Le librerie forniranno informazioni riguardanti il progetto e avranno disponibili liste di libri consigliati e i libri stessi. Attraverso le scuole materne e gli asili nido il messaggio ricevuto dal pediatra verrà rafforzato. I punti nascita attraverso i pediatri saranno i luoghi in cui le mamme verranno subito informate del progetto e della attività che verrà poi svolta sul territorio. Il pediatra di comunità si occuperà del lavoro di coordinamento nella intera area orvietana. Si cercherà negli anni a venire di dare continuità a questo lavoro di integrazione mediante il coinvolgimento del Comune e di altri enti pubblici e soggetti privati per poter partecipare alle spese che inizialmente verranno sostenute dalla Acp Umbria.

g. c. b.

Cesena

"Nati per Leggere" a Cesena è un progetto dell'Azienda sanitaria che coinvolge 15 comuni. I destinatari del progetto sono i bambini in età prescolare, l'obiettivo è ottenere "una maggiore equità del livello di distribuzione dell'abitudine alla lettura, dimostrato fattore di protezione per il rinforzo della comunicazione intrafamiliare, del successo

scolastico e per la conservazione della salute". L'intervento verrà attuato mediante le istituzioni che sono a contatto con la famiglia (punti nascita, anagrafe, ufficio per la scelta del pediatra, punti vaccinali, scuole dell'infanzia) attraverso la distribuzione di materiale di invito alla lettura per le varie età, e anche attraverso il dono di un libro da parte del pediatra di famiglia all'età di due, tre e cinque anni. Infine, attraverso il coinvolgimento della biblioteca per ragazzi e delle librerie. Sono previsti anche momenti di lettura durante i ricoveri. Il progetto prenderà avvio entro la fine del 2002; il dono del libro partirà dalla primavera del 2003.

Sono stati individuati degli indicatori che permetteranno di valutare l'intervento a distanza di tempo: il numero di pediatri di famiglia coinvolti, il numero di madri che avranno ricevuto l'informazione e le loro risposte a test eseguiti in occasione delle vaccinazioni, a due anni e a cinque anni.

red.

Trieste

"Nati per Leggere" a Trieste è nato nell'ottobre 2000. Dopo una fase preliminare di coinvolgimento e formazione dei pediatri e degli altri operatori, si è passati alla realizzazione del progetto con l'informazione, il consiglio ed il dono del libro da parte dei pediatri di famiglia e di altri operatori sanitari ai bilanci di salute o presso i centri vaccinali o comunque in momenti ritenuti appropriati per questo scopo. È stato utilizzato il materiale del progetto nazionale "Nati per Leggere". Attitudini, conoscenze e pratica dei genitori rispetto alla lettura sono state valutate all'inizio del progetto tramite un questionario. La fase valutativa iniziale ha consentito di avere dati relativi alla attitudine alla lettura ad alta voce a Trieste che risulta circa il 32%; si intende per attitudine alla lettura ai bambini una lettura regolare per almeno 5 giorni alla settimana. La biblioteca Quarantotti Gambini ha partecipato attivamente al progetto con iniziative per genitori e nonni, e con consigli pratici per la lettura. Sono state inoltre organizzate varie manifestazioni, come le letture fatte durante

per leggere

l'estate scorsa nel giardino comunale San Michele, rivolte a bimbi da 0 a 10 anni, anche nelle lingue delle principali comunità straniere presenti (sloveno, croato, serbo, albanese, cinese e spagnolo).

Una convenzione con la Ludoteca dei Popoli ha consentito di avere una stanza disponibile per i piccolissimi dove, una volta alla settimana, il personale della biblioteca propone un servizio di pubblica lettura per la fascia di età tra 0 e 5 anni.

Gli operatori della biblioteca impegnati nel progetto partecipano inoltre, in qualità di relatori, ad alcuni seminari organizzati da Linea Azzurra, una associazione di volontariato in difesa dei minori, con lo scopo di evidenziare tutti i benefici della lettura in età precoce. La formazione dei lettori volontari (4 edizioni realizzate) consiste in una serie di incontri con adulti interessati e con gli studenti di un liceo psicopedagogico di Trieste. È partita poi la fase di lettura da parte dei volontari in alcuni studi pediatrici e presso l'ospedale "Burlo Garofalo". La parte divulgativa del progetto si è svolta attraverso varie interviste comparse sul "Piccolo", su testate web, in trasmissioni radiofoniche. Le interviste sono state rivolte al gruppo di coordinamento triestino, ai pediatri di famiglia, ai lettori volontari, e alle studentesse del liceo psicopedagogico "Giosuè Carducci". La biblioteca ha poi presentato il progetto nelle edizioni della manifestazione patrocinata dal comune "da Gutenberg al Laser". Per il 2003 è prevista una seconda somministrazione di questionari dopo l'intervento del dono dei libri e del materiale informativo ai genitori; i dati saranno in seguito analizzati e comparati con quelli precedentemente raccolti.

Alessandra Sila

Barcellona Pozzo di Gotto

L'assessorato alla pubblica istruzione - cultura, in collaborazione con la biblioteca comunale, sezione ragazzi "Oasi", ha organizzato un incontro con i genitori dei bambini dell'asilo nido per presentare il progetto "Nati per Leggere". All'incontro partecipano i respon-

sabili del servizio di neuropsichiatria infantile (U.S.L. 5 di Barcellona) Carmela Rotondo e Sergio Messina, con l'intento di evidenziare l'importanza della lettura ad alta voce in età precoce. Nel corso dell'incontro verranno distribuiti ai genitori i kit NPL e ai bambini verrà fatto il dono di un libro adatto all'età, offerto dalla biblioteca. Ci sarà anche una breve lettura animata curata dalla lettrice volontaria Pina Cambria.

red.

Vimercate

Il 10 giugno 2002 ha segnato il via ufficiale per il progetto "Nati per Leggere" nel vimercalese con l'incontro "Leggere piccolissimo" per pediatri, operatori, genitori e bibliotecari. La presenza di Silvia Blezza Picherle (docente di Scienze dell'Educazione all'Università di Verona) ha fatto emergere con forza l'importanza della abitudine all'ascolto attento, attivo e prolungato della parola parlata e la valorizzazione dell'immaginario del bambino attraverso il mondo dei simboli. Nel corso dell'incontro sono stati inoltre presentati gli appuntamenti di "Nati per Leggere" previsti per giugno e luglio in alcune biblioteche, con corsi di formazione per genitori di bambini dai 3 ai 5 anni e letture animate. I pediatri coinvolti eserciteranno il loro ruolo attraverso un'azione di promozione della lettura ad alta voce alle famiglie dei loro assistiti.

s.m.

Napoli

Il 27 giugno 2002 presso la biblioteca di Secondigliano si è svolta una conferenza stampa con la presenza dell'assessore alle politiche sociali del Comune di Napoli, Raffaele Teccie, del dirigente del servizio per le politiche dei minori, Giovanni Attademo, dei consiglieri di circoscrizione, dei rappresentanti delle associazioni del quartiere, delle bibliotecarie, delle docenti del gruppo di "Leggere per...", dei pediatri coinvolti nel progetto, e di numerose mamme del quartiere di Secondigliano. È stato un incontro ricco e spontaneo nel corso del quale si è fatto il punto della situazione. Pasquale Causa e Lina

Lettere

Una mamma

Sono la mamma di due splendidi lettori: uno di 11 anni, l'altro di 21 mesi, che divorano tantissimi libri che leggiamo insieme da sempre. Sono anche un'insegnante di scuola materna e sono molto interessata e sensibile a tutto ciò che riguarda la lettura e i libri in genere. Nel circolo cui appartiene la mia scuola viene portato avanti da alcuni anni un ricco e creativo "progetto lettura" che spazia dalla lettura dei più svariati testi, alla creazione di libri da parte dei bambini, il tutto con ottimi risultati. Possiamo fare di più. Come? Grazie.

Giorgia Podda

Una pediatra

Sono molto lieta di poter aderire al progetto "Nati per Leggere"; da tempo mi impegno nel consigliare ai genitori dei miei pazienti l'abitudine alla lettura e sarò felicissima di poterlo fare in modo ora più efficace.

Irmanna Angonese

Un gruppo locale Acp

L'azienda ULSS n. 8 Asolo (Regione Veneto) e l'Acp Asolo aderiscono al progetto "Nati per Leggere". L'Acp Asolo e il servizio educazione alla salute sono titolari e responsabili del progetto che si realizzerà nell'ULSS n. 8.

Il gruppo si sta attivando per iniziare alcune fasi del programma: acquisizione dei vari materiali (stampati, depliant...) per pubblicizzare l'iniziativa, incontro informativo con le biblioteche, inoltre di ordini per l'acquisto dei libri da regalare. Sarà cura dell'Acp Asolo e del servizio educazione alla salute aggiornare la vostra associazione in merito allo svolgersi del progetto. Cordiali saluti.

Acp Asolo

di Maio hanno illustrato l'organizzazione del progetto nei due quartieri dove la formazione per i lettori volontari e i pediatri è terminata e si passa ora alla fase successiva: promozione della lettura ad alta voce e dono dei libri da parte dei pediatri coinvolti (quattro pediatri di famiglia e un pediatra di comunità a Secondigliano e un pediatra di famiglia a Scampia) per tutti i nati dopo gennaio 2000 e con la presenza dei lettori volontari nelle sale di attesa e nei consultori. Il progetto prevede inoltre, proprio perché finanziato dal Comune in zone particolarmente disagiate, la possibilità di valutare l'intervento prima (mediante la rilevazione di dati tramite questionari ai genitori, intervento già attuato) e dopo l'azione di promozione e il dono del libro.

I quartieri di Secondigliano e Scampia sono zone con alta densità abitativa (circa 90.000 abitanti), con un basso livello socio-culturale, con un notevolmente basso grado di istruzione materna, con un bassissimo tasso di scolarizzazione e con alto tasso di evasione scolastica rispetto al resto della città. Sono quartieri dove luoghi come la biblioteca di Secondigliano, che ospita i volontari del laboratorio Città Nuova che hanno organizzato una ludoteca per ragazzi, sono oasi in un deserto, frequentatissimi dai ragazzi del quartiere e da mamme che aiutano i volontari. Sono quartieri dove non esistono librerie, per trovarne una bisogna salire su un autobus e recarsi in città. Questo è sicuramente il luogo giusto in cui "Nati per Leggere" doveva nascere; e proprio per questo motivo il Comune di Napoli ha investito soldi per il progetto in questi quartieri. Vedere il consultorio di Secondigliano invaso da scatoloni di libri di ogni genere è stato per tutti coloro che ci lavorano un giorno emozionante.

L'assessore Teccia ha assicurato il potenziamento del finanziamento per gli anni successivi onde poter dare continuità all'intervento, estendendolo fino ai 6 anni (attualmente il dono del libro viene fatto ai bilanci di salute dai 6 mesi ai 3 anni), attuare il progetto in altre aree cittadine e poter aprire uno spazio di lettura per ragazzi dai 6 ai 14 anni in seno alla biblioteca di Secondigliano con il progetto "Storie in gioco", prosiegua in qualche modo

di "Nati per Leggere".

L'appuntamento prossimo sarà con il sindaco di Napoli a palazzo San Giacomo per la presentazione del progetto alla città di Napoli.

s.m.

Pescantina

Il progetto "Nati per Leggere" nelle scuole del comune di Pescantina, in provincia di Verona, è iniziato nell'anno scolastico 1999-2000. Nelle scuole locali erano già stati portati a termine alcuni progetti ministeriali di promozione della lettura. Dall'incontro tra l'AcP di Verona, la direzione didattica e il Comune è nata l'idea di aderire al progetto nazionale "Nati per Leggere" e di adattarlo alle peculiarità della zona. Il lavoro è stato finanziato dal C.S.A. (ex Provveditorato) e dal Comune di Pescantina. In questo primo triennio è stato consegnato dai dieci pediatri della zona, durante il bilancio di salute dei due anni, un libro adatto all'età, accompagnato dai consigli per la lettura ad alta voce. Sono stati raggiunti circa 100 bambini per tre anni (300 famiglie coinvolte). La biblioteca comunale ha notevolmente potenziato il settore dei libri per l'infanzia e ha privilegiato il rapporto con le scuole del territorio. Sono stati organizzati incontri con autori di libri per l'infanzia e serate di animazione per adulti con la presenza di lettori esperti. Le scuole hanno condotto attività didattiche a livello dei nidi, delle materne e delle elementari, partendo dalla riscoperta del piacere di proporre agli alunni l'ascolto della lettura ad alta voce. Sono state potenziate anche le biblioteche scolastiche e sono stati creati appositi momenti di animazione.

m.g.

Milano

A Milano c'è un mago: il mago dei libri! Che dal suo antro di carta stampata e colorata, la Libreria dei Ragazzi di via Unione 3 (tel. 02.72.00.41.66), a un passo da via Torino, insegna e trasmette ai bambini l'incantesimo della lettura. Che un pizzico di magia possa entrare nella vita, anche da adulti, Roberto Denti ne è convinto davvero: è quella della

pagina scritta, che in molti momenti aiuta a superare una realtà che non ci piace e permette di sognare. E se gli si domanda con quale personaggio letterario gli piace identificarsi, lui, che della fiaba è un profondo conoscitore, sceglie proprio un essere magico, il gatto con gli stivali, capace di volgere in bene le situazioni e di vincere la battaglia contro l'orco cattivo. Anche Denti conduce instancabile la sua battaglia personale, a fianco dei bambini: quella che combatte da tanti anni per la diffusione della lettura nel mondo dell'infanzia.

Facciamo un po' di storia: quando ha deciso che sarebbe diventato libraio? "Da ragazzo, quando frequentavo il liceo a Cremona, la città dove sono nato. Ma è rimasto un sogno nel cassetto per tanti anni, per lo scoppio della guerra". Con la guerra arriva l'esperienza di partigiano, e poco dopo il lavoro: l'approdo a Milano nel 1946, l'attività giornalistica, ricerche di mercato, pubblicità... Per realizzarsi, il sogno deve aspettare fino ai primi anni '70, quando Roberto incontra Gianna, sua moglie. Di nuovo magia, del caso e del destino questa volta: "Senza Gianna la libreria non sarebbe mai nata. Ci siamo conosciuti a Ulan Bator, capitale della Mongolia, durante un viaggio, ed è scoppiato il colpo di fulmine. La prima cosa di cui abbiamo parlato è stato un libro: affinità elettiva immediata", e aggiunge, con un sorriso arguto, citando Pedro Salinas: "Conoscersi è luce improvvisa". A quell'epoca, però, a Milano le librerie sono tante, ed è necessaria un'idea originale per mettersi sul mercato. I coniugi Denti non hanno dubbi: il 28 agosto 1972 nasce la Libreria dei Ragazzi, tra l'incoraggiamento di amici eccellenti, come Gianni Rodari e Marcello Bernardi, e l'ironia degli editori, che prevedono il crack immediato. Per primi espongono i libri ad altezza di bambino, permettono ai loro piccoli clienti-amici di sfogliare liberamente ficcando il naso tra le pagine, li consigliano con competenza, dispongono i testi sugli scaffali frontalmente, in modo che le copertine siano ben visibili, alla faccia dei risparmi di spazio. È una logica nuova, certo non ortodossa, ma che si rivela vincente, se da trent'anni la libreria, la prima in Italia nel suo genere e ancora oggi una delle più grandi d'Europa, è un

punto di riferimento indispensabile per gli under 16 milanesi, i loro genitori e i loro insegnanti (la libreria ha un fornitissimo settore di pedagogia e didattica, organizza corsi di aggiornamento per docenti e bibliotecari, visite e conversazioni per le classi e varie attività di promozione della lettura). Ma se i bambini non leggono, che fare? "Colpa degli adulti - dichiara Denti senza mezzi termini - che leggono pochissimo in prima persona e leggono poco ad alta voce ai propri figli e ai propri scolari. I bambini sono sempre disponibili e curiosi: basta osservarli tra gli scaffali, incantati davanti alle illustrazioni e alle pagine, mentre la mamma li incalza a fare in fretta. Portateli in biblioteca o in libreria, lasciateli scegliere con calma, rispettate le loro preferenze, suggerite ma non obbligate, lasciate perdere i classici d'altri tempi. Aiutateli a scoprire che leggere è fare, non subire, è un atto di libertà di cui ciascuno può essere protagonista. E che ogni libro è una diversa e straordinaria avventura".

Chiara Vanzetto

Asti

La Biblioteca Astense, comprovato il gradimento del progetto "Un libro/Un bebè", che dal gennaio 2001 regala ad ogni bambino nato alla Maternità di Asti un libro, sta lavorando per rendere più completa ed efficace l'iniziativa intrapresa. Quest'ultima si sta espandendo interessando gli asili nido della città, che avranno modo di appoggiarsi alla Biblioteca Astense che li consiglierà nella scelta dei libri adatti, in modo che la lettura diventi sempre più un'attività quotidiana in questo primissimo approccio al mondo della scuola. Intervendiamo poi nei corsi di preparazione al parto per presentare l'iniziativa alle mamme in attesa e infine saranno di nuovo interpellati i genitori al fine di offrire loro delle indicazioni e consigli su come utilizzare il libro-dono, su come scegliere le letture e i testi adatti. Per fare ciò, giovedì 30 maggio 2001 si è svolto nei locali della Biblioteca Astense, per i genitori che sono stati coinvolti in prima persona nel progetto, ma anche per tutti coloro che sono stati interessati all'argomento, un

incontro in cui si è parlato di come, cosa, quanto e in che modo leggere ai bambini fin dai primi mesi di vita.

È parere di moltissimi studiosi che la lettura sia importante per instaurare uno stretto rapporto affettivo genitore bambino e, ovviamente, un incontro positivo con l'oggetto libro sarà utile al bambino in tutto il suo percorso di vita.

Si è discusso di questi temi con i primi protagonisti di questo progetto ancora in fase sperimentale, che hanno potuto partecipare all'incontro senza preoccuparsi di dover trovare una sistemazione per i piccoli: la Biblioteca, infatti, ha offerto un servizio di baby-parking per l'intera durata dell'incontro.

Biblioteca Astense

L'editoria per ragazzi

Nel 2001 sono stati pubblicati 2.195 titoli per bambini e ragazzi, un numero mai raggiunto finora in Italia. Gli editori italiani sono collocati prevalentemente al nord con una prevalenza assoluta della Lombardia (1.194 titoli su 2.195); seguono il Piemonte (241 titoli) ed il FVG (200 titoli).

Gli autori italiani contribuiscono per il 47.72%, i restanti sono stranieri e fra questi predominano gli autori inglesi. Gli editori più presenti sono Mondadori (317 titoli) Fabbri (156 titoli), Piemme (102 titoli) (LiBeR 2002 n. 54).

red.

Tesi di laurea

Un'altra tesi di laurea sulla lettura ad alta voce è stata affidata alla Statale di Milano (Lettere, orientamento pedagogico, Università Statale di Milano).

red.

Patrocinio del Ministero

Il 10 luglio 2002 è stato accordato dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali il patrocinio al progetto "Nati per Leggere", con l'augurio di un grande successo.

red.

Rassegna stampa

Scampia sul "Mattino"

Il *Mattino* del 28 giugno 2002 titola: "Nati per Leggere anche a Scampia." Nell'articolo, dopo una breve introduzione tratta da *Favole al telefono* di Rodari, vengono evidenziati i benefici del raccontare storie in particolare nelle fasce sociali più disagiate, dove spesso l'incapacità a leggere genera un profondo disagio che spesso porta a un precoce abbandono scolastico.

Vengono rimarcati gli obiettivi del progetto italiano, di come esso abbia tratto spunto da "Reach out and read" e le modalità organizzative nei quartieri di Secondigliano e Scampia attraverso il coinvolgimento dei pediatri di famiglia, dei lettori volontari e delle associazioni di quartiere, in particolare del laboratorio "Città Nuova" a Secondigliano, dove, grazie al lavoro di molti volontari, in particolare di una pediatra napoletana, Roberta Arsieri, i ragazzi del quartiere possono trascorrere i loro pomeriggi nella ludoteca.

Proprio in questa bella ludoteca, con il sostegno del Comune di Napoli, si allestiranno delle sale per una biblioteca per ragazzi e prenderà avvio, in continuazione logica con "Nati per Leggere", un progetto di promozione alla lettura per ragazzi dai 6 ai 12 anni che frequentano la ludoteca.

s.m.

Capodistria intervista NPL

Un'intervista per Radio Capodistria sul significato e sullo stato di attuazione del progetto "Nati per Leggere" è stata realizzata il 2 aprile da Marisa Furlan con Giancarlo Biasini e Giovanna Malgaroli.

red

Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero per l'anno 2000

Gaetano Milioto*, Paolo Siani**

*Pediatria di base, ASL 6 Palermo **Divisione di pediatria Azienda Cardarelli - Napoli

Nel rapporto annuale del Ministero della salute sono analizzate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per l'anno 2000, trasmesse dalle Regioni e Province autonome, per un totale di 1389 istituti invianti e 1322 istituti accorpati. La rilevazione conferma l'elevato grado di completezza già raggiunto nell'anno precedente, con un aumento della copertura dell'attività svolta in Sardegna e un maggiore numero di SDO relative ai neonati sani, per i quali si registra un aumento di oltre 49.000 unità. La percentuale di schede errate (con almeno un errore di congruità logico-formale) è diminuita dal 5,3% al 4,5%.

Il numero medio delle diagnosi in regime di ricovero ordinario per acuti è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, essendo pari a 2 per singola scheda.

Per la riabilitazione e la lungodegenza si registra, invece, un aumento, passando rispettivamente da 2,6 a 2,7 e da 2,6 a 2,9. Modeste variazioni si registrano tra istituti pubblici e privati, permanendo un maggior numero di diagnosi mediamente registrate negli istituti pubblici per quanto riguarda il ricovero per acuti, sia ordinario che di day hospital (DH) e per il ricovero di lungodegenza.

Per quanto riguarda il numero medio di interventi e/o procedure per scheda, per l'attività per acuti in regime di ricovero ordinario, si conferma il lento aumento iniziato negli anni precedenti, registrandosi nel 2000 un valore di 1,8 interventi e/o procedure per SDO (1,7 per gli istituti pubblici e 2,2 per gli istituti privati); il leggero incremento, rispetto al dato 1999 (1,7), è dovuto ad entrambe le tipologie di istituti.

Per i ricoveri in regime di DH, si osserva nel

2000 un aumento del numero medio d'interventi e/o procedure per SDO che passa da 1,5 a 1,7, senza mostrare differenze tra istituti pubblici e privati.

Tra le diverse regioni persistono delle differenze in merito ad alcuni indicatori di accuratezza: per i ricoveri per acuti in regime ordinario, il numero medio di diagnosi per scheda varia da un valore minimo di 1,8 (provincia autonoma di Bolzano) ad un massimo di 2,4 (Friuli Venezia Giulia); nelle SDO relative ai ricoveri per acuti in day hospital, il numero medio di diagnosi per scheda varia da un minimo di 1,4 (provincia autonoma di Bolzano, Toscana, Lazio e Sicilia) ad un massimo di 2,6 (Molise). Il numero medio d'interventi e/o procedure per SDO nelle attività per acuti in regime ordinario varia da un minimo di 0,8 (Umbria) ad un massimo di 2,2 (Basilicata).

Il numero totale dei dimessi rilevati è pari a 12.671.564, il numero delle giornate di degenza è di 82.484.479. La riduzione osservata rispetto all'anno precedente è di circa 56.000 casi, nonostante l'aumentata segnalazione dei neonati sani, e di oltre 3.300.000 giornate di degenza. Si conferma, pertanto, la tendenza già registrata nell'anno 1999 - per la prima volta dall'inizio della rilevazione sistematica delle SDO - alla riduzione del numero di ricoveri e delle giornate di degenza. Tale complessiva riduzione è dovuta in gran parte ai ricoveri per acuti in regime ordinario, per i quali si osserva una riduzione di oltre 327.000 casi. Alla riduzione del numero dei ricoveri ordinari nel settore pubblico, si contrappone un aumento di circa 46.000 casi nelle strutture private. Per quanto riguarda le giornate di degenza, la diminuzione di quasi 3.000.000 di

giornate di degenza nell'ospedalizzazione per acuti in regime ordinario è a carico delle strutture pubbliche, mentre in quelle private si rileva una stabilità dei valori rispetto al 1999. La riduzione dei ricoveri ordinari è in parte bilanciata dall'aumento dei ricoveri per acuti in day hospital (pari a circa 210.000) rispetto all'anno precedente. Tale aumento è dovuto sia agli istituti pubblici (circa 166.000 casi in più) sia a quelli privati (43.000). Le giornate di presenza in DH aumentano di circa 675.000 rispetto al 1999.

La degenza media dei ricoveri per acuti mostra una lenta e progressiva riduzione; le attività mostrano una sempre maggior complessità (peso medio pari a 1,1), da attribuire in parte ad una migliore qualità della codifica clinica. Il maggior utilizzo del DH rispetto al ricovero ordinario è mostrato da un rapporto tra le due attività, espresso in termini di giornate di degenza, progressivamente crescente; nell'anno 2000 tale rapporto è pari a 11,8 (nel 1999 era 10,2).

Nella globalità dei ricoveri, le strutture pubbliche effettuano l'86,7% delle dimissioni (nel 1999: 87,7%) corrispondenti all'83,8% delle giornate di degenza; nei ricoveri per acuti in regime ordinario l'85,9% (nel 1999: 86,9%), nei ricoveri per acuti in day hospital il 94,1% (nel 1999: 95,1%). Per i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, la distribuzione tra pubblico e privato è pari rispettivamente a 51,8% e 48,2% (nel 1999: 54,1% e 45,9%). Policlinici universitari ed IRCSS effettuano, rispettivamente, il 2,6% e il 3,9% dei ricoveri ordinari, il 6,1% e 6,2% dei day hospital e il 15% dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario. Le case di cura accredita-

Per corrispondenza:
Gaetano Milioto
e-mail: gmilioto@tin.it

Abstract

The analysis presented by the Health Ministry office give us the numbers and the typology of hospital admissions, their distribution among public and private hospitals, the mobility between regions, the duration of hospital stay, the DRG frequency. With the proper indicators we can have a good measure of the efficiency, the efficacy and the appropriateness of both therapy and hospital admissions among different hospitals.

Gaetano Milioto, Paolo Siani

Report on hospital admission activity for the year 2000

Quaderni acp 2002; vol IX n° 4: 20-22

te svolgono il 13,3% delle attività di ricovero ordinario e il 5,7% delle attività di DH.

Relativamente al settore per acuti, le differenze regionali, nelle distribuzioni per tipo di istituto, confermano che i ricoveri ordinari sono effettuati con maggiore frequenza nel settore privato nell'area centro meridionale, con valori massimi in Campania (26%) e Calabria (24,8%); in Puglia si osserva la maggior frequenza di ricoveri in DH in strutture private (18,8%).

Per quanto riguarda le tipologie di ricovero, va evidenziato che il 95% dei ricoveri ospedalieri è per acuti; di questi, il 77,9% riguarda il regime di degenza ordinaria e il 22,1% il regime di ricovero diurno.

La riduzione dei ricoveri per acuti in regime ordinario avviene in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo e Campania che mostrano lievissime variazioni positive; l'aumentata attività di day hospital si registra in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Piemonte, Lombardia e Veneto nelle quali si osservano invece delle riduzioni.

Per quanto riguarda il ricovero per acuti in regime ordinario, si nota che l'aumento del numero di ricoveri nelle case di cura private accreditate è influenzato soprattutto dal dato di attività delle strutture private operanti nelle regioni Campania (+ 29.000 rispetto all'anno precedente), Lombardia (+ 15.000) e Sardegna (+ 8.000) mentre una riduzione si osserva in Emilia Romagna (- 17.000).

Distribuzione della casistica per MDC e per singoli DRG

In termini di MDC (categorie diagnostiche maggiori), la maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 2000 è riferita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (13,7%), alle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (11,8%), alle malattie dell'apparato digerente (10,8%), alla gravidanza, al parto e puerperio (8,2%), alle malattie del sistema nervoso (7,2%).

La distribuzione della casistica per MDC rilevata nel 2000 è sovrapponibile a quella registrata negli anni precedenti. La riduzione del

numero di dimissioni tra i ricoveri per acuti in regime ordinario riguarda tutte le MDC, ad eccezione delle malattie mieloproliferative e delle neoplasie scarsamente differenziate. In tutte le MDC, tranne in quella che riguarda le malattie e i disturbi mentali, si osserva una riduzione della durata media della degenza.

DRG più frequenti

In termini di posizioni tra i DRG più frequenti è confermata, in linea di massima, la composizione della casistica osservata negli anni precedenti. Analizzando, tuttavia, le variazioni nel numero di casi registrati, si osservano per alcuni dei DRG più frequenti, le seguenti situazioni:

- DRG con netto calo di dimissioni (oltre 10.000 casi in meno)

373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti), 183 (esofagite, gastroenterite e miscelanea, età >17 anni, senza CC), 243 (affezioni mediche del dorso), 134 (ipertensione).

- DRG con calo moderato di dimissioni (tra 5.000 e 10.000 casi in meno)

381 (aborto), 324 (calcolosi urinaria senza CC), 39 (interventi sul cristallino), 88 (malattia polmonare cronica ostruttiva), 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni, senza CC), 60 (tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni).

- DRG con netto aumento delle dimissioni (oltre 10.000 casi in più)

112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea).

- DRG con moderato aumento delle dimissioni (tra 5.000 e 10.000 casi in più)

410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta), 371 (parto cesareo senza CC), 209 (interventi su articolazioni maggiori), 379 (minaccia d'aborto), 125 (malattie cardiovascolari, eccetto infarto acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata).

- DRG sostanzialmente stabili

127 (insufficienza cardiaca e shock), 430 (psicosi), 139 (aritmia senza CC), 198 (colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza CC), 15 (attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali).

Ricoveri per acuti in regime di ricovero diurno

Il 57,8% dei casi di ricovero diurno (DH) è costituito da accessi singoli; questa proporzione è in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Tra i DRG più frequenti, in termini di numero di dimissioni, si nota, rispetto all'anno precedente:

- un aumento marcato per il DRG 39 (interventi sul cristallino) che mostra un incremento di quasi 54.000 casi;

- un incremento moderato per il DRG 266 (trapianto di pelle e/o sbrigliamento, senza CC) con circa 9.600 casi in più; il DRG 6 (decompressione del tunnel carpale) con un aumento di 8.700 casi; il DRG 119 (interventi di stripping e legatura di vene) con un aumento di 7.900 casi; il DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni, senza CC) con 6.700 casi in più; il DRG 364 (dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto neoplasie maligne) con un aumento di quasi 7.000 casi. Anche per l'ipertensione arteriosa (DRG 134) si registra un incremento di 4.700 casi;

- alcune classi mostrano invece una riduzione, più marcata nel DRG 390 (che raggruppa i casi di HIV associato o non ad altre patologie correlate) nel quale si osserva un calo di oltre 11.000 casi; in riduzione anche il DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con circa 3.000 casi in meno; nel DRG 381 (aborto) si registrano oltre 2.700 casi in meno.

Neonati sani

L'obbligo di rilevazione dei neonati sani ospitati nel nido è stabilito dal D.M. 30 giugno 1997. La rilevazione del primo anno di applicazione (1998), ancora incompleta nelle diverse regioni, ha registrato un numero di circa 170.000 unità; nel 1999 tale numero raggiunge le 267.615 unità; nell'anno 2000 il numero di neonati sani è pari a 320.695, rendendo più completa la rilevazione SDO anche per questa tipologia di assistenza.

L'85,4% dei neonati sani (rispetto al 91,8% dell'anno precedente) è ospitato in strutture pubbliche e il 14,6% in quelle private. La

degenza media complessiva è pari a 3,6 giorni nelle strutture pubbliche e a 3,7 nelle strutture private (4 giorni nel 1999).

Indicatori di complessità

L'indice di case mix (ICM) esprime la complessità della casistica trattata; valori dell'ICM superiori a 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia). Il valore più elevato (1,14) si registra in Friuli Venezia Giulia; la gran parte delle regioni centrali e meridionali fa registrare un indice inferiore all'unità. Un andamento analogo è mostrato dal peso medio che mostra un dato medio nazionale pari a 1,11.

Indicatori di efficienza

L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, previa standardizzazione della casistica. In sintesi, un valore di ICP minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento (ottenuto sull'insieme degli istituti di cura italiani); un valore di ICP maggiore di 1 indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. I valori più bassi di ICP si registrano in Sicilia, Campania, Emilia Romagna, Umbria e Puglia; quelli più elevati, in Valle d'Aosta, Piemonte, Lazio e Veneto.

La degenza media nazionale per i ricoveri per acuti in regime ordinario è pari a 6,9 giorni, (nel 1999: 7 giorni) con un minimo di 5,8 giorni in Campania, Sicilia e Puglia e un massimo di 9,1 in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria è uguale a quella dell'anno precedente con valore di 2,3 giorni a livello nazionale, con un minimo nella provincia autonoma di Trento (0,8) e un massimo in Basilicata (3,1).

La degenza media per i ricoveri per acuti in regime ordinario mostra risultati diversi tra gli istituti pubblici (7 giorni) e quelli privati (6,3). Nell'anno 1999, il valore medio era rispettivamente di 7 e 6,5 giorni. La degenza media tra gli istituti privati diminuisce in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Emilia

Romagna e Campania. Dopo il primo anno d'età si rileva un andamento progressivamente crescente della durata dei ricoveri, fino ai valori massimi registrati nelle classi d'età più anziane (8,6 giorni nella fascia d'età 65-74 anni; 9,4 in quella di 75 anni ed oltre).

Indicatori di efficacia e appropriatezza

Dai dati presenti sulla scheda di dimissione possono essere ottenuti alcuni indicatori di efficacia e di appropriatezza delle cure, utili per valutazioni generali sia in ambito di programmazione che come screening per più approfondite analisi di qualità.

La percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è pari al 33,2% a livello nazionale, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (32,9%); l'intervallo di variazione è compreso tra il 18,7% della provincia autonoma di Bolzano e il 53,4% della Campania. Aumenti si registrano in Sicilia, Puglia, provincia autonoma di Trento; riduzioni nel Lazio e in Sardegna.

L'indicatore "DRG medici in reparti chirurgici" esamina la proporzione di casi dimessi da reparti chirurgici non sottoposti ad intervento e quindi rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico. Il valore più basso (maggiore appropriatezza) si registra in Friuli Venezia Giulia (31,8%), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Basilicata (57,8%), in entrambi i casi c'è una tendenza alla diminuzione rispetto ai valori del 1999.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete si conferma uguale rispetto al 1999 ed è pari a 143/100.000 abitanti, con netta riduzione in Basilicata e Sicilia; il valore più elevato si registra nel 2000 nella regione Puglia. Il tasso di ospedalizzazione per asma si riduce rispetto all'anno precedente, passando da 64 a 57/100.000 abitanti con un valore massimo in Basilicata (110/100.000).

È riportato un nuovo indicatore riguardante il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, per il quale si registra una notevole variabilità territoriale; il valore medio nazionale è pari a 284/100.000 abitanti, con un

massimo in Friuli Venezia Giulia (495) ed un minimo in Sardegna (170).

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica rappresenta, come per altre diagnosi prima citate (diabete, asma), un indicatore di possibile inappropriatezza organizzativa, potendosi trattare tale condizione in ambiente non ospedaliero. Si osserva per questo indicatore un comportamento particolarmente "virtuoso" nel Friuli Venezia Giulia dove si registrano valori inferiori di oltre la metà rispetto a tutte le altre regioni. Valori molto elevati si riscontrano nella provincia di Bolzano, in Abruzzo e in Sicilia.

La quota di casi trattati in istituti di cura di regioni diverse da quella di residenza è pari al 7,5% dei pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario dai reparti di assistenza per acuti (stabile rispetto al dato del 1999, pari a 7,8%), il 6,6% dei casi trattati in regime di ricovero diurno per acuti (nel 1999: 6,7%), il 15,8% dei casi ordinari dimessi dai reparti e/o dagli istituti di riabilitazione, il 6,2% dei casi dimessi dai reparti di lungodegenza.

Tali dati indicano una sostanziale stabilità della mobilità tra regioni per quanto riguarda il ricovero per acuti ordinario e di DH e un lievissimo aumento per le altre modalità assistenziali.

Medicine non convenzionali il pensiero della FNOMCeO

Nicola D'Andrea
Presidente ACP

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha approvato il 18 maggio 2002 un documento che si intitola "Linee guida della FNOMCeO su medicine e pratiche non convenzionali".

Questo documento chiede che Fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omotossicologia, Osteopatia siano da considerarsi a tutti gli effetti atti medici e sancisce che solo i medici chirurghi e odontoiatri siano titolati all'esercizio di tali medicine, sottendendo una comprovata efficacia.

Per questo dibattito, un punto di partenza può essere l'editoriale apparso su un numero della rivista *Journal of American Medical Association* (Fontanarosa PB et al. Alternative medicine meets science. *JAMA* 1998 280:1618) dedicato alle medicine non convenzionali:

"Non c'è una medicina alternativa. Ci sono solo una medicina scientificamente provata, fondata su prove di efficacia supportate da dati consistenti e una medicina non provata, per la quale non sono disponibili dimostrazioni di efficacia.

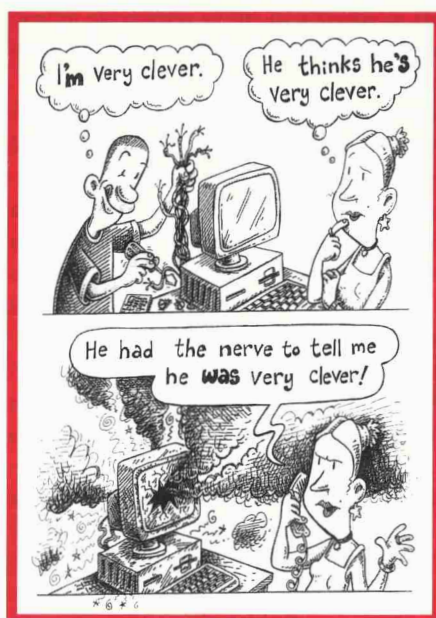
Che una pratica terapeutica sia "orientale" o "occidentale", non convenzionale o ufficiale, che si fondi sull'interazione mente-corpo o sulla genetica molecolare è assolutamente irrilevante eccetto che per ragioni storiche o interessi culturali...

Come persone che credono nella scienza e nelle prove, noi dobbiamo focalizzare la nostra attenzione sulle questioni fondamentali: il paziente, la malattia o la condizione da trattare, il trattamento proposto o somministrato e la necessità di dati convincenti sulla sicurezza e sull'effetto terapeutico.

Potrebbe anche essere vero che, a causa dell'esotismo di queste pratiche, l'effetto sia mediamente superiore a quello di un placebo classico.

Resta però il problema morale di decidere se è giustificato accettare e riconoscere come pratica terapeutica un trattamento che, intrinsecamente, non ha alcun valore.

Probabilmente altrettanto importante dei risultati dei loro studi è che questi ricercatori



hanno dimostrato che "le terapie e gli interventi delle medicine non convenzionali devono e possono essere valutati utilizzando questi scientifici espliciti e puntuali congiuntamente a rigorosi metodi di ricerca condivisi...; incorporando esiti misurabili e valutabili obiettivamente e riportando risultati rilevanti per i pazienti."

Un ulteriore intervento (16 giugno) su questo tema è quello dei Nobel Renato Dulbecco e Rita Levi Montalcini, che hanno firmato un documento nel quale - assieme ad altri 35 ricercatori - rilevano come al momento non esista alcuna prova scientifica dell'efficacia delle medicine non convenzionali.

I ricercatori invitano quindi la Federazione degli ordini dei medici a impegnarsi in favore dell'educazione scientifica e perché i cittadini siano in grado di fare scelte terapeutiche sulla base di presupposti scientifici e non perché alcune terapie sono riconosciute per legge.

Il 19 luglio si è tenuta a Roma la prima riunione del nuovo Comitato Nazionale per la Bioetica, che non ha espresso ancora alcuna riflessione sul documento della FNOMCeO, ma sarebbe estremamente utile che lo facesse, vista una delle dichiarazioni che sta alla base di tale organismo (<http://www.palazzochigi.it/bioetica/index.html>): "Il Comitato ha il compito di garantire una corretta informazione dell'opinione pubblica sugli aspetti problematici, sulle implicazioni dei trattamenti terapeutici, delle tecniche diagnostiche e sui progressi delle scienze biomediche".

Per corrispondenza:

Nicola D'Andrea

e-mail: ndandre@tiscalinet.it

salute pubblica

Bambini e adolescenti del 2000 non solo sfruttati e violenti

Paolo Siani

Divisione di pediatria Azienda Cardarelli - Napoli

Anche se orientarsi nelle statistiche ufficiali relative alle violenze sui minori non è facile, perché non è sempre agevole estrapolare il numero dei bambini dal numero complessivo delle vittime, negli anni 91/98 i delitti specificamente a danno di minori non mostrano alcuna evidente tendenza all'aumento.

Gli infanticidi sono al di sotto dei 10 casi per anno, tranne che nel '92 in cui i casi furono 13. Le denunce per corruzione di minore non superano mai la soglia dei 200 l'anno. Le denunce di violenza sessuale sui bambini con meno di 14 anni invece sono passate da 205 del 1995 a 511 del 1999 dopo aver raggiunto il picco di 586 nel 1998 (tabella 1).

Una parte sostanziale dell'aumento delle denunce di violenza sessuale è dovuta certamente ad una legislazione più adeguata e non ad un effettivo aumento del fenomeno. Basti pensare che prima dell'istituzione degli uffici per i minori presso le Questure le violenze sessuali sui bambini con meno di 14 anni si aggiravano sulle 200 all'anno, mentre dopo la loro istituzione superano le 500 all'anno. E ciò, secondo gli autori del rapporto, non può essere considerata una semplice coincidenza: va sottolineato infatti che le persone denunciate per il reato di violenza sessuale su minori sia nel 1999 che nel 2000 risultano in prevalenza in stato di arresto (tabella 2).

Questa è la testimonianza più concreta dell'impegno profuso dalle forze dell'ordine per contrastare questo fenomeno.

In conclusione gli autori affermano che una buona parte, se non addirittura tutto, l'aumento delle denunce è conseguenza di una legislazione più adeguata, di un'opera di contrasto più efficace da parte delle forze di polizia e anche della diminuzione dei vincoli d'omertà all'interno delle famiglie e della comu-

TABELLA 1: VIOLENZE SESSUALI SUI MINORI DAL 1995 AL 1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Violenze sessuali su minori di 14 anni	205	305	470	586	511
Numeri indice 1995=100	100	149	229	285	249

nità in generale su cui ha certamente influito la campagna di sensibilizzazione dei mass media.

Non si può negare però che l'entità del fenomeno emerge in misura assai limitata perché una rilevante parte delle violenze si verificano in ambiti familiari, il che porta ancora molto spesso a nascondere o a negare un evento che viene percepito come vergognoso o comunque distruttivo del gruppo familiare a cui si appartiene.

Infine gli autori affermano che l'eccessiva e, abbiamo visto, ingiustificata attenzione sulle violenze fisiche e sessuali sui minori rischia a volte di nascondere e giustificare una rimozione del fenomeno molto più ampio delle violenze non fisiche che subiscono i ragazzi. Vi è il rischio che si verifichi "una comoda copertura nei confronti di tutte quelle nuove sottili forme di violenza psicologica che egualmente distruggono le giovani generazioni e a volte sono ancora più gravi e devastanti delle violenze fisiche."

Altro triste fenomeno che periodicamente i mass media portano alla ribalta è quello dei minori scomparsi. Anche in questo caso va rilevato che il fenomeno è tutt'altro che in aumento: dal 1980 ad oggi, infatti, le denunce di minori scomparsi sono in continua diminu-

zione. Erano 4.918 nel 1980 e 3.454 nel 1992. Inoltre a maggio 2000 l'81% dei minori scomparsi nel 1998 e il 70% di quelli scomparsi nel 1999 erano stati rintracciati.

Un fenomeno che in alcune regioni (Sicilia, Campania, Puglia e Calabria) desta viva preoccupazione è lo sfruttamento criminale dei ragazzi. La criminalità organizzata si serve sempre più spesso dei ragazzi, non solo perché il minore che delinque è meno "visibile", ma anche perché viene giudicato da un sistema penale meno punitivo rispetto a quello degli adulti.

I giovani denunciati in Sicilia, Campania, Calabria, Puglia sono passati da 12.119 del 1996 a 13.307 del 1998, con un aumento del 9,8% a fronte di un calo nazionale del 4,3% nello stesso periodo.

Gli omicidi compiuti da minori sono passati da 25 a 35 nelle quattro regioni considerate e da 51 a 47 sul territorio nazionale.

Infine, il rapporto affronta il tema della criminalità minorile giunto recentemente alla ribalta della cronaca dopo il duplice omicidio di Novi Ligure. Nel periodo 1994-1998 non c'è stato nessun aumento né di minori denunciati per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale, né di minori solo denunciati alle procure per i minorenni (tabella 3). I tassi

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: pasiani@tin.it

Abstract

The second part of the report about the situation of children and teenagers (the first part has been published in N.6, 2001) regards a great topical subject: violence on children. The writers try to give, considering the statistics, the right dimension of such a phenomenon often emphasized by mass media.

Paolo Siani

Children and teenagers in the 21st century: not only violent and taken advantage of
Quaderni acp 2002; vol IX n°4: 24-25

TABELLA 2: DENUNCE DI VIOLENZE SESSUALI NEGLI ANNI 1999 - 2000

Anni	Vittime	Segnalazioni di reato	Persone denunciate	Persone denunciate in stato di libertà	Persone denunciate in stato di arresto
1999	572	425	522	171	351
2000	698	489	621	279	342

di criminalità più alti sono stati registrati in Liguria e Toscana, quelli più bassi in Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige, Veneto e Campania. Un elemento che va considerato e che pesa non poco sul livello della criminalità minorile è il numero dei minori stranieri sul

periodo 1991-1998 su 100 minori stranieri denunciati in Italia ben 85 provenivano da questa area. Per fare un confronto con gli altri Paesi Europei è stato calcolato il tasso di delittuosità, che rappresenta il numero di delitti denunciati per 1.000 abitanti. È un

minori denunciati all'anno (per i quali è iniziata l'azione penale), contro 33 dell'Inghilterra, 43 della Francia e 82 della Germania. I minori denunciati in Italia sono il 4% di tutti i denunciati, il 14% in Germania e il 22% in Francia. In pratica la tanto enfatizzata criminalità minorile in Italia è un fenomeno di gran lunga inferiore agli altri paesi europei. Senza voler negare l'esistenza del fenomeno, né negare che in alcune regioni il fenomeno è più preoccupante che in altre, si può affermare che la situazione complessiva dei nostri ragazzi è molto favorevole e che non esistono solo ragazzi sfruttati o violenti (che anzi sono un'assoluta minoranza), ma anche ragazzi ben integrati, felici, in buona salute, come il



totale dei minori denunciati. Nel periodo 1991-1998 la proporzione dei minori stranieri denunciati è costantemente aumentata fino al 1995 per poi stabilizzarsi nel triennio 1996-1998. Nel 1991 i minori stranieri denunciati rappresentavano il 17,6% del totale, nel 1998 il 25,9% (con un picco nel 95 di 27,6%). Il gran numero di minori stranieri è quello proveniente dalle aeree della ex Jugoslavia. Nel

indicatore generico, ma quello più confrontabile. L'Italia ha il più basso tasso di delittuosità in Europa (eccetto la Spagna) con 54 delitti denunciati l'anno ogni 1.000 abitanti contro i 61 della Francia, i 79 della Germania e gli 88 dell'Inghilterra.

È stato poi calcolato il tasso di criminalità minorile (numero di minori denunciati per 1000 minori imputabili) che in Italia è di 10

rapporto sulla condizione dell'infanzia e l'adolescenza, che noi condividiamo in pieno, cerca di affermare con forza.

Ma leggendo i giornali o guardando la TV in certi periodi dell'anno si ha proprio la sensazione opposta.

È proprio vero che le notizie "buone" non sono notizie e affermare in TV che la grande maggioranza dei nostri ragazzi sta bene ed è felice non fa crescere l'audience. Vorremmo però che almeno i pediatri, statistiche alla mano, tenessero in giusto conto l'entità di un fenomeno che è assolutamente marginale e dessero il giusto peso alle notizie della stampa e a quelle di certe organizzazioni che si occupano di violenza sui minori e che tendono, chi per un verso chi per un altro, a "gonfiare" numeri e a enfatizzare situazioni.

P. Siani - Bambini e adolescenti del 2000,
non solo sfruttati e violenti
Quaderni acp 2002; vol IX n°4: 24-25

TABELLA 3: MINORI DENUNCIATI NEL PERIODO 1994 -1998

Anni	Minori denunciati alle procure per minorenni (per 1000 ab.)	Minori per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale (per 1000 ab.)
1994	4,1	2,4
1995	4,3	2,4
1996	4,2	2,6
1997	4,2	2,2
1998	4,1	2,4

info: notizie sulla

Morbillo 2002 i record della Campania

L'epidemia di morbillo che ha interessato l'Italia nel 2002 è la più grave verificatasi in Europa negli ultimi anni. Ha interessato soprattutto la Campania dove sono stati registrati 565 casi/100.000 abitanti nel mese di marzo e 737/100.000 nel mese di aprile, con un numero complessivo fino a maggio di 15.000 casi. In Italia la copertura vaccinale per il morbillo è aumentata progressivamente, ma dai dati del ministero del 2000 risulta una copertura ancora inferiore all'80% entro i 24 mesi di età, con un'estrema disomogeneità regionale e la Campania ultima con un tasso del 53% riferito ai nati del 1998. Il basso livello di copertura è stato sufficiente per allungare il periodo interepidemico da 3 a 6 anni (ultima epidemia 1996-97), ma non ha interrotto l'infezione.

L'aumento di incidenza del morbillo è stato

Il maggior numero di casi è stato osservato nell'età 5-9 anni, seguita dall'età 10-14 anni. La distribuzione sul territorio mostra che il morbillo ha colpito soprattutto le provincie di Napoli e Caserta, seguite dalla provincia di Salerno. Da gennaio a maggio i ricoveri per morbillo sono stati 368 (dati SDO: Schede di dimissione ospedaliera). Di questi 63 hanno avuto complicanze polmonari, 13 un'encefalite e 3 sono morti. I morti sono: un bambino di sei mesi e due bambine di 4 e 10 anni, quest'ultima affetta da sindrome di Down. Nelle altre regioni sono morti un bambino di sei anni, a Campobasso, per le complicanze respiratorie del morbillo, una bambina di 7 anni, a Bari, per morbillo complicato da epatite fulminante e broncopolmonite, un uomo di 28 anni, a Benevento, per un'encefalite da morbillo. I morti per morbillo erano tutti non vaccinati (www.epicentro.iss.it).

320.000 in quelli in via di sviluppo. È stato stimato che se le donne dei paesi sviluppati avessero allattato per 6 mesi sarebbero stati prevenuti 25.000 tumori del seno, 50.000 se avessero allattato per altri 12 mesi.

Un'ulteriore conferma che la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Accademia Americana di Pediatria di allattare a lungo non serve solo per migliorare la salute dei bambini (*Lancet 2002,360,187*).

s. c.n.

OGM e prodotti per l'infanzia

Con una clamorosa sentenza della III sezione, il Tar Lazio ha annullato il DM Veronesi con la disciplina dell'etichettatura per gli alimenti per lattanti, accogliendo le tesi del Codacons che ha sostenuto l'illegittimità del decreto Veronesi 371/01, nella parte in cui consentiva ai prodotti alimentari per lattanti di non indicare nell'etichetta eventuali tracce di organismi geneticamente modificati (OGM) contenute nel prodotto.

La sentenza, che porterà al ritiro dei prodotti dal commercio per effettuare l'esame del DNA ed eventuale etichettatura, ha ribadito in modo netto il divieto assoluto di OGM nei prodotti alimentari per lattanti e costringerà anche i produttori a verificare, prima di mettere in commercio le scatole di pappe, latte e omogeneizzati, se vi siano tracce minime di OGM, generalmente consentite dalla UE per tutti gli alimenti.

Questo perché, ha sentenziato il Tar, chi acquista un prodotto per bambini deve sapere con assoluta certezza se questo contiene OGM, anche in misura infinitesimale.

A seguito di questa sentenza il Codacons ha chiesto al Procuratore della Repubblica di Torino Guariniello, che ha aperto un'indagine sui prodotti alimentari contenenti OGM, di chiedere ai NAS il ritiro dal commercio di tutti quei prodotti che non indichino nell'etichetta la quantità contenuta di OGM (www.codacons.it).

red.

TABELLA: I DATI DELLA RETE SPES

Provincia	Copertura vaccinale (nati 98)	Numero pediatri	Numero assistiti	Casi segnalati	Incidenza/ 100.000 ab
Caserta	61%	4	4.117	202	4.906
Napoli	63%	11	9.158	409	4.466
Salerno	67%	9	7.781	36	463
Avellino	70%	2	1.489	0	0
Benevento	84%	24	18.809	15	80
Totale	65%		41.354	662	1.601

osservato dalla rete dei pediatri SPES (www.spes.iss.it) fin da gennaio ed è proseguito nei mesi seguenti. Fino a maggio sono stati segnalati 981 casi contro i 18 dei due anni precedenti. È stato stimato un numero totale di casi attesi di 24.000. In Campania hanno partecipato alla rete SPES mediamente 50 pediatri che seguono 41.000 bambini tra 0 e 14 anni (il 4% della popolazione regionale della stessa fascia di età). La **tabella** dà la situazione da gennaio ad aprile limitatamente ai casi segnalati dai pediatri sentinella.

Allattamento al seno e cancro della mammella

Da 47 ricerche epidemiologiche, che hanno studiato, in 30 paesi, le caratteristiche di oltre 50.000 donne con tumore del seno e di una popolazione di controllo quasi doppia, emerge che tanto più a lungo le donne allattano al seno, tanto più saranno protette dal tumore del seno. Nel 1990 ben 470.000 donne hanno sviluppato questo tumore nei paesi sviluppati e

salute in Italia

La commissione ECM

È stata ricostituita, con decreto ministeriale del 5 luglio 2002, la Commissione nazionale per la formazione continua. Presieduta dal Ministro della salute, dura in carica cinque anni ed è costituita da quattro vicepresidenti e 25 membri. Vicepresidenti sono stati nominati: Raffaele D'Ari, Antonella Masia, Gino Tosolini, Giuseppe Del Barone.

I membri sono: Riccardo Vigneri, Franco Vimercati, Sergio Tartaro, Giovanni Dolci, Mauro Pirazzoli, Claudio Giorlandino, Gastone Brizzi, Francesco Paolo Iannuzzi, Luigi D'Ambrosio Lettieri, Paolo Messina, Lamberto Pressato, Luigi Allegra, Adriana Del Ponte, Enrico Bollero, Giuseppe Renzo, Felice Ribaldone, Gaetano Penocchio, Gennaro Rocco, Rita Emilia Roascio, Claudio Ciavatta, Giuseppe Brancato, Bruno Gilardi, Alberto Spanò, Giuseppe Luigi Palma, Luigi Romano.

red.

Palivizumab gravi effetti indesiderati

Su *Quaderni acp* (2002;2:45) abbiamo pubblicato uno scenario clinico sull'utilizzo del Palivizumab (anticorpo monoclonale) nella profilassi dell'infezione da virus respiratorio sinciziale (RSV). Gli studi analizzati non riportavano effetti collaterali degni di nota. Recentemente, invece, ci sono state segnalazioni di effetti indesiderati gravi. Infatti, al "Pediatric Academic Societies Annual Meeting", svoltosi a Baltimora nel mese di maggio 2002, sono stati presentati da Moore TJ et al. (George Washington University) i risultati di due anni di sorveglianza del Palivizumab. Sono state estrapolate tutte le segnalazioni di eventi avversi della U.S. Food and Drug Administration (FDA) tra il 1999 e il 2000 per i bambini sotto i 2 anni di età. Sono stati presi in considerazione soltanto gli eventi avversi che hanno causato morte od ospedalizzazione con seria minaccia per la vita, o

che hanno richiesto un intervento medico per prevenire un danno permanente. Di 341 farmaci sospettati in 2239 casi segnalati, il Palivizumab è stato considerato nel 36% di tutte le reazioni avverse e fatali.

Il Palivizumab è stato associato con 117 decessi e 623 altri eventi avversi seri nei bambini con età inferiore a 2 anni. Gli eventi con esito fatale hanno riguardato il sistema respiratorio, le infezioni, la funzione cardiaca, singolarmente o in associazione tra loro.

Secondo Moore e colleghi, i bambini trattati con Palivizumab hanno un rischio di seri e fatali effetti indesiderati maggiore di quello riportato nella letteratura scientifica, nel foglio illustrativo del farmaco e nelle valutazioni della FDA prima che il farmaco stesso venisse approvato (www.doctorsguide.com).

red.

Ticket & Tremonti

Secondo Tremonti i ticket di Piemonte, Liguria, Veneto e Lazio hanno dato un gettito (a fine giugno) di 222 milioni di euro.

Se tutte le regioni mettessero gli stessi ticket la cifra finale raggiunta non sarebbe significativa, non risolverebbe nessun problema circa il deficit accumulato.

Quindi o il ticket diventa "pesante" o non serve a nulla. (*Sole 24 Ore Sanità* 25-6/1-7 2002).

red.

Quanti sono i medici di base

Il numero di abitanti (di età superiore ai 14 anni) per medico di famiglia - secondo il nuovo annuario di Prometeo del 2002 - è pari in Italia a 1.035. I medici di famiglia sono circa 47.000 e i pediatri dovrebbero arrivare a poco meno di 7.000 (1.202 bambini per pediatra). A questi occorre aggiungere i medici della Continuità assistenziale o che lavorano in altri servizi del territorio (assistenza

domiciliare, servizi di prevenzione, ecc.). È probabile che se si mettessero insieme tutti gli operatori collocati nei servizi distrettuali (tutti i servizi non ospedalieri), si arriverebbe a circa 75-80.000 (considerando anche i giovani medici laureati non occupati ma operanti su piccola scala).

Non siamo lontani dai circa 105.000 medici che lavorano nelle aziende ospedaliere.

Sarebbe interessante se in una qualche prossima pubblicazione, apparisse una misura di "produttività" comparata, attraverso cui calcolare (facendo le tare opportune) in che misura, a parità di spesa, ciascun servizio contribuisce allo stato di salute della popolazione (www.buongiorno.it).

f.d.

Quanto lavorano i medici di base

Per misurare quanto un medico di famiglia lavora, si può ricorrere al numero di visite annue che i medici fanno ai loro pazienti. Tale misura è probabilmente migliore del numero di ore che per contratto i medici debbono mettere a disposizione dei pazienti, in quanto riguarda il lavoro effettivo.

In Italia il numero medio di visite pro capite annue (il numero totale delle visite annue diviso per il numero di tutti gli utenti in carico) è di 6,6.

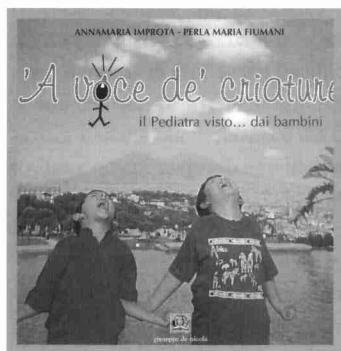
Negli altri paesi, il numero medio è: Germania 6,5 - Spagna 6,2 - Belgio 5,6 - Irlanda 6,6 - Inghilterra 5,8 - Olanda 5,7 - Danimarca 6 - Usa 5,8.

Lo stipendio lordo è in Italia di 45.000 euro l'anno, in Olanda di 81.000 dollari, in Germania di 96.000 dollari, in Francia di 50.000 dollari, in Svezia di 65.000 dollari, in UK di 61.000 dollari.

I dati sono forniti dall'archivio dell'OECD e riguardano la situazione dei primi anni '90, ma da allora rimane il dato di fondo: i medici di famiglia italiani lavorano quanto i loro colleghi negli altri paesi europei (se non di più), ma sono pagati in modo disuguale. (www.buongiorno.it)

f.d.

Libri: occasioni per una



Vincenzo Nuzzo rappresentato dentro un orologio, con la didascalica "il mio pediatra è così preciso che se fosse un oggetto sarebbe un orologio", Lorenzo Mottola il super doctor, rappresentato nei panni di Superman, Antonio Improta nei panni del ciccione pichachu e altri 200 disegni sono raccolti nel volume *'A voce de' creature* (la voce dei bambini).

Un'iniziativa dei pediatri di famiglia dell'ASL I di Napoli che hanno chiesto ai loro pazienti di rappresentare in un disegno libero il loro medico.

Tra gli oltre 1.500 disegni le due curatrici del libro ne hanno selezionati 200 che sono stati divisi in sei sezioni: la figura del pediatra, il pediatra in azione, le metafore, il contesto, i fumetti, l'ironia. I bambini napoletani non si sono fatti pregare e hanno rappresentato nel modo più schietto e a volte molto ironico i loro pediatri. La pediatra dolce come il miele, il pediatra che offre la caramella e nasconde la "siringhella", il pediatra superman, il pediatra allegro come un clown, sono il modo in cui i bambini ci vedono e mettono in risalto i nostri difetti e i nostri pregi, il nostro modo di essere e di fare questo mestiere.

E poi le critiche "continui a dire a tutti di fare la dieta, ma tu?", e nel disegno il pediatra è rappresentato molto grasso, "siringa e pediatra sono la stessa persona" oppure "la siringa dal mio dottore è d'obbligo".

E infine come i bambini vedono lo studio del loro dottore, triste come "la camera della tortura", allegro come "la sala giochi" o freddo e distante "mi sento piccino nel grande studio del pediatra".

Un libro allegro che può essere letto come una fotografia della pediatria di famiglia fatta dai diretti interessati, i bambini, e non dalle solite agenzie. Una fotografia nel complesso molto positiva per i pediatri di cui i bambini sembrano fidarsi e mostrano di avere con loro un buon rapporto che va in alcuni casi, senza retorica, al di là del semplice e freddo rapporto professionale.

Il pediatra un amico dei bambini? Sfolgiando i disegni sembra proprio di sì.

Annamaria Improta, Perla Maria Fiumani *'A voce de' creature*
Giuseppe de Nicola Editore, pp 223

p.s.

Lo stile lo aiuta: semplice e sotteso da una persistente commozione che riesce a trasmettere. Guardare e vedere queste tragiche cose, capire la loro tragicità per intero, ma rimanerne attratto e come affascinato; è questo il mal d'Africa? O il mal d'Africa è, insieme, il rimpianto di Graca la ragazza "misteriosa, imbronciata, felice, paziente, dolcissima"? O è tutto insieme?

Il libretto ha vinto la medaglia d'oro al premio "Il graffito d'oro" riservato ai medici scrittori.

Antonio Pulella *Il cortile di Jtsec*
Postfazione di F. Panizon
Edizione fuori commercio, pp 91

g.c. b.

Antonio Pulella è un pediatra inviato dal Burlo Garofalo all'Ospedale Centrale di Maputo in Mozambico nell'ambito dei progetti triestini di cooperazione internazionale. Ha lavorato per un anno all'Ospedale Centrale di Maputo. Questo libretto si apre con una breve storia del Mozambico dopo la fine del dominio portoghese nel 1975. Segue una serie di brevi racconti della sua esperienza professionale, ma soprattutto umana "fra il caldo, la sporcizia, l'abbandono, la solitudine, la cancrena". I primi due racconti sono dedicati a Jtsec, un ragazzo indiano che in un negozio di alimentari soprattutto "vendeva speranza", gravemente ferito in un incidente e ciononostante sorridente e sereno come fanno esserlo i poveri che ancora non hanno maturato la voglia di protestare. Un suo fratello era stato ucciso lattante da un rapace che aveva perforato la fontanella anteriore e succhiato il cervello; storie di una allucinante, ma lucida incredibilità; come i neonati morti divorati dai cani. Tragedie e fascino umano delle tragedie e del dolore sono alla base dei racconti di Pulella che è completamente immerso nella necessità di fare qualcosa per quel paese, anche se talora emerge il dubbio "a che serve?".

Cosa può introdurre di utile nella relazione medico-paziente la visione sistemico-relazionale? Quali risvolti, sul piano personale e professionale, possono derivare dall'acquisizione di una mentalità sistemica? Come costruire una relazione d'aiuto sintonica ed evolutiva con chi chiede il nostro intervento? L'ultimo volume di Baldascini affronta queste ed altre tematiche di interesse sia per il medico che per lo psicologo. Acquisire una mente sistemica implica un nuovo modo di vedere il mondo e un nuovo modo di considerare la salute e la patologia.

Il pensiero sistemico, però, pur avendo ottenuto un nuovo status negli ultimi vent'anni con lo sviluppo della scienza della complessità, non si è ancora radicato nella cultura occidentale ufficiale dei paesi sviluppati. La nostra tradizione scientifica si basa sul pensiero lineare di causa ed effetto che pressappoco ritiene che quando fai qualcosa che funziona, se ne fai di più funzionerà anche meglio. Il pensiero sistemico è differente. Tutti i sistemi non funzionano in modo lineare: essi non massimizzano le proprie variabili ma le ottimizzano. Se qualcosa è buono non significa infatti che una sua maggior quantità sarà ancora meglio, in

buona lettura

quanto le cose funzionano in maniera circolare e non secondo linee rette. Il punto non è l'efficienza ma la sostenibilità e ciò che conta non è la quantità ma la qualità. La cultura occidentale trova difficile l'approccio sistemico perché è materialista sia in termini di valori che di visione del mondo. I modelli fondamentali della vita invece sono configurazioni di relazioni tra processi biologici, dove sia le relazioni che i processi sono immateriali. Questa è l'essenza del pensiero sistemico, la comprensione cioè che la vita riguarda entità non lineari e immateriali che la cultura occidentale ufficiale ritiene molto difficile da studiare. E questa è la sfida che il libro di Baldascini raccoglie: comprendere la rete delle relazioni dell'individuo tra i suoi sistemi di appartenenza. L'autore illustra sullo scenario del pensiero sistemico, le basi autenticamente fondative del rapporto medico-paziente efficace: il riconoscimento dello stile di personalità del paziente e la creazione del clima di sintonia affettiva in questo particolare rapporto. Ma pensare sistemico per il pediatra cosa può significare? Potrebbe significare che il bambino, di cui tutti i giorni ci prendiamo cura è, prima di tutto, "intimamente e profondamente legato" col sistema che è la propria famiglia. Le spiegazioni lineari di causa-effetto di cui ci serviamo per dare ragione di disturbi psico-somatici, comportamentali ed emozionali dei nostri piccoli pazienti (ad esempio pensare che il bambino vomiti prima di andare a scuola perché è alterato l'umore della madre e quindi, in definitiva, il rapporto ed il legame madre-figlio) rappresentano infatti solo una parte della "verità"; restare vincolati ad essa non ci consente di poter articolare il nostro lavoro stimolando e ricercando creatività e risorse auto-curative ed evolutive nella famiglia stessa. Il libro apre orizzonti inediti, facendoci intravedere con occhi diversi un possibile nuovo modo di vivere la nostra professione, ma anche il nostro rapporto con chi ci è più vicino: il partner, i figli, l'amico. Ricercatore prima che medico, l'autore si spinge oltre il "noto" ed il "familiare",

alla ricerca di quei legami - ponti relazionali - che consentono l'incontro con l'altro.

Siamo infatti portati ad amare tutto ciò che ci "somiglia" e a criticare e allontanare chi è "diverso". La lezione dell'autore è nella comprensione, nel rispetto e nella curiosità dell'altro e di sé. Si tratta di una posizione eminentemente epistemologica ricca di conseguenze sul piano delle possibilità operative e della crescita. Su tutto questo *Legami terapeutici* ci fa fermare a riflettere proponendo, però, concreti percorsi per "formare" questa mentalità. Tutta la seconda parte del volume consente di vedere Baldascini al lavoro con un gruppo di colleghi più giovani che, dopo averlo osservato direttamente in alcune sedute di psicoterapia - integralmente riportate - interagiscono e riflettono con lui su questi ed altri temi. Così, passo dopo passo, l'autore ci porta alla comprensione sia del nodo centrale del rapporto con l'altro che della modalità di "scioglierlo": il superamento di tutte quelle abitudini, quei pregiudizi in cui vengono imprigionati i modi di pensare, sentire ed agire che deprimono l'originaria possibilità di co-evolvere con i nostri interlocutori. Il rapporto con il paziente diventa allora il luogo in cui si apprende a recidere i legami che limitano la personalità nostra e dei nostri pazienti e diventa lo spazio possibile per crearne di nuovi più "terapeutici" e aperti alla costruzione di una personalità più armonica ed evoluta.

Luigi Baldascini *Legami terapeutici*
Franco Angeli, 2001, pp. 267, Euro 21

Gruppo Sistemico Relazionale
Acq Puglia-Basilicata



Da Byatt, come da Pennac, anche se in un modo del tutto diverso, si può imparare il piacere di raccontare. Raccontare favole ed immagini, nel caso della Byatt, che è maestra nell'arte di avventurarsi in racconti fantastici che confinano con la realtà e di eventi reali che confinano con la favola, tanto è esile e "sfondabile" il confine. Confine che spesso nella pagina, fra rigo e rigo, non c'è. Di questa affascinante commistione è impregnato specialmente il primo dei tre racconti fantastici, *Il genio nell'occhio dell'usignolo* in cui una "narratologa", cioè una ricercatrice accademica di narrazioni fiabesche, confonde addirittura la realtà di se stessa penetrando in una fiaba da Mille e una notte, conducendo la realtà fuori dal tempo, ma trovando in ogni riga il tempo presente.

Questo piccolo libro non si presta ad essere letto ad un bambino, anche se può essere commentato con un bambino. Esso però sembra vivere dall'interno del mondo fiabesco dei piccoli sempre al confine fra favola e reale; può essere molto utile ai genitori per comprendere istintivamente il modo con il quale il bambino vive la meravigliosa "confusione" del fiabesco e per inventare col bambino stesso e correggere con lui le fiabe e la realtà; soddisfacendo così il bisogno di tradurre i sogni in esperienza e di fare sconfinare le esperienze nei sogni, di muoversi fra i fantasmi delle storie narrate e quelli della vita.

A.S. Byatt *Tre storie fantastiche*
Einaudi, 1999, pag. 155, Euro 7,30

g.c. b.

world info: salute

Polio estinta in Europa

Il 21 giugno 2002 a Copenhagen, nel corso del 14° Meeting della Commissione Regionale di Certificazione (RCC) è stata ufficialmente dichiarata sconfitta la poliomielite dalla Regione Europea. Gli 873 milioni di persone che vivono nei 51 Stati membri della Regione (che si estende secondo l'OMS dal Portogallo alla Siberia comprendendo, oltre ad Israele e Turchia, gli Stati caucasici ed asiatici, un tempo facenti parte dell'URSS), sono infatti liberi da poliomielite da più di tre anni. L'ultimo caso di poliomielite nella regione è stato confermato in Turchia nel novembre 1998, in un bambino dell'età di 33 mesi, non vaccinato. La regione si affianca alle altre due regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità già certificate nel 1994 (Regione delle Americhe) e nel 2000 (Regione del Pacifico Occidentale). Sino agli anni '50 in Italia si registravano ogni anno dai 4.000 agli 8.000 casi di polio. Gli ultimi due casi indigeni di polio paralitica risalgono al 1982; nel 1984 e nel 1988 sono stati registrati due casi di polio importata in bambini provenienti dall'Iran e dall'India, non vaccinati. Secondo l'OMS, nel 2001 sono stati registrati a livello globale solo 537 casi di poliomielite, il che attesta una diminuzione di più dell'80% rispetto ai 2979 casi del 2000; nel primo semestre 2002 i casi sono stati appena 70. Nel 1988, quando il programma per l'eradicazione della malattia ha preso il via, i casi di polio paralitica erano stimati intorno ai 350.000 in 125 paesi del mondo. In meno di 15 anni le attività per l'eradicazione hanno consentito di ridurre enormemente la circolazione di poliovirus selvaggi, che rimane ora confinata a non più di 10 paesi dell'Africa e del sub-continentale indiano (erano 20 nel 2000). Se le strategie di prevenzione continueranno ad essere applicate, è possibile che la eradicazione globale della poliomielite possa essere dichiarata nel 2005 (NIV - Newsletter 5/7/02). Intanto, cambiano in Italia le modalità della vaccinazione antipoliomielitica. Il decreto ministeriale, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale del 13 luglio 2002 ed entrato in vigore dal 13 agosto, prevede 4 dosi di vac-

cino inattivato (3° mese - 5° mese - 11°/12° mese - 3° anno di vita). Chi ha già iniziato la vaccinazione la completerà, secondo il nuovo calendario, con l'inattivato. L'impegno del Ministero della salute è quello di attivare le procedure per la realizzazione di scorte di vaccino orale (Sabin), misura precauzionale prevista nei programmi di eliminazione perché, in caso di emergenza, questo vaccino induce una protezione molto più rapidamente.

Boicottare Israele?

L'autorevole quotidiano inglese *The Guardian* ha pubblicato una lettera di 125 accademici che propongono di chiudere i legami culturali e scientifici con Israele fino a quando non accetterà le risoluzioni dell'ONU. *Nature* (2001;417:1) fa notare "ironically" che in questo modo sarebbero boicottati scienziati in grande maggioranza di sinistra che si battono per la pace con i palestinesi.

l.g.

g.c.b.

Bambini in guerra

Secondo la "Coalition to stop the use of children-soldiers" nel mondo sono oltre 300.000 i ragazzi sotto i 18 anni oggi utilizzati attivamente in guerra. Negli ultimi anni questo fenomeno è in netto aumento perché è cambiata la cultura della guerra, diventata soprattutto religiosa e nazionalista, e perché l'uso di armi automatiche e leggere ha reso più facile l'arruolamento dei ragazzi. Inoltre i ragazzi non chiedono paghe.

p.s.

Il vertice FAO

"Dopo un pranzo a base di foie gras, aragoste e filetto di oca con olive i delegati si sono accorti che nessun progresso avevano fatto nell'accelerare la riduzione delle popolazioni malnutrite nel mondo. Per raggiungere gli obiettivi fissati dalla precedente conferenza del 1996 il numero di questi avrebbe dovuto diminuire di 22 milioni per anno. Invece gli affamati, dalla data del vertice del 1996, sono

calati di soli 6 milioni per anno; esattamente lo stesso risultato di prima del vertice del 1996". Con l'avvertenza di ricordare che il 66% del risultato è stato ottenuto dalla Cina (*Lancet* 2002;359:2047).

red.

Obesità e grandi potenze

I dati nazionali di Russia (1992), Cina (1993) e USA (1988-1994) sono stati confrontati con gli standard statunitensi dell'indice di massa corporea (BMI). Nei ragazzi da 6 a 18 anni la prevalenza di obesità (BMI al 95° percentile o maggiore) era all'11,1% in USA, al 6% in Russia e al 3,6% in Cina. La prevalenza di sovrappeso (BMI dall'85° al 94° percentile) era rispettivamente 14,3%, 10,0% e 3,4%. In Russia e Cina l'obesità era associata con un più alto reddito familiare, l'inverso in USA. Vivere in una città aumentava il rischio di obesità in Cina e lo abbassava in Russia (*International Journal of Epidemiology* 2001;30:1129).

l.p.

UK & PTI

La seconda indagine nazionale sul comportamento dei medici britannici di fronte ad una porpora trombocitopenica idiopatica (PTI), effettuata nel corso di tutto il 2000, ha confermato una significativa non aderenza alle linee guida proposte. Il criterio classificativo non teneva conto del numero delle piastrine ma della gravità, lieve, media ed elevata. Sono stati raccolti 305 questionari. Il 74% erano casi lievi e solo il 5% di gravità elevata, nonostante l'89% avesse una conta iniziale inferiore a 10.000. Due bambini ebbero una emorragia intracranica, ma guarirono perfettamente. Non ci furono decessi. Rispetto alla prima indagine del 1995 c'è stato un aumento di non trattamenti dal 40% al 63% e una riduzione degli esami del midollo dal 40% al 18%. Si conferma quindi che la PTI è una malattia benigna nella quale, nella grande maggioranza dei casi, è possibile evitare qualsiasi forma di terapia (*Arch Dis Child* 2002;86 Suppl 1:A1).

l.p.

nel mondo

Nuovo finanziamento per il NHS in UK

La stampa italiana non ha riferito della svolta che è stata disegnata per il servizio sanitario nazionale inglese (NHS) attribuendogli un piano di finanziamento di estrema consistenza dopo decenni di trascuratezza. Il governo inglese, infatti, ha strutturato un progetto per aumentare la spesa per la salute del 43% nei prossimi 5 anni.

Il Fondo sanitario passerà quindi dagli attuali 65.4 miliardi di sterline (105 miliardi di euro, spesa già di molto superiore al fondo sanitario italiano) a 105.6 miliardi di sterline (169 miliardi di euro). Lo ha presentato alla camera dei comuni il Cancelliere dello Scacchiere il 14 aprile 2002.

Negli scorsi 20 anni la dotazione del NHS in termini di crescita reale è stata del 3.6%. Con questo aumento di disponibilità il rapporto fra spese globali per la salute e PIL salirà in Gran Bretagna all'8%, dall'attuale 6.8% che, dopo l'Olanda (6%) è diventato il più basso della UE.

Tale basso valore ed una sostanziale trascuratezza per la sorte del NHS ha comportato delle cattive conseguenze.

I tassi standardizzati di mortalità evitabile/1.000 cittadini sono sempre diminuiti fino ad un valore di 8,20/1.000 dal 1983 al 1990; dal 1990 in poi, in coincidenza con la riforma della Thatcher, hanno ripreso a salire: 8,40 nel 1991, 8,43 nel 1992.

In sostanza il laburismo inglese, dopo incertezze e tentazioni che hanno caratterizzato anche gli anni passati del governo Blair, con questa scelta torna alla filosofia originaria del Labour in fatto di tutela della salute: "tassare di più per spendere di più".

L'impulso più forte a questa scelta è stato data dal lavoro della Commissione Sachs su Macroeconomia e Salute che ha concluso i lavori nel dicembre 2001: la Commissione ha concluso che per i paesi a basso e medio livello economico gli investimenti in salute sono il mezzo più efficace per combattere la povertà, perché un miglioramento della salute si traduce in maggiore produttività.

La strada per ottenere la maggiore crescita

economica sembra, dunque, essere una massiva iniezione di risorse finanziarie nei servizi sanitari. Più salute, più ricchezza.

È stato infatti il Cancelliere dello Scacchiere, (che governa l'economia inglese) Brown, e non il ministro della Sanità, Milburn, a presentare il piano del governo inserendolo nei progetti di crescita non già di un paese a basso e medio livello di reddito, ma in un modello di democrazia industrialmente avanzata.

La decisione di Brown è venuta, però, dopo uno studio affidato alla Commissione Wanless che aveva il compito di esaminare le possibili prospettive di sviluppo e di recupero di efficienza del NHS nei prossimi 20 anni.

La Commissione ha concluso sul tema "quante risorse sono necessarie ed in quanto tempo" per ridare efficacia al NHS.

Il problema successivo sarebbe poi stato "se e come" il NHS sarebbe stato capace di spendere le risorse a lui destinate.

La Commissione ha fatto notare che le risorse ci vogliono, ma non bastano se non c'è la capacità del NHS ad utilizzarle senza sciuparle.

Lo scarso numero di medici e di infermieri, per esempio, è un elemento critico: per fare funzionare il sistema entro 20 anni ci vorranno 15.000 medici e 35.000 infermieri in più con un progressivo trasferimento di funzioni dai medici alle infermiere.

Una crescita del personale addetto inferiore a questa non potrebbe condurre in porto la efficacia del NHS.

Nel 2007 si potrà comunque effettuare una prima stima della capacità di assorbire risorse e di recuperare parimenti efficienza.

Il progetto presentato da Brown è accompagnato da misure di intervento indirette.

È prevista una consistente riduzione di tasse a carico della ricerca industriale nel campo della tecnologia della salute; una riduzione particolare riguarderà le industrie che ricercano nel campo della TBC, della malaria, dell'HIV.

La Commissione su Macroeconomia e Salute ha infatti stabilito un nesso molto importante fra sviluppo della ricerca e miglioramento della salute.

È prevista anche una serie di misure per aumentare i fattori protettivi: ad una famiglia

che ha un reddito inferiore a 13.000 sterline/anno verrà attribuito un sussidio di 24.25 sterline per settimana per il primo figlio allo scopo di ridurre i bambini poveri della metà nel 2010 per ridurre, con la povertà, il rischio di cattiva salute

Gli economisti sanitari inglesi sostengono ora che accanto all'aumento del finanziamento del NHS è necessario - come la commissione Sachs stessa ha suggerito - che vi sia nel paese una *commissione permanente inglese di macroeconomia e salute* che metta insieme l'aumento di risorse messe a carico del NHS con la sua progressiva crescita; ed eventualmente corregga ciò che è da correggere.

Lancet (2002;359:1447), in un editoriale sul sostanzioso rifinanziamento del NHS, fa notare come ci siano problemi interni al servizio sanitario da affrontare con decisione.

Questi riguardano alcune funzioni affidate ai medici di base, declamate ma finora non assolte, e senza che vi sia prova che essi siano in grado di assolvere.

Gran parte del successo della iniziativa dipende poi anche dal comportamento del pubblico nei riguardi della propria salute che è ora difficile da prevedere e che dipende da un sistema di comunicazione fra NHS e cittadini finora poco curato e pressoché inesistente.

Il problema della ricerca, poi, per il quale è previsto un forte stimolo al privato esterno al NHS non può esaurirsi lì.

È necessario che il NHS sia esso stesso promotore ed attore di ricerca dentro i propri servizi e non solo nell'ambito della qualità; ed è quello che nel progetto inglese, sempre secondo *Lancet*, manca.

Tutto questo rappresenta un progetto molto interessante ed una sfida al futuro che non può interessare solo gli inglesi.

Ci sono molti motivi di riflessione anche per noi. Il ministro Sirchia avrà letto questo rapporto inglese?

g.c. b.

Servizi sanitari: affari in vista con il G.A.T.S.?

Angelo Stefanini

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Bologna

I servizi in una comunità possiedono un'importanza fondamentale: rappresentano strumenti essenziali per la produzione di beni e di altri servizi e soddisfano bisogni elementari e immediati, come istruzione, assistenza sanitaria, energia elettrica, acqua, gas combustibile e telecomunicazioni. La qualità della vita e la salute dipendono largamente dall'accesso ai servizi e in un paese sviluppato tale accesso deve essere garantito all'intera popolazione.

Il mandato della World Trade Organization (WTO) è di promuovere ed espandere il libero commercio. Il suo interesse nei servizi proviene direttamente dal suo bisogno di generare maggiori profitti per i mercati internazionali e non è quindi collegato all'erogazione dei servizi di per sé. Come tale la WTO vede il settore pubblico presente in molti paesi europei come barriera all'espansione del commercio nei servizi. Il concetto di servizi, tuttavia, comprende attività assai diverse che non possono essere comprese in modo uniforme in qualsiasi accordo commerciale. La cosa si complica ulteriormente se si considera che attività come i servizi pubblici rappresentano sia input (per l'industria e per altri servizi) che output/prodotti (per i consumatori).

Il GATS

Il GATS (*General Agreement on Trade and Services*) è uno dei 28 accordi sul libero commercio promossi dalla WTO. Secondo questo accordo, i membri della WTO sono obbligati a "liberalizzare progressivamente" il loro settore dei servizi. Nonostante il fallito tentativo di lanciare un nuovo ciclo di negoziati alla conferenza ministeriale della WTO nel novembre 1999 a Seattle, il GATS fa parte integrante (*built-in*) dell'agenda concordata nel 1994 al momento della nascita della WTO. Ciò significa che, come avviene già per l'ac-

cordo sull'agricoltura, anche nel caso del GATS la WTO ha assunto l'impegno formale a portare avanti ulteriori negoziati. Il ciclo di trattative chiamato GATS 2000 ha preso il via nel febbraio del 2000. A seguito di questi negoziati, il campo d'azione del GATS è destinato necessariamente ad espandersi. Il GATS è unico nel suo genere, rispetto agli altri accordi WTO, in quanto dà il mandato ai membri della WTO di ripresentarsi al tavolo dei negoziati a scadenza periodica e regolare e ad espandere i propri impegni relativi al GATS. A questo riguardo, come riconosce la stessa WTO, il GATS va al di là degli altri accordi WTO. Come gli altri accordi WTO, tuttavia, il GATS è vincolante. La WTO rappresenta l'unico organo internazionale con il potere di imporre il rispetto delle politiche di liberalizzazione che esso promuove, cosa che assicura attraverso le deliberazioni delle sue commissioni per la risoluzione delle dispute (DSB - *Dispute Settlement Body*). Le sentenze della WTO sono vincolanti per gli stati membri e le DSB possono autorizzare l'imposizione di sanzioni commerciali nei confronti dei membri giudicati di avere contravvenuto agli accordi WTO. Il GATS copre un totale di 160 settori di servizi che vanno dalla costruzione di strade all'erogazione dell'acqua, all'istruzione, alla sanità, alle telecomunicazioni, al turismo e alle assicurazioni. Il suo principale obiettivo è duplice: da una parte aprire al mercato quei settori che ancora sono chiusi, dall'altra rimuovere le barriere all'espansione del commercio in quelli già aperti. Come per altri accordi WTO, i principali beneficiari di questo processo di liberalizzazione sono le industrie multinazionali e non desta sorpresa apprendere che sono state proprio loro a premere con più forza per la nascita del GATS. Come lo stesso David Hartridge,

direttore della Divisione dei Servizi della WTO, ha ammesso, "senza l'enorme pressione generata dal settore dei servizi finanziari americani, in particolare l'American Express e Citicorp, non si sarebbe arrivati ad un accordo sui servizi".

Modalità di erogazione dei servizi

Il GATS identifica quattro diversi "modi di fornitura" nel commercio dei servizi:

1. Movimento del fornitore (*Movement of natural persons*): il singolo fornitore (persone individuali come medici, infermieri o ingegneri) si sposta all'estero per offrire un servizio.
2. Movimento del consumatore o consumo all'estero (*Consumption abroad*): il consumatore si sposta nel paese dove il servizio viene offerto. Per esempio il paziente che va a farsi operare all'estero.
3. Commercio cross-border (*Cross-border supply*): le persone non si spostano fisicamente, ma è il servizio stesso che attraversa le frontiere da un paese a un altro. Per esempio, i servizi di telemedicina, le chiamate telefoniche internazionali, i trasferimenti bancari internazionali.
4. Presenza commerciale (*Commercial presence*): il fornitore di servizi si stabilisce in un altro paese, tramite sedi staccate o succursali. Per esempio, una multinazionale che acquista o costruisce un ospedale in un paese terzo, una compagnia di assicurazione straniera che crea una filiale locale.

Quest'ultima modalità è la più controversa in quanto effettivamente fissa regole internazionali sull'investimento straniero e richiama fortemente alcuni degli elementi del MAI (*Multilateral Agreement on Investment*) seppellito da una valanga di proteste internazionali nell'ottobre 1998. In effetti la WTO aveva iniziato a pubblicizzare il GATS pro-

Per corrispondenza:

Angelo Stefanini

e-mail: astefanini@re.emilia-romagna.it

Abstract

GATS, one of the 28 agreements realized by WTO, could be an extremely useful instrument able to introduce free market rules in necessarily public services like health. The achievement of this agreement could bring, speaking about health, to iniquity, like in the USA.

Angelo Stefanini

Business in prospect with G.A.T.S.?

Quaderni acp 2002; vol IX n°4: 32-34

prio come il primo MAI al mondo. Cosa che ora, ovviamente, si guarda bene dal fare.

All'interno del GATS ai governi è richiesto di rimuovere le regolamentazioni sui servizi che siano considerate ostacoli al commercio. Come riconosce la WTO, le richieste del GATS "influenzeranno necessariamente fin dall'inizio le leggi e le regolamentazioni nazionali interne" (1). Nonostante la WTO sostenga il contrario, la Commissione Europea ammette che questa pressione a liberalizzare settori chiave dei servizi è un semplice "fact of life". Le trattative GATS stanno attualmente arrivando a questa fase di "domanda e offerta" quando gli stati membri sottopongono proposte di settori da aprire a ulteriore liberalizzazione. Diversi paesi hanno già cominciato a sottoporre le loro richieste.

Liberalizzazione e privatizzazione

È diventato sempre più evidente che la liberalizzazione del commercio a livello internazionale significa redistribuzione di potere, i cui principali beneficiari sono le imprese multinazionali. Nel settore dei servizi questo spostamento di potere è stato accompagnato dall'appropriazione del controllo delle politiche pubbliche da parte di una tecnocrazia internazionale, che propone le forze del mercato come migliori servitori dell'interesse pubblico e i dipendenti pubblici non degni di fiducia. Questa tendenza ha portato a un cambiamento del modello di erogazione dei servizi pubblici, anche quando tali servizi sono rimasti di proprietà pubblica. In questo modo sia le relazioni esistenti tra servizi pubblici e loro utenti, sia quelle tra servizi pubblici e lavoratori che li producono, sono entrate nell'ambito del mercato. La trasformazione dei servizi pubblici in beni di mercato apre la strada ad un monopolio nella loro produzione, ma non prospetta molti vantaggi in contropartita per la popolazione. Praticamente tutti i governi del mondo stanno de-regolamentando o privatizzando il finanziamento e/o la produzione o erogazione dei servizi pubblici, o di loro iniziativa o, in particolare nei paesi poveri, sotto la spinta dei cosiddetti programmi di aggiustamento strutturale imposti dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale

(2). A volte i governi hanno semplicemente svenduto entità pubbliche da loro controllate. In molti casi essi stanno trasformando i servizi pubblici, soprattutto quelli che troverebbero maggiore opposizione popolare alla privatizzazione, esteriorizzandone alcuni aspetti a imprese private e appaltandoli al migliore offerente. In altri casi le infrastrutture vengono tenute separate dall'erogazione dei servizi e quindi privatizzate con meccanismi di partecipazione tra capitale pubblico e privato (*Public Private Partnerships*) che mantengono in apparenza una solida configurazione pubblica e quindi sono più politicamente accettabili. Alcuni governi, come quello britannico, e in Italia la regione Lombardia, hanno introdotto il "mercato interno" alla sanità attraverso la separazione strutturale tra finanziatore (il governo) e produttori (ospedali e assistenza sul territorio) consentendo a questi ultimi di entrare in concorrenza l'uno con gli altri. Infine, con una ulteriore modalità di privatizzazione, si è cercato di infondere nel servizio pubblico l'approccio manageriale del privato fatto di metodi e principi orientati al mercato. L'organizzazione Public Services International sostiene che l'introduzione della contabilità manageriale (*business accounting*) nella sanità "...rappresenta un cambiamento significativo quanto una vera e propria privatizzazione" (3).

Servizi pubblici e privati

Nonostante il GATS riguardi tutti i servizi, molti ritengono che i servizi pubblici facciano eccezione. Nel testo del GATS i servizi pubblici vengono definiti come servizi "forniti nell'esercizio dell'autorità governativa", (art. I.3b). Tuttavia il GATS definisce servizi governativi "qualsiasi servizio che non venga fornito su base commerciale o in concorrenza con uno o più fornitori di servizi", (art. I.3c). Potrebbe quindi risultare alquanto difficoltoso identificarne altri che non siano la difesa, la banca centrale o il sistema giudiziario.

Se quindi un governo esternalizza una qualsiasi componente dei suoi servizi pubblici, come la lavanderia o il *catering*, o se imprese private (siano esse non profit o for profit) producono servizi forniti anche dal governo (come nel

caso delle scuole private o in quello di un finanziamento misto pubblico-privato), quegli stessi servizi potrebbero essere giudicati dall'organo di risoluzione delle dispute della WTO come "non di tipo governativo pubblico" e quindi non esenti dall'accordo GATS, cioè soggetti alla concorrenza di operatori stranieri. In Canada, paese che possiede un servizio sanitario pubblico, una coalizione di ospedali privati statunitensi ha asserito che il ticket imposto dal sistema sanitario canadese deve essere equiparabile ad una transazione commerciale e che, di conseguenza, impedire alle imprese statunitensi di entrare nel mercato canadese equivale, secondo il trattato NAFTA (*North American Free Trade Agreement*), a privarle del diritto di beneficiare di quel mercato.

I vantaggi ipotizzati e la realtà

A favore della privatizzazione si sostiene che essa porti maggiore concorrenza, più capitali privati, minori spese pubbliche, una più agile burocrazia, maggiore flessibilità e opportunità per i lavoratori, un'amministrazione più moderna. Ciò che però spesso succede nella realtà è che vengono creati cartelli monopolistici che alimentano la corruzione. Molti aspetti della salute pubblica (come la qualità dell'aria, la sicurezza dell'acqua e degli alimenti, lo smaltimento dei rifiuti, ecc.) sono da tempo minacciati dalle privatizzazioni; ora potrebbero essere smantellati. Non è soltanto la tensione esistente tra l'espansione del commercio e la sovranità nazionale che oggi preoccupa, quanto l'incompatibilità, a volte profonda, che esiste tra le finalità del mercato in genere, favorite dalle privatizzazioni, e l'interesse pubblico. Appare sempre più chiaro come gli obiettivi di espansione del commercio possano mettere in secondo ordine quelli della salute pubblica (4) attraverso incentivi e meccanismi, spesso perversi, che riguardano i rispettivi diritti, le responsabilità e le capacità del settore privato e di quello pubblico (5).

Al mercato dei servizi sanitari

Da tempo in alcuni paesi, compresa l'Italia, gli interessi commerciali sono entrati nel set-

tore sanitario, a volte in concorrenza (anche se regolamentata e limitata) con i produttori pubblici di servizi. Questo sistema bipolare già esistente fornisce alla WTO un utile razionale per incoraggiare ulteriore concorrenza e privatizzazione attraverso l'accordo GATS. La posta in gioco è enorme: si stima che le spese sanitarie nei paesi OCSE (Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo) raggiungano la cifra di tre milioni di miliardi di dollari l'anno (6). Tuttavia fino ad oggi il GATS non è ancora riuscito a portare a grandi privatizzazioni nei sistemi sanitari e all'apertura totale alla concorrenza straniera. Per questo, durante le trattative avvenute nel 2000, i negoziatori USA hanno identificato nei servizi un target speciale su cui puntare. In futuro gli USA potrebbero trascinare l'Italia di fronte all'Organo per la risoluzione delle dispute della WTO nel caso in cui, per esempio, il governo italiano (o un governo regionale o locale) si rifiutasse di concedere a una società statunitense il permesso di acquistare un ospedale pubblico (o altra struttura sanitaria) del servizio sanitario nazionale costruito almeno in parte con capitale privato (per esempio, come avviene nel cosiddetto *Project Financing*). Un'altra situazione si potrebbe verificare allorché alcuni dei meccanismi e dei principi che stanno alla base dell'organizzazione, finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari pubblici, venissero in qualche modo abbandonati. La "condivisione universale del rischio", per esempio, ha alla base il principio che tutti i diversi rischi a cui sono esposti i singoli in ambito sanitario (avere prima o poi bisogno di cure mediche) sono distribuiti sull'intera società. Alcune persone sono sane per la maggior parte della propria vita e hanno raramente bisogno di assistenza sanitaria; altre sono cronicamente ammalate e quindi ne hanno maggiore necessità. In un sistema universalistico l'accesso e il diritto ai servizi sanitari sono basati sul bisogno e non sulla disponibilità economica individuale. Ebbene la "condivisione universale del rischio" potrebbe essere messa a repentaglio in quanto non "pro-competitiva", ossia non favorente la concorrenza. Un altro principio minacciato è quello della

"sovvenzione incrociata o reciproca" secondo il quale le aree e i servizi meno costosi sovvenzionano quelli più costosi. In molti paesi, servizi molto redditizi come le chiamate telefoniche internazionali, hanno sovvenzionato quelli meno remunerativi ma socialmente vantaggiosi in aree rurali. Nei trasporti, i costi delle linee di autobus e di ferrovie che raggiungono aree disagiate vengono compensati dalle linee molto trafficate e più congestionate e quindi più redditizie. In un sistema sanitario pubblico, il costo molto alto dei reparti di emergenza e delle terapie intensive viene almeno in parte recuperato grazie alle entrate che servizi "elettivi" e routinari, come semplici interventi chirurgici in regime di prenotazione o che godono di economia di scala, consentono. Non è un caso che le case di cura e gli ospedali privati non forniscano quella tipologia di prestazioni altamente specializzate e costose. La "condivisione del rischio" e le "sovvenzioni incrociate" tra ricchi e poveri, sani e malati, fanno sì che tutti abbiano un sufficiente accesso a livelli analoghi di assistenza in quanto il fondamento di un servizio pubblico tende alla redistribuzione. L'eliminazione della "sovvenzione incrociata" rappresenta un passo essenziale verso la privatizzazione dei servizi perché permette alle industrie di frammentare i servizi sanitari integrati, appropriarsi di quelli più redditizi (assieme ai pazienti più remunerativi, cioè quelli che hanno meno bisogni di assistenza sanitaria) e abbandonare a se stesso il servizio pubblico così menomato. Questa tendenza alla frammentazione conduce inesorabilmente a un sistema sanitario come quello degli USA, sempre più dominato dalle organizzazioni a scopo di lucro e la cui iniquità (45 milioni di persone prive di qualsiasi accesso a servizi sanitari) è ben descritta nella letteratura (7). Una progressiva e sempre più massiccia privatizzazione della sanità metterebbe inoltre in serio pericolo anche i meccanismi di contenimento dei costi del servizio pubblico in quanto il privato si concentrerebbe sui servizi più fruttuosi lasciando al sistema pubblico quelli più costosi e "in perdita". Una forma ancora più subdola di smantellamento del sistema pubblico si riscontra nelle situazioni in cui

ospedali o produttori di servizi pubblici e non-profit, costretti a competere con quelli privati for profit per ottenere finanziamenti (provangano questi dallo stato sotto forma di quota capitaria o da assicurazioni private), riescono ad assicurarsi sempre meno fondi. La concorrenza, come si è visto, porta anche a contendersi i pazienti; nel qual caso il privato tende a rastrellare i più sani e i più ricchi, mentre i più vulnerabili (e più costosi) finiscono nel pubblico. Il risultato inevitabile è la perdita dei servizi preventivi: il sistema pubblico ha sempre meno risorse per questo tipo di servizi che, in quanto non generano una domanda, non attraggono affatto il privato. Quest'ultimo, è bene ricordarlo, non è interessato a fornire un'assistenza sanitaria alla società, ma semplicemente prestazioni sanitarie o procedure chirurgiche a chi può permettersi di pagare. Come ha detto Whitfield "...l'ultimo passo verso l'intera privatizzazione del sistema sanitario si ha allorché nonostante siano i contribuenti a finanziare l'erogazione dei servizi, è il settore privato che possiede e gestisce le infrastrutture e fornisce i servizi" (8). Esattamente il sistema da cui qualcuno sembra affascinato.

Bibliografia

- (1) *WTO Secretariat* An Introduction to the GATS, Geneva, WTO, 1999
- (2) *Stefanini A*, Salute e Mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta, Bologna, EMI, 1997
- (3) *Hall D*, Globalization, privatisation and health care: a preliminary report, London, *Public Service International Research Unit*, 2001
- (4) *Pollock AM et al*, Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care systems? *Lancet* 2000;356:1995
- (5) *Koivusalo M*, World Trade Organisation and trade-creep in health and social policies, Helsinki, *STAKES, GASPP Occasional Paper 4*, 1999
- (6) *WTO Secretariat*, Health and Social Services, Geneva, *Background note by the Secretariat S/C/W/50*, 1998
- (7) *Maciocco G*, La Sanità Americana. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 1999;17/18:1
- (8) *Whitfield D*, Public services or corporate welfare? Rethinking the nation state in the global economy, London, *Pluto Press*, 2001

Clenil® per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

Fluibron® per Aerosol

ambroxol 0,75 Soluzione 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 farmacologiche ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, corticosteroide dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasone alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone, 1,39 volte più attivo del betametasone valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL₅₀ (topo per os) >4000 mg/kg; DL₅₀ (ratto per os) >4000 mg/kg; DL₅₀ (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL₅₀ (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico bidrato, 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'alletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO DI A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

1. 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 broncopolmonari 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 spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. 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^a 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'alletta. 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 fialoide 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.

A proposito di convulsioni febbrili

Ho letto l'articolo su *Quaderni acp* (2002;2:43) dei dottori Basile e Tarantino sulle convulsioni febbrili e sulla prevenzione delle ricadute. L'articolo è molto interessante e molto interessante è anche l'articolo del dottore Bruno a pagina 44 su come spiegare la cosa ai genitori. Io mi rendo conto che ci sono effetti dannosi nel trattamento con diazepam, ma l'articolo non spiega cosa si deve fare ai 35 bambini (le facce rosse della figura 1 del dr Bruno) che avranno di nuovo convulsioni con la febbre sopra i 38° e per i quali i neuropsichiatri hanno consigliato il diazepam probabilmente conoscendo gli effetti dannosi. Questa è la domanda dei genitori del bambino che ha dato l'occasione per l'articolo.

Alberto Saviani

La risposta potrebbe essere semplice e breve: diazepam per via rettale in caso di crisi convulsiva. La domanda del dottor Saviani, però, ci permette di riproporre i risultati dello studio di Rosman riguardo alla profilassi discontinua delle convulsioni febbrili con diazepam per os: - su 100 bambini non trattati, 35 fanno una nuova convulsione entro due anni (fig.1 dell'articolo di Bruno)

- su 100 bambini trattati per due anni in occasione di episodi febbrili (fig. 2 dell'articolo di Bruno), 20 fanno comunque una nuova convulsione; 65 non hanno convulsioni anche senza trattamento; 15 fanno una convulsione in meno in due anni (rispetto ai non trattati) a fronte di 85 trattamenti inutili; 24 su 100 hanno effetti collaterali non esenti da rischi seri (fig.3). Sulla base di questi risultati è raccomandabile trattare il 100% dei bambini (non solo le 35 "facce rosse della fig. 1" citate da Saviani) con convulsioni febbrili benigne? Secondo gli autori no. Queste le evidenze dello studio. Scopo degli scenari è fornire la metodologia più idonea a reperire le evidenze disponibili in un caso come quello presentato. Compito del medico è di adattare il proprio comportamento prescrittivo alle evidenze disponibili e alle caratteristiche del proprio paziente.

e.c.

Il medico servo di tre padroni?

L'articolo "Il medico: servo di tre padroni?" di Sandro Spinsanti, pubblicato su *Quaderni acp*

(2002;2:6), ci spiega che attualmente il medico deve o dovrebbe rendere conto oltre che a se stesso (un altro padrone, il quarto) anche ad altre "istanze": scienza, paziente e società. Ma questa società, nostra padrona, che ci vincola a una "valutazione e comportamento responsabile" che cosa è? L'unione dei singoli cittadini, o la comunità nazionale o la società civile occidentale? E chi è il rappresentante della collettività? E chi è il portavoce della società? Chi ne comprende le ragioni e ne organizza i progetti sanitari? Immagino che questa entità sia lo Stato attraverso quel servizio pubblico conosciuto come Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultima affermazione era credibile un paio di decenni fa, quando si era convinti politicamente che una sanità pubblica, su base solidaristica, avrebbe migliorato la qualità delle cure sanitarie per ogni persona (ed è stato vero fino a poco tempo fa). Attualmente sappiamo che di fronte a questa sanità ne esiste un'altra che non risponde a criteri solidaristici e nemmeno di budget di spesa pubblici ma è regolata da contratti assicurativi privati oppure semplicemente dal "razionamento occulto sotto forma di liste di attesa". Allora si può affermare che la società non è così unita, ma c'è molta varietà di vedute e comportamenti. Come consideriamo questa nuova società? È un padrone a metà? Un padrone povero? L'articolo racconta anche che l'obiettivo sarebbe quello non di "contenere la spesa" ma di evitare "sprechi e diseconomie". Spero che questa affermazione possa valere per ogni epoca ed in ogni situazione. Ma non è questo il nocciolo della questione. Ultimamente gli organi di stampa annunciano che il governo pone come obiettivo il contenimento del tetto di spesa sanitaria entro una percentuale del PIL. Tutto ciò senza valutare di quanto l'invecchiamento della popolazione incida sulla spesa sanitaria in termini superiori rispetto all'inflazione; e come il progresso tecnologico-farmaceutico e la ricerca in campo sanitario ha costi sempre più elevati. Non ultimo, la giusta e crescente richiesta di sicurezza e di informazione ha un prezzo da non sottovalutare (il "coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni che lo riguardano" descritto nell'articolo). Questo nostro terzo padrone, la società, in realtà come la pensa? È disposto ad aumentare le risorse da una parte togliendole da un'altra? Forse, essendo io un servo, non ho dignità per fare questa domanda. La nostra Costituzione antepone l'individuo (la sua libertà, i suoi diritti) alla collettività, mentre altre nazioni propongono una protezione della comunità più rilevante. Un cambiamento culturale di questo tipo, in questo momento, non ci trova pronti, io credo. E quan-

do dirò al paziente che, per il rispetto delle "risorse comuni" quel tale comportamento terapeutico non potrà essere eseguito, ci sarà qualche magistrato che annuirà consenziente? Accetto, entusiasta, di essere servitore del paziente; già sopporto poco me stesso come padrone; ma, prima di accettare come "padrone" il servizio pubblico, beh ... vorrei le carte in tavola e, possibilmente, non coperte. Saremo costretti a fare, alla fine, delle scelte politiche in campo sanitario che dovranno riconsiderare il concetto di malattia, il servizio alla collettività, la solidarietà, l'economia, la comunità, il valore da dare alla persona. Dopo aver definito queste scelte sarà possibile chiarire il significato delle risorse comuni. Nel frattempo rischiamo di far confusione con quella risorsa che è il denaro: ottimo come servo, pessimo come padrone.

Grazie per la rivista e cordiali saluti.

Costantino Panza

Il commento del dottor Panza alla mia nota sul "medico servo di tre padroni" aiuta a comprendere le insidie insite nel linguaggio metaforico. La metafora del servo-padrone è avvincente ("Non si può servire a due padroni...", che mi ha indotto a contrapporre - polemicamente - la mia proposta che i padroni sono ben tre!), ma allo stesso tempo è fuorviante. Anche l'uso ristretto della stessa metafora, applicata al rapporto di un soggetto morale con la propria coscienza - "obbedire solo alla coscienza" - non è prova di ambiguità. Max Weber ci ha sollecitato a considerare le insidie di un'etica che si appoggi solo sui principi ("fai ciò che è giusto, succeda quello che può succedere"), senza il contrappeso dell'etica della responsabilità (che induce a considerare le conseguenze della propria azione). L'etica della convinzione può ispirare i più grandi idealismi, ma anche giustificare i peggiori fanatismi, allo stesso modo in cui l'etica della responsabilità può prestarsi a opportunismi in contrasto con quanto richiediamo a persone di forte moralità. Sempre per seguire la pista delle metafore, affermare che il medico deve servire solo il miglior interesse del paziente è una formula seducente, ma che non fa i conti con la complessità del reale. Ricorda le dichiarazioni di Indro Montanelli relative al buon giornalismo: il giornalista deve considerarsi solo al servizio del lettore, che è il suo vero e unico "padrone". Proposito encomiabile, ma destinato a scontrarsi - proprio come la vicenda del grande giornalista ci ricorda - con i condizionamenti economici e politici concreti. Non diversamente avviene quando abbiamo a che

di Quaderni acp

fare con quel particolare rapporto professionale che si instaura nell'ambito della medicina. La dedizione al bene del paziente è un alto valore (anche nella tradizione medievale si parlava di "servire i signori malati": ma qui l'erogazione di cure era considerata come missione, più che come professione). Un valore che non vorremmo andasse perduto sotto le spinte della modernità - che ci chiede di concordare con il paziente quanto si intende fare a suo favore, nel rispetto della sua autonomia - e tanto meno per azione del mercato. Tuttavia realisticamente dobbiamo riconoscere che quest'unico orientamento non può descrivere l'azione del medico in modo esauriente. Oltre che alla sua coscienza, il medico dovrà rendere conto delle sue scelte al paziente, al quale spetta un ruolo decisionale maggiore che in passato, e alla società, che mette a disposizione le risorse. Ma queste altre istanze sono dei co-decisi o dei poteri arbitrari, che si impongono alla ragione e alla coscienza del medico? Questa è la domanda cruciale, che descrive la drammaticità della transizione che stiamo vivendo. Il paziente può diventare un "prescrittore", che si aspetta dal medico che esegua ciò che lui ha deciso; la società potrebbe prendere il volto poco illuminato di un burocrate a cui sta solo a cuore il pareggio dei bilanci, indipendentemente da come viene ottenuto. Sono altrettanti scenari infausti, purtroppo ampiamente documentati dalla realtà. Chiudersi nella propria autoreferenzialità - là dove le scelte vengono fatte unicamente "in scienza e coscienza" - non è una via praticabile, anche se non pochi medici possono sentir nostalgia di un'epoca passata. Bisogna imparare, faticosamente, a trovare un giusto equilibrio tra esigenze molteplici e contrastanti.

Sandro Spinsanti

Latte in polvere e meningite

I genitori di un bambino di 5 anni, deceduto il 16 marzo 2002 in Belgio per meningite, hanno chiesto aiuto all'IBFAN (International Baby Food Action Network). La meningite è stata causata dall'Enterobacter Sakazakii a partire da un latte Beba della Nestlé. Il lotto sospetto è già stato ritirato in Belgio, Svizzera e Lussemburgo. Il mese scorso, la FDA (US Food and Drug Administration) aveva avvertito di aver trovato Enterobacter Sakazakii nel 14% di un campione di latti in polvere testati (compagnie non specificate). Aveva messo in guardia gli opera-

tori sanitari a non usare latte in polvere per neonati prematuri perché "le formule infantili in polvere non sono prodotti commercialmente sterili". Il neonato del Belgio era nato sano e a termine. Il problema delle etichette è stato trattato alla riunione del Codex Alimentarius in Canada. Il problema "alimenti per l'infanzia" invece è stato affrontato all'Assemblea Mondiale della Sanità. Il comunicato stampa che allego è stato pubblicato sul sito dell'IBFAN.

Elise M. Chapin
Coordinatrice MAMI

Comunicato stampa dell'IBFAN

Quanto è sicuro il latte artificiale per neonati? Il recente decesso per meningite di un neonato di 5 giorni in Belgio alimentato con latte di formula in polvere solleva importanti questioni sull'etichettatura e la promozione dei sostituti del latte materno e sull'adeguatezza dei sistemi di vigilanza commerciale, questioni attualmente discusse alla riunione del Codex Alimentarius di Halifax, Nuova Scozia, Canada, che vede la partecipazione di rappresentanti dell'IBFAN. Il neonato era nato sano nell'ospedale di Aalst, Belgio, ed era stato alimentato con latte Beba 1 della Nestlé. Subito dopo aver lasciato l'ospedale in quinta giornata (com'è costume per la dimissione in Belgio), si è ammalato e i genitori l'hanno portato di notte all'Ospedale Universitario di Gand. Poco dopo, il 16 Marzo, è morto di meningite. La famiglia ha contattato l'IBFAN quando si è resa conto che la morte era stata causata dall'Enterobacter Sakazakii, un germe molto resistente che vive nel latte in polvere. Nell'Aprile 2002, un'avvertenza riguardante l'Enterobacter Sakazakii è stata diffusa dalla FDA (US Food and Drug Administration): il 14% di un campione di confezioni di latte in polvere era contaminato dallo stesso germe (l'avvertenza può essere letta sul sito della FDA). Era menzionato un "caso Belga" del 1998 che aveva prodotto un certo numero di bambini ammalati e due decessi. L'avvertenza suggerisce che il latte in polvere non dovrebbe essere usato per alimentare bambini in unità di patologia neonatale, ma fa notare che anche i neonati normali si possono ammalare. Dice inoltre: "Come informazione di base per operatori sanitari, la FDA desidera sottolineare che le formule di latte in polvere non sono prodotti commercialmente sterili. Sono trattate al calore durante il processo di produzione, ma al contrario delle formule liquide non sono soggette ad una temperatura sufficientemente alta e per un tempo sufficiente a rendere la confezione finale un prodotto commercialmente sterile". Quasi sette settimane più tardi, il 2 Maggio, l'Agenzia Federale per la

Sicurezza Alimentare del Belgio, come misura precauzionale, ha chiesto alla Nestlé (Belgio) di ritirare le confezioni di Beba 1 da 900 g (codici DEXCPIKA e/o DEXCPIKB, scadenza 02/2003). Un avviso della Nestlé è apparso su tutti i quotidiani, nonché sui telegiornali della sera dei canali televisivi. Un articolo su un quotidiano citava la rabbia del padre del neonato allo scoprire che i genitori dei due bambini deceduti nel 1998 non erano mai stati informati della causa di morte. Nella sua dichiarazione, la Nestlé afferma che il livello di contaminazione è ben al di sotto dello standard internazionale accettabile di 4 batteri per 100 g, e che il prodotto non è sterile. Al telegiornale delle 22:30, il portavoce della Nestlé, Cedric de Prele, ha detto che "i germi presenti nel prodotto aiutano nella produzione di fattori immunitari". Il lotto in questione era stato prodotto da Nestlé Germany Kapeln. La Nestlé dice che era stato distribuito solo in Belgio e Svizzera, ma il prodotto è stato ritirato anche in Lussemburgo (sebbene in questo paese non siano stati informati i consumatori). In casi precedenti, la fonte di contaminazione era stata identificata a fatica e le compagnie non avevano ammesso l'estensione del problema e i canali di distribuzione (Nota 1). Questo caso ha importanti implicazioni per l'attuale discussione sull'etichettatura, le affermazioni sui benefici di salute e la valutazione dei rischi, e mostra il bisogno di sistemi di vigilanza centralizzati e pubblici (Nota 2). Illustra anche il rischio insito nel permettere la promozione commerciale e l'idealizzazione dell'alimentazione artificiale, che ostacola l'allattamento al seno ed incoraggia l'uso non necessario di sostituti del latte materno (Nota 3). C'è un chiaro ed urgente bisogno per un'etichettatura migliore e per sistemi sanitari che forniscano informazione veramente indipendente ai genitori. Se un basso livello di contaminazione può danneggiare la salute in questo modo, le etichette dovrebbero dire chiaramente che il prodotto non è sterile e che può contenere batteri che potrebbero crescere in certe condizioni e causare danno. Il consulente legale dell'IBFAN, Graham Ross, ha espresso la seguente opinione: "Anche se i produttori seguono i più alti standard, la legge sulla responsabilità dei prodotti richiede chiare avvertenze, specialmente in relazione a prodotti, come il latte formulato, per i quali ci si aspetta che i consumatori siano altamente preoccupati ad ogni livello di rischio".

(Nota 1) Nel 1985, quando la fabbrica Farley è stata infettata da Salmonella, ci vollero mesi

per identificare la fonte. Dei buchi negli spruzzatori a secco avevano causato una contaminazione intermittente. La Salmonella si trovò solo in 4 su 267 confezioni del prodotto. La fabbrica fu infine chiusa (Lancet Oct 17, 1987). Sir Leslie Turnberg, Presidente dei Public Health Laboratory Service (PHLS), commentò: "L'importanza vitale della vigilanza sulle malattie infettive è evidente, a causa dell'aumento globale delle stesse e della minaccia incombente di resistenza agli antibiotici... L'efficacia dei PHLS è fuori questione, e l'incredibilmente rapida identificazione della causa delle recenti epidemie di salmonellosi da latte in polvere ha indubbiamente evitato che molti bambini si ammalassero".

(Nota 2) Nel gennaio 1997, le autorità britanniche hanno chiesto alla Milupa/Nutricia di ritirare il loro latte in polvere Milumil dalla vendita in seguito alla dimostrazione che numerosi bambini alimentati con quel prodotto erano stati infettati con un raro ceppo di salmonella chiamato salmonella anatum.

La Milupa diffuse informazioni contraddittorie e fuorvianti, affermando che il problema sussisteva solo in Gran Bretagna, che l'associazione con i casi non era provata e che le autorità britanniche avevano "reagito in modo troppo zelante". In Febbraio, le autorità francesi ordinarono il ritiro di Lemiel 2. La fabbrica Milupa di Colmar, Francia, fu chiusa per una settimana e disinfettata, ma la fonte dell'infezione non si trovò (vedi *Nutricia nasconde il rischio di salmonella - genitori tenuti all'oscuro* Baby Milk Action Update 20, Feb 1997). Mr Klaas de Jonge, Direttore di Nutricia, negò che ci fosse un problema nella fabbrica o che altri prodotti potessero essere affetti. Sugerì che, dato che da gennaio 1997 la compagnia non usava più latte acquistato da aziende francesi ed olandesi, il problema era stato risolto. Le autorità francesi e la Commissione Europea ammisero che la stessa fonte di materia prima usata per i latti francesi e britannici era usata per latti venduti in Belgio, Italia e Olanda.

(Nota 3) Il marchio Beba è stato promosso in Belgio mediante distribuzione di campioni gratuiti di Beba 2 nel sistema sanitario.

La Nestlé sta anche promuovendo aggressivamente il Beba 2 in Ungheria mandando campioni gratuiti a neo-mamme dopo aver ricavato gli indirizzi delle stesse dai registri di nascita (vedi Baby Milk Action Campaign for Ethical Marketing action sheet October 1999 action sheet October 1999, che include foto scannerizzate dei materiali per la promozione commerciale).

Abbiamo deciso di pubblicare questa lettera almeno per tre buone ragioni:

1. diffondere la conoscenza che l'origine di una gastroenterite o di una meningite da germe inconsueto in un piccolo lattante possa essere un germe contenuto nel latte artificiale;
2. diffondere la nozione che il latte liquido è più sicuro;
3. perché questa lettera è un case report che sintetizza bene le conoscenze sull'argomento (trasmissione attraverso il latte artificiale di patogeni pericolosi anche per il neonato-lattante sano).

Abbiamo scritto che le segnalazioni avverse meritano sempre di essere diffuse e meditate. Questo non significa che accettiamo l'operazione ideologica implicita nella lettera "bisogna allattare al seno perché più sicuro".

Ci sono già troppe buone ragioni per allattare al seno, non è necessario aggiungere anche questa.

s.f.

L'uso incongruo del pronto soccorso

Gentile direttore, l'ho sentita dire al convegno pediatrico di Bertinoro che l'uso incongruo del pronto soccorso è un evento che non ha rapporti con veri bisogni sanitari delle popolazioni, ma esprime una richiesta sanitaria incongrua. Mi pare di avere capito che, secondo lei, non tocca al servizio sanitario dare delle risposte (che non può dare trattandosi di un problema sociale e culturale, sostanzialmente di insicurezza sociale, e non di un problema di salute fisica). Rimane però il problema di come i servizi devono comportarsi di fronte a richieste sanitarie incongrue: rifiutarle o approntare strumenti per accoglierle?

Dino Armellini

Ho effettivamente detto le cose che lei così efficacemente riassume. Anzitutto dobbiamo dire che l'utilizzo incongruo del pronto soccorso (ps) non è solo pediatrico, ma è un problema di accesso incongruo di persone di ogni età. È presuntuoso cercare una richiesta specificamente pediatrica. L'accesso incongruo al ps è solo una parte di un problema più generale di uso incongruo delle risorse sia per i bambini che per gli adulti. Anche i pediatri di famiglia (pdf) si trovano ad affrontare problemi del genere nei loro ambulatori e credo che giustamente protestino quando solo a loro viene rimproverata la responsabilità di non fare abbastanza per contrastare l'uso incongruo del pronto soccorso. Fra l'altro

abbiamo in molti provato che il numero di visite che ogni pdf "risparmia" perché i suoi clienti fuggono verso i ps è minimo (1,5-2 a seconda dei vari ambiti).

Ho detto che all'origine di tutto questo sembra esserci il senso di insicurezza che pervade la famiglia di oggi. La madre è sola, non più dentro una famiglia allargata dove la nonna ha affrontato per i suoi figli eventi ben più gravi delle macchie sulla pelle, è sola ad affrontare il cruciale periodo delle prime quattro settimane post-partum, nelle quali un numero consistente di madri (dal 10 al 20%) accusa disordini fisici ed emozionali che diventano talora persistenti e mettono a dura prova la capacità di gestire il figlio. Le madri perdono la fiducia nella loro capacità di accudire i neonati con il conseguente aumento della dipendenza dagli "esperti": ambulatori dei pediatri, ps, ospedali, etc. L'alterazione della relazione precoce madre/bambino può preludere, secondo molti, a comportamenti aggressivi-depressivi. Ci sono indagini che provano che il 30% delle madri ha difficoltà ad affrontare il puerperio senza sostegno. E il puerperio, come tutti ben sappiamo, è un periodo del tutto orfano di assistenza e di sostegno. Se questa fosse l'ipotesi che sta alla base dell'alto afflusso ai ps sarebbe vano tentare di porvi rimedio con delle misure di puro contenimento. Che l'afflusso delle richieste venga deviato a guardie mediche pediatriche (lo suggerisce il piano sanitario lombardo), o ad ambiti assistenziali a fianco dei ps, o agli studi associati, non cambierebbe granché. La domanda sarebbe sempre incongrua, la risposta sarebbe sempre a carico del Ssn ed è difficile sostenere che deve essere rifiutata. Si possono tentare misure di contenimento come i ticket, che io non giudico immorali. Mi spiego: chi "salta" volontariamente un presidio disponibile come il medico di base nelle sue ore di ambulatorio è nelle stesse condizioni di chi si rivolge a un presidio privato non rimborsabile. Tornando ai ticket è ampiamente dimostrato che essi danno comunque un "sollievo" solo temporaneo. La mia opinione - forse non bene espressa in quella sede - è che con questo problema dovremo convivere a lungo. E che un tentativo di soluzione non è di programmare servizi comunque incongrui, ma di cercare di dare risposta al bisogno di sicurezza cominciando ad occuparsi della madre nel periodo del puerperio. Il Centro per la salute del bambino se ne è occupato nella regione Calabria; c'è una bella ricerca su *The Lancet* (2002;359:378). Questa può essere una strada da tentare sempre tenendo presente che la risposta avrà tempi molto lunghi. Ci torneremo.

g.c. b.

Leggere e fare

40 Analfabetismo statistico: un problema non solo medico

Ogni giorno siamo sommersi da dati, ma i dati sono sempre privi di ideologia e davvero asettici come lo scientismo dilagante cerca di dimostrare?

Nei paesi di lingua anglosassone si va affermando una tendenza importante: per la salvaguardia del pensiero critico non servono solo "dati" ma anche "capacità di leggere criticamente i dati".

Università, programmi televisivi, riviste scientifiche e generaliste si impegnano quotidianamente in questo progetto di alfabetizzazione statistica. E in Italia?

Tutto è affidato a un comico: Beppe Grillo e ai suoi spettacoli sempre più clandestini. Clandestini? Regolamentati dalla legge: "la legge del mercato unico dell'editoria".

42 L'esame clinico può escludere la presenza di fratture nei traumi del ginocchio?

44 I test sierologici negativi sono utili per escludere la toxoplasmosi congenita nel neonato a rischio?

46 La tossina botulinica è efficace nel trattamento dell'emiplegia spastica?

abc del leggere e fare

48 utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico

Quest'articolo sintetizza un modulo didattico, utilizzato dal gruppo di formazione permanente cui appartengono gli autori, per l'apprendimento interattivo delle conoscenze necessarie per saper interpretare e saper applicare alla propria realtà clinica uno studio che tratta di un problema diagnostico. L'articolo ha l'obiettivo di rendere il lettore capace di utilizzare i concetti di Sensibilità e Specificità in maniera clinicamente utile, comprendere pregi e limiti dei Valori Predittivi e dei loro intervalli di confidenza, utilizzare il Rapporto di Verosimiglianza (Likelihood Ratio) per interpretare correttamente nel proprio contesto la riproducibilità dei risultati di uno studio di diagnosi.

Medici e pazienti

55 L'esperienza dell'autismo infantile

La seconda esperienza personale che utilizziamo per la nostra rubrica ci fa conoscere il vissuto di una madre al cui figlio viene fatta la diagnosi di autismo da uno "specialista". Le parole con cui la madre descrive l'idea che lei ha di un bambino autistico (silenzioso, dondolante, isolato) forniscono un'immagine entrata a far parte del sentire comune e la cui evocazione fa "disperare". La comunicazione della diagnosi da parte dello specialista ha l'effetto di fare sentire alla madre il figlio come estraneo.

Quanta solitudine... Eppure bisognerebbe che il medico imparasse a costruire nella comunicazione con il paziente una relazione emotiva o, meglio ancora, affettuosa.

Esperienze

56 Il caso di Mariella: adolescenza, diabete e break-down evolutivo

Per due anni Mariella, dopo l'esordio del diabete a 13 anni, ha una buona "accettazione" della malattia. Poi compare un periodo di perdita di speranza e di progettualità con paure, allucinazioni e comportamenti autolesivi.

Questo break-down dura un anno; il diabete peggiora per un rifiuto della insulinoterapia; la motivazione: voler essere una paziente importante, e magari unica, per il "suo" pediatra. L'esperienza mostra come sia possibile, grazie all'opportuno sostegno psicoterapico, utilizzare queste difficoltà come "stampella" per riprendere il cammino verso una maggiore maturità.

Daddy, how does television work?



Daddy, why does the earth go round the Sun?



Daddy, who discovered penicillin?



Daddy, what...



But how is he going to learn if he doesn't ask questions?



Analfabetismo statistico un problema non solo medico

Salvo Fedele
Pediatra di base, ASL 6 Palermo

L'imbroglio quotidiano

C'è un proliferare di iniziative nelle università USA e UK rivolte a superare l'analfabetismo statistico che interessa, secondo alcune ben documentate indagini, anche la stragrande popolazione dei laureati, nonostante più del 50% dei corsi di laurea di quelle nazioni preveda corsi di statistica di alto livello. In Italia l'analfabetismo statistico non dovrebbe suscitare scandalo alcuno e infatti il problema non desta interesse.

Nessuna indagine è stata svolta nel nostro paese per sapere se il cittadino italiano riesca a cogliere, ad esempio, la differenza tra affermazioni come queste:

- "Il tasso di sconto che nel gennaio scorso era del 2% è diminuito del 50%";

- "Il tasso di sconto che nel gennaio scorso era del 2% è aumentato solo di un punto percentuale".

In entrambi i casi la variazione percentuale in giù o in giù è stata la stessa ma, a seconda del messaggio che si vuole veicolare, il vettore di informazione utilizzerà l'una o l'altra formulazione suscitando "emozioni" diverse.

Anche il recente dibattito sull'immigrazione è stato un formidabile spunto per apprendere di queste furbizie: sui giornali, la valanga di clandestini che sommergeva l'Italia subito prima delle elezioni si è trasformata, nell'ultimo anno, in un modesto aumento di qualche punto percentuale dell'immigrazione clandestina. I lettori dei nostri scenari clinici conoscono bene le differenze tra incrementi relativi e incrementi assoluti e non sarà facile indurli nell'errore di confondere tendenze sostanzialmente invariate in improbabili successi: NNT, ARI, RRR, etc. sono entrati nel vocabolario degli scenari e il lettore che abbia ancora qualche incertezza nel cogliere le dif-

ferenze di significato può consultare il glossario pubblicato nei numeri precedenti, quantomeno per non essere raggirato quotidianamente dai principali mezzi di informazione del nostro paese.

Statistical literacy

Abbiamo curiosato nei programmi delle università di lingua inglese per cercare di capire come si cerca di contrastare da quelle parti l'analfabetismo statistico e così abbiamo scoperto che la principale novità degli ultimi anni è l'introduzione di corsi definiti di "statistical literacy". Questi corsi hanno avuto una notevole eco internazionale e molte università hanno cominciato a introdurre nel loro curriculum analoghe iniziative.

La novità principale di questi corsi è nei temi affrontati, molto lontani da quelli presi in considerazione dai corsi classici di statistica di base, e nello straordinario successo che stanno riscuotendo non solo tra gli studenti ma anche tra i mass media che hanno cominciato a dedicare a questi temi interi programmi e siti internet.

Ma quale interesse potrebbe mai avere uno dei tanti proprietari dei nostri mezzi di comunicazione di massa a contrastare questa tendenza globale all'alfabetizzazione statistica? Eppure è un fatto: l'Italia è rimasta estranea a questo processo, nonostante la difesa nel nostro paese di tutti i processi di globalizzazione.

Estranea, con un'unica eccezione: quella di Beppe Grillo, un comico che dedica la gran parte dei suoi spettacoli proprio al tema dell'alfabetizzazione statistica.

Sarà questa la ragione per la quale è stato definitivamente estromesso da tutte le televisioni? Ultima, con l'arrivo di "re Mida all'in-

contrario: Mr Murdoch", anche Tele+ (1).

Quel che colpisce è il numero sorprendentemente elevato di esempi di interesse medico affrontati in questi corsi di "alfabetizzazione". Milo Schield, per esempio, dedica il suo corso di statistical literacy (dal sottotitolo emblematico: "critical thinking") presso la Business School dell'Università dello Iowa (2) a tre argomenti:

1. la distinzione tra incrementi assoluti e relativi
2. il paradosso di Sympon
3. la differenza tra sensibilità e accuratezza diagnostica di un test.

Con straordinaria coincidenza di intenti anche Beppe Grillo ha dedicato agli stessi temi gran parte del suo ultimo spettacolo di Palermo.

Temi quantomeno stravaganti per un professore di statistica delle nostre latitudini, ancor più stravaganti per un comico che viva in qualsiasi altro paese che non sia l'Italia (dove gli unici in grado di fare alfabetizzazione statistica sono dunque i comici?), ma tutti di straordinario interesse per il percorso formativo dei nostri scenari.

Di incrementi assoluti e relativi non parleremo più: il lettore troverà esempi quotidiani ben più istruttivi di quel che potremmo fare noi e con notevole sforzo di fantasia.

Quanto al paradosso di Sympon, cui abbiamo fatto un breve cenno in uno dei numeri passati, è il principio epistemologico che consente di capire la distinzione fondamentale tra studi osservazionali e sperimentali nell'attendibilità dei risultati.

Non resta che fare un passo verso il problema numero 3 del corso di Schield (e che con ancora maggior chiarezza affronta instancabilmente Beppe Grillo): cercare di capire perché per *il pensiero critico* è tanto importante capire la distinzione tra sensibilità e accura-

Per corrispondenza:

Salvo Fedele

e-mail: sfedele@tin.it

leggere e fare

Abstract

Ogni giorno siamo sommersi da dati, ma i dati sono sempre privi di ideologia e davvero asettici come lo scientismo dilagante cerca di dimostrare? Nei paesi di lingua anglosassone si va affermando una tendenza importante: per la salvaguardia del pensiero critico non servono solo "dati" ma anche "capacità di leggere criticamente i dati". Università, programmi televisivi, riviste scientifiche e generaliste si impegnano quotidianamente in questo progetto di alfabetizzazione statistica. E in Italia?

Tutto è affidato a un comico: Beppe Grillo e ai suoi spettacoli sempre più clandestini. Clandestini? Regolamentati dalla legge: "la legge del mercato unico dell'editoria".

Quaderni acp 2002; vol IX n°4: 40-41

tezza diagnostica di un test. L'Abc del leggere e fare (si veda pagina 48) di questo numero di *Quaderni acp* è dedicato tutto a questo problema, che illustra come la significatività statistica (anche espressa in termini di intervalli di confidenza) può essere ben lontana dall'esprimere la verità di una previsione diagnostica. Come si spiega il silenzio ufficiale della scienza medica italiana su un problema così quotidiano come quello della corretta interpretazione dell'accuratezza di un test diagnostico? I curricula formativi non dovrebbero prevedere l'assoluta padronanza di questi concetti prima di concedere la licenza di richiedere un test diagnostico? E perché nessuna delle pagine o delle immagini dedicate al benessere e all'educazione sanitaria degli italiani illustra questo problema?

E per adesso ci limitiamo soltanto alla correttezza diagnostica. Il discorso diventerebbe davvero più complesso se volessimo affrontare i rapporti tra correttezza diagnostica e opportunità di trattare o non trattare?

Beppe Grillo padroneggia benissimo questa materia, perché mai non dovrebbe un medico? Forse la migliore maniera di "alfabetizzare alla salute" il paziente è mantenere i medici privi di senso critico?

La ricerca che non c'è

Nessuno in Italia è in grado di dire quanti medici utilizzino nella loro pratica concetti come probabilità pre-test, probabilità post-test, valore predittivo, rapporto di verosimiglianza. Una recente indagine comparsa su *Bandolier* (3) dice che tra i medici generalisti americani c'è ancora molta ignoranza di questi concetti, considerati unanimemente essenziali per la corretta comprensione dell'accuratezza diagnostica. In Italia nessuno ha sentito l'esigenza di una simile ricerca.

Per non essere tacciati di scarsa scientificità nel formulare la nostra diagnosi di bisogno culturale inevaso e considerare la nostra situazione simile alla poco felice situazione USA, forse dovremmo inviare un piccolo questionario a un campione di professori universitari per capire quanto migliore è la situazione dell'eccellenza didattica rispetto alla disastrosa situazione dei medici americani? E poi pub-

blicare quel che, siamo sicuri, sarebbero i tranquillizzanti risultati della nostra indagine, in uno dei prossimi numeri di *Quaderni acp*? Forse.

O forse dovremmo inviare il questionario a un campione di comici?

Nel frattempo però, senza dimostrazione alcuna, procederemo con i nostri scenari.

Gli scenari di questo numero

In questo numero affronteremo in prevalenza problemi diagnostici.

Il lettore avrà la possibilità di familiarizzare con le peculiarità della domanda per i problemi diagnostici nello scenario che pubblichiamo a pagina 42.

Lo scenario della toxoplasmosi (si veda pagina 44) affronta la difficile relazione tra probabilità di non malattia e opportunità di trattamento in caso di test negativo.

Per quanti hanno scarsa familiarità con la terminologia dell'accuratezza diagnostica è essenziale invertire l'ordine di lettura proposto e rivedere attraverso l'Abc che pubblichiamo a pagina 48 i principali concetti utilizzati nell'analisi EBM di uno studio su un problema diagnostico.

Tutto il materiale che pubblichiamo in questo numero non è di facile lettura, ma è, come sempre, il meglio di cui siamo stati capaci. Abbiamo cercato di sintetizzare in poche pagine problematiche a volte complesse. Per questo, per superare le inevitabili difficoltà, è indispensabile, ancor più che nei numeri precedenti, una discussione in un gruppo di pari. Per il resto contiamo nella consueta pazienza (clemenza?) dei nostri lettori.

ps: ricordate di non perdere il prossimo appuntamento con Beppe Grillo.

note

(1) La definizione di "re Mida all'incontrario" per Mr. Murdoch è dello stesso Beppe Grillo che ha ricordato, in uno dei suoi ultimi spettacoli (*Palermo, Agosto 2002*), come il magnate delle televisioni sia capace di trasformare tutto quello che tocca in ciò che ben ricorda il suo cognome illuminante.

(2) Statistical literacy: www.augsburg.edu/pages/~schild

(3) How doctors use tests, *Bandolier* 1999; 61:3

PREREQUISITI PER LA LETTURA DEGLI SCENARI DEL LEGGERE E FARE

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

2. Le abbreviazioni e i termini marcati in **MAIUSCOLETTO ROSSO NEGLI SCENARI DI DIAGNOSI (PAGINE 42-45)** sono ripresi nell'ABC DEL LEGGERE E FARE DI PAGINA 48.

3. Lo scenario clinico che presentiamo a pagina 46 riguarda ancora un problema di terapia. I concetti di base che il lettore deve preliminarmente conoscere per avvicinarsi alla lettura sono oltre all'**EER** (EXPERIMENTAL EVENT RATE), al **CER** (CONTROL EVENT RATE), all'INTERVALLO DI CONFIDENZA (**IC**), quello di DIFFERENZA STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, di **RBI** (RELATIVE BENEFIT INCREASE) **ABI** (ABSOLUTE BENEFIT INCREASE) e di **NNT** (NUMBER NEEDED TO TREAT), concetti tutti affrontati nel glossario ragionato di *Quaderni acp* comparso nel numero 3 di quest'anno e che per esigenze di spazio non possiamo ripubblicare in questo numero.

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

L'esame clinico può escludere la presenza

Rosario Ferracane, Daniela Vernaccini
Pediatri di base, ASL 9 Trapani

Scenario Clinico

Un bambino di sette anni viene in ambulatorio 24 ore dopo una caduta accidentale dalla bicicletta.

Ha il ginocchio destro dolente e tumefatto.

La madre chiede la prescrizione di una radiografia. Mi domando se un esame clinico accurato possa escludere la presenza di fratture ed evitare l'indagine radiologica.

Background

I traumi del ginocchio sono frequenti nei bambini e sono dovuti più spesso a cadute, incidenti stradali e pratiche sportive.

L'incidenza di fratture dopo trauma del ginocchio è relativamente bassa; negli adulti è tra il 5% e l'8%; nonostante ciò vengono eseguiti di routine esami radiologici, che si rivelano negativi nella massima parte dei casi, sia per rispondere alle aspettative dei genitori, sia per il timore dei medici di trascurare lesioni ossee potenzialmente gravi.

Negli adulti è più frequente la frattura della rotula, nel bambino la frattura della tibia.

Uno studio del 1995 (1), su popolazione adulta, ha validato un protocollo clinico, i cosiddetti "Ottawa knee rules" (OKR), che si è rivelato altamente sensibile nell'identificare le fratture del ginocchio, consentendo un risparmio d'indagini radiografiche in circa il 50% dei casi (i soggetti negativi al test).

I criteri dell'OKR sono semplici e di facile applicabilità.

Viene eseguita la radiografia del ginocchio solo se all'esame clinico è presente almeno uno dei seguenti segni:

- età superiore a 55anni;
- dolorabilità isolata della rotula;
- dolorabilità della testa del perone;
- incapacità a flettere il ginocchio a 90°;
- impossibilità a stare in piedi o a caricare il peso del corpo sull'arto interessato, immediatamente dopo il trauma e al dipartimento d'emergenza.

I testi di ortopedia pediatrica consultati non prevedono l'applicabilità dell'OKR nella diagnosi differenziale delle fratture post-traumatiche del ginocchio nel bambino.

La domanda in tre parti

In un

[bambino con un trauma del ginocchio]

[POPOLAZIONE]

[l'esame clinico confrontato con la radiografia] [INTERVENTO]

permette di escludere la [presenza di fratture]? [OUTCOME]

Commento

Come deve essere formulata la domanda di un problema diagnostico per raggiungere l'obiettivo di una buona ricerca bibliografica?

La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:

1. POPOLAZIONE (E PATOLOGIA ESAMINATA)

Negli articoli che trattano di test diagnostici la popolazione è definita (analogamente a quanto imparato dagli scenari di terapia) dalla malattia e dall'età del soggetto.

In questo scenario cerco informazioni su "TRAUMI DEL GINOCCHIO E BAMBINO" (prima parte della domanda).

2. INTERVENTO (TEST DIAGNOSTICO E TEST DI CONFRONTO CON GOLD STANDARD)

In una ricerca bibliografica su un problema di diagnosi il concetto d'intervento è rappresentato dal test di cui si vogliono conoscere le evidenze, nel mio caso L'ESAME CLINICO del ginocchio;

il gold standard (la RADIOGRAFIA, per una sospetta frattura) può essere esplicitato (se lo si conosce e se si vuole focalizzare la ricerca).

Cerco quindi informazioni su ESAME CLINICO E RADIOGRAFIA (seconda parte della domanda)

Anche se non presente nella formulazione della domanda, è indispensabile, però, che negli articoli di diagnosi il test da validare sia confrontato sempre in cieco con il gold standard diagnostico relativo all'outcome studiato (la RADIOGRAFIA del ginocchio per una sospetta frattura, ma potrebbe essere la RMN per le lesioni del menisco o l'ARTROSCOPIA per le lesioni dei legamenti o le fratture condrali intrarticolari).

3. OUTCOME

È rappresentato dalla diagnosi della malattia, definita nella prima parte della domanda e pertanto:

a) può non essere esplicitato nella costruzione della terza parte della domanda e, in questo caso, la ricerca si estende agli articoli che valutano il test (esame clinico) nella diagnosi di tutti gli esiti dei traumi del ginocchio (fratture, lesioni dei legamenti o dei menischi).

b) può essere esplicitato, se si cercano evidenze ristrette ad un particolare esito: nel mio caso cerco informazioni su FRATTURE (terza parte della domanda)

Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini: - KNEE INJURIES - CHILD - PHYSICAL EXAMINATION - RADIOGRAPHY - FRACTURES

sempre su Pub Med nella maschera CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS **selezione Diagnosis and Specificity** e completo la mia domanda:

"knee injuries" AND child AND "physical examination" AND radiography AND fractures.

La ricerca seleziona 3 articoli; due riguardano una popolazione di età superiore a 15 anni.

Commento

Nella maschera CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS

Diagnosis seleziona solo gli articoli di diagnosi relativi al problema specificato nella prima parte della domanda.

Sensitivity e specificity non hanno nulla a che vedere con i concetti di sensibilità e specificità dei test diagnostici.

Sensitivity estende la ricerca agli articoli che riportano sensibilità o specificità.

Specificity seleziona gli articoli che riportano tra i risultati sensibilità e specificità e/o valore predittivo (gli articoli che riportano la likelihood ratio sono ancora pochi, ma conoscendo la sensibilità e la specificità è possibile calcolarla).

Per le modalità con cui utilizzare gli operatori logici e le modalità di consultazione del THESAURUS di PUB MED si rimanda ai commenti degli scenari di Terapia pubblicati nel numero 3/2002 di Quaderni acp a pagina 40 e successive.

Articoli selezionati

Khine et al. Applicability of Ottawa knee rule for knee injury in children. *Pediatr Emerg Care* 2001 Dec;17(6):401

Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 2001

Nazione: USA

Tipo di studio: Studio prospettico

Setting: I dipartimenti pediatrici di emergenza di due ospedali urbani

di fratture nei traumi del ginocchio?

Pazienti e test diagnostici analizzati

Pazienti:

N = 234 SOGGETTI DI ETÀ INFERIORE A 18 ANNI (MEDIANA 13 ANNI, RANGE TRA 2 E 18 ANNI),

Test da validare:

OTTAWA KNEE RULES APPLICATI AL BAMBINO

I pazienti sono stati tutti sottoposti ad un esame clinico accurato con la rilevazione standardizzata dei segni clinici previsti dai criteri OKR:

- a) dolorabilità isolata della rotula;
- b) dolorabilità della testa del perone;
- c) incapacità a flettere il ginocchio a 90°;
- d) impossibilità a stare in piedi o a caricare il peso del corpo sull'arto interessato, immediatamente dopo il trauma e/o impossibilità a fare 4 passi al dipartimento d'emergenza

Il test è stato considerato positivo se era presente almeno uno dei segni clinici.

Gold standard:

RADIOGRAFIA DEL GINOCCHIO.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a Rx del ginocchio (gold standard), per verificare la presenza di fratture; il radiologo che ha letto la lastra non era a conoscenza dell'esito dell'esame clinico. Inoltre, scopo secondario dello studio è stato quello di validare il valore predittivo positivo di altri segni clinici.

Criteri di inclusione: tutti casi presentati consecutivamente al dipartimento di emergenza di due ospedali con dolore post-traumatico del ginocchio di durata inferiore a 1 settimana

Criteri di esclusione:

- esame obiettivo normale del ginocchio;
- lesione cutanea superficiale isolata;
- traumi estesi a due o più organi sistemici;
- precedenti traumi o interventi sul ginocchio;
- malattie croniche di base;
- dolore di durata superiore ad 1 settimana.

Prevalenza: dei 234 soggetti studiati il 6% è risultato affetto da fratture ossee.

Risultati

1. ANALISI DELL'EFFICIENZA DIAGNOSTICA DELL'OKR NELLE FRATTURE DEL GINOCCHIO

TEST DIAGN.	SENSIBILITÀ	SPECIFICITÀ	LR+	LR-
OKR test	92%	49%	1,8 IC 95% 1,2 - 2,1	0,16 IC 95% 0,02 - 0,68

L'analisi dell'efficienza diagnostica di un test (strumentale, di laboratorio o clinico) verrà sintetizzata in tutti gli scenari di diagnosi con una tabella come questa che riguarda L'OKR TEST. È indispensabile che il lettore familiarizzi con questi concetti, in particolare con i concetti di LR+ e LR-. Si rimanda alla lettura

dell'ABC DEL LEGGERE E FARE A PAG 48 che illustra la LR e la sua utilità per calcolare la PROBABILITÀ POST-TEST.

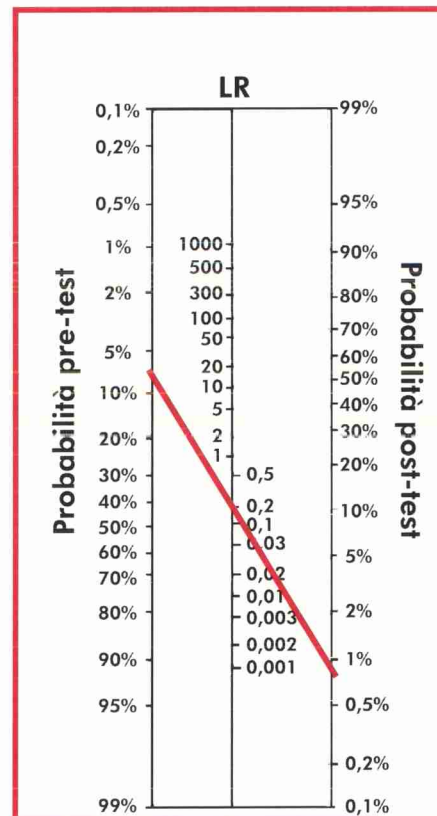
Conclusioni (aggiornamento 28-6-2002)

In caso di positività gli Ottawa Knee Rules applicati al bambino hanno una LR+ molto debole, rendendo la radiografia indispensabile per il corretto inquadramento diagnostico. In caso di negatività la LR- di 0,16 consente di considerare il test adatto a giustificare il mancato ricorso alla radiografia.

Non siamo stati in grado di reperire studi sulla prevalenza di fratture post-traumatiche del ginocchio in setting ambulatoriali. Considerando la prevalenza del problema quella dello studio (6%) la probabilità post-test di trovarci di fronte a una frattura in caso di test negativo è bassa (0,9%). Si veda figura 1.

FIGURA 1: PROBABILITÀ DI FRATTURA IN UN BAMBINO CON TRAUMA AL GINOCCHIO E OKR NEGATIVO

	PROBAB. PRE TEST	LR -	PROBAB. POST TEST
setting ospedaliero	6%	0,16	0,9%



Gli autori sottolineano nel loro studio che la difficoltà maggiori nell'estendere il test OKR al bambino risiede nel fatto che una tipica frattura del bambino, quella della tibia, possa sfuggire al test; per tale motivo suggeriscono di includere nel test anche la dolorabilità della tuberosità tibiale anteriore.

Per valutare l'accuratezza diagnostica del test nel bambino sono necessari altri studi che includano anche questo segno tra quelli da indagare.

Bibliografia

(1) Stiell IG et al. Derivation of a decision rule for the use of radiography in acute knee injuries. *Ann Emerg. Med.* 1995;26:405

Per corrispondenza:
Rosario Ferracane
email: ferrosario@tiscalinet.it

I test sierologici negativi sono utili per nel neonato a rischio?

Enrico Corpora*, Rosario Ferracane**

*Pediatria di base, ASL 6 Palermo, **Pediatria di base, ASL 9 Trapani

Scenario Clinico

Scenario clinico n° 1

Maria è una neonata di 30 giorni che viene per il primo controllo. La madre ha avuto una sierconversione per anticorpi antitoxoplasma tra la 20ª e la 28ª settimana di gravidanza: netta positività per IgG, IgM e IgA ELISA (Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay) alla 28ª settimana che erano negative alla 20ª settimana. Per tale motivo la mamma è stata trattata con spiramicina (1 g due volte al giorno fino al parto). La piccola all'esame clinico e alla visita oculistica è normale, ha presentato alla nascita IgM e IgA ELISA assenti e IgG ELISA 247 U.I. Alla dimissione viene consigliato un primo ricontrollo di IgG e IgM a tre mesi e non è proposta alcuna terapia. I genitori chiedono un parere sul programma diagnostico e terapeutico.

LA DIAGNOSI D'INFEZIONE IN GRAVIDANZA (TRA LA 20ª E LA 28ª SETTIMANA) È CERTA. NON SO SE LA NEGATIVITÀ DELLE IgA E DELLE IgM ESCLUDE CON CERTEZZA LA DIAGNOSI DI INFEZIONE CONGENITA.

Scenario clinico n° 2

Giuseppe è un nuovo assistito di un mese e mezzo di età. La madre è stata trovata positiva al terzo mese di gravidanza per antitoxo in IFA (Indirect Fluorescent Antibody Test) sia IgG (6xN) che IgM (1,5xN); queste ultime sono risultate in crescita del doppio ad un ulteriore controllo e poi in diminuzione ai successivi controlli, per tale motivo le è stata prescritta terapia con spiramicina. Il profilo sierologico di Giuseppe ha evidenziato IgG positive con titolo > 1:1000, IgM e IgA negative sia alla nascita sia dopo un mese circa. Nulla è stato riscontrato di rilevante all'esame clinico, alla visita oculistica e all'eco transfontanellare. Viene dimesso con una prescrizione di spiramicina ¼ di cpr. x 2 x 4 settimane e con l'indicazione di una farmacia dove procurarsi un prodotto galenico a base di pirimetamina e sulfadiazina.

LA DIAGNOSI DI INFEZIONE IN GRAVIDANZA È DUBBIA: le IgM, pur essendo tipiche dell'infezione acuta, possono persistere per molti mesi. Sarebbe stato necessario a quell'epoca utilizzare test di 2° livello. ANCHE IN QUESTO CASO NON SO SE LA NEGATIVITÀ DEGLI ESAMI NEL BAMBINO ESCLUDE CON CERTEZZA LA DIAGNOSI DI INFEZIONE CONGENITA

Background

La maggior parte dei neonati con Toxoplasmosi congenita sono assolutamente asintomatici alla nascita e se non trattati sono esposti ad un alto rischio di sviluppare corioretinite (85%) e sequele neurologiche (20%).

IL RISCHIO DI TRASMISSIONE AUMENTA CON L'ETÀ GESTAZIONALE e passa dal 5% alla 12ª settimana, al 20% alla 20ª settimana, al 40% alla 26ª e al 72% alla 36ª.

AL CONTRARIO, IL RISCHIO CHE IL LATTANTE INFETTO MANIFESTI PRECOCEMENTE SEGNI GRAVI (inclusi corioretinite e idrocefalo) SCENDE dal 61% nel caso di infezione fetale alla 13ª settimana fino al 9% alla 36ª (1). Benché alcuni paesi hanno un programma di monitoraggio delle gravidanze con esami periodici per diagnosticare un'infezione recente e poter prevenire con trattamento farmacologico la toxoplasmosi congenita, non ci sono evidenze che il trattamento delle donne che hanno avuto una sierconversione prevenga l'infezione fetale (2) (3).

LA DIAGNOSI DI INFEZIONE CONGENITA NEL NEONATO SI BASA SULLA POSITIVITÀ DELLE IgM ED IgA ANTITOXO. SI SA PERÒ CHE UNA PARTE RILEVANTE DI NEONATI INFETTI RISULTANO NEGATIVI A QUESTI TEST.

Il ricorso a metodiche di indagini più sensibili (dosaggio in ISAGA - ImmunoSorbent Agglutination Assay - delle IgA e IgM e IgE neonatali oppure l'analisi comparativa in immunoblotting delle IgG neonatali e materne) aumenta la possibilità di diagnosi più precoci. Tuttavia anche con le tecniche più raffinate non è a volte possibile risolvere il quesito diagnostico rapidamente e molti centri finiscono quindi per cominciare la terapia dopo diversi mesi dalla nascita, aumentando il rischio in cui il neonato può incorrere.

LA DIAGNOSI DEFINITIVA DI INFEZIONE CONGENITA NEL LATTANTE È DATA DALLA POSITIVITÀ DELLE IgG ANTITOXO A 1 ANNO DI ETÀ (ATTUALE GOLD STANDARD), quando le IgG trasmesse dalla madre non sono più presenti.

Si ritiene "ragionevole raccomandazione", trattare al più presto i neonati infetti con pirimetamina e sulfadiazina per 1 anno (4).

La domanda in tre parti

In un

[neonato con sospetta toxoplasmosi congenita] [POPOLAZIONE] la negatività di [IgM e IgA] [INTERVENTO] esclude la probabilità di avere [la malattia]? [OUTCOME]

Commento

Come deve essere formulata la domanda di un problema diagnostico per raggiungere l'obiettivo di una buona ricerca bibliografica?

La strutturazione della domanda deve comprendere tre parti:

1. POPOLAZIONE (E PATOLOGIA ESAMINATA)

In questo scenario cerco informazioni su "TOXOPLASMOSI CONGENITA E NEONATO" (prima parte della domanda).

2. INTERVENTO (TEST DIAGNOSTICO E TEST DI CONFRONTO CON GOLD STANDARD)

In una ricerca bibliografica su un problema di diagnosi il concetto d'intervento è rappresentato dal test di cui si vogliono conoscere le evidenze, nel mio caso IgM e IgA ANTI-TOXO;

3. OUTCOME

È rappresentato dalla diagnosi della TOXOPLASMOSI CONGENITA, ma essendo tale termine definito nella prima parte della domanda è inutile inserirlo come terza parte.

Strategia di ricerca

Verifico i termini di ricerca nel MeSH Browser di PubMed: -TOXOPLASMOSIS, CONGENITAL -INFANT, NEWBORN -IgM -IgA. Sempre su Pub Med nella maschera CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS seleziono **Diagnosis and Specificity** e completo la mia domanda: "toxoplasmosis, congenital" AND "infant, newborn" AND **IgM AND IgA**. Impostando così la ricerca si trovano 11 articoli, uno dei quali è quello analizzato.

Commento

Nella maschera CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS

Diagnosis seleziona solo gli articoli di diagnosi relativi al problema specificato nella prima parte della domanda.

Sensitivity and specificity non hanno nulla a che vedere con i concetti di sensibilità e specificità dei test diagnostici.

Sensitivity estende la ricerca agli articoli che riportano sensibilità o specificità.

Specificity seleziona gli articoli che riportano tra i risultati sensibilità e specificità e/o valore predittivo.

escludere la Toxoplasmosi congenita

Articoli selezionati

Naessens A et al. Diagnosis of congenital toxoplasmosis in the neonatal period: A multicenter evaluation. *J Pediatr* 1999;135:714

Caratteristiche principali dello studio

Data di pubblicazione: 1999

Nazione: EU

Tipo di studio: Studio multicentrico retrospettivo

Setting: 7 Centri universitari europei di medicina

Pazienti e test diagnostici analizzati

Pazienti:

N= 294 COPPIE MADRE-BAMBINO CON DOCUMENTATA INFEZIONE DA TOXOPLASMA IN GRAVIDANZA

Test da validare:

IgM e IgA ANTITOXO SU SANGUE NEONATALE CONFRONTATO IN CIECO CON IL GOLD STANDARD

Gold standard:

PERSISTENZA A 1 ANNO DI IgG ANTITOXO.

Criteri di inclusione: tutti casi consecutivi di accertata sierconversione in gravidanza

Criteri di esclusione: sono stati esclusi dalla valutazione 20 casi per gravidanze esitate in aborto o morte intrauterina del feto, o per incompletezza dei dati riguardanti la gravida o il neonato.

Prevalenza: dei 294 neonati 93 (32%) sono risultati affetti da toxoplasmosi congenita.

Risultati

1. ANALISI DELL'EFFICENZA DIAGNOSTICA DEI TEST SEROLOGICI ALLA NASCITA

TEST DIAGN.	SENSIBILITÀ	SPECIFICITÀ	LR+	LR-
IgM	43,02%	99,32%	63,67	0,57
IgA	65,62%	99,05%	68,90	0,35
IgM+IgA	70,31%	98,1%	36,91	0,30

Conclusioni (aggiornamento 28-6-2002)

In caso di positività questi test indicano una diagnosi pressoché certa.

In caso di negatività riducono di poco la probabilità di malattia.

La neonata dello scenario 1 dimessa senza terapia aveva un rischio di infezione valutabile tra il 20% e il 40% (a seconda dell'epoca dell'infezione che ovviamente non può essere definita con precisione).

La negatività dei test ha modificato di poco la probabilità post-test di malattia, portandola a un valore tra il 7% e il 17% (si veda figura 1).

FIGURA 1: PROBABILITÀ DI MALATTIA NEL NEONATO DELLO SCENARIO 1

EPOCA INFEZIONE	PROBAB. PRE TEST	LR -	PROBAB. POST TEST
20 sett.	20%	0,3	7%
28 sett.	40%	0,3	17%

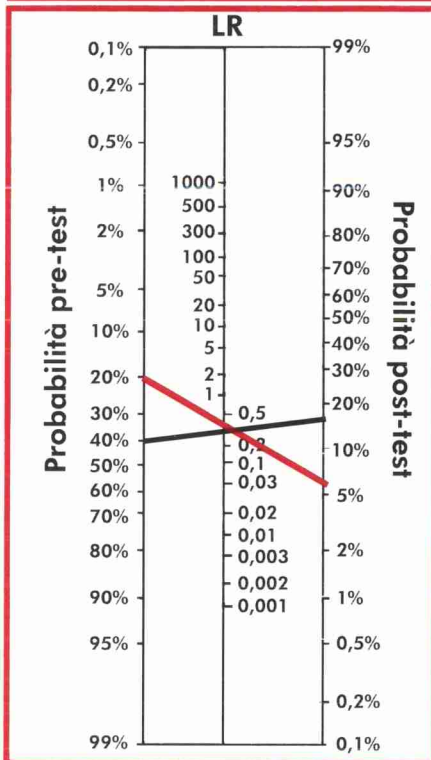
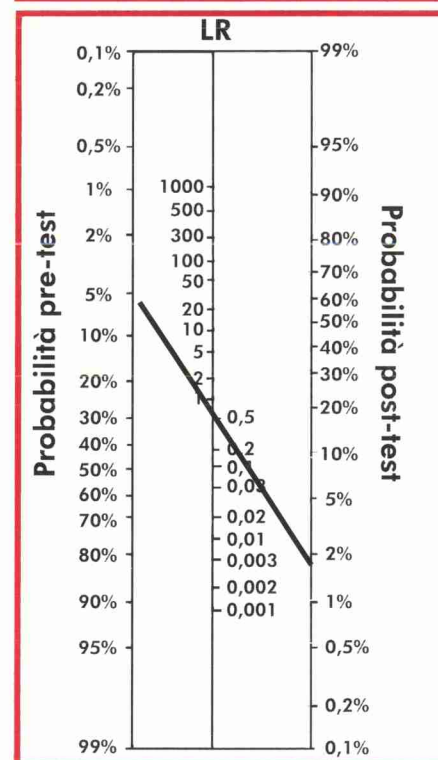


FIGURA 2: PROBABILITÀ DI MALATTIA NEL NEONATO DELLO SCENARIO 2

EPOCA INFEZIONE	PROBAB. PRE TEST	LR -	PROBAB. POST TEST
12 sett.	5%	0,3	2%



L'alta probabilità di toxoplasmosi congenita e la sicurezza della diagnosi di infezione in gravidanza ci hanno fatto propendere per il trattamento in disaccordo con la prescrizione di non terapia da parte dei neonatologi.

I genitori hanno rifiutato la terapia.

Al V mese di vita la bambina è risultata positiva al test comparativo delle IgG neonatali e materne

Il neonato dello scenario 2 dimesso con terapia aveva un rischio di infezione molto basso valutabile intorno al 5%.

La negatività del test ha modificato di poco la probabilità post-test di malattia, portandola al 2% (si veda figura 2).

In questo caso invece nonostante le indicazioni di trattamento che provenivano dalla neonatologia abbiamo deciso di non trattare considerato il dubbio relativo all'infezione

materna in gravidanza, il basso rischio di infezione congenita relativo all'epoca di sospetta infezione e il basso rischio per il neonato di essere asintomatico se avesse contratto l'infezione nel primo trimestre: lo abbiamo comunque avviato a un follow-up serologico e agli esami di secondo livello che hanno confermato l'assenza di malattia.

Bibliografia

- (1) Dunn D et al. Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counseling. *Lancet* 1999;353:1829
- (2) Wallon M et al. Congenital toxoplasmosis: systematic review of evidence of efficacy of treatment in pregnancy. *BMJ* 1999;318:1511
- (3) Peyron F et al. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000*
- (4) McLeod R et al. Toxoplasmosis. In: *Behrman RE et al. Nelson Textbook of Pediatrics. W.B. Saunders Company, 16th Edition, 2000*

Per corrispondenza:

Enrico Corpora

email: ecorpora@hsoft.it

La tossina Botulinica è efficace nel

Antonio Basile, Enrico Corpora
Pediatri di base, ASL 6 Palermo

Scenario Clinico

M. è una bambina di 4 anni nata pretermine a 28 settimane che ha presentato seri disturbi dell'adattamento, con asfissia neonatale ed emorragia periventricolare. A distanza di qualche mese dalla nascita si sono resi manifesti segni di danno neurologico e interessamento soprattutto del versante motorio con un quadro clinico di emiplegia spastica.

Recentemente, M. ha subito un irrigidimento spastico dell'arto inferiore destro con equinismo del piede sempre più marcato.

Il neuropsichiatra infantile ha proposto una nuova terapia basata sull'uso della tossina botulinica da effettuare in centri specializzati.

I genitori vogliono sentire il mio parere.

Mi chiedo se il trattamento con tossina botulinica è efficace nel ridurre l'impaccio motorio e i disturbi della deambulazione nei bambini con paralisi cerebrale.

Background

La paralisi cerebrale è la più comune causa di disabilità fisica dell'infanzia (1 caso su 400 bambini). La maggior parte di questi bambini (80% circa) ha problemi di deambulazione come conseguenza delle contratture dei muscoli degli arti inferiori, in particolare di quelli del polpaccio. Il trattamento per ridurre tale spasticità si è basato finora su interventi di fisioterapia e ortesi, tuttavia alcuni bambini devono ricorrere all'intervento chirurgico di allungamento miotendineo. Le infiltrazioni topiche di tossina botulinica rappresentano un ulteriore presidio terapeutico, a supporto della fisioterapia, per la prevenzione delle contratture muscolari fisse e allo scopo di evitare o allontanare la terapia chirurgica. Della tossina botulinica, prodotta dal Clostridium botulinum, si conoscono 7 sierotipi (A - G); solo il tipo A è usato per scopi terapeutici. La tossina determina rilassamento muscolare interrompendo il rilascio dell'acetilcolina nello spazio presinaptico della giunzione neuromuscolare. Si sa che una systematic review della Cochrane di due anni fa (1) non è arrivata a conclusioni definitive né a favore né contro l'impiego della tossina botulinica: gli studi su quest'argomento hanno delle debolezze legate alle piccole dimensioni dei campioni, alla variabilità dei parametri di efficacia (che in genere sono parametri osservazionali di funzioni motorie) e alla scarsa riproducibilità delle metodiche di valutazione di tali parametri. Per tali motivi non esistono ad oggi studi di metanalisi.

La domanda in tre parti

In un [bambino di età prescolare con emiplegia] [POPOLAZIONE]

[la tossina botulinica] [INTERVENTO]

è efficace nel ridurre

[la spasticità degli arti inferiori e i disturbi della deambulazione] [OUTCOME]

Commento

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

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 bambino di età prescolare con emiplegia".

Questa costituisce la prima parte della domanda.

2. Intervento (ED EVENTUALE CONTROLLO)

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

Cerco informazioni circa l'efficacia della "tossina botulinica" (intervento) nei confronti del placebo o di altri presidi terapeutici (eventuale controllo).

Questa descrizione costituisce la seconda parte della domanda.

3. Outcome OVVERO ESITO DELL'INTERVENTO (E DEL CONTROLLO)

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

Voglio valutare l'eventuale miglioramento nella "deambulazione" dopo la somministrazione del farmaco.

Questa descrizione costituisce la terza parte della domanda.

Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini:- CHILD, PRESCHOOL

- HEMIPLEGIA - BOTULINUM TOXIN TYPE A

- WALKING

sempre su Pub Med nella maschera CLINICAL QUERIES USING RESEARCH METHODOLOGY FILTERS seleziono Therapy and Specificity e completo la mia domanda:

"child, preschool" AND "Hemiplegia" AND "botulinum toxin type A" AND walking

La ricerca ha selezionato 1 articolo.

Introduzione in questo articolo si fa riferimento a un articolo

Commento

1. Comincio con la prima parte della domanda (quella che riguarda la POPOLAZIONE). Scrivendo CHILD nella stringa di ricerca il dizionario mi informa: "A person 6 to 12 years of age. An individual 2 to 5 years old is CHILD, PRESCHOOL".

Utilizzo quest'ultimo termine.

Successivamente scrivo HEMIPLEGIA e il dizionario mi informa: "Severe or complete loss of motor function on one side of the body. This condition is usually caused by brain disease that are localized to the cerebral hemisphere opposite to the side of weakness".

2. Proseguo con la seconda parte della domanda (quella che riguarda L'INTERVENTO). BOTULINUM TOXIN che non è un termine indicizzato nel Thesaurus, mentre lo è il plurale BOTULINUM TOXINS. Scorrendo l'albero del dizionario c'è BOTULINUM TOXINS TYPE A, l'unica utilizzata per scopi terapeutici. Proprio per questo utilizzerò tale termine.

3. Concludo con l'ultima parte della domanda (quella che riguarda l'OUTCOME) Per la valutazione dell'outcome scelgo di esaminare gli effetti che l'intervento terapeutico determina sulla spasticità muscolare ed, in ultima analisi, sulla deambulazione. Scrivo WALKING e il dizionario mi informa che è un termine MeSH

Articoli selezionati

Ubhi T et al. Randomised double blind placebo controlled trial of the effect of botulinum toxin on walking in cerebral palsy. Arch Dis Child 2000;83:481

Caratteristiche principali dello studio

Nazione: UK

Tipo di studio: RCT in doppio cieco

Follow-up: 12 settimane

Setting: Yorkshire Regional Child Development Centre

Randomizzazione:

La randomizzazione è stata effettuata da un dipartimento di statistica esterno.

trattamento dell'emiplegia?

Pazienti e interventi confrontati

Pazienti

N = 40 pazienti tra 2 e 16 anni con paralisi cerebrale e con equinismo del piede. Tutti avevano ricevuto, almeno per tre mesi, fisioterapia convenzionale e trattamento ortesico del piede. Tali trattamenti continuavano per tutta la durata dello studio.

Gruppo Controllo

N = 18 soggetti (età media 6,2 anni) trattati con placebo.

Gruppo sperimentale

N = 22 soggetti (età media 5,5 anni) trattati con tossina botulinica (200 U/ml in soluzione salina 0,9%); i soggetti diplegici con 25 U/kg e i soggetti emiplegici con 15 U/kg. L'iniezione era praticata nei muscoli soleo e gastrocnemio.

Criteri di esclusione

85 casi consecutivi di bambini con diplegia o emiplegia spastica ed equinismo del piede, afferenti al Centro di riferimento con indicazione alla terapia con tossina botulinica, sono stati arruolati dal settembre 1996 al marzo 1998. Solo 40 sono stati ammessi alla randomizzazione seguendo i criteri d'esclusione:

- presenza di contratture fisse
- impossibilità a deambulare con o senza sostegno
- pregresso trattamento con tossina botulinica
- pregresso intervento chirurgico agli arti inferiori.

Analisi degli eventi presentati dagli autori

CONFRONTO TRA I GRUPPI PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA CON TOSSINA BOTULINICA

1. MIGLIORAMENTO ANDATURA

Veniva assegnato un punteggio (da 1 a 4) che valutava, su immagini filmate, il grado di contatto iniziale del piede al suolo:

- normale attacco con il calcagno (0)
- attacco con la pianta del piede (1)
- attacco delle dita e poi del calcagno (2)
- marcia solo sulle dita (3)
- marcia marcata sulle dita del piede (4).

La maggior parte dei bambini apparteneva a questi ultimi due gradi di equinismo. L'andatura veniva analizzata e valutata su registrazione video da un esperto fisioterapista infantile in modo indipendente e in "cieco". Era considerato un miglioramento clinicamente

rilevante una variazione di almeno un grado di questa scala in uno o entrambi gli arti trattati. L'analisi dei dati è stata fatta secondo l'intention to treat.

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Miglioramento dell'andatura a 12 settimane	2/18 11%	10/22 45%	3,09	0,34	3 IC 95% 2-17

2. MIGLIORAMENTO DELLE FUNZIONI MOTORIE GROSSOLANE

Le funzioni motorie grossolane (GMF) dei bambini con paralisi cerebrale sono classificate in cinque sottocategorie:

- stare sdraiato e rotolare
- stare seduto
- andare carponi e inginocchiarsi
- stare in piedi
- camminare, correre e saltare.

I bambini dello studio appartenevano a quest'ultima categoria ed è stata valutata la capacità di camminare, correre e saltare prima e dopo terapia con tossina botulinica.

La misurazione delle funzioni grossolane motorie (GMFM) è un test osservazionale; un miglioramento di almeno il 6% del punteggio totale, o nell'ambito di una sottocategoria, è considerato clinicamente significativo.

Sei pazienti non hanno completato la valutazione per mancanza di cooperazione.

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Miglioramento della GMFM	1/15 7%	7/19 37%	4,52	0,30	4 IC 95% 2-84

Abbiamo calcolato lo scenario peggiore attribuendo una risposta positiva (miglioramento) ai tre soggetti persi nel gruppo controllo e negativa (assenza di miglioramento) ai tre soggetti persi nel gruppo sperimentale.

Questo calcolo ci consente di valutare quale sarebbe stata la risposta meno favorevole per l'esito dello studio se i sei soggetti fossero stati analizzati.

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Miglioramento della GMFM (PEGGIORE SCENARIO)	4/18 22%	7/22 32%	0,43	0,10	11 IC 95% 3-∞

Conclusioni

Il miglioramento dell'andatura riscontrato nell'outcome primario dello studio appare certo (NNT 3, IC 95% 2 - 17) anche se la sua rilevanza clinica è difficile da determinare. Al contrario le evidenze sono meno significative (ampio intervallo di confidenza del NNT) per il secondo outcome clinicamente più rilevante (GMFM); se poi prendiamo in considerazione lo scenario peggiore per questo outcome l'IC al 95% comprende il valore infinito e quindi non c'è differenza significativa fra gruppo trattato con tossina botulinica e gruppo controllo, anche se il campione insufficiente e il follow-up breve non consentono conclusioni definitive.

La differente rilevanza clinica dei due eventi è sottolineata in una recente recensione a questo studio (2): infatti, secondo l'autore, un conto è la valutazione filmata del miglioramento di un grado dell'attacco del piede al suolo (VGA), altra cosa è la valutazione della capacità di marciare, correre e saltare (GMFM). Sono perciò auspicabili studi con un campione più numeroso, con un follow up più lungo e con una migliore standardizzazione dei metodi di valutazione. [EVIDENZA 2]

Bibliografia

- (1) Ade-Hall RA et al. Botulinum toxin type A in the treatment of lower limb spasticity in cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001408
- (2) O'Donnell ME. Randomized double-blind placebo controlled trial of the effect of botulinum toxin on walking in cerebral palsy. *J Pediatr* 2001;139:163

Per corrispondenza:
 Enrico Corpora
 email: ecorpora@hsoft.it

Utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico

Salvo Fedele*, Rosario Ferracane**

*Pediatria di base, ASL 6 Palermo, **Pediatria di base, ASL 9 Trapani

Affrontare i problemi diagnostici

La letteratura scientifica offre molte informazioni sui test diagnostici, sui test di screening o sul significato da attribuire a un certo segno clinico, ma la mancanza di conoscenze di base di epidemiologia clinica può portare il medico a conclusioni non razionali circa il significato reale da attribuire ai dati che legge. Il seguente esempio può essere utilmente considerato un test di ingresso [d1]

Una tua paziente di 2 anni presenta febbre superiore a 39°C da un giorno, l'obiettività clinica è negativa (faringe, cute, orecchie, campi polmonari, ricerca di segni meningei), le urine sono negative per bianchi e nitriti, le condizioni generali non sono compromesse, la conta dei bianchi è di 20.000/mmc.

Un collega ti ha recentemente segnalato un articolo sull'utilità della conta dei bianchi per la diagnosi di batteriemia occulta (G. M. Lee et al. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:624).

In questo articolo si afferma che, usando un cut-off di 20.000/mmc, la conta dei bianchi ha una sensibilità di 48% e una specificità di 92% per la diagnosi di batteriemia occulta.

Nello stesso studio, condotto in un setting ospedaliero USA, si legge che nei bambini febbrili (T > 39°C), di età compresa tra 3 e 36 mesi, il rischio di batteriemia occulta è di 1,57%.

Supponiamo che una ricerca condotta nella tua regione in un setting ambulatoriale abbia rilevato un rischio di batteriemia occulta del 3% per bambini di quella fascia di età con febbre superiore a 39°C.

Qual è la probabilità che il tuo paziente abbia una batteriemia occulta?

Seleziona la tua risposta

[1,5%] [3%] [6%] [9%] [12%] [15%]
[18%] [21%] [24%]

La maggior parte dei medici non è in grado di dare una risposta a questo quesito, anche se in generale l'utilità di ricorrere a una conta dei bianchi o di valorizzare un risultato di 20.000 globuli bianchi per mmc è difficilmente messa in discussione.

Ma come rinunciare a sapere se quel test ha modificato la probabilità di avere innanzi un bambino con batteriemia occulta portandola al 3, al 6, al 12 o al 24 per cento?

Davvero questi numeri non contano nulla nelle decisioni successive?

Dovrò iniziare la terapia in ogni caso o considerare una soglia di probabilità come spartiacque del mio comportamento? Come usare i risultati di un test diagnostico in maniera razionale e accurata?

Una prima risposta è quella di comprendere i concetti di sensibilità, specificità, valore predittivo e rapporto di verosimiglianza (likelihood ratio).

Sensibilità e specificità

La sensibilità e la specificità sono termini entrati nel linguaggio medico comune per descrivere un test diagnostico. Il successo dipende da varie ragioni, la più importante è che la sensibilità e la specificità sono i concetti di epidemiologia clinica più vicini alla modalità di ragionamento medico più utilizzata: la diagnosi "nosografica".

Sin dai primi anni di studio nel nostro curriculum medico siamo abituati a distinguere le malattie in base alla frequenza di presentazione di alcuni sintomi: riconosciamo una mononucleosi perché oltre alla faringite troviamo la splenomegalia e perché sappiamo che nell'insieme delle faringiti i bambini che presentano anche una splenomegalia possono far parte di coloro che presentano questa sindrome clinica. Ma di quanto è aumentata la probabilità di trovarci di fronte a una mononucleosi quando

il nostro esame obiettivo ha scoperto la splenomegalia? Nella maggior parte dei casi il medico non saprà dare una risposta quantitativa, ma nella pratica esprime una risposta ben precisa: "del tanto necessario a farmi richiedere un test diagnostico di conferma".

Anche se non sa esattamente quantificare in termini numerici il suo ragionamento, il medico passa nei fatti ad un altro metodo diagnostico: il metodo probabilistico. Questo passaggio è intuitivo, ma serve sottolineare che una descrizione di un test diagnostico esclusivamente in termini di sensibilità e specificità di per sé non è in grado di restituirci il valore di probabilità di trovarci di fronte a un paziente con o senza quella malattia.

Proviamo a capire perché utilizzando una tabella due per due.

	Pazienti con la malattia	Pazienti senza la malattia
Test+	a	b
Test -	c	d

Sensibilità = $a/(a+c)$

Specificità = $d/(b+d)$

È importante sottolineare che LA SENSIBILITÀ HA AL NUMERATORE I VERI POSITIVI (a) e cioè esprime la frequenza dei veri positivi al test tra tutti i malati (a+c) dello studio e che LA SPECIFICITÀ HA AL NUMERATORE I VERI NEGATIVI (d) e cioè esprime la frequenza dei veri negativi tra tutti i sani (b+d) dello studio in esame.

Nella definizione di sensibilità e specificità molti testi di epidemiologia clinica utilizzano altrettanto correttamente al posto della parola "frequenza" o "percentuale" la parola "probabilità". Su questa sostituzione ci soffermeremo più avanti, cercando di chiarirne le motivazioni. Le disquisizioni terminologiche non sono in generale molto utili, ma questo articolo punterà in più di una occasione al confron-

Per corrispondenza:

Salvo Fedele

e-mail: sfedele@tin.it

abc del leggere e fare

Abstract

Quest'articolo sintetizza un modulo didattico, utilizzato dal gruppo di formazione permanente cui appartengono gli autori, per l'apprendimento interattivo delle conoscenze necessarie per saper interpretare e saper applicare alla propria realtà clinica uno studio che tratta di un problema diagnostico. L'articolo ha l'obiettivo di rendere il lettore capace di utilizzare i concetti di Sensibilità e Specificità in maniera clinicamente utile, comprendere pregi e limiti dei Valori Predittivi e dei loro intervalli di confidenza, utilizzare il Rapporto di Verosimiglianza (Likelihood Ratio) per interpretare correttamente nella propria realtà la riproducibilità dei risultati di uno studio di diagnosi.

Quaderni acp 2002; vol IX n°4: 48-54

to tra terminologia scientifica e linguaggio comune per riflettere su alcune categorie che il medico di fatto utilizza nella sua pratica quotidiana.

Analizziamo ad esempio l'utilizzo corrente del termine specificità: quando un medico afferma che un test diagnostico o un segno clinico è specifico a volte intende che può contare sul risultato positivo del test, che quindi ci saranno per quel test solo pochi risultati falsamente positivi. Abbiamo tuttavia visto che nel "linguaggio dei numeri" la specificità è associata alla frequenza dei veri negativi.

In questo esempio il medico in realtà fa riferimento al complemento della specificità: infatti a una alta specificità corrisponde una bassa frequenza di falsi positivi $[b / (b+d)]$.

Abbiamo iniziato questo paragrafo facendo riferimento alla mononucleosi. Se la splenomegalia è davvero assente nei pazienti con faringite che non hanno la mononucleosi, deriviamo la nostra affermazione diagnostica di mononucleosi dalla frequenza molto bassa di quel sintomo nell'insieme di coloro che non hanno la malattia che stiamo cercando: "un test molto specifico quando è positivo fa fare diagnosi della malattia".

Come in questo esempio, nella maggior parte delle occasioni non facciamo errori, anche se il riferimento alla corretta terminologia è sbagliato. Tuttavia è necessario padroneggiare perfettamente questi concetti per evitare di incorrere in cattive interpretazioni dei dati di un articolo.

Ad esempio: quanto deve essere alta la specificità di un segno clinico o di un test per fare una diagnosi in caso di test positivo?

Utilizzando singolarmente il concetto di sensibilità e specificità non sono in grado di risolvere il mio problema di partenza [d1]. Solo qualora il valore della specificità del test fosse stato, ad esempio, > 95% avrei potuto tentare una risposta qualitativa del tipo: "la probabilità è molto alta". Per conoscere il valore numerico della probabilità, come mi chiede l'esercizio [d1], ho bisogno di andare oltre e scoprire altri concetti.

Valore predittivo (VP)

I limiti conoscitivi della sensibilità e della

specificità sono superati dal valore predittivo positivo (VPP) e dal valore predittivo negativo (VPN). Partiamo dalle definizioni.

VPP = PROBABILITÀ DI MALATTIA IN UN PAZIENTE CON TEST POSITIVO

VPN = PROBABILITÀ DI NON AVERE LA MALATTIA IN UN PAZIENTE CON TEST NEGATIVO.

Utilizzando la stessa tabella due per due che abbiamo visto prima

$$VPP = a / (a+b)$$

$$VPN = d / (c+d)$$

Nel calcolo della sensibilità e della specificità usavamo le colonne, nel calcolo dei VP usiamo le righe della tabella due per due.

Perché le righe? Ricordate il medico che utilizzava intuitivamente il complemento della specificità? Se la specificità è alta i falsi positivi (b) sono pochi, il VPP sarà più vicino al valore $a/a = 1$ che è la probabilità massima. Talvolta il lettore può essere tratto in confusione dal fatto che questi stessi numeri possono essere espressi con delle percentuali. In realtà scrivere $VPP = 1$ o 100% , $VPP = 0,80$ o 80% non cambia nulla nella definizione che abbiamo dato. Perché però questa volta utilizziamo la parola "probabilità" invece della parola "frequenza"? Pensate al vostro paziente reale: direste mai che il bambino che avete di fronte, a seconda del suo quadro clinico, ha una frequenza di malattia dell'80%? Direste più facilmente che ha una probabilità di avere la malattia dell'80%. Nel caso in cui vi trovaste a dover descrivere i sintomi di quella data malattia direste che la frequenza di quel sintomo è, ad esempio, del 90%. Altrimenti potreste affermare facilmente che la probabilità di quel sintomo per quella malattia è del 90%. In un caso quindi nel linguaggio parlato utilizziamo quasi esclusivamente la parola probabilità, nell'altro caso utilizziamo indifferentemente la parola frequenza e la parola probabilità.

Senza addentrarci in difficili disquisizioni teoriche: *ciò che nel linguaggio parlato chiamiamo probabilità può nascondere significati diversi.*

Torniamo alle definizioni. Cosa ci dicono le due definizioni dei VP?

Qual è la probabilità di UN PAZIENTE CHE FA PARTE DELL'INSIEME CHE STO ESAMINANDO NELLO STUDIO di avere davvero la malattia con

il test positivo (VPP).

Qual è la probabilità di UN PAZIENTE CHE FA PARTE DELL'INSIEME CHE STO ESAMINANDO NELLO STUDIO di non avere la malattia essendo negativo al test (VPN).

Tornando al nostro esempio di partenza [d1] come posso calcolare la probabilità di trovarmi di fronte a un bambino malato se l'articolo mi fornisce soltanto la sensibilità e la specificità e non il VPP? Posso avere questa informazione dall'articolo? Tentiamo questa strada. Gli autori ci forniscono anche i VP.

Il VPP per una conta dei bianchi superiore a 20.000 per mmc è di 8,1% e l'intervallo di confidenza che gli AA calcolano per questo valore è compreso tra 6,3% e 10,4%.

Posso allora concludere che il bambino che sto visitando nel mio ambulatorio, che presenta febbre elevata e conta dei bianchi di 20.000/mmc, ha una probabilità dell'8% di avere una batteriemia occulta?

Posso ragionevolmente concludere che il margine di errore di questo risultato può essere compreso tra 6 e 10%?

Per rispondere a queste domande abbiamo bisogno di capire l'importanza di "contestualizzare" i risultati di una ricerca su un test diagnostico.

"Contestualizzare"**i risultati di un test diagnostico**

Si consideri dapprima il seguente esempio [d2]:

Ti trovi nella sala di attesa di una stazione ferroviaria. Hai di fronte tre mamme con i loro figli, uno di tre mesi, l'altro di 3 anni e il terzo di 13 anni. Non sai nulla di loro, non sei abbastanza vicino per valutare alcun segno clinico.

QUAL È LA PROBABILITÀ CHE

- 1) il bambino di tre mesi abbia subito un intervento chirurgico per stenosi ipertrofica del piloro?
- 2) il bambino di tre anni abbia un diabete infantile?
- 3) il bambino di 13 anni sia portatore di una esostosi?

Seleziona la tua risposta per ogni domanda

[1:100] [1:1000] [1:2000] [1:3000]
[1:4000] [1:6000] [1:7000] [1:10000]

Proviamo allora a fare le stesse domande dell'esempio precedente in un contesto leggermente diverso. Si consideri il seguente esempio [d2/b]:

Ti trovi nella sala di attesa di una reparto di chirurgia specializzato in un nuovo tipo di intervento chirurgico per la stenosi ipertrofica del piloro. Hai di fronte tre mamme con i loro figli, uno di tre mesi, l'altro di 3 anni e il terzo di 13 anni. Non sai nulla di loro, non sei abbastanza vicino per valutare alcun segno clinico.

QUAL È LA PROBABILITÀ CHE

- 1) che il bambino di tre mesi abbia subito un intervento chirurgico per stenosi ipertrofica del piloro?
- 2) che il bambino di tre anni abbia un diabete infantile?
- 3) che il bambino di 13 anni sia portatore di una esostosi?

Seleziona la tua risposta per ogni domanda

[1:100] [1: 1.000] [1: 2.000] [1: 3.000]
[1: 4.000] [1: 6.000] [1: 7.000] [1:10.000]

Si consideri infine il seguente esempio [d3]:

Un lattante di 1 mese varca la soglia della tua stanza da visita in ospedale, la mamma ti racconta che il bambino presenta vomito a getto, hai l'impressione di palpare l'oliva pilorica, il laboratorio ti informa che il paziente ha una alcalosi ipocloremica, il radiologo dice che all'ecografia ha una immagine tipica "a coccarda". Qual è la probabilità che ti trovi di fronte a un bambino con stenosi ipertrofica del piloro?

Seleziona la tua risposta

[1:1] [1:100] [1: 1.000] [1: 2.000] [1: 3.000]
[1: 4.000] [1: 6.000] [1: 7.000] [1:10.000]

In che cosa differiscono le probabilità dei tre esempi?

Le probabilità dell'esempio [d2] e [d2/b] corrispondono a delle frequenze (ricordate?), esattamente come la sensibilità e la specificità. La probabilità dell'esempio [d3] è completamente diversa ed è legata ad un corpo di conoscenze più complesso: il fatto che la malattia è tipica di quell'età, il fatto che all'EO hai trovato un segno clinico "specifico" della malattia, il fatto che il laboratorio e la radiologia hanno completato il quadro

nosografico tipico. In poche parole la nostra "certezza diagnostica" è legata in quest'ultimo esempio al fatto che tutte quelle cose insieme corrispondono a quella malattia e quasi esclusivamente a quella malattia.

La probabilità che un paziente (di cui non conosco nulla) abbia una malattia è invece "semplicemente" la prevalenza di quella malattia.

Gli esperti di probabilità parlano in un caso (d/3) di "probabilità soggettiva", nell'altro (d2 e d2/b) di "probabilità frequentista".

Ma sia nell'esempio [d2] che nell'esempio [d2/b], se di quel lattante conosco l'anamnesi, la storia clinica, i risultati di un'indagine, modificherò le mie convinzioni e quindi la "mia convinzione" di trovarmi di fronte a un paziente con una malattia.

Utilizzando uno o più test diagnostici passo dall'utilizzo della probabilità frequentista all'utilizzo della probabilità soggettiva.

La maniera quasi esclusivamente "intuitiva" con cui utilizziamo questi due diversi concetti di probabilità è la ragione di alcune difficoltà che incontriamo nell'interpretazione corretta di un test diagnostico, di un test di screening o di un dato che ricaviamo dall'esame obiettivo.

Nella terminologia scientifica si sono introdotte alcune correzioni terminologiche per evitare la confusione del linguaggio comune. Grazie agli esempi che abbiamo fatto dovrebbe essere possibile accettare l'idea che la prevalenza è LA **PROBABILITÀ A PRIORI** di essere affetto da una malattia.

Certo, a secondo del contesto in cui opero, la probabilità a priori di incontrare una patologia non corrisponde alla prevalenza.

Se opero in un reparto di terzo livello e i pazienti della mia sala di attesa sono stati tutti selezionati dai pediatri di base che mi inviano esclusivamente stenosi ipertrofiche, la probabilità a priori di trovarmi di fronte a una stenosi ipertrofica non sarà la prevalenza della malattia, ma sarà un valore che dipenderà dalla capacità diagnostica dei pediatri del mio territorio.

Vedremo quanto è importante conoscere la probabilità a priori per interpretare correttamente il significato di un test diagnostico.

Spesso i medici accettano le conclusioni di uno studio realizzato in un contesto molto diverso da quello in cui operano, senza interrogarsi su come trasferire i risultati al proprio contesto.

L'epidemiologia clinica e l'EBM cercano di aiutare il medico a "contestualizzare" i risultati per renderli davvero fruibili e utilizzabili nella pratica. Come?

Abbiamo visto come le probabilità si esprimono anche con numeri che vanno da 0 a 1, zero per dire nessuna probabilità e uno per dire certezza.

All'inizio del mio percorso diagnostico ho una probabilità a priori compresa tra 0 e 1; abbiamo visto che questa **PROBABILITÀ A PRIORI** (o **PRE-TEST**) può essere la prevalenza o un valore diverso che dipende dal contesto in cui lavoro. Se, alla fine di un percorso diagnostico, ho una ragionevole certezza di trovarmi di fronte a un paziente con una certa malattia, lo dovrò a una probabilità che viene chiamata **PROBABILITÀ A POSTERIORI** (a posteriori perché alla fine di un percorso diagnostico) o **POST-TEST**.

Il medico, conoscendo il valore che può attribuire a un test, ne può ottimizzare il significato per escludere o confermare un sospetto diagnostico. Ad esempio, se uno solo degli esami che hanno definito "la mia certezza diagnostica" di stenosi ipertrofica del piloro innalza la probabilità tanto da farmi avvicinare alla soglia di certezza (che come abbiamo detto è uguale a un valore di probabilità a posteriori di uno), quell'esame da solo mi consentirà di arrivare alla "certezza diagnostica". E ancora se uno solo di quegli esami è, in caso di esito negativo, in grado di abbassare la probabilità di malattia quasi a zero, quell'esame da solo mi consentirà di arrivare alla "certezza" di non trovarmi con un paziente affetto da quella malattia.

Ma questa che abbiamo chiamato "probabilità a posteriori" in che cosa differisce dal valore predittivo?

Gli esempi [d2] e [d2/b] ci servivano per descrivere due contesti diversi.

Posso applicare i risultati di una ricerca su un test diagnostico per la stenosi ipertrofica del piloro studiato nel contesto [d2/b] al contesto

[d/2]? Come?

In che cosa differisce il VPP dalla probabilità post test del test positivo?

È tempo di passare ad un esempio in cui i numeri esprimono nella pratica quel che abbiamo detto; avremo modo allora di apprezzare i pregi e i limiti dei VP.

Si consideri il seguente esempio [d4]:

Un informatore scientifico di prodotti diagnostici ti propone un nuovo test per la diagnosi di faringite streptococcica. Per convincerti della bontà del suo test sottopone alla tua attenzione la seguente tabella 2 x 2

	Pazienti SBEA+	Pazienti SBEA-
Test+	88	15
Test -	29	386

Sensibilità = $88/(88+29) = 0,75$

Specificità = $386/(386+15) = 0,96$

VPP = $88/(88+15) = 88/103 = 0,85$

VPN = $386/(386+29) = 386/415 = 0,93$

I risultati ti sembrano particolarmente interessanti, acquisti il test e dopo un anno hai i tuoi risultati, grazie al fatto che hai continuato ad utilizzare il tuo laboratorio di riferimento.

	Pazienti SBEA+	Pazienti SBEA-
Test+	22	14
Test -	7	386

Sensibilità = $22/(22+7) = 0,76$

Specificità = $386/(386+14) = 0,96$

VPP = $22/(22+14) = 0,61$

VPN = $386/(386+7) = 0,96$

Come si vede sensibilità e specificità corrispondono al valore che l'informatore vi aveva fornito, ma il VPP è completamente diverso e la ricaduta pratica di questa diversità è molto importante. Secondo i dati dell'informatore l'85% dei trattati meritava di esserlo. Secondo i dati della tua ricerca solo nel 61% dei casi avresti trattato chi meritava di esserlo, ma ben il 39% dei bambini che erano stati trattati non avevano necessità di trattamento.

Se il lettore ha una certa esperienza di statistica medica potrebbe pensare immediatamente che la causa di risultati così diversi è dovuta

alla variabilità campionaria. Se il lettore è digiuno di nozioni di statistica medica confermerebbe a questo punto la sua diffidenza verso il mondo dei numeri.

È quasi certo che qualcuno ci ammonirebbe subito:

“Non avreste dovuto fidarvi dei risultati che vi sono stati proposti perché dovevate pretendere dei risultati completi di intervalli di confidenza”.

Ecco lo studio del nostro informatore completo degli intervalli di confidenza:

Sensibilità = 0,75 (0,71; 0,79)

Specificità = 0,96 (0,95; 0,98)

VPP = 0,85 (0,82; 0,88)

VPN = 0,93 (0,91; 0,95)

Per il VPP l'intervallo di confidenza dello studio presentato dal nostro informatore ci dà un margine di errore che non comprende il nostro risultato.

Perché?

Per trovare la giusta soluzione sarà bene affidarci alla scoperta di qualche nuovo concetto, ma ci sarà utile prima qualche piccola precisazione.

Qual è la differenza fondamentale tra lo studio condotto nel tuo ambulatorio e quello che ti ha fatto leggere l'informatore?

Non dovrebbe stupirvi: **LA PREVALENZA.**

La prevalenza (probabilità pre-test) di faringite streptococcica nel tuo studio era pari a:

numero di malati / numero di indagati
e cioè $29/429 = 0,067$ ovvero 6,7%.

La prevalenza di faringite streptococcica nello studio dell'informatore era pari a:

$117/518 = 0,23$ ovvero 23%.

La probabilità post-test può assumere tutti i valori da 0 a 1 (da 0 a 100%) e questi valori sono molto diversi a seconda della prevalenza e quindi della probabilità a priori della malattia.

Se la probabilità post-test è così fortemente influenzata dalla probabilità pre-test possiamo utilmente concludere che:

- gli intervalli di confidenza non sono utili nell'interpretazione di un VPP o di VPN

- è molto utile conoscere la prevalenza per arrivare a una stima realistica del VPP o del VPN di quel test.

Lo stesso test può dare probabilità post-test

assai diverse se lo studio è stato condotto in un dipartimento di terzo livello con una prevalenza della malattia indagata di 1:100 e poi replicato nell'ambulatorio di un medico di base dove la prevalenza è di 1:10.000.

A questo punto il lettore dovrebbe essere d'accordo con noi che per risolvere il problema di partenza [d1] non possiamo fidarci dei risultati di VPP e VPN ottenuti dagli autori dello studio pubblicato. Dobbiamo verificare prima che il calcolo dei VP sia stato fatto per valori di prevalenza della malattia simili a quelli in cui operiamo noi.

Se lo studio è stato condotto in una realtà clinica completamente diversa dalla nostra, come utilizzare i risultati dello studio?

Una nuova strada: la likelihood ratio (rapporto di verosimiglianza)

I VP quindi non rappresentano la modalità più idonea per esprimere la probabilità post-test di malattia e gli intervalli di confidenza non ci forniscono valori attendibili del loro modificarsi a seconda della prevalenza (probabilità pre-test) della malattia.

Bisognava trovare una strada diversa in modo da poter utilizzare le conoscenze che derivano dalla letteratura scientifica in situazioni in cui la prevalenza della malattia è diversa.

La probabilità post-test e la probabilità pre-test sono legate insieme da qualche cosa che è in grado di descrivere il test in maniera univoca.

Quel “qualcosa” in grado di descrivere il test in maniera univoca non poteva che essere legato alle caratteristiche intrinseche del test.

Il reverendo Bayes intuì che era un rapporto. Quale rapporto?

La sensibilità e la specificità non dipendono dalla prevalenza della malattia.

Il lettore non dovrebbe essere sorpreso, conoscendo adesso queste caratteristiche di “stabilità” della sensibilità e della specificità, che il rapporto che descrive le caratteristiche di un test è, in caso di test positivo, un rapporto che ha al numeratore la frequenza dei positivi tra i malati (veri positivi) e al denominatore la frequenza di positivi tra i sani (falsi positivi). Questo rapporto è conosciuto come **RAPPORTO DI VEROSIMIGLIANZA POSITIVO O LIKELIHOOD**

RATIO POSITIVA, per questo è generalmente abbreviato **LR+**.

$$LR + = \frac{\text{FREQUENZA VERI POSITIVI}}{\text{FREQUENZA FALSI POSITIVI}}$$

La frequenza dei veri positivi è la sensibilità. La frequenza dei falsi positivi è il complemento della specificità (1-specificità).

$$LR + = \frac{\text{SENSIBILITÀ}}{1-\text{SPECIFICITÀ}}$$

Ma c'è di più: se analizziamo questo rapporto dovremmo essere in grado di capire quanto questo rapporto sia vicino alla modalità "intuitiva" con cui nel linguaggio comune utilizziamo, ad esempio, l'affermazione "questo test fa diagnosi". Per stabilire se un test ci è utile abbiamo bisogno di conoscere sensibilità e specificità, la LR+ ci esprime con un solo numero i due valori.

Il test del problema [d1] aveva sensibilità 48% e specificità 92%.

La LR+ di quel test sarà dunque $0,48 / (1 - 0,92) = 0,48/0,08 = 6$.

Per ogni test conoscendo sensibilità e specificità è possibile ricavare la LR+.

Analogamente, in caso di test negativo, il rapporto che descrive le caratteristiche del test ha al numeratore la frequenza di negativi tra i malati (falsi negativi) e al denominatore la frequenza di negativi tra i sani (veri negativi). Questo rapporto è conosciuto come **RAPPORTO DI VEROSIMIGLIANZA NEGATIVO** ovvero **LIKELIHOOD RATIO NEGATIVA** ed è generalmente abbreviato **LR-**.

$$LR - = \frac{\text{FREQUENZA FALSI NEGATIVI}}{\text{FREQUENZA VERI NEGATIVI}}$$

La frequenza dei falsi negativi è il complemento della sensibilità (1-sensibilità).

La frequenza dei veri negativi è la specificità.

$$LR - = \frac{1-\text{SENSIBILITÀ}}{\text{SPECIFICITÀ}}$$

La LR+ è in relazione con la probabilità di avere una malattia in presenza di un test positivo (cioè con il VPP), mentre la LR- è in relazione con la probabilità di avere una malattia

in presenza di un test negativo (cioè con il complemento del VPN: 1-VPN).

Come utilizzare i valori di LR

I valori di LR possono essere utilizzati nella pratica medica in vari modi.

La maniera più semplice ma anche la più imprecisa è quella di considerare il valore assoluto di LR come guida del nostro comportamento nell'interpretazione del test:

un test che abbia una sensibilità del 90% e una specificità del 95% avrà

$$LR+ = 90\% / 5\% = 18$$

un test che abbia sensibilità 95% e specificità del 90% avrà

$$LR+ = 95\% / 10\% = 9,5$$

un test che abbia sensibilità 90% e specificità del 40% avrà

$$LR+ = 90\%/60\% = 1,5$$

e così via.

Quando decidiamo di utilizzare un test diagnostico il nostro obiettivo è quello di trovare un risultato che modifichi la probabilità iniziale di malattia.

Se il test ha un buon valore di sensibilità (90%) e di specificità (95%) e quindi una LR positiva di 18 restituirà un valore di probabilità post-test molto alto.

Se la LR+ è di 1,5 modificherà di pochissimo la probabilità iniziale di malattia perché si avvicina al valore 1 che è il valore dell'indifferenza.

In questo senso i valori di LR+ possono fornire una guida intuitiva della bontà di un test. *Generalmente si dice che se il valore della LR positiva è superiore a 10 ci troviamo di fronte a un test che in caso di sua positività ci permette di trarre conclusioni molto attendibili sulla presenza della malattia.*

Se il valore della LR positiva del test è compreso tra 5 e 10 ci troviamo di fronte a un test che in caso di sua positività ci permette di trarre conclusioni moderatamente attendibili sulla presenza della malattia. Per valori compresi tra 2 e 5 il vantaggio del test sarà molto piccolo e diventerà minimo per valori compresi tra 1 e 2.

In maniera analoga si può ragionare sulla LR negativa:

un test che abbia una sensibilità del 90% e una

specificità del 95% avrà

$$LR- = 10\% / 95\% = 0,1$$

un test che abbia sensibilità 95% e specificità del 90% avrà

$$LR- = 5\% / 90\% = 0,05.$$

Generalmente si dice che se il valore della LR negativa è minore di 0,1 ci troviamo di fronte a un test che in caso di sua negatività ci permette di trarre conclusioni molto attendibili sulla assenza della malattia.

Se il valore della LR negativa del test è compreso tra 0,1 e 0,2 ci troviamo di fronte a un test che in caso di sua negatività ci permette di trarre conclusioni moderatamente attendibili sulla assenza della malattia che stiamo cercando. Per valori compresi tra 0,2 e 0,5 il vantaggio del test sarà molto piccolo e diventerà minimo per valori compresi tra 0,5 e 1.

Ovviamente questa lettura è una semplificazione e deve tenere dello scenario clinico in cui operiamo, del tipo di test con cui ci confrontiamo (test diagnostico o test di screening) e delle conseguenze che il nostro comportamento potrebbe determinare: una LR negativa di 0,2 può bastarci per escludere una diagnosi di faringite streptococcica, non per escludere quella di tumore cerebrale.

Come ottenere il valore esatto di probabilità post-test nel setting in cui opero

C'è una maniera molto precisa di utilizzare i valori di LR per ottenere il valore esatto di probabilità post-test e per farlo non è necessario conoscere nei dettagli l'elegante teorema del reverendo Bayes.

Abbiamo detto che le probabilità che stiamo studiando hanno un nome emblematico: probabilità soggettive. Non ci sorprenderemo dunque di scoprire che una delle maniere più comuni di esprimerle è la stessa unità di misura che usano gli scommettitori: le quote (odds).

Anche se non frequentate le sale degli scommettitori avrete sentito parlare di un cavallo che è dato vincente 1:10; in quel caso se puntate su quel cavallo 1 euro, in caso di vittoria riceverete 10 euro.

Come fanno i gestori delle sale corse a trasformare le probabilità di vittoria di un cavallo in quote che offrono ai loro scommettito-

ri? Se un cavallo ha una probabilità di vittoria dell'1% la sua quota sarà 1: 99.

Se la sua probabilità di vittoria è del 5% la sua quota sarà 1:19.

La formula che usano i gestori delle sale corse per trasformare probabilità di vittoria x% in quota è:

$$x / (100 - x).$$

E cioè se la probabilità di vittoria è dell'1% la quota sarà:

$$1 / (100-1) = 1: 99.$$

La formula che usano gli scommettitori per trasformare

la quota a:b in probabilità di vittoria stabilita dai gestori delle sale corse è:

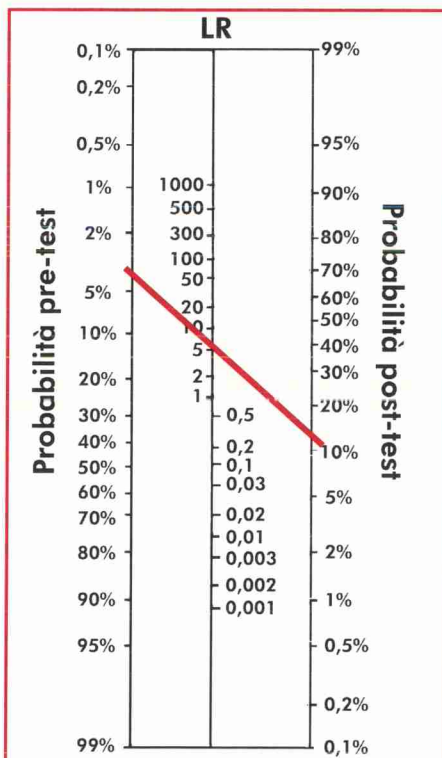
$$a / (a+b)$$

Per una quota di 1:19 dalla formula posso ricavare $1 / (1+19) = 1/20 = 0,05 = 5\%$.

Questa escursione fino alle sale corse stupirà certamente più di un lettore, ma c'è una ragione per la quale è stato necessario farla:

il calcolo aritmetico del valore di probabilità post-test di malattia si può ricavare solo in

Figura 1: calcolo della probabilità post test [soluzione del quesito d1]



termini di odds e solo successivamente l'odds può essere trasformato in probabilità così come la esprimiamo abitualmente in valori compresi tra 0 e 1 (o tra 0% e 100%).

odds di malattia in caso di test positivo = odds di malattia prima del test x LR+

odds di malattia in caso di test negativo = odds di malattia prima del test x LR-

Per questa ragione si consiglia generalmente l'utilizzo del nomogramma di Fagan per il calcolo delle probabilità (figura 1). Utilizzando questo nomogramma non avremo bisogno di trasformare le probabilità in quote (odds) e il risultato ottenuto nuovamente in probabilità come abitualmente la scriviamo.

Nella figura 1 uniamo con una linea la probabilità pretest del nostro quesito [d1],

che è 3% (valore della prevalenza nel setting in cui operi),

e la LR+ che abbiamo calcolato

$$0,48 / (1 - 0,92) = 0,48/0,08 = 6$$

continuiamo la linea fino a incrociare la probabilità post-test e troveremo la soluzione del nostro quesito:

la probabilità post test è tra 10% e 20%.

Almeno per una volta, però, proviamo a fare i calcoli:

1) la prevalenza di batteriemia occulta nel setting simile al tuo è 3%. Per prima cosa dobbiamo convertire questa probabilità pre-test in odds pre-test:

$$\text{odds pre-test} = 3 / (100 - 3) = 3:97$$

2) dobbiamo calcolare la LR+ del test:

$$\text{LR+} = 0,48 / (1 - 0,92) = 0,48/0,08 = 6$$

3) moltiplichiamo l'odds pre test per la LR+ otteniamo l'odds post test:

$$\text{odds post-test} = (3 : 97) \times 6 = 18 : 97$$

4) convertiamo l'odds post-test in probabilità:

$$\text{probabilità post-test} = 18 / (18 + 97) =$$

$$= 18 / 115 = 0,156 = 15,6 \%$$

che è la soluzione del nostro quesito iniziale [d1]. La probabilità post-test di avere la malattia (batteriemia occulta) in un setting con prevalenza del 3% è, quindi, circa il doppio (15,6%) del VPP (8,1%) dello studio di Arch Pediatr Adolesc Med.

Appendice

Il "rapporto" tra la prevalenza e la probabilità post-test

Immaginiamo che un test si comporti come una monetina lanciata per aria e che ci dia casualmente testa (per dirci che il nostro paziente è malato) o croce (per dirci che il nostro paziente è sano).

Consideriamo un primo esempio fatto da un campione di 100 persone con 50 malati e 50 sani (quindi con una prevalenza della malattia di 50/100 = 0,5).

Utilizzando il nostro test "monetina lanciata per aria" avremo all'incirca 50 lanci con risultato testa e 50 con risultato croce, distribuiti tra i sani e i malati.

Realizzate questo esperimento nella realtà:

- preparate 100 quadratini di carta in cui scriverete in una metà "sano" e nell'altra metà "malato"

- mischiateli come un normale mazzo di carte
- lanciate una monetina e andate scoprendo uno per uno i vostri cartoncini

- scrivete progressivamente i risultati in una tabellina 2 x 2, utilizzando il vecchio sistema di scrittura che utilizzavate quando leggevate una conta dei bianchi al microscopio

- alla fine del centesimo lancio fate le somme e calcolate sensibilità, specificità e VPP.

Se anche i vostri risultati sono uguali ai nostri potremo insieme arrivare alla conclusione seguente.

Il VPP sarà uguale alla probabilità pre-test:

1) sapevamo che la probabilità pre-test di quel "mazzo" di trovare un malato era di 0,50

2) scopriamo che il VPP del test monetina è 0,50.

Ripetete l'esperimento con valori diversi di prevalenza della vostra ipotetica malattia.

Ad esempio 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%.

Ricostruite altrettante tabelle due per due per ogni valore di prevalenza della malattia. Alla fine per poter costruire un grafico come quello della figura 2 segnate il VPP (PROBABILITÀ POST-TEST) corrispondente ad ogni valore di prevalenza, unite i punti e troverete la diagonale che è stata disegnata nel grafico.

Cosa ci dice? Un test che si comporta come una monetina ha un VPP esattamente uguale alla prevalenza della malattia.

In caso di prevalenza del 10% (0,1) il VPP sarà 10% (0,1) e cioè solo in 10 casi su 100 il vostro test vi farà fare diagnosi giusta e così via per gli altri valori di prevalenza.

Torniamo adesso al nostro studio sullo streptococco.

Proviamo a trasferire i risultati di VPP che abbiamo ottenuto noi e quelli dell'informatore nello stesso grafico che abbiamo utilizzato per il test monetina.

Segniamo un punto all'incrocio tra probabilità pre-test 0,067 (la prevalenza di faringite streptococcica nel vostro studio era 0,067 e cioè 6,7%) **e probabilità post-test 0,61** (il VPP del nostro studio era appunto 0,61).

Segniamo un secondo punto all'incrocio tra probabilità pre-test 0,23 (la prevalenza di faringite streptococcica nello studio del nostro informatore era 0,23 e cioè 23%) **e probabilità post-test 0,85** (il VPP dello studio che ci ha segnalato il nostro informatore era appunto 0,85).

Uniamo questi due punti con 0 e 1; **questa volta otterremo una curva (figura 3).**

Quel che è interessante notare è che curve simili anche se con convessità completamente diverse possono essere disegnate per ogni test diagnostico; tranne che nel caso di un test che si comporti come una monetina la rappresentazione grafica del rapporto tra probabilità pre-test e probabilità post-test assume sempre

Figura 2: test della "monetina" Il VPP (probabilità post-test) è uguale alla prevalenza (probabilità pre-test)

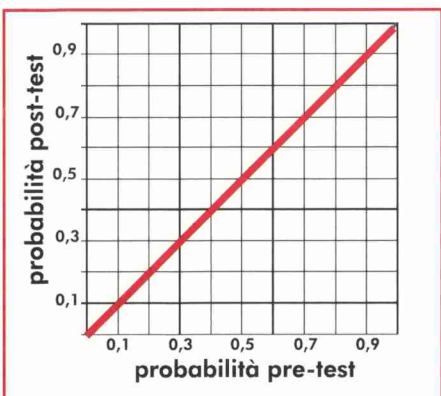
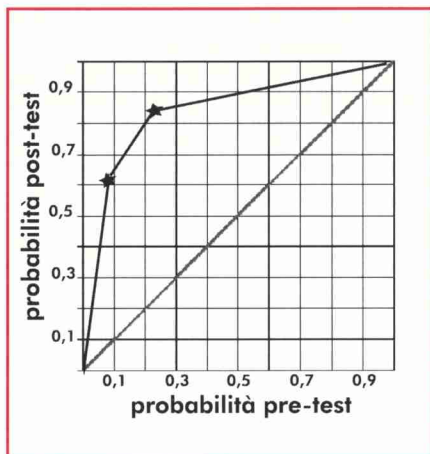


Figura 3: la "curva" del "test della faringite streptococcica" a confronto con la retta del "test monetina"



una forma a curva. Un mago dei numeri direbbe "questo genere di rappresentazioni hanno un andamento non lineare".

Nella figura 4 è riportata la curva ottenuta in maniera analoga (curva superiore convessa) di un altro test e una seconda curva (curva inferiore concava) che esprime invece la probabilità post-test di avere la malattia in caso di test negativo (1-VPN).

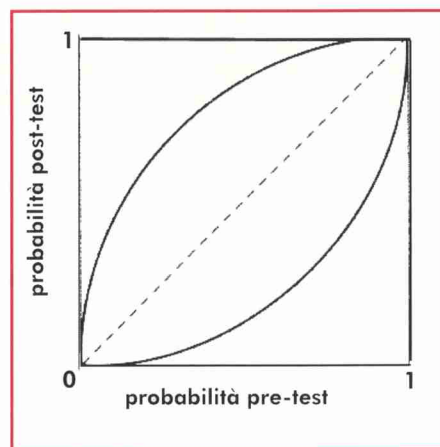
Limitiamoci per ora ad acquisire un risultato: dall'osservazione di queste curve (ma anche dall'osservazione della "diagonale dell'indifferenza") si può capire che la probabilità post test può assumere tutti i valori (da 0 a 1) e che questi valori sono molto diversi a seconda della prevalenza e quindi della probabilità a priori della malattia.

Se la probabilità post-test è così fortemente influenzata dalla probabilità pre-test possiamo utilmente concludere che:

- gli intervalli di confidenza non sono utili nell'interpretazione di un VPP o di VPN
- è molto utile conoscere la prevalenza per arrivare a una stima realistica del VPP o del VPN di quel test.

Lo stesso test può dare VP assai diversi se lo studio è stato condotto in un dipartimento di terzo livello con una prevalenza della malattia indagata di 1:100 e poi replicato nell'ambulatorio di un medico di base dove la prevalenza è di 1:10.000. I VP quindi non rappresentano la modalità più idonea per esprimere la pro-

Figura 4: relazione tra probabilità pre-test e post-test in caso di test positivo o negativo



babilità post-test di malattia e gli IC non ci forniscono valori attendibili del loro modificarsi a seconda della prevalenza (probabilità pre-test) della malattia.

Bisognava trovare una strada diversa in modo da poter utilizzare le conoscenze che derivano dalla letteratura scientifica in situazioni in cui la prevalenza della malattia è diversa.

La probabilità post-test e la probabilità pre-test sono legate insieme da qualche cosa che è in grado di descrivere il test in maniera univoca. Bisognava però in questo caso essere davvero un mago dei numeri per trovare la soluzione. Fu il reverendo Bayes a trovare questa soluzione più di 200 anni fa. Bayes intuì che quel "qualcosa" in grado di descrivere il test in maniera univoca non poteva che essere legato alle caratteristiche del test. L'andamento non lineare dell'incremento della probabilità post-test al crescere della probabilità pre-test gli fece anche intuire, da buon "mago dei numeri", che questo qualcosa doveva essere un rapporto. Quale rapporto?

Il rapporto che descrive la LR.
 Un ultimo quesito che potrà essere utilmente considerato **test di uscita finale** per questo articolo: **Qual'è la LR+ del test monetina?**

La bibliografia dell'articolo, per esigenze di spazio, è pubblicata esclusivamente sul web.

S.Fedele, R. Ferracane Utilizzare i dati di un articolo per interpretare l'utilità di un test diagnostico **Quaderni acp 2002**; vol IX; n° 4: 48-54

Il caso dell'autismo infantile

a cura di Francesca Siracusano

Momenti

di ilarità e panico

Edward è il secondo dei miei tre figli. A circa 18 mesi, le foto lo mostrano far capolino fra le gambe verso la macchina fotografica e arrampicarsi dentro la sua automobilina, del tutto normale. Ma un video fatto alla stessa età lo mostra mentre si allontana dal suo triciclo senza rispondere al mio applauso; non uno sguardo, né un sorriso, né una rotazione del capo, non un cenno al mio invito. Quando aveva due anni, una babysitter mi domandò se avesse qualche problema di udito, poiché non girava la testa quando lo chiamava per nome. In un primo momento sembrava che Edward avesse un deficit del linguaggio, non l'autismo – l'idea del quale, con la sua connotazione di bambino silenzioso, dondolante, isolato, mi riempì di disperazione. Fino a 10 anni posso ricordare come mi battesse forte il cuore e quante speranze avessi. Penso alla specialista che disse: "Bene, si tratta di autismo", e non ricordo nient'altro da questo momento fino a che non lasciai la clinica; tenevo per mano un estraneo – il mio bambino era morto quando la parola autismo era stata pronunciata. Col tempo, cominciai a realizzare che Edward era ancora Edward. Provavo una soffocante pietà per lui, dal momento in cui, nei primi giorni, pensavo che crescendo sarebbe stato inevitabilmente infelice, deluso e depresso, incapace di partecipare alle normali attività della vita. Avevo paura che sarebbe stato solo. Sapevo che sarebbe stato vulnerabile ad ogni inganno facile vittima della gente crudele. Lentamente Edward fece progressi; ogni nuova acquisizione era una gioia – come il momento in cui potei tagliargli i capelli senza che gridasse, o potei portarlo con me al supermercato sapendo che mi avrebbe seguita senza sparire. In seguito fu possibile portarlo ad un negozio di scarpe senza sopportare l'imbarazzo di lui che gridava e scalciaiva, e non dimenticherò mai quando mio figlio più grande, che allora aveva 8 anni, sentì Edward leggere i nomi scritti su un pacco che avevamo comprato – in qualche modo Edward aveva imparato a leggere. Ci furono momenti di ilarità e di panico. In vacanza in Devon, Edward (che aveva visto l'Isola del Tesoro, o qualcosa

di simile), si divertì a sporgersi fuori dalla finestra della camera da letto gridando: "Aiuto! Qualcuno mi aiuti, sono in trappola!". Per fortuna nessuno rispose. Oggi, vicino ai 14 anni, Edward è di bell'aspetto, educato e di buone maniere (eccetto con suo fratello più piccolo, con il quale ha una quasi normale relazione di odio amore). Ha un'età per il linguaggio di 17 anni e un'età per la comprensione di 10. Non ama la matematica, ma ama le scienze e le costruzioni. Le parole lo affascinano, e ha un ampio vocabolario, sebbene capisca l'uso delle parole meglio del loro significato. Ha imparato il vero significato di molti modi di dire e metafore e ama utilizzarli. È interessato ad altre lingue e sta studiando lo spagnolo. Ha cominciato a leggere la musica e suona la tromba e il flauto. Ha chiesto per il suo compleanno un motociclo e ha imparato ad andarci – molto ammirato dai passanti. La sua ambizione è di avere una collezione di automobili d'epoca e di vivere in un villaggio da cui si possa facilmente raggiungere l'annuale Dorset Steam Fair. La sua vita è piena e felice. Frequenta presso un collegio speciale ogni settimana un corso di 24 ore che, grazie all'interesse e all'impegno dello staff verso le abilità sociali, lo ha aiutato a sviluppare una comprensione per i sentimenti degli altri. La prima volta che ha detto una bugia, era eccitato. Cosa importante, la gente ama Edward. È vulnerabile, ma io confido che possa vivere una vita piena e felice.

Jenny ed Edward Ronoyane

Autismo morte e resurrezione

Questa è una storia che si conclude con un lieto fine, e purtroppo non tutte le storie di autismo sono a lieto fine perché i bambini con autismo non sono tutti uguali né da piccoli né quando diventano grandi. Questa è la ragione per cui quello specialista che dice "Bene, si tratta di autismo", decretando con una semplice parola che sortisce l'effetto di uno sparo, una condanna a morte, mi sembra compia un'azione terribile. A volte la prosopopea di noi medici è pari soltanto alla nostra ignoranza dei problemi. Checché se ne dica ancora non si sa bene che cosa sia l'autismo e quale ne sia l'evoluzione; certo è che ci possono essere diverse forme di

autismo o meglio ci possono essere bambini con forme diverse di autismo e, tra queste, ve ne sono alcune dalle quali, secondo Tinbergen, si può anche guarire completamente. Dalla lettera non si capisce bene come questa madre sia uscita da questa morte e chi l'abbia aiutata a ricostruire una speranza ed un futuro per il proprio figlio. Alla fine si parla soltanto di un collegio speciale e di uno staff molto generico ed impersonale che aiutano il bambino. Ciò che più mi colpisce di questa lettera è la solitudine di questa madre con il suo bambino. Le sole altre persone che vi compaiono sono gli altri due figli. Non c'è il padre; non ci sono i parenti; i medici sono lontani e sembrano impersonali (lo staff) o forse anche nemici (lo specialista). Però se rifletto su situazioni simili e che conosco direttamente, so che è vero: spesso le madri restano sole a combattere una dura lotta quotidiana per dare autonomia, amicizie, cure, istruzione al loro figlio e, quando ci riescono (e questo succede soprattutto quando il figlio ha buone competenze cognitive come nel caso di Edward) allora è come rinascere a nuova vita; rinasce il figlio e la madre insieme a lui.

Tuttavia in questa storia, come in quella di altre madri con storie simili, resta un buco nel passato: della madre e di suo figlio. È un buco che traspare nelle prime righe della lettera riferite alla prima infanzia di Edward. Sembra che dei primi mesi di vita di suo figlio questa madre non abbia ricordi né vissuti personali; tutto ciò che dice di questo periodo lo fa a partire dalla descrizione di una foto, di un video o della propria babysitter, come se lei in quei primi mesi di Edward non ci fosse stata. Dov'era, dove si trovavano il suo cuore, la sua mente, in quei primi mesi di suo figlio?

Cosa successe di così importante nella sua vita da tenerla "altrove"? Come in tutti i film a lieto fine rimane quest'ombra. È per quest'ombra del passato e per questo peso del presente che penso che queste madri abbiano bisogno di una persona (un medico, uno psicologo o semplicemente un amico) con cui parlare della loro famiglia e della loro storia.

Per essere meno sole.

Francesco Ciotti
Neuropsichiatria infantile ASL Cesena

Il caso di Mariella

Adolescenza, diabete e break-down evolutivo

Pasqua Brunelli, Giancarlo Cerasoli
U.O. di pediatria e patologia neonatale Ospedale "M. Bufalini", Cesena

La storia: esordio e decorso

Mariella viene ricoverata per la prima volta nella nostra divisione pediatrica nel marzo 1993, all'età di 13 anni: è l'esordio della malattia diabetica. Dopo l'impatto iniziale caratterizzato da shock, rabbia e depressione, Mariella sembra venire a patti con la malattia e scrive: "L'essere malata mi fa sentire al centro dell'attenzione dei genitori e dei medici, così gentili e disponibili...". I "vantaggi secondari" che la sua condizione comporta, connessi alla speranza di guarire un giorno definitivamente, grazie ai progressi della medicina, attivano fantasie di difesa dalla cronicità e comportamenti reattivi di impegno: quasi subito impara a farsi da sola le iniezioni e i controlli glicemici. Ai curanti la compliance appare buona per circa due anni, fino al gennaio 1995, quando si ricovera in ospedale per influenza e scompenso glicemico e mette in atto un coping così disturbato da preoccupare gli operatori e i genitori. La ragazza appare in evidente stato di break-down, di angoscia, di crollo. Dai colloqui durante il ricovero emergono:

1. difficoltà di inserimento nella scuola superiore con calo di interesse e profitto, con paura di venire considerata diversa per il diabete, che intende celare a tutti;
2. perdita di speranza e progettualità, dovuta alla presa di coscienza della cronicità;
3. percezioni alterate riguardo al proprio corpo: "Mi fa apparire troppo ingombrante, a volte mi sento mostruosa...";
4. conflitto fra il bisogno di essere protetta e il bisogno d'indipendenza e opposizione alle figure genitoriali, accompagnato da sensi di colpa che la portano ad attuare comportamenti autolesivi: "A volte volevo morire, cancellare tutto e fuggire dai miei problemi; infatti, ho cercato di tagliarmi con un coltello da cucina per dimostrare non so cosa a chi...".

Lo stato ansioso e depressivo si aggrava nel mese di febbraio, quando Mariella manifesta alla psicologa il desiderio di "farla finita e di buttarsi dalla finestra"; inoltre si sente in balia di allucinazioni uditive che la spaventano. Scrive: "Non ho più voglia di vivere, mi scorgo di fronte ad ogni problema, come quello del rientro a scuola e del mio confronto con le persone che mi circondano che sembra debbano soffocarmi... Ho paura di stare da sola al buio, infatti quando mi trovo in questa situazione odo suoni e rumori strani che mi agitano e mi fanno soffrire, al punto di provocarmi dell'irritazione su tutto il corpo, che mi dà tremori strani che finiscono dopo qualche minuto, lasciandomi con un forte mal di testa, accompagnato da dolori di stomaco...". Nel tentativo di ritardare l'uscita dall'ospedale, dove si sente più contenuta, Mariella simula dapprima un aumento della temperatura, e, vistasi scoperta, omette le iniezioni di insulina. Prima della dimissione, è richiesta la consulenza del neuropsichiatra. Si decide che venga seguita dal neuropsichiatra, che le prescrive una cura farmacologica e si premura di sensibilizzare la famiglia con alcuni colloqui, e dalla psicologa, per un impegno psicoterapico a cadenza settimanale.

Emergono altri problemi, quali la paura che possano morire i genitori (nell'autunno 1994 sono morti il nonno e uno zio di tumore). Il silenzio della famiglia su questi eventi ostacola l'elaborazione del lutto amplificando le angosce di Mariella: sogna di essere ammalata di tumore all'intestino, e dice: "non ho paura di morire..., temo solo per il dolore dei miei familiari". Si accentuano la paura della gente, il timore di non essere accettata dai coetanei, i conflitti con i genitori connessi a bisogni d'autopunizione... "In una discussione tra me e mia madre ho perso il controllo e, senza che lei mi vedesse, mi sono tagliata la

mano con un coltello e ho rotto un bicchiere. Ho avuto un desiderio irrefrenabile di tagliarmi le vene, per farla finita con tutto e tutti". A scuola il rendimento è scadente e ciò comporta altre frustrazioni. Permangono, anche se saltuariamente, sintomi dissociativi a carattere persecutorio. I "rumori" vengono associati a "qualcuno che vorrebbe farmi del male, oppure invitarmi a fare cose che non vorrei fare, come il fumare o bere alcolici".

Nel maggio 1996, Mariella comincia a risalire la china: vengono superate l'insonnia e l'agitazione notturna, e la maggior distensione favorisce nella ragazza un atteggiamento più sereno nei riguardi della scuola, specie quando la famiglia rinuncia all'aspettativa della promozione e diviene più aperta all'esigenza di libertà della figlia. A contenere le ansie contribuiscono anche gli amici che frequentano la sua casa. Fonte di divertimento diviene anche l'apprendere a cavalcare col cavallo regalato dal padre. Contemporaneamente è gratificata dalla reazione di tranquilla accettazione da parte dei compagni di classe, cui rivela il suo problema di salute, uscendo così dal meccanismo della negazione. Sembra che Mariella stia migliorando: non presenta più evidenti tentazioni autolesive, l'Io sembra rinforzato, come pure l'accettazione di sé. Le crisi di rabbia hanno lasciato il posto ad una normale aggressività.

Tutto bene dunque, ma peggiora l'equilibrio metabolico con valori di HBA1 C e fruttosamina crescenti. Insomma, se l'aspetto depressivo appare attenuato, la gestione della malattia diventa più problematica, nonostante che la ragazza dichiari di essere ligia alle regole. Il pediatra che segue i ragazzi con diabete sospetta che Mariella stia "barando" e coinvolge nuovamente la famiglia per un maggior controllo. Il gioco di negazione è di breve durata, poiché la ragazza racconterà alla psi-

Per corrispondenza:
Pasqua Brunelli
e-mail: smi@ausl-cesena.emr.it

esperienze

cologa che ha saltato non solo il controllo della glicemia, ma anche la terapia insulinica. Quali le motivazioni di tale comportamento? Mariella desidera:

a) saltare la terapia per mangiare poco e perdere peso in breve tempo;

b) preoccupare nuovamente la famiglia, da cui si sente esclusa nel momento dell'iniezione: "Mentre i miei familiari si riuniscono a tavola e parlano, io devo segregarmi in un'altra stanza per farmi l'iniezione...";

c) suscitare ansia nel pediatra che si occupa di lei: "Volevo attirare l'attenzione del dottore., anche se non so spiegarmene il motivo, forse perché all'inizio della mia malattia, quando ancora non era il mio medico a tutti gli effetti, provavo qualcosa per lui, anche se non so bene cosa fosse";

d) negare il limite collegato alla malattia in un impeto adolescenziale di onnipotenza e di sfida: "sapevo bene quello che mi sarebbe successo..., ma nonostante questo volevo ribellarmi contro tutto e tutti e volevo allontanare per un po' il problema di farmi l'iniezione e tutto il resto, per vivere e sentirmi molto più libera... Comunque, anche se è stato un periodo breve, è stato inizialmente uno dei più belli da due anni a questa parte!"

Che è successo? La parte magica ed infantile che agisce da "sabotatore interno" ha portato Mariella a sfidare, oltre al rischio del coma, anche il suo dottore, affinché non cessi dall'avere un "rapporto privilegiato" con lei, di considerarla la sua " paziente più importante, cui rivolgere costantemente il suo pensiero...". Il transfert per il medico è molto intenso e idealizzante: "Il mio dottore più che avermi colpito come medico, mi ha colpito come persona per il suo modo di fare e il suo carattere che mi attrae molto."

Però, dopo la confessione di aver saltato le iniezioni, il pediatra "si arrabbia" e accusa Mariella di un costante atteggiamento d'inganno, ribadito anche in una relazione per la famiglia. In un colloquio, successivo al rimprovero, la ragazza appare angosciata da forti sensi di colpa: vuole che la psicologa si faccia mediatrice nel rapporto di comunicazione tra lei e il suo medico. L'inganno non è legato al desiderio di autodistruggersi e di attentare alla

sua salute (come pensa il curante), ma piuttosto alla necessità di essere "in cima ai pensieri" del medico. In seduta psicoterapica, Mariella porta uno scritto in cui racconta la storia del suo primo incontro con il medico: "Era la prima volta che venivo ricoverata e avevo una paura folle di tutti quei medici che mi squadravano dall'alto in basso e che si comportavano in maniera seria e professionale, mentre lui si comportava in modo amichevole, mi incoraggiava e in un certo senso mi faceva sentire al sicuro perché sapevo che la mia malattia sarebbe stata un gioco che avremmo condotto io e lui, senza incontrare alcun problema... Con il passare del tempo questa simpatia è diventata qualcosa di più importante, tanto che lo pensavo continuamente e non vedevo l'ora di fare i controlli mensili per poter parlare con lui...Lo vedevo un po' simile a mio fratello o a qualcosa del genere... Da un po' di tempo ho pensato che quell'affetto che provavo per lui potesse essere corrisposto. Per questo ho cominciato a stare male, perché rivolgesse le sue attenzioni solo su di me, perché, visto che non poteva pensare a me allo stesso modo in cui lo pensavo costantemente io, ero certa che lo facesse, anche se molto negativamente. Ora ho capito che le persone non si possono costringere a provare sentimenti di affetto per qualcuno...". Dunque Mariella ha trovato nel pediatra un contenitore buono, empatico, in cui ha proiettato le sue fantasie di bisogno di rassicurazione, d'aiuto, e d'affetto intenso, ma puramente platonico: "Non ho mai pensato a lui in termini di contatto fisico, ma solo di vicinanza per stare insieme e parlare di tutto...". In altri termini il dottore è un po' un sostituto di una figura genitoriale o familiare ("come mio fratello"). Il controtransfert del pediatra, all'inizio del tutto inconsapevole, da molto empatico e positivo, dopo la scoperta dell'inganno perpetrato dalla ragazza, si connota, agli occhi di Mariella, prima con una certa aggressività ("mi rimprovera aspramente"), poi con distacco e freddezza. Ella si sente molto in colpa e comincia a pensare di "aver sbagliato tutto" nei riguardi del dottore, il quale, peraltro, assume, nuovamente e consapevolmente, un rapporto improntato alla

comprensione e all'incoraggiamento, diventando anche catalizzatore di un processo di crescita. All'inizio dell'autunno, abbandonato il supporto farmacologico e superati i sintomi dissociativi, Mariella ha modo di iniziare a riflettere sulla sua esperienza: "Ora ho compreso, se non tutti, almeno in parte, i miei errori; ora cerco di vedere la vita in maniera diversa, ho smesso di sognare ad occhi aperti e ho cominciato ad impegnarmi un po' più seriamente."

Il rapporto con la famiglia migliora: "Stiamo arrivando ad un punto di equilibrio familiare non indifferente, a vivere giorni più tranquilli e felici".

Sviluppo del caso e funzione del sostegno medico e psicosociale

Dal giugno '96 al dicembre '97, il sostegno psicoterapico diviene quindicinale: Mariella sta indubbiamente meglio, anche se non manca qualche problema connesso all'alimentazione poiché alterna periodi in cui riesce a dimagrire e a seguire la dieta ad altri in cui ingrassa rapidamente, probabilmente perché utilizza il cibo come ansiolitico. Riguardo alle amicizie, Mariella continua a mantenere buoni rapporti; tuttavia lamenta la diminuita disponibilità di qualche coetanea "troppo occupata con il ragazzo". Lei non si sente ancora pronta ad iniziare un rapporto affettivo e afferma di aver "troppa paura di sbagliare... come in passato". Parlando dell'esperienza vissuta, ribadisce: "Il mio comportamento errato e puerile ha causato preoccupazione e sofferenza nella mia famiglia e in tutte le persone che mi vogliono bene... Questo ha fatto sì che si rivelasse una parte di me che forse neanche io conoscevo e che ancora adesso mi fa soffrire e indietreggiare di fronte alle difficoltà e ai problemi...". Progressivamente Mariella ha elaborato le sue angosce, i suoi bisogni egocentrici e regressivi, e i suoi conflitti, riprendendo fiducia in se stessa; inoltre ha maturato un coping più adeguato e maggior autonomia e consapevolezza di sé.

Il "prendersi cura" riguardo alla personalità in crisi di Mariella, ha trovato una preziosa rete di sostegno nella pluralità di interventi integrati da parte dei vari operatori dell'équipe.

Ciò ha portato al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1. contenimento dei sensi di colpa e dell'angoscia con sblocco dell'espressione emotiva;
2. potenziamento dell'autostima, ristrutturazione dell'immagine corporea, rinforzo dell'Io;
3. integrazione del Sé malato nel Sé sano: la malattia diventa una condizione di vita che non inficia l'identità personale;
4. attivazione della volontà e ripresa evolutiva in direzione dell'adattamento psicosociale, del benessere psicofisico e dell'autorealizzazione.

Naturalmente gli obiettivi sopra indicati non hanno avuto la funzione di determinare un cambiamento strutturale di personalità, ma piuttosto di offrire una "stampella" per superare le difficoltà e riprendere il cammino verso una maggiore maturità del proprio Sé.

Riflessioni conclusive

Quale peso possa avere avuto la malattia diabetica nell'insorgenza del break-down è difficile a dirsi: si può ipotizzare che, anche in assenza del diabete, la ragazza sarebbe potuta cadere in crisi, considerate le caratteristiche specifiche di personalità, collegate a tendenze depressive, per probabile difetto nelle relazioni oggettuali infantili.

Tuttavia il dolore esistenziale per la presa di coscienza della cronicità della malattia, la ferita narcisistica derivata da vissuti di diversità rispetto ai coetanei sani e il rifiuto della dipendenza dalle pratiche terapeutiche possono aver costituito variabili importanti nel determinare la rottura del fragile equilibrio adolescenziale, sfociata nella crisi patologica. Il vissuto per il medico, infine, se ha permesso inizialmente un contenimento delle ansie e un'evasione fantastica dal "disagio della malattia", secondariamente, al momento della frustrazione, può aver reso più dolorosi i sensi di inadeguatezza e di colpa.

Da sottolineare, infine, che la situazione analizzata va letta all'interno di un clima familiare ansioso, poco favorevole al processo di crescita. Avendo trovato, da parte dell'equipe, comprensione, rassicurazione ed empatia, Mariella e la sua famiglia hanno maturato maggior fiducia e consapevolezza nelle pro-

prie capacità di autogestione della condizione diabetica, migliorando anche le relazioni familiari.

In una riunione del "Gruppo Adolescenti Diabetici", la ragazza, comunicando aspetti della sua esperienza, ribadisce: "l'accettazione della mia condizione di diabetica mi ha educato alla realtà e mi ha aiutato a capire che la sofferenza è una componente inevitabile della vita, che ti porta a ricercare valori più veri". Attualmente, mentre è alla ricerca di un lavoro e sta vivendo una situazione affettiva soddisfacente, Mariella mostra una maggiore capacità di integrare e adattare la malattia alla propria vita e non viceversa.

Forse è vero che, come dice Searles, "l'individuo acquista la maturità quando è in grado di accettare anche la sofferenza e, almeno in parte, la morte".

Bibliografia

- (1) Alberti A. L'uomo che soffre, l'uomo che cura. G. Pagnini editore 1997
- (2) Ammaniti M (a cura di), La nascita del Sé. Ed. Laterza 1989
- (3) Assagioli R. Principi e metodi della psicosintesi terapeutica. Ed. Astrolabio 1973
- (4) Corigliano N et al. La funzione di supporto dell'analista nel trattamento dei break-down adolescenziali gravi. *Rivista di psicoanalisi* 1993;33:4
- (5) Searles H. Scritti sulla schizofrenia. Ed. Boringhieri 1977

P. Brunelli, G. Cerasoli. Il caso di Mariella: adolescenza, diabete e break-down evolutivo
Quaderni acp 2002, vol IX: n° 4: 56-58

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

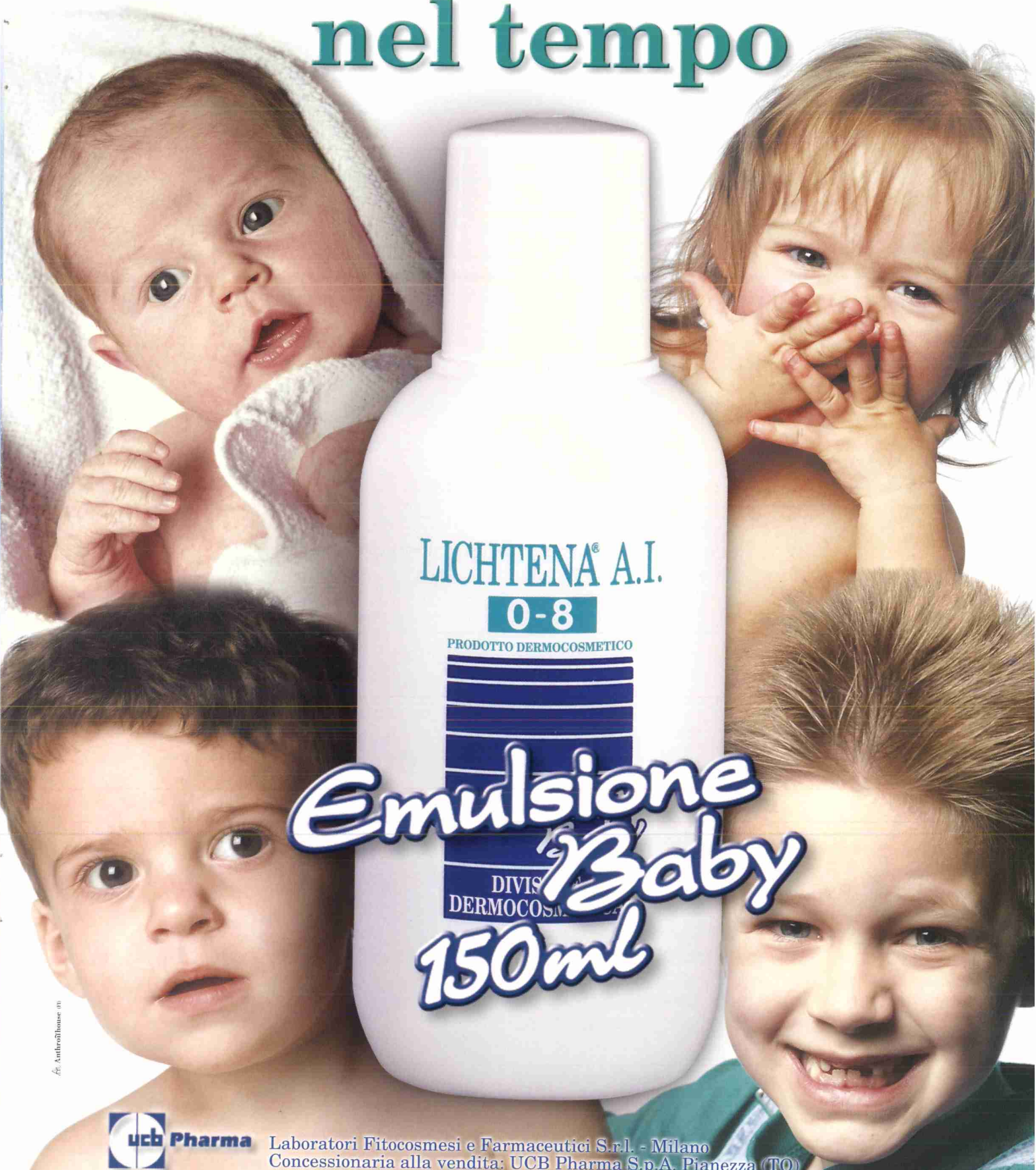
Il bambino che non mangia"

Presentazione di un caso clinico da parte di un pediatra.

Ore 13

Conclusione dei lavori

Delicata, efficace... nel tempo



Ag. Anthrophouse 01



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

HALIBORANGE®

GOCCE



Niente è meglio del latte materno... ...integrato con vitamine D₃, A e C

Il contenuto medio di vitamina D₃ 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 lattante¹. 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.

¹ 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