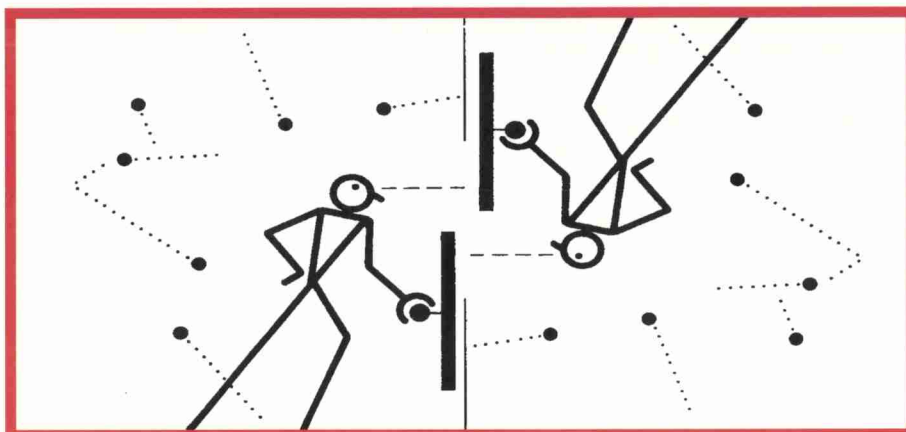


Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
associazione culturale pediatri
www.acp.it

Il burattino iperattivo; istruzioni a pagina 6 e 21



5 Questo numero 6 Il burattino iperattivo 9 Storie di ordinaria BuroKrazia
10 Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani 14 I minori "stranieri" in
Italia 18 Nati per leggere in Trentino, Basilicata, Veneto 18 Bookstart in Gran
Bretagna 19 Rassegna Stampa 19 Lettere a NPL 20 L'inflazione del mare:
i pediatri e l'abuso della talassoterapia 22 Promozione della salute e diritti di
cittadinanza 24 Farmaci in Europa: appello della rivista Prescrivere 25 Sindacati
medici: il gioco delle parti 25 Scomparso l'alfiere della lotta anti-Aids in Cina
25 Epidemia di morbillo in Germania 25 Sempre di più i cesarei 26 La visita
pediatrica di una bambina troppo occupata 27 Effetti collaterali dei conflitti in
Iraq 28 Libri 31 Film: Da Pinocchio a Il figlio: storie di falegnami, burattini e
ragazzi 32 Lettera da Nablus in Cisgiordania 34 Lettere 36 Sirmione: un'e-
sperienza formativa di integrazione 38 L'alba dei sensi: imprinting e dolore
40 È utile un EEG per predire la ricorrenza di convulsioni dopo una CF?
42 Avvicinarsi a Pub Med dal Medical Subject Heading (MeSH) 44 L'efficacia delle
visite domiciliari delle assistenti sanitarie 46 Un eritema nodoso "sentinella"

novembre-dicembre 2002 vol IX n°6

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



Se respira e dorme bene, il merito è anche del suo pediatra.

Soluzione fisiologica sterile allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, Libenar è un rimedio semplice e naturale indicato per:

- risolvere e prevenire i piccoli problemi igienici del nasino di neonati e bambini
- facilitare la poppata e il sonno dei lattanti
- idratare le mucose nasali
- ripristinare le caratteristiche reologiche del muco
- diluire altri farmaci in aerosolterapia

Libenar agisce esclusivamente a livello locale, non contiene principi farmacologicamente attivi, né conservanti e può quindi essere utilizzato per lunghi periodi senza controindicazioni, anche dalle mamme in attesa.

Sono dispositivi medici.
Libenar soluzione fisiologica **CE** 0459
Per l'uso leggere attentamente le istruzioni.



Libenar[®]

soluzioni per nasi e nasini

In farmacia.
Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24
Spray da 40 e 125 ml



Editoriale

- 6 Il burattino iperattivo
Maurizio Bonati

ACP News

- 9 Storie di ordinaria BuroKrazia
Franco Dessì

Ricerca

- 10 L'uso dei farmaci antiasmatici nei bambini italiani
Antonio Clavenna, Elisa Rossi, Alessandra Berti et al.

Statistiche correnti

- 14 I minori "stranieri" in Italia
Paolo Siani

Nati per leggere

- 18 Nati per leggere in Trentino, Basilicata, Veneto
18 Bookstart
19 Rassegna Stampa
19 Lettere

Letture

- 20 L'inflazione del mare: i pediatri e l'abuso della talassoterapia
Giancarlo Cerasoli

Salute pubblica

- 22 Promozione della salute e diritti di cittadinanza
Franco Rotelli

Info

- 24 Farmaci in Europa; appello della rivista Prescrire
25 Sindacati medici: il gioco delle parti
25 Scomparso l'alfiere anti-Aids in Cina
25 Epidemia di morbillo in Germania
25 Sempre di più o cesarei

Medici e letteratura

- 26 La visita pediatrica
Stefano Bordiglioni, Manuela Balocco

Attualità

- 27 Effetti collaterali dei conflitti in Iraq
Giorgio Tamburlini

Libri

- 28 *Francesco Tonucci*,
Se i bambini dicono adesso basta

28 *Asar Eppel*, Via d'erba

29 *Ernesto Ferrero*, Lezioni napoleoniche

28 *Franco Foschi*, *H (Hospital)*

Film

- 31 Da Pinocchio a Il figlio: storie di falegnami, burattini e ragazzi
Italo Spada

Osservatorio internazionale

- 32 Lettera da Nablus in Cisgiordania
Angelo Stefanini

Lettere

- 34 Lettera di Oral
Oral Atanyanova
34 Figura poco chiara; scusate
Elisabetta Sala
34 Un'elegante rivista parla di vaccini
Francesco Pierantozzi

Esperienze

- 36 "Sirmione", un'esperienza formativa di integrazione professionale
Gianni Mastella

37 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 38 L'alba dei sensi: imprinting e dolore
Carlo V. Bellieni

Leggere e fare

- 40 È utile un EEG. per predire la ricorrenza di convulsioni non febbrili dopo CF?
Sandro Bianchi
42 Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH)
Sergio Conti Nibali

Il punto su

- 44 L'efficacia delle visite domiciliari delle assistenti sanitarie
Lucio Piermarini

Il caso che insegna

- 46 Un eritema nodoso "sentinella"
Paolo Siani, Claudio Santoro, Rosaria Crusco et al.

48 Indice Generale 2002

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Michele Gangemi
Stefania Manetti
Paolo Siani
Francesca Siracusano

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

Lucio Piermarini
un po' per gioco

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

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

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.it

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

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.

Editoriale**6 Il burattino iperattivo**

C'è consenso nel definire il Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD), ma molto rimane da definire circa i criteri diagnostici, la prevalenza, le caratteristiche dei pazienti, i fattori di rischio, l'evoluzione clinica, gli schemi e la durata e gli esiti a distanza del trattamento. Questi temi hanno caratterizzato, in Italia, il dibattito fra i pediatri e sulla stampa. La ri-commercializzazione del metilfenidato e la disponibilità di nuove molecole, come l'atomoxetina, rappresentano un'occasione di riflessione e di intervento per rispondere ai bisogni assistenziali del bambino con ADHD e della sua famiglia.

ACP News**9 Storie di ordinaria BuroKrazia**

Il tesoriere dell'ACP racconta una incredibile avventura nei palazzi della burocrazia per potere fare un deposito cauzionale per il congresso dell'Associazione.

Ricerca**10 Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani**

Obiettivi: lo scopo dello studio è valutare la prescrizione di antiasmatici nella popolazione pediatrica italiana.
Metodi: l'analisi è stata condotta utilizzando le ricette presentate nell'anno 2000 alle farmacie di 17 ASL partecipanti al progetto ARNO e riferite a 417.559 bambini di età 1-13 anni.
Risultati: 92.890 bambini (22.2%) hanno ricevuto almeno una prescrizione di antiasmatici nel corso del 2000. Il tasso di prevalenza è maggiore nei maschi rispetto alle femmine, e diminuisce con l'aumentare dell'età. Al 71.5% dei bambini trattati sono state prescritte solo 1-2 confezioni. I principi attivi più prescritti sono il beclometasone, il salbutamolo, la flunisolide e il fluticasone.
Conclusioni: i farmaci antiasmatici risultano prescritti prevalentemente per patologie diverse dall'asma; una quota non certo irrilevante di bambini è stata esposta a una terapia, la cui efficacia non è adeguatamente documentata.

Statistiche correnti**14 I minori "stranieri" in Italia**

Si è registrato in questi ultimi anni in Italia, e in 4 Regioni (in particolare Piemonte, Veneto, Marche e Campania), un consistente aumento della presenza di immigrati e una tendenza ancor più consistente alla stabilizzazione e alla costituzione o ricomposizione dei nuclei familiari attraverso la presenza dei figli, in parte venuti dai paesi esteri per ricongiungersi ai loro familiari, e in parte nati in Italia. Vengono analizzati i vari problemi che questi bambini e le loro famiglie sono costretti ad affrontare, dall'inserimento scolastico al lavoro minorile e che coinvolgono anche l'organizzazione del Paese ospitante, spesso impreparato ad accoglierli nel modo migliore.

Nati per leggere**18 La diffusione del progetto**

Continuiamo a raccogliere testimonianze della diffusione del progetto ed a pubblicare indicazioni bibliografiche e lettere dei nostri lettori sul progetto stesso.

Lecture**20 L'inflazione del mare: i pediatri e l'abuso della talassoterapia**

A partire dalla seconda metà dell'Ottocento in Italia si fece strada la convinzione che la talassoterapia potesse guarire e prevenire molte delle patologie infantili allora tra le più diffuse. Il regime fascista si inserì in questo quadro utilizzandolo, spesso propagandisticamente, per favorire le famiglie di basso reddito ma si trovò a dovere concludere che le colonie estive non si erano dimostrate all'altezza delle aspettative. Molti pediatri avevano già fatto notare come la loro efficacia nella cura di alcune patologie e nella profilassi della tubercolosi era un'illusione e, inoltre, la convivenza di bambini ammalati con i sani favoriva il contagio.

Salute pubblica**22 Promozione della salute e diritti di cittadinanza**

Coniugare promozione della salute e diritti di cittadinanza, valutare le implicazioni culturali e organizzative del passaggio dal welfare assistenziale a quello di mercato, a quello di Comunità, in un contesto socio-sanitario difficile, sono le sfide che il tempo presente impone a chi si occupa di salute pubblica.

Info**24 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo**

Vengono riportati notizie e commenti relativi a problemi di salute emersi negli ultimi 2 mesi.

Medici e letteratura**26 La visita pediatrica**

Una bambina osserva criticamente e duramente il suo pediatra durante una visita.

Attualità**27 Effetti collaterali dei conflitti in Iraq**

Un rapporto della organizzazione inglese Medact analizza dal punto di vista della salute pubblica e dell'impatto ambientale dei passati e futuri conflitti in Iraq. Il rapporto dimostra che la guerra ha un costo di vite umane che si trasforma in un vero e proprio disastro per la popolazione e particolarmente per i bambini sia nel breve che nel lungo periodo.

Film**31 Da Pinocchio a Il figlio: storie di falegnami, burattini e ragazzi**

L'accostamento di due film in apparenza così diversi per ricordarci, come dice Spada alla fine che anche un legno - qualsiasi legno piovuto dal cielo o emerso dal riformatorio - per diventare uomo ha bisogno di un artigiano padre, ma ci induce anche a riflettere che esistono molti modi per aiutare qualcuno a diventare uomo: molti modi di essere artigiano padre.

Osservatorio internazionale**32 Lettera da Nablus in Cisgiordania**

Scopo di un viaggio a Nablus del coordinatore OMS per la Palestina era di fare il punto della situazione sanitaria. Il direttore sanitario e alcuni medici del Rafidia Hospital riferiscono i problemi: impossibilità di accesso all'ospedale per molti pazienti e per oltre il 60% del personale, mancanza di farmaci e attrezzature, soprattutto di ossigeno. Gli orrori durante le tre invasioni in aprile/maggio, con decine di cadaveri lungo strade e la proibizione di raccoglierti, feriti gravi abbandonati a se stessi per il blocco imposto alle ambulanze di circolare. Ambulanze ritardate a lungo per motivi futili; ostacoli dei militari all'accesso dei feriti. Soprattutto una grande sfiducia nell'azione delle organizzazioni internazionali. Il tutto all'interno di una situazione di grande sofferenza della popolazione civile.

Esperienze**36 Sirmione, un'esperienza formativa**

Sirmione è un'iniziativa di formazione che dura da 15 anni e che riunisce un gruppo di pediatri, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali ed altri professionisti che operano in reparti pediatrici, con l'obiettivo di confrontare le loro modalità di lavoro. Per imparare ad analizzare la realtà organizzativa in cui i diversi gruppi operano e, congiuntamente, esercitare e sperimentare attitudini e progetti di cambiamento. Per focalizzare l'attenzione al momento organizzativo come fattore complementare a quello dello sviluppo delle abilità professionali e della cultura sanitaria, per incidere per passi brevi sulla qualità complessiva delle prestazioni di cura. Vengono descritte le modalità di funzionamento delle riunioni.

ausili didattici**37 tutti gli abstract di ausili didattici**

Il burattino iperattivo

Maurizio Bonati

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Il 2002 è stato l'anno delle manifestazioni collodiane in occasione del centenario della pubblicazione di "Le avventure di Pinocchio". Nel 1881, sul numero iniziale del "Giornale per i bambini" (pioniere dei periodici italiani per ragazzi), uscì la prima puntata delle avventure, con il titolo "Storia di un burattino" a firma di Carlo Collodi, pseudonimo di Carlo Lorenzini, giornalista e scrittore fiorentino. Numerose sono state le iniziative culturali e di mercato organizzate per celebrare l'evento: non tutte a lieto fine (come sembra ricordarci anche Italo Spada nella sua rubrica). L'operazione maggiore è stata quella compiuta dal mercato editoriale che ha invaso librerie ed edicole con stampe e ristampe del libro. Tra queste ultime, bisogna sottolineare la mancata ristampa dell'edizione Einaudi del 1968 con la preziosa prefazione di Giovanni Jervis: grave "disattenzione" di una (allora) gloriosa casa editrice. Forse tutto è già stato scritto su Pinocchio, un libro imposto più che scoperto, a cui solo un'attenta e non convenzionale rilettura può restituire una freschezza: proprio quell'approccio seguito da Jervis e che da allora è rimasto unico. "... Pinocchio è un ribelle mancato ma anche, perpetuamente, un bambino mancato: ciò che può riscattarlo è la sua follia, ... Gli si può attribuire scarsa intelligenza e capacità critica, debolezza di carattere, patologica miopia nelle previsioni, limitatissima elaborazione dei dati dell'esperienza ... Egli somiglia per certi lati a una personalità psicopatica, a un delinquente minorile, ad uno di quei bambini ipercinetici e simpaticissimi che vengono chiamati anormali del carattere, a un tipico, terribile problema educativo caratterizzato da difficoltà insormontabili nella introiezione della moralità, da un carattere infantile, impulsivo, cordialmente irresponsabile, attaccabrighe...". Iperattività, impulsività, e deficit di attenzione-concentrazione costituiscono la triade che caratterizza, oggi, la definizione del Disturbo da

Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD). Casualità degli eventi? Forse. Certo è che l'anno sta per concludersi si caratterizza anche per la (ri)scoperta nazionale dell'ADHD. Numerose sono state, infatti, le occasioni di analisi e discussione (anche in ambito acp: i convegni di Tabiano, il congresso di Roma, Trieste e alcuni incontri di gruppi locali), alcuni incontri nazionali (p. es.; a Cagliari e Catania quelli dei neuropsichiatri infantili, a Roma quello del Ministero della Salute) e la stesura di linee guida da parte della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). Numerosi sono stati anche gli articoli pubblicati sulla stampa sia divulgativa che scientifica nazionale, anche se spesso basati su impressioni ed esperienze di singoli (attori e contesti) piuttosto che su evidenze scientifiche generalizzabili. Infatti, sebbene oggi ci sia un consenso nella comunità scientifica nel definire la ADHD, ampia diversità c'è invece nel valutare la gravità dei sintomi e nel giudicare la rilevanza clinica delle loro molteplici manifestazioni. Due sono i criteri diagnostici oggi utilizzati per inquadrare e valutare i sintomi associati all'ADHD: l'ICD-10 (sistema diagnostico proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) e il DSM-IV (proposto dall'American Medical Association). Il primo presenta criteri più restrittivi del secondo, e consente quindi di identificare un numero minore di bambini: quelli con ADHD di maggior gravità. Seguendo un'impostazione fondamentalmente gerarchica l'ICD-10 tende infatti ad escludere diagnosi multiple; così, p.es., applicando il DSM-IV, un bambino potrebbe essere diagnosticato con ADHD e disturbo della condotta, mentre applicando l'ICD-10 gli verrebbe diagnosticato solo il disturbo di condotta. Ed ancora: per la diagnosi di Disturbo Ipercinetico l'ICD-10 prevede la presenza sia di inattenzione che di iperattività e impulsività. Quindi bambini con ADHD

con deficit prevalentemente dell'attenzione o di tipo iperattivo/impulsivo vengono considerati sub-clinici secondo l'ICD-10. Alla scelta del sistema diagnostico da utilizzare, che è condizionata anche da attitudini scientifico-culturali (p.es., in Europa si preferisce il primo, negli Usa il secondo), conseguono quindi differenze consistenti nell'iter complessivo diagnostico-terapeutico a cui il bambino può essere sottoposto. Numerosi sono i potenziali fattori eziologici associati all'ADHD e tra questi, quelli genetici, perinatali, psicosociali, ambientali, dietetici, strutturali cerebrali e neurobiologici. È per questi ultimi tuttavia che sono disponibili oggi maggiori evidenze circa un loro ruolo nel caratterizzare le manifestazioni cliniche dell'ADHD. In particolare, a livello della corteccia frontale e dei nuclei della base, le cui funzioni sono modulate da dopamina, noradrenalina e serotonina, in pazienti con ADHD sono state dimostrate anomalie strutturali e funzionali del sistema dopaminergico. Il ruolo della dopamina supporta infatti le manifestazioni di scarsa attenzione e iperattività, come la serotonina l'impulsività, e un eccesso di noradrenalina le manifestazioni di aggressività. Esistono, infatti, numerose evidenze che farmaci in grado di modulare i sistemi dopaminergico e noradrenergico sono in grado di migliorare iperattività, impulsività e attenzione. Non esiste invece nessuna evidenza di efficacia clinica sui sintomi dell'ADHD dei farmaci che bloccano il reuptake della serotonina (SSRIs). Sebbene l'ADHD sia ritenuto, a livello internazionale, uno dei più frequenti problemi comportamentali dell'età evolutiva, le stime della prevalenza variano considerevolmente (da 1 a 24%) a seconda del contesto geografico e sociale, dell'età e del sesso della popolazione osservata (è più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto 5-9/1), dei criteri diagnostici utilizzati e dall'esperienza degli operatori. Indipendentemente dall'età di insor-

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: mother_child@marionegri.it

editoriale

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is among the most common neurodevelopmental disorders in children. It involves hyperactivity, impulsiveness, and inattention beyond the norm for a child's age. Standardised approaches for diagnosis, therapy, follow-up and appropriate management involving all potential caregivers require further evaluation and implementations. In such a context, the marketing of methylphenidate and the future availability of new compounds (i.e., atomoxetine) have fuelled the debate on ADHD. This is can be a useful opportunity for reflections and actions for guaranteeing evidence based care to children with ADHD and support for their families.

Maurizio Bonati, The hyperactive puppet
Quaderni acp 2002; vol IX n° 6: 6-7

DIPARTIMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE UMANA,
DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E DEI RAPPORTI INTERNAZIONALI

DIREZIONE GENERALE DELLA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI
E DELLA FARMACOVIGILANZA

UFFICIO AUTORIZZAZIONI
ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO DEI MEDICINALI

DECRETO AIC N° (Bozza del 19/11/2002)

CONSIDERATO ... VISTI...

DECRETA

...

ART. 3

La classificazione ai fini della fornitura è quella di Medicinale soggetto a prescrizione Medica Speciale in quanto rientrante nella Tabella 1 del D.P.R. n. 309/1990, come previsto dall'art. 6 del D. Leg.vo n. 539/1992.

Per l'indicazione ADHD la prescrizione del medicinale RITALIN a base di Metilfenidato deve essere effettuata solo a seguito della predisposizione di un piano terapeutico che viene proposto a conclusione di un processo diagnostico che coinvolge, a livello delle Regioni e province Autonome, le strutture specialistiche (Centri di Riferimento) e i medici pediatri di libera scelta.

ART. 4

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano individuano le strutture specialistiche, quali Centri di riferimento che dovranno agire coordinandosi con i medici pediatri di libera scelta.

Ogni Regione e Provincia Autonoma definisce le linee guida operative finalizzate ad un corretto utilizzo del Metilfenidato sia in fase di diagnosi che di monitoraggio del trattamento farmacologico che di valutazione complessiva.

Le stesse Regioni e Province Autonome attivano un programma di farmacoutilizzazione definendo i relativi protocolli che saranno notificati alla Direzione Generale della Valutazione dei Medicinali e della Farmacovigilanza - Ufficio VI.

ART. 5

Il Ministero della Salute, annualmente, procede alla verifica e al controllo delle informazioni raccolte nei protocolli notificati ai sensi del comma 3 del precedente articolo 3 ed elabora eventuali osservazioni tecniche.

Il Ministero della Salute attiva programmi di informazione per l'opinione pubblica.

...

Roma, li ... dicembre 2002

IL DIRIGENTE
(Dott.ssa Caterina Gualano)

genza, anche presunta, dell'ADHD il bambino arriva all'osservazione dello specialista solo in età scolare: sono proprio gli insegnanti che segnalano l'anomalo comportamento dell'alunno nel contesto scolastico. A casa e nelle relazioni familiari invece le difficoltà risultano meno evidenti, anche se non scompaiono del tutto. I sintomi sono quindi facilmente influenzati dall'ambiente in cui il bambino si trova. Non disponendo di misurazioni biologiche per l'ADHD la diagnosi è basata su criteri clinici di valutazione dei sintomi comportamentali. Essendo questi ultimi una pleora le difficoltà diagnostico-differenziali sono numerose, come pure differenti possono essere le valutazioni dei singoli operatori. A tale proposito sono stati stilati appositi protocolli diagnostici che prevedono, oltre alla visita medica e neurologica, all'esame psichico e alla valutazione delle capacità cognitive e di apprendimento del bambino, anche un'intervista strutturata ai genitori e agli insegnanti, ed eventualmente anche ad altri adulti con cui il bambino ha rapporti relazionali prolungati. In tale contesto, risulta quindi essenziale l'esperienza dell'operatore che si prende cura di un bambino con sospetto ADHD, proprio a partire dall'inquadramento diagnostico, che necessita di più di un incontro per essere correttamente effettuato.

Due sono le modalità terapeutiche per l'ADHD: farmacologica, con psicostimolanti; comportamentale, con vari interventi psicosociali. Anche per quanto concerne gli approcci terapeutici vi sono differenze tra Europa e USA. In Europa, dove la prescrizione è più ristretta, anche per normative regolatorie, le linee-guida prevedono inizialmente interventi psicosociali (modifiche comportamentali, terapia cognitiva, terapia di famiglia, etc.). Negli USA invece prevale, sin dall'inizio, l'indicazione per il trattamento farmacologico. Per entrambi gli approcci risulta tuttavia ampia la variabilità per quanto concerne la durata della terapia, l'osservazione, il tasso di efficacia e i criteri utilizzati per la sua stima, etc. Il metilfenidato, uno psicostimolante che aumenta il rilascio e il reuptake della dopamina, rappresenta oggi il farmaco di scelta per l'ADHD.

continua alla pag. 47

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: CLENIL 0,8 mg/2 ml sospensione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni Infezioni virali e tubercolari attive o quiescenti locali.** Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. Generalmente controindicato in gravidanza e allattamento (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL. Benché CLENIL sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo anormale elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquando regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, corticosteroide dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed anti-allergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidale ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetoneide e 1,39 volte più attivo del beclometasone valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL₅₀ (topo per os) >4000 mg/kg; DL₅₀ (ratto per os) >4000 mg/kg; DL₅₀ (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL₅₀ (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trifismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglio gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato dibasico biidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearyllico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 36 mesi. Tale periodo è da intendersi per il prodotto in confezionamento integro, correttamente conservato. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 20 flaconcini monodose da 2 ml - € 13,24. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: FLUIBRON® 0,75% Soluzione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg 750. Un contenitore monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un contenitore monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo contenitore o un contenitore monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze per l'uso e speciali precauzioni** 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 2ª ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immutato. **5.3 Dati preclinici di sicurezza Tossicità acuta** - La tossicità acuta di Fluibron valutata sui 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 coniglio gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. **Attività mutagena** - I classici tests di mutagenesi non hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. **Influenza sui vari organi ed apparati** - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 24 mesi alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del contenitore monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: contenitori monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 contenitori monodose da 2 ml Lit. 17.500. Confezione da 20 contenitori monodose da 2 ml € 9,50. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il contenitore monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il contenitore monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il contenitore monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del contenitore monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il contenitore può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **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.

Storie di ordinaria BuroKrazia

Franco Dessi
Pediatra - Narbolia (OR)

Poco prima del congresso ACP di Roma ho saputo che dovevo effettuare un versamento come deposito cauzionale per la sala; potevo fare o un versamento oppure una fideiussione bancaria; il versamento è parso a tutti la cosa più semplice e più immediata. Ho chiamato la banca per sapere se c'erano i fondi. Tutto OK. Il mercoledì è il mio giorno libero dall'ambulatorio, che dedico alle file per l'ACP.

Esco presto al mattino, perché alle 12,30 devo andare a prendere le bambine; chiedo a Tonina di venire con me; mi fa compagnia e mi aiuta quando non si trova il posteggio.

Nel frattempo mi chiama Michele Valenti da Roma e mi raccomanda due cose: la quietanza e la causale. Devo ritirare la quietanza (non basta la ricevuta di versamento) e devo scrivere la causale che mi detta parola per parola.

Vado in banca e chiedo di fare un bonifico; mostro il fax pervenutomi dalla Biblioteca Nazionale, sede del Congresso. Gli impiegati lo leggono e lo rileggono con un'espressione sempre più perduta; blocco tutta la fila per circa 15 minuti.

La signora dello sportello ritorna con un'aria fra l'imbarazzato e il dispiaciuto: "Dottor Dessi, avrà capito che questo non è un semplice bonifico, è un'operazione complessa e delicatissima". Penso tra me: che cosa ci può essere di complicato e di delicato nel fare un versamento cauzionale che dovrebbero restituirci fra un mese se non distruggiamo la sala? Ingenuo e ignorante! "Legga qui, vede?" mi mostra il mio fax scritto in puro burocratese che in precedenza avevo leggiucchiato senza capirci un gran che: da effettuarsi direttamente presso la Banca d'Italia, Tesoreria Provinciale dello Stato.

"Lei deve andare alla Banca d'Italia a fare il versamento, noi non credo che possiamo farlo direttamente". Farfuglio che il conto ce l'avevamo là, dovevo portare denaro liquido? "Forse potrei darle un assegno circolare, ma così non le daranno la quietanza (ahi, la quietanza!)." Chiedo cortesemente che chiamino la Banca d'Italia.

Chiedo cortesemente che chiamino la Banca d'Italia.

Dopo una lunga telefonata la giovane ritorna da me sempre più confusa: "Abbiamo telefonato alla Banca d'Italia e loro dicono che assolutamente non fanno la distinta". Con un filo di voce le dico: "Che devo fare?". La risposta è precisa: "La distinta gliela devono fare alla Direzione Provinciale del Tesoro, anzi adesso si chiama dei Servizi Vari. Si trova nella zona dei palazzi amministrativi".

I palazzi amministrativi sono grandi palazzi alla periferia di Oristano, un labirinto, pieni di porte, atri, corridoi, dove ti mandano sempre prima al palazzo sbagliato e poi al piano sbagliato. Il cuore della burocrazia.

A pianterreno la guardiola dell'usciera è vuota. Prendo la prima scala che trovo e salgo fin dove incontro qualcuno. Espongo il mio problema a un signore e poi, via via, ad altri che mi scaricano da un piano all'altro, ma alla fine trovo la persona giusta. Una signora ben vestita, seria e gentile. Le spiego tutto, legge e rilegge il fax e mi dice che la banca ha preso un abbaglio, loro non fanno distinte, inoltre il versamento cauzionale è un versamento temporaneo, quindi non riguarda la Direzione Provinciale dei Servizi Vari. Fra l'altro lei ha dei moduli, ma sono ancora in lire, forse alla Banca d'Italia li hanno in Euro. Comunque mi dà alcuni stampati.

Ritorno alla Banca, spiego il contenuto della chiacchierata e chiedo infine che mi diano l'assegno circolare da portare alla Banca d'Italia, pazienza per la quietanza, dovrà ritornare uno o due giorni dopo il versamento.

"A chi l'intestiamo? Mi chiede l'impiegata. Sul fax c'è scritto alla Tesoreria Provinciale dello Stato. Così l'intesto alla Tesoreria Provinciale, sede di Roma.

Non mi resta che ritornare alla Banca d'Italia. L'impiegata guarda la documentazione, si consulta e mi dice quanto segue: "innanzitutto l'assegno è sbagliato, in quanto deve essere

intestato alla sede di Oristano e non di Roma, e poi il versamento è temporaneo od ordinario?". Mi spiega che sono due cose diversissime che richiedono moduli e procedure completamente differenti. Una è la quietanza normale con modulo 121T, l'altra è la quietanza di deposito cauzionale 123T che è tutta un'altra cosa! Devo informarmi. Esco dalla banca e telefono a Michele a Roma che mi conferma che il deposito, anche se cauzionale, è ordinario e ribadisce: Capo 29-Mo, Capitolo 2584 Art. 3.

Ritorno alla Banca e mi faccio rifare l'assegno giusto, quindi di nuovo alla Banca d'Italia. Spiego all'impiegato che il versamento è ordinario: "Veda - mi dice l'impiegato - ora l'assegno va bene, ma se il versamento non è temporaneo, occorre il visto della Ragioneria dello Stato". "Dove si trova?" "Ai palazzi amministrativi, proprio di fronte all'ufficio dove è già stato". Ometto per decenza i miei pensieri, ritorno lì, la trafila per trovare l'ufficio giusto è più breve, in quanto l'usciera è presente, gli dico che cerco un signore di quell'ufficio. "Il suo ufficio è al quarto piano - mi dice - ma può trovarlo anche al terzo... o anche al secondo..." mi grida mentre salgo le scale di corsa. Aveva ragione, vado al quarto e mi dicono che la cosa più facile è che sia al terzo, ma, eventualmente non lo avessi trovato lì, certamente lo avrei incontrato al secondo. Ormai sono fuori orario ma il signore è gentile, gli spiego tutto, controlla i codici in un gran librone e infine mi timbra contento la distinta. Tutto a posto! Sempre di corsa ritorno alla Banca d'Italia, è l'una e venticinque; dovrei avercela fatta, la banca chiude all'una e mezza... sì, ma la cassa chiude un quarto d'ora prima... ritorni domani! Così dovrò tornare domani per eseguire il versamento e dopodomani (o lunedì?) per avere la quietanza.

Ah! Dimenticavo le bambine! Ho chiamato la zia che andasse a prenderle!

Per corrispondenza:

Franco Dessi

e-mail: fdessi@tin.it

Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani

- Antonio Clavenna, ° Elisa Rossi, ° Alessandra Berti, ° Giorgio Pedrazzi, ° Marisa De Rosa, - Maurizio Bonati, Gruppo di lavoro ARNO*
 - Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano
 ° CINECA Centro di Calcolo Interuniversitario dell'Italia Nord-Orientale, Bologna

Introduzione

L'asma è la patologia cronica di riscontro più frequente nei bambini; in Italia la prevalenza è stimata intorno al 9% sotto i 14 anni (1). In costante aumento nelle nazioni industrializzate, comporta un significativo carico assistenziale e un impatto negativo sulla qualità della vita dei bambini e dei loro familiari (2). Particolare attenzione è stata posta negli ultimi anni sulle strategie terapeutiche efficaci nel rallentare la progressione della malattia, e, a tal fine, le linee guida internazionali concordano sulla necessità di somministrare una terapia antinfiammatoria a tutti i pazienti con asma persistente con comparsa di più di 2 episodi di broncospasmo alla settimana (3,4).

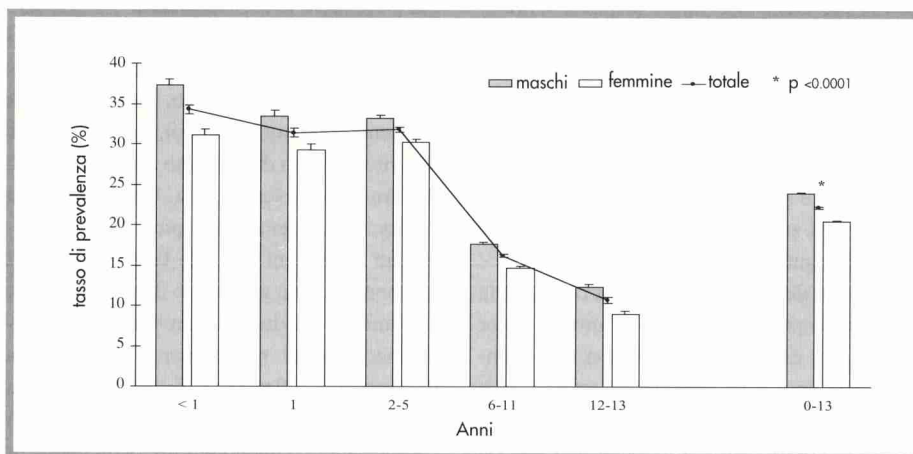
In tale contesto la prescrizione di farmaci antiasmatici può rappresentare uno degli indicatori per valutare la qualità della cura.

Alcune indagini epidemiologiche, per valutare la prescrizione farmaceutica effettuata in Italia nel corso del 1998 nei bambini italiani, hanno evidenziato che la sottoclasse dei farmaci antiasmatici è stata tra quelle più frequentemente prescritte (5-8). In particolare, in una popolazione di 463.213 bambini di 0-13 anni di età il tasso di prevalenza della prescrizione di antiasmatici è risultato del 22.6% (5). Gli antiasmatici più prescritti sono stati i corticosteroidi per inalazione: il beclometasone, che è l'antiasmatico più impiegato, è risultato il terzo farmaco più prescritto in assoluto dopo il paracetamolo e l'amoxicillina. Il frequente ricorso ai corticosteroidi non è, però, dovuto solo al trattamento dell'asma; analizzando, infatti, le prescrizioni effettuate da 35 pediatri di famiglia italiani, si è osservato che i corticosteroidi inalatori sono stati prescritti solo nel 21% dei casi come terapia dell'asma o di episodi di broncospasmo, mentre nel 25% dei casi sono

stati impiegati come trattamento sintomatico della tosse, nel 18% in corso di infezioni delle vie respiratorie superiori, nel 14% di bronchite e nel 13% di laringotracheite (8). Sebbene l'efficacia dei corticosteroidi somministrati per via inalatoria sia solidamente documentata solo per il trattamento dell'asma e della laringotracheite (9), una recente revisione sistematica della letteratura indica che la somministrazione di alte dosi di corticosteroidi per inalazione potrebbe essere utile anche nel trattamento di episodi ricor-

renti di broncospasmo associati a infezioni virali (viral wheezing) (10). I corticosteroidi non sono, invece, risultati efficaci nel trattamento sintomatico della tosse (11,12) e non sono presenti in letteratura studi clinici che documentino l'efficacia di questi farmaci nelle infezioni delle vie aeree superiori (senza ricorrenza di broncospasmo).

FIGURA 1: TASSO DI PREVALENZA DELLA PRESCRIZIONE DI ANTIASMATICI PER SESSO ED ETÀ



Per analizzare il profilo prescrittivo degli anti-asmatici in una popolazione pediatrica di larghe dimensioni, sono state utilizzate le informazioni contenute nella banca dati

un sistema con accesso via Internet protetto e riservato ai soli partecipanti al progetto.

La fonte dei dati è costituita dalle ricette spedite in farmacia con flusso mensile, dai dati anagrafici (assistibili, medici, farmacie), dai dati sociodemografici e territoriali (ISTAT) e dalle informazioni relative alle specialità medicinali (MINSAN). I dettagli sulla struttura di ARNO, sulla sua gestione e sulle procedure di acquisizione e verifica dei dati, possono essere acquisiti presso <http://sanita.cineca.it/public/arno>.

Per corrispondenza:
 Antonio Clavenna
 e-mail: mother_child@irfmnegri.it

Abstract

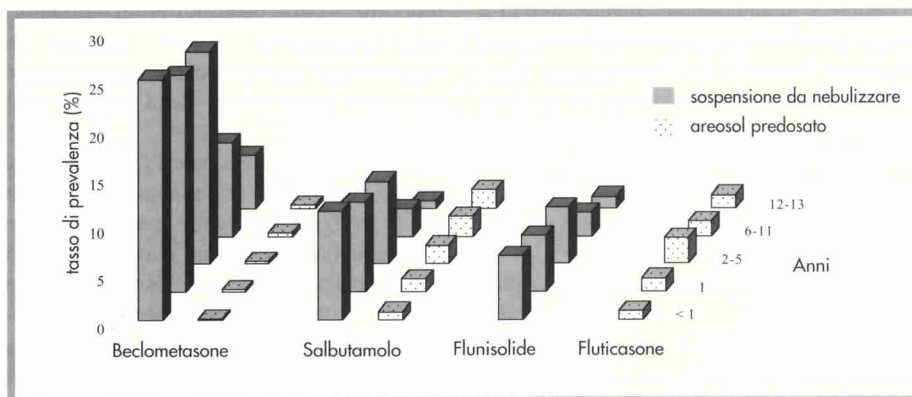
Objectives: we conducted a study to evaluate anti-asthmatic drug prescriptions in the Italian paediatric population. **Methods:** prescriptions involving 417.559 children <14 years old, dispensed during 2000 by the retail pharmacies of 17 Italian local health authority participating in the ARNO project, were analysed. **Results:** 92,980 children (22.2%) received at least one anti-asthmatic drug prescription. The prevalence of prescriptions was higher in children <1 year old and significantly decreased with increasing age, and was higher in boys than in girls. 71.5% of children treated with anti-asthmatic drugs received prescriptions of less than 3 boxes. Beclomethasone, salbutamol, flunisolide and fluticasone were the most prescribed drugs. **Conclusions:** the data suggest that anti-asthmatic drugs are often prescribed for diseases different from asthma and that many children are exposed to treatments for which there is no evidence of efficacy.

Antonio Clavenna, Elisa Rossi, Alessandra Berti et al. Anti-asthmatic drug prescriptions in the Italian paediatric population. *Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 10-13*

L'analisi è stata condotta utilizzando le ricette del SSN compilate dai pediatri di famiglia (80%), dai medici di medicina generale (14%) e da altri medici (ospedalieri in dimissione 3%, medici specialisti 3%), presentate nell'intero anno 2000 alle farmacie di 17 ASL di Veneto, Toscana, Liguria e Piemonte partecipanti al progetto ARNO e riferite a 417.559 bambini di età compresa tra 0 e 13 anni (e 364 giorni). Per la valutazione dei consumi farmaceutici si è utilizzato il numero di confezioni vendute (pezzi). Sono stati considerati come farmaci anti-astmatici i principi attivi appartenenti al sottogruppo terapeutico R03 della classificazione ATC.

Il tasso di prevalenza della prescrizione è stato calcolato come numero di trattati con R03/100 residenti (prevalenza nei residenti). È stata valutata la significatività dell'andamento lineare (c_2 per trend) tra le classi di età per analizzare la variazione del tasso di prevalenza rispetto all'età dei bambini. Inoltre, è stata confrontata la prevalenza di prescrizione degli antiastmatici nei maschi e nelle femmine attraverso un test c_2 con stratificazione dei dati per classi di età. Un analogo test c_2 è stato condotto per confrontare la prescrizione occasionale (<3 pezzi) o ripetuta (≥ 3 pezzi) di antiastmatici nei maschi e nelle femmine. È stata, infine, condotta una cluster analysis per individuare eventuali raggruppamenti significativi rispetto a

FIGURA 2: TASSO DI PREVALENZA PER FASCE DI ETÀ DI BECLOMETASONE, SALBUTAMOLO, FLUNISOLIDE E FLUTICASONE



numero di pezzi, età, sesso, forma farmaceutica e principi attivi prescritti.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il programma SPSS per Windows versione 10.1 e il programma IBM DB2 Intelligent Miner for Data, versione 6.

Risultati

Nel corso dell'anno 2000, 257.558 bambini (61,8%) hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica e a 92.890 di loro sono stati prescritti farmaci antiastmatici.

Il tasso di prevalenza dell'impiego di antiastmatici (22,2%) diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 34,3% nei bambini al di sotto di un anno di età al 10,7% in quelli con più di 12 anni, con un andamento stati-

sticamente significativo ($c_2 = 9.201$; $p < 0.0001$). Indipendentemente dall'età, il tasso di prevalenza è risultato significativamente maggiore nei maschi rispetto alle femmine ($c_2 = 681$; $p < 0.0001$) (figura 1).

Gli antiastmatici sono stati prescritti più frequentemente per terapie occasionali e di breve durata: al 71,5% dei trattati con antiastmatici sono state prescritte solo 1 o 2 confezioni, e il 76,4% di questi è stato trattato con un solo principio attivo. Complessivamente, 26.478 bambini (28,5% dei trattati con R03) hanno ricevuto 3 o più pezzi di antiastmatici nel corso del 2000; con una prescrizione maggiore nella fascia di età da 2 a 5 anni (31,4%), e, in generale, nei maschi rispetto alle femmine ($c_2 = 265$; $p < 0.0001$).

Considerando la distribuzione per età dei principi attivi più prescritti (figura 2), si nota che il 25,1% dei bambini al di sotto di un anno di età ha ricevuto almeno una prescrizione di beclometasone, mentre la prevalenza di impiego di questo farmaco diminuisce con l'aumentare dell'età, fino al 6,1% nei bambini dai 12 ai 13 anni. Anche la prevalenza della prescrizione di salbutamolo e flunisolide diminuisce con l'aumentare dell'età (rispettivamente da 12,1% a 2,8% e da 6,6% a 1,3%), mentre, viceversa, quella di fluticasone aumenta (da 0,8% a 1,4%).

Per quanto riguarda beclometasone e flunisolide, sono state prescritte quasi solo le sospensioni da nebulizzare (rispettivamente nel 98,3% e nel 99,9% dei casi).

TABELLA 1: CARATTERISTICHE PREVALENTI DEI RAGGRUPPAMENTI IDENTIFICATI ATTRAVERSO LA CLUSTER ANALYSIS

Cluster	Dimensione	%	Pezzi	Fascia d'età	Forma farmaceutica	Principio attivo
1	49.638	53,4	<3	2-5 anni	Nebulizzatore	Beclometasone
2	20.155	21,7	≥ 3	≤ 5 anni	Nebulizzatore, aerosol	Beclometasone Salbutamolo, ipratropio
3	10.803	11,6	<3	<1,1,6-11 anni	Nebulizzatore	Flunisolide, salbutamolo+altri
4	5.786	6,2	<3	≥ 6 anni	Aerosol	Fluticasone
5	4.265	4,6	≥ 3	≥ 6 anni	Aerosol, compresse, polvere	Fluticasone, salbutamolo, salmeterolo, montelukast

La cluster analysis ha identificato 6 raggruppamenti significativi: 3 gruppi sono caratterizzati dalla prevalenza di una prescrizione occasionale di antiasmatici, mentre solo in 2 gruppi prevale la prescrizione di un numero di pezzi ≥ 3 (tabella 1). Il sesto gruppo identificato, di piccole dimensioni, è risultato eterogeneo e privo di caratteristiche prevalenti e non è stato, perciò, preso in considerazione in sede di valutazione dei dati.

Discussione

Nella popolazione presa in esame la prescrizione di farmaci antiasmatici non sembra un indicatore affidabile della qualità della terapia dell'asma.

Il tasso di prevalenza nei residenti della prescrizione di antiasmatici (22,2%), simile a quanto già osservato nel 1998, appare elevato, ed è maggiore sia di quanto riscontrato in altri contesti pediatrici (15-17) sia della prevalenza dell'asma in Italia.

Inoltre, è anche peculiare il fatto che le prescrizioni di corticosteroidi siano più numerose di quelle di farmaci broncodilatatori, tanto che il loro rapporto è pari a 2 mentre, al contrario, i dati epidemiologici indicano che oltre il 50% dei bambini asmatici è affetto dalla forma intermittente della patologia, con episodi di broncospasmo che compaiono meno di 2 volte alla settimana (18), e che non necessitano, quindi, di un trattamento preventivo a lungo termine. Pur tenendo presente che nei bambini la prescrizione di steroidi inalatori è in parte dovuta anche al trattamento del croup e del viral wheezing, il riscontro di un rapporto corticosteroidi/broncodilatatori pari a 2 sembra, comunque,

indice di un eccessivo impiego di steroidi. Questa considerazione è legata al contesto pediatrico ed esula dalla valutazione del rapporto corticosteroidi/broncodilatatori nella popolazione adulta, laddove un valore come quello riscontrato può essere impiegato come indice della qualità della cura (19).

Mentre la maggior frequenza prescrittiva nei maschi rispetto alle femmine è giustificabile con la maggior prevalenza di broncospasmo e asma nella popolazione maschile, il fatto che il beclometasone e la flunisolide siano stati prescritti più frequentemente nei bambini di 5 anni desta perplessità, in quanto la maggior parte degli episodi di broncospasmo che compaiono nei bambini in età prescolare tende a scomparire spontaneamente con la crescita (20) e non è perciò agevole fare una diagnosi di asma prima dei 6 anni (21).

Sia per quanto riguarda il beclometasone (98,3% dei casi) che la flunisolide (99,9%), sono state prescritte quasi esclusivamente le sospensioni da nebulizzare; l'impiego di queste formulazioni dovrebbe essere, invece, riservato ai bambini al di sotto di 2 anni di età (4), mentre per gli altri è da preferirsi l'uso di inalatori, eventualmente associati a distanziatori e maschere facciali, che consentono una migliore erogazione dei farmaci. Confrontando la situazione italiana con quanto avviene negli Stati Uniti, in Gran Bretagna, in Francia e in Germania, si può notare che solo nel nostro Paese sono in commercio formulazioni di beclometasone e flunisolide da nebulizzare, mentre nelle altre nazioni considerate l'unico corticosteroide per nebulizzazione è la budesonide e,

ma solo in Gran Bretagna, il fluticasone (tabella 2). Inoltre, nelle nazioni prese in esame la sospensione di budesonide da nebulizzare è registrata per l'impiego nella profilassi dell'asma persistente e nel croup, mentre in Italia le formulazioni da nebulizzare di beclometasone e flunisolide prevedono anche la rinite tra le indicazioni terapeutiche (nonché, per quanto riguarda il beclometasone, le affezioni infiammatorie del tratto rinofaringeo), ma non sono registrate per l'uso nel croup.

I profili prescrittivi del beclometasone e della flunisolide appaiono simili: analizzando i cluster caratterizzati da una prescrizione ≤ 2 pezzi, si può osservare come in un gruppo (cluster 1), composto da 49.638 bambini, il farmaco prevalente sia il beclometasone (prescritto all'85,7% dei trattati appartenenti a questo gruppo) mentre un altro cluster (cluster 3) è caratterizzato dalla prevalenza delle prescrizioni di flunisolide e di salbutamolo in associazione con altri antiasmatici. Il riscontro di questi due cluster distinti è almeno in parte spiegabile con le differenti abitudini prescrittive dei medici; il minor costo del beclometasone ha verosimilmente inciso nel determinare la preferenza nei confronti di questo farmaco.

Nei bambini italiani, dunque, i farmaci antiasmatici vengono impiegati prevalentemente per indicazioni diverse dall'asma: il 72% dei bambini trattati con antiasmatici ha ricevuto una prescrizione che può essere definita "occasionale" (1 o 2 confezioni nell'arco dell'anno), mentre la cluster analysis ha evidenziato 2 raggruppamenti, caratterizzati da una prescrizione di 3 o più pezzi: il primo gruppo, composto da 20.155 bambini prevalentemente di età 5 anni, è caratterizzato dalla prescrizione di sospensioni da nebulizzare di beclometasone, di salbutamolo (da solo o in associazione con altri antiasmatici), di ipratropio e di nedocromil, mentre il secondo, che raggruppa 4265 bambini, è caratterizzato da un'età prevalente ≥ 6 anni e dalla prescrizione di fluticasone, salbutamolo, salmeterolo, nedocromil e montelukast.

Ai trattati appartenenti a quest'ultimo cluster sono stati prescritti principalmente inalatori contenenti aerosol predosato o polvere, mentre la prescrizione di sospensioni da nebuliz-

TABELLA 2: DISPONIBILITÀ DI FORMULAZIONI DI CORTICOSTEROIDI PER NEBULIZZAZIONE NEL 2000 IN 5 NAZIONI

Principio attivo	Nazione				
	Italia	USA	GB	Francia	Germania
Beclometasone	S	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Flunisolide	S	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Budesonide	n.c.*	n.c.**	> 3 mesi	S	S
Fluticasone	n.c.	n.c.	> 16 anni	n.c.	n.c.

S= licenza pediatrica senza limiti di età; n.c.= non commercializzata; * = In Italia la sospensione da nebulizzare di budesonide è entrata in commercio a partire dal gennaio 2001 con indicazioni "trattamento dell'asma bronchiale" e "trattamento della laringotracheite acuta (croup)" in bambini >3 mesi di età; ** = negli Stati Uniti la commercializzazione della formulazione per nebulizzare di budesonide è stata autorizzata nel mese di agosto 2000 con indicazione "profilassi dell'asma" in bambini >1 anno di età.

zare è trascurabile, come anche non è significativa la prescrizione di flunisolide e beclometasone. Considerando l'età prevalente, il tipo di formulazioni e i principi attivi prescritti, è ragionevole ritenere che questo secondo cluster identifichi i bambini asmatici, mentre il primo gruppo sembra includere, oltre ai soggetti con asma, anche i bambini che hanno ricevuto cicli di trattamento in occasione di episodi di broncospasmo.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati si può dedurre che l'impiego di antiastmatici, e in particolare modo di flunisolide e beclometasone, non sia appropriato, dal momento che questi principi attivi risultano prescritti prevalentemente per terapie di breve durata, in formulazioni che non consentono un'adeguata erogazione del farmaco e a bambini di meno di 5 anni di età. Considerando che l'impiego di corticosteroidi da nebulizzare dovrebbe essere riservato solo alla terapia dell'asma cronico (per i pazienti che non sono in grado di utilizzare efficacemente l'inalatore predosato) e del croup (21), un numero non certo irrilevante di bambini è stato esposto a una terapia, la cui efficacia non risulta adeguatamente documentata da studi clinici controllati. Sebbene la terapia di breve durata con steroidi inalatori non sembri associata all'insorgenza di gravi reazioni avverse, è necessario tenere presente che questi farmaci possono, comunque, causare effetti indesiderati a livello locale (tosse, raucedine, disfonia, candidosi orale, dermatite) (23) che, pur non essendo clinicamente rilevanti, possono provocare disagio, specie nei bambini più piccoli.

È, perciò, indispensabile che i medici e i familiari dei bambini valutino accuratamente le conseguenze di un abuso o un uso non appropriato dei corticosteroidi inalatori come, in generale, di tutti i farmaci.

* Gruppo di lavoro ARNO Aziende USL: Veneto: Ornella Costantini, Margherita De Cal, Alberto Gris, Belluno; Piero Borin, Giovanna Pilotto, Margherita Cecchetto, Bassano; Maria Paola Cariolato, Pietro Borga, Ovest Vicentino; Roberto Gallo, Anna Maroni, Bianca Pari, Vicen-

za; Mara Vezzani, Sebastiana Blundo Chioggia; Olivia Basadonna, Maurizio Osti, Antonella Pedrini, Alta Padovana; Anna Maria Grion, Umberto Gallo, Francesca Bano, Michele Ragazzi, Padova; Maria Gabriella Zogno, Eva Draghi, Este; Grazia Rizzotti, Vincenzo Lolli, Adria; Luigi Mezzalana, Anna Beatrice Salmaso, Rita Fratton, Maria Font, Verona; Loretta Castellani, Francesco Binetti, Bussolengo. Toscana: Danila Garibaldi, Luisa Mazzari, Barbara Fazzi, Lucca; Paola Feroci, Filippo Bardelli, Corinna Scuffi, Pistoia; Fabio Lena, Anna Giordani, Marina Rubinelli, Maria Laura Camilli, Livorno; Gianni Grossi, Marisa Rais, Viareggio. Liguria: Mara Saglietto, Erica Magnani, Imperia. Piemonte: Clara Petraru, Chivasso.

Bibliografia

- (1) Gruppo collaborativo SIDRIA. La frequenza dell'asma pediatrico in diverse aree italiane. *Epidemiol Prev* 1997; 21:235-42
- (2) Von Mutius E. The burden of childhood asthma. *Arch Dis Child* 2000;82 (Suppl II):ii2-ii5
- (3) British Thoracic Society. The British guidelines on asthma management: 1995 review and position statement. *Thorax* 1997;52 (S1):1-21
- (4) National Institute of Health. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. *NIH Publication 97-4051, Bethesda, MD; 1997:68*
- (5) Rossi E, De Rosa M, Bonati M, et al. La prescrizione farmaceutica pediatrica nell'ambito delle cure primarie. Rapporto dalla banca dati ARNO. *Il Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 2001; 15:26-9
- (6) Pandolfini C, Impicciatore P, Provasi D, et al. Off-label use of drugs in Italy: a prospective, observational and multicentre study. *Acta Paediatr* 2002;91:339-47
- (7) Campi R, Pandolfini C, Colombo F, et al. Tanto inchiostro per scrivere pochi principi. *Occhio Clinico Pediatria* 2000;7:12-4
- (8) Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, et al. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:611-16
- (9) Ausejo M, Saenz A, Pham B, et al. The effectiveness of glucocorticoids in treating croup: meta-analysis. *BMJ* 1999;319:595-600
- (10) MacKean M, Ducharme F. Inhaled steroids for episodic viral wheeze of childhood. In: *The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update software, 2002*
- (11) Evald T, Munch EP, Kok-Jensen A. Chronic non asthmatic cough is not affected by inhaled beclomethasone dipropionate. A controlled double blind clinical trial. *Allergy* 1989;44:510-14
- (12) Chang AB, Phelan PD, Carlin JB, et al. A randomised, placebo controlled trial of inhaled salbutamol and beclomethasone for recurrent cough. *Arch Dis Child* 1998;79:6-11
- (13) Skoner DP. Balancing Safety and Efficacy in Pediatric Asthma Management. *Pediatrics* 2002; 109:381-92
- (14) Progetto ARNO Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica pediatrica. Rapporto 2000. *CINECA Casalecchio di Reno (BO), 2002*
- (15) Straand J, Rokstad K, Heggedal U. Drug prescribing for children in general practice. A report from the Møre & Romsdal prescription Study. *Acta Paediatr* 1998;87:218-24
- (16) Goodman DC, Lozano P, Stukel TA, et al. Has Asthma Medication Use in Children Become More Frequent, more Appropriate, or Both? *Pediatrics* 1999;104:187-94
- (17) Madsen H, Andersen M, Hallas J. Drug prescribing among Danish children: a population based study. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:159-65
- (18) Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the asthma insight and the reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000;16:802-7
- (19) Shelley M, Croft P, Chapman S, Pantin C. Is the ratio of inhaled corticosteroid to bronchodilator a good indicator of the quality of asthma prescribing? Cross sectional study linking prescribing data to data on admissions. *BMJ* 1996;313:1124-6
- (20) Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995;332:133-8
- (21) Strunk RC. Defining Asthma in the Preschool-Aged Child. *Pediatrics* 2002;109:357-61
- (22) Barry PW, O'Callaghan C. Nebuliser therapy in childhood. *Thorax* 1997;52 (Suppl.2):S78-S88
- (23) Dubus JC, Marguet C, Deschildre A, et al. Local side-effects of inhaled corticosteroids in asthmatic children: influence of drug, dose, age and device. *Allergy* 2001;56:944-8

I minori "stranieri" in Italia

Paolo Siani

Dipartimento materno-infantile, U. O. di Pediatria, AORN Cardarelli, Napoli

Gli immigrati iscritti in anagrafe nel periodo 1996-1999 sono passati da 884.555 a 1.270.553, con un aumento del 43,6%. Nello stesso periodo i minori, che erano 125.565, sono aumentati a 229.851, con un incremento dell'83,1%.

Secondo l'ISTAT, per ottenere una stima complessiva sull'effettiva presenza di minori, bisognerebbe aumentare del 6% il numero di quelli registrati all'anagrafe, includendovi anche i minori presenti in Italia ma non ancora registrati, i bambini in attesa di adozione, i figli di donne nord-americane che a loro volta non sono iscritte all'anagrafe.

Nel corso degli anni '90, dopo l'entrata in vigore della legge 39 (che ha definito a livello normativo le condizioni per il ricongiungimento familiare), l'immigrazione in Italia ha iniziato, progressivamente, ad attuare il passaggio da un'immigrazione di tipo individuale a una familiare: è considerevolmente aumentata quindi la venuta non solo delle mogli, ma anche dei figli, ma è anche aumentata la nascita in Italia di bambini avuti da coppie di coniugi, entrambi con cittadinanza straniera.

A superare il raddoppio dei minori nel triennio sono solo 4 Regioni: Piemonte, Veneto, Marche e Campania. Restano invece al di sotto della media nazionale di aumento: Friuli-Venezia Giulia, Lazio (rispettivamente le uniche regioni del Nord e del Centro in questa categoria), Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

Le regioni ad alta incidenza di minori (18,0% e più) sono tutte le regioni del Nord, eccetto la Liguria e il Friuli-Venezia Giulia, e tutte le regioni del Centro eccetto il Lazio.

Quelle a media incidenza di minori (14/17%) sono Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Le regioni a bassa incidenza di minori (sotto il 14%) sono Lazio, Campania, Puglia.

Invece, tenendo conto solo del numero dei minori, abbiamo questa graduatoria: Lombardia: 57.066; Emilia Romagna: 23.798; Lazio: 28.245; Piemonte: 18.645; Veneto: 25.152; Toscana: 17.633.

Tutte le altre regioni hanno meno di 10.000 minori stranieri.

Nel periodo 1996-'99 l'aumento del numero dei minori è stato dell'83% a livello nazionale, mentre nel Nord-Ovest e nel Nord-Est è stato sfiorato il raddoppio, rispettivamente con il 96% e il 99%. Il raddoppio del numero dei minori è stato superato complessivamente nel Piemonte (fatta eccezione per le province di Torino e di Verbania) e in Campania (ma solo in forza dell'aumento avuto nelle province di Napoli e Salerno) (tabella 1).

TABELLA 1: LE PRIME DIECI PROVINCE ITALIANE PER NUMERO DI MINORI IMMIGRATI (31.12.1999)

PROVINCIA	MINORI	% SUL TOTALE
Milano	26.796	11,7
Firenze	6496	2,8
Roma	24.300	10,6
Verona	6117	2,7
Brescia	8699	3,4
Bologna	6202	2,7
Torino	8619	3,7
Treviso	5800	2,5
Vicenza	6597	2,9
Bergamo	5568	2,5

Totale nazionale: 229.851

Fonte: Elab. Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati ISTAT

Tipologie familiari e impatto sui minori

La nascita di un bambino è tra i fattori fondamentali che inducono gli immigrati a stabilizzarsi, e li costringe a uscire dalla condizione di "invisibilità sociale" in cui spesso si trovano a vivere.

Le nascite, che tra le coppie di cittadini immigrati sono inizialmente aumentate al ritmo di mille all'anno (7000 nel 1993, 8028 nel 1994, 9061 nel 1995 e 10.820 nel 1996), hanno avuto dal 1997 un ritmo più accelerato e sono passate a 13.569 nel 1997, a 16.901 nel 1998 e a 21.186 nel 1999.

Nel 1999 il numero delle nascite ha avuto un'incidenza dell'1,9% sul numero dei cittadini residenti a inizio anno, con i seguenti valori percentuali differenziati per aree geografiche: Nord-Est 2,3; Nord-Ovest 2,2; Centro 1,5; Sud 1,4; Isole 1,3. Nel 2000 le nascite sono state 25.916.

Per molte regioni del Nord (Val d'Aosta, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia, Marche) i nuovi nati sui residenti stranieri incidono per oltre il 2%; stanno nella media nazionale il Trentino-Alto Adige, la Toscana e l'Umbria; si trovano sotto l'1,5% tutte le regioni del Sud, il Friuli, la Liguria e il Lazio. In Calabria e in Sardegna (0,9% in ciascuna delle due regioni) l'incidenza delle nascite sui residenti è dimezzata (0,9%) rispetto alla media nazionale.

La diversa incidenza delle nascite è indice del diverso grado di inserimento stabile.

Si deve tenere presente, tuttavia, che le famiglie straniere, pur vivendo dinamiche e problematiche simili, presentano situazioni differenziate e non vanno perciò considerate come "realità sociali omogenee".

La tipologia più diffusa tra gli immigrati è "la famiglia molecolare di tipo tradizionale", seguita dalla famiglia nella quale entrambi i coniugi lavorano e collaborano

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: pasiani@tin.it

Clenil[®] per Aerosol

Beclometasone dipropionato

0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

Fluibron[®] per Aerosol

Ambroxol

0,75% Soluzione da nebulizzare



 **chiesi** GROUP
www.chiesigroup.com

Abstract

In the last years we have registered in Italy, and particularly in 4 regions, (Piemonte, Veneto, Marche and Campania) a consistent increase of immigration and an even more consistent trend in the stabilization and constitution or the recomposition of families. This is mainly due both to the presence of children coming from foreign countries to join again their families and in part to children who are born in Italy. Different problems, going from school frequency to juvenile work are analysed, involving also the accepting country, often unprepared for this new task.

Paolo Siani, *Foreign minors in Italy*
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 14-17

al budget economico. Nella comunità cinese, invece, è piuttosto frequente “la famiglia comunitaria, costituita da un certo numero di coppie coabitanti”. Bisogna ancora ricordare il nucleo familiare composto da un solo genitore (per lo più la madre) e da uno o più figli: questa è la situazione più disagiata economicamente, anche perché spesso manca del tutto una rete di sostegno, per cui i minori appartenenti a questa “struttura monoparentale” sono solitamente i soggetti più fragili.

Sono, infine, molto diffuse le famiglie ricongiunte, e sta aumentando il numero delle famiglie miste. Per quanto riguarda le prime, a partire per primo è spesso l'uomo, che poi organizza il ricongiungimento dei propri cari, ma recentemente sono sempre più numerose le donne che intraprendono per prime “l'avventura migratoria”, anche perché l'Italia costituisce uno sbocco consistente per il lavoro domestico. Frequente è anche l'arrivo contemporaneo dell'intero nucleo familiare.

La seconda generazione è la categoria tra gli immigrati maggiormente esposta a una situazione di vulnerabilità sociale e psichica, in quanto si trova a vivere la tensione di scegliere se appartenere al modello culturale della propria famiglia o a quello del Paese di accoglienza. È difficile, circoscrivere il concetto di seconda generazione, ma tenendo presente la definizione data dal Consiglio d'Europa, potremmo intendere per seconda generazione “i figli di immigrati nel Paese di accoglimento, quelli che hanno seguito o raggiunto i genitori, e i figli di coppie miste”.

Il disagio vissuto molte volte dai figli degli immigrati, in modo meno intenso dai figli di coppie miste, dipende dunque dal fatto che essi si trovano a costruire la loro identità oscillando tra i riferimenti che la famiglia trasmette e quelli offerti dalla nuova società, per cui cercano costantemente di raggiungere un equilibrio tra i due codici in cui si trovano sospesi.

Le difficoltà più ingenti iniziano quando i ragazzi si iscrivono a scuola, tenendo conto che i minori presenti in Italia si collocano principalmente nella fascia di età dell'ob-

bligo scolastico: da questo momento, infatti, la distanza dai genitori si fa più netta, e molte volte i figli si ritrovano a svolgere il ruolo di “mediatori” tra la famiglia e la scuola.

Il fenomeno dei minori non accompagnati è in crescita costante; ne sono stati segnalati 8307 nel 2000 e altri 4621 nei primi cinque mesi del 2001. Secondo il Comitato per i minori stranieri, non sempre si tratta però di un'effettiva crescita, ma in parte dell'emersione di una realtà per lungo tempo rimasta più o meno nascosta.

Nel caso sia impossibile il rimpatrio assistito, questi bambini possono ottenere un permesso fino al compimento del 18° anno di età, a condizione di essere affidati a una famiglia o a un istituto (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 535/1999). Solo il 10,5% però dei casi segnalati nel 2000 ha avuto l'affidamento.

popolazione immigrata, come si rileva da queste percentuali: 55,7% nel Nord (di cui 23,7% nel Nord-Ovest), 22,8% nel Centro e 16,2% nel Meridione (di cui nelle Isole solo l'1%).

Le difficoltà pratiche da risolvere, come la ricerca di un alloggio e l'estinzione del debito contratto per il viaggio, pongono questi minori nella necessità di procurarsi in tempi molto rapidi un buon guadagno; questa esigenza porta ad accettare anche un lavoro in nero, all'occorrenza spostandosi territorialmente, e, se la ricerca fallisce, la necessità di sopravvivere può favorire anche atteggiamenti delinquenti. Queste ragioni, unitamente alla mancanza della famiglia che funga da supporto per la concessione di misure alternative alla detenzione, spiega il numero abbastanza elevato di minori non accompagnati presente nelle carceri italiane. In una ricerca del Censis

TABELLA 2: PAESI DI PROVENIENZA DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI (ITALIA, 2000-2001)

PAESI	2000		2001 (5 MESI)	
Albania	5743	69,1	2928	63,4
Romania	639	7,7	741	16,0
Algeria	83	1,0	105	2,3
Jugoslavia	380	4,6	86	1,9
Bangladesh	135	1,6	29	0,6
Altri	437	7,1	289	6,2
Totale	8307	100,0	4621	100,0

Quanto alla provenienza geografica, per i due terzi dei casi si tratta di Albanesi, seguiti dai Rumeni, mentre agli Jugoslavi spetta solo l'1,9% (tabella 2).

I minori non accompagnati si collocano in prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 12-13 e i 18 anni, cioè nella fase critica dell'adolescenza; tuttavia, secondo i dati relativi al 31 dicembre 2000 e ai primi 5 mesi del 2001, è consistente il numero di minori non accompagnati con un'età al di sotto dei 12 anni.

Quanto alla distribuzione territoriale, la presenza dei minori non accompagnati ricalca, con vari scostamenti, quella della

del 1999 si afferma che il minore immigrato ha 72 volte in più la possibilità di entrare in prigione rispetto al minore italiano.

La maggior parte dei minori denunciati proviene dall'area della ex Jugoslavia (sono per lo più appartenenti al gruppo rom), dall'Albania e, in misura minore, dal Marocco.

Comunque, l'aumento dei minori stranieri nelle carceri italiane, determinatosi a partire dal 1996, ha raggiunto picchi più alti (84-85%) per poi conoscere un drastico calo, mentre continua a costituire un dato allarmante la sempre più giovane età dei detenuti (quasi tutti intorno ai 14 anni).

TABELLA 3: MINORI STRANIERI E INCIDENZA SULLA POPOLAZIONE IMMIGRATA (ITALIA, 1996-1999)

REGIONI	1996 INC. SU IMM.	%	1999 INC. SU IMM.	%	2000 INC. SU IMM.	%	TOTALE RESIDENTI
PIEMONTE	9182	14,6	18.645	18,5	22.062	20,5	107.478
VALLE D'AOSTA	211	13,0	404	18,6	487	20,3	2404
LOMBARDIA	29.286	15,7	57.066	19,5	69.429	20,4	340.850
LIGURIA	2771	11,6	5198	15,6	6445	16,8	38.306
NORD-OVEST	41.460	15,2	81.313	19,3	98.423	20,1	489.038
TRENTINO AA	2463	14,0	4879	19,6	5754	20,3	28.280
VENETO	11.588	16,3	25.152	21,5	31.412	22,3	141.160
FRIULI-V.G.	2718	13,7	4588	16,8	5561	17,2	32.290
EMILIA-ROMAGNA	12.552	17,8	23.798	21,6	28.847	22,1	130.304
NORD-EST	29.321	16,4	58.417	20,9	71.574	21,6	332.034
TOSCANA	8905	14,5	17.633	18,2	21.761	19,3	113.036
UMBRIA	2294	13,0	4523	18,3	5801	19,7	29.492
MARCHE	3671	16,7	7557	21,9	9350	22,5	41.562
LAZIO	20.164	11,6	28.245	13,6	33.438	14,3	233.800
CENTRO	35.034	12,7	57.958	20,9	70.350	16,8	417.890
ABRUZZO	2127	13,2	3732	17,1	4451	18,6	23.916
MOLISE	180	13,0	351	17,0	392	16,9	2.317
CAMPANIA	2954	9,1	5.946	11,8	7343	13,1	56.196
PUGLIA	3305	13,5	5670	11,8	6825	18,4	37.061
BASILICATA	325	13,1	562	17,1	629	17,6	3572
SUD	10.233	11,4	18.780	14,6	22.770	16,0	142.587
SICILIA	7912	14,2	11.217	17,0	12.960	18,5	70.122
SARDEGNA	1615	13,0	2166	16,7	1899	14,7	12.918
ISOLE	9527	14,0	13.383	16,9	14.859	17,9	83.040
ITALIA	125.565	14,2	229.851	18,1	277.976	19,0	1.464.589

* inclusi 705 per i quali non è stata segnalata la regione

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati ISTAT e Comitato minori stranieri

Il lavoro minorile

Secondo i dati riportati nella ricerca della CGIL sul Lavoro e lavori minorili in Italia (Roma, Ediesse, 2000) in Italia sarebbero circa 365.500 i minori al di sotto dei 14 anni che lavorano: non è stata ipotizzata la quota di pertinenza dei minori immigrati, anche se appare indubbia la loro inclusione come risulta dalle indagini delle forze dell'ordine e dai fatti di cronaca. È soprattutto la povertà familiare, culturale ed

ambientale a spingere i minori al lavoro e quasi sempre il lavoro minorile è la conseguenza o la causa dell'abbandono scolastico.

Tra le forme più odiose di sfruttamento minorile rientra la prostituzione minorile coatta, sia maschile che femminile. La categoria più vulnerabile è fragile è quella delle ragazze, specialmente se sole, senza protezione, e giovanissime, perché non sono in grado di opporre alcuna resistenza.

VENITE A TABIANO

Quando? Il 21-22 febbraio 2003

Con che tema?

Curare, prevenire, prevedere, "due".

Più in dettaglio?

CURAREAcne, Varicocele,
Scabbia, Pectus excavatum,
Spasmi affettivi, Depressione, Perthes**PREVENIRE**Piede piatto, Obesità, Strepto B,
Disturbi della condotta**PREVEDERE**Denatalità, Demorbilità, Maleducazione,
Costi delle prestazioniInformazioni: dott. Giuseppe Boschi
boschi@libero.it**AVVISO IMPORTANTE
PER I SOCI ACP**

Il congresso nazionale ha stabilito di dare attuazione alla norma statutaria di perdita dei diritti per i soci non in regola con il pagamento delle quote sociali. **Pertanto, a far tempo dal numero 1 del 2003, i soci non in regola con il pagamento delle quote del 2002 non riceveranno più la rivista Quaderni acp.** Per conoscere lo stato delle quote è sufficiente osservare il tagliando contenente l'indirizzo nella cui ultima riga è riassunto lo stato dei pagamenti di ogni socio. **Quote 2002:** la regolarizzazione delle quote per il 2002 deve avvenire con il versamento di € 52 sul Cc postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR).

Quote 2003: l'assemblea dei soci ha deciso un aumento delle quote sociali per il 2003: l'importo per i nuovi soci e per i singoli sarà di € 75 (anziché 52), mentre i gruppi potranno trattenere come al solito il 30% della quota, e potranno quindi versare 52,5 €. Le quote dovranno essere versate entro il primo trimestre dell'anno in corso.

**SONDAGGIO SU
QUADERNI ACP**

Nel 2003 nei congressi dell'ACP di Tabiano (febbraio), Argonauti (maggio) Perugia (settembre) ed al congresso nazionale di ottobre verrà sottoposto ai partecipanti iscritti all'ACP un questionario sui contenuti ed il gradimento di Quaderni acp e sulle proposte dei soci per la conduzione della rivista. Gli iscritti potranno partecipare al sondaggio una volta sola. Pubblicheremo nei prossimi numeri il testo del questionario.



Trentino

A fine novembre si è svolta a Trento la presentazione del progetto "Nati per Leggere", a cura dell'Amministrazione provinciale di Trento e del Servizio bibliotecario trentino. Ha parlato, dopo la presentazione degli assessori provinciali alla Sanità e provinciale e comunale alla cultura, Paolo Pancheri, segretario della FIMP di Trento, che ha assicurato la partecipazione dei pediatri al progetto, facendo però notare come sia necessaria una formazione dei pediatri nel campo. Sono intervenuti successivamente Giovanna Malgaroli, bibliotecaria, che ha presentato le caratteristiche del progetto anche in relazione ai progetti stranieri che lo hanno preceduto (Bookstart e Reach out and Read), e Giancarlo Biasini che ha esaminato l'influenza del percorso "Lettura precoce-istruzione-successo scolastico" sulla salute delle famiglie e dei bambini. Successivamente sono intervenuti Silvia Blezza Picherle, studiosa di educazione alla lettura, che ha esaminato la situazione dell'editoria italiana nel campo degli albi illustrati. Successivamente sono intervenuti Daniela Scotti di Fasano, psicoanalista, e Marco Francescano, psichiatra, sulla lettura come supporto alla crescita.

red.

Basilicata

Nell'ambito del progetto regionale della Basilicata "Nati per Leggere" si sono tenute due giornate di formazione, il giorno 8 novembre a Matera, il 9 a Potenza, a cui hanno partecipato pediatri, bibliotecari, volontari e insegnanti di scuola materna e degli asili nido.

Nella mattinata sono state esposte (Manetti e Causa) le basi scientifiche del progetto, fornendo i riferimenti di letteratura. Ha quindi parlato la bibliotecaria (Saja) della sezione ragazzi della biblioteca di Barcellona (Messina), illustrando l'organizzazione degli spazi dedicati all'infanzia nelle biblioteche, secondo le linee-guida dell'AIB e delle associazioni europee delle biblioteche.

Del "Laboratorio Infanzia" della città di Torino e delle attività di lettura ad alta voce hanno discusso Alberti e Manente, che hanno ipnotizzato l'affollata sala con una lettura.

Nel pomeriggio i partecipanti si sono divisi in gruppi "professionali" e hanno approfondito le tematiche specifiche, elaborando un "che fare" per pediatri.

red.

Veneto

A Vicenza nel novembre scorso, grazie alla collaborazione della Sezione Veneto dell'AIB e della Biblioteca Civica Bertoliana, si è tenuto il primo corso nazionale per i referenti di "Nati per Leggere" delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Trentino-Alto Adige e Lombardia. Il corso si è inserito tra le proposte formative dell'AIB, che ne ha curato centralmente gli aspetti organizzativi. Il programma e l'articolazione dei contenuti sono stati messi a punto a partire dalle esigenze dei bibliotecari. In particolare si è ritenuto importante fornire punti di vista disciplinarmente diversi sulla pratica della lettura e sui libri per la prima infanzia.

Nel corso della prima giornata sono state messe a fuoco le capacità e le tappe dello sviluppo psico-fisico, linguistico e cognitivo del bambino con Roberta Cardarello (docente di Pedagogia generale a Reggio Emilia), Angela Chiantera (docente di Linguistica a Bologna) e Giancarlo Biasini (presidente del Centro per la Salute del bambino). Il seminario è proseguito con Rita Valentino Merletti, studiosa di letteratura giovanile, e Flavia Manente dei Laboratori di lettura di Torino, con quella che è stata l'attività più coinvolgente delle tre giornate. Dopo una prima introduzione sull'importanza del libro e della lettura nella relazione adulto-bambino, il tema prevalente è stato l'affinamento delle competenze dei presenti nel riconoscimento dei libri rispondenti alle capacità e alle attese psicologiche dei bambini. La terza giornata ha visto Nives Benati, bibliotecaria per bambini e ragazzi e membro del Coordinamento NPL, e Maria Letizia Meacci, esperta di editoria infantile, alternarsi sui criteri di selezione dei libri per bambini 0-5 anni alla luce delle bibliografie elaborate nell'ambito del progetto e sulla più recente produzione editoriale per la medesima fascia di età. Ha concluso Gigi Paladin, coordinatore della Scuola regionale per assistenti di biblioteca IAL di Brescia, sulle caratteristiche degli spazi per la lettura adatti ad accogliere i bambini fin dalla loro più tenera età. Per la prossima edizione del corso, previsto nella tarda primavera 2003 a Napoli, oltre agli aggiornamenti relativi all'articolazione dei contenuti,

ci si propone di estendere la condivisione e il confronto che si creano tra i partecipanti sulle strategie attuative del progetto, anche ai pediatri e agli altri operatori interessati a sostenere "Nati per Leggere".

Giovanna Malgaroli

Gran Bretagna: Bookstart, un progetto nostro fratello

Bookstart è un programma nazionale della Gran Bretagna. È cominciato nel 1992 per opera di una fondazione privata Booktrust. Ora è diventato un "progetto interagenzie" che coinvolge librai, biblioteche e i servizi sanitari del Servizio Sanitario Nazionale. Attualmente le assistenti sanitarie visitatrici nel Servizio Sanitario, che visitano i bambini all'età di 6-7 mesi, portano in regalo a loro e alla loro famiglia un pacco di libri; suggeriscono ai genitori di leggerli insieme ai loro bambini e portano materiale informativo. In alcune aree il programma è stato esteso ai bambini di 18 mesi fino a 2-3 anni.

Dal 1992 più di un milione di bambini hanno beneficiato di questo schema di progetto di aiuto alla lettura. Il progetto nasce dalla stessa convinzione che è alla base di "Nati per Leggere" e cioè che la "fidelizzazione alla lettura non è una lotteria e non è obbligatoriamente una conseguenza di chi nasce in una famiglia che già legge". Cominciare a leggere ai bambini e abituarli a "vivere con i libri" determina una grande differenza nello sviluppo e nella comprensione del linguaggio, nella capacità di leggere e scrivere correttamente negli anni successivi. Favorisce anche la successiva lettura dei genitori.

Diamo qui alcuni effetti dimostrati del progetto Bookstart. La lettura con il bambino è passata nelle famiglie dal 78% al 91%. La frequenza alle biblioteche (almeno una volta alla settimana) è passata dal 31 al 46%. Le famiglie che erano socie di una biblioteca prima del progetto erano il 52%; dopo il progetto sono passate al 97%.

Informazioni: Book Trust 45 East Hill, London SW18 2QZ.

red.

Rassegna stampa

Famiglia Cristiana sul n. 38/2002, nella rubrica "lo specchio della salute" che è a cura di Sandro Spinsanti, pubblica una nota di Giancarlo Biasini sul progetto "Nati per Leggere". La nota ripercorre le origini del progetto negli Stati Uniti, al City Hospital di Boston, con le

per leggere

intuizioni di Bob Needelman, si sofferma sulle basi biologiche della Emergent Literacy e della dialoging situation, per le quali la lettura ad alta voce produce risultati sullo sviluppo e sulla salute e descrive brevemente il progetto italiano.

L'Espresso pubblica un articolo di Vichi De Marchi sul progetto e sulle sue fratellanze internazionali, Reach Out and Read e Bookstart, e sugli studi scientifici che vi stanno alla base. Riferisce sulle iniziative in atto, specie quelle dei quartieri poveri di Scampia e Secondigliano, dove Nati per leggere si avvicina di più alle esperienze anglosassoni. "Oltre ai pediatri, qui sono coinvolti i consultori e le ASL, proprio per raggiungere il più alto numero di famiglie", spiega la pediatra Stefania Manetti: "Qui ci sono volontari che leggono a voce alta nei consultori e negli ambulatori. E i libri li regaliamo". Ma non è solo un vantaggio cognitivo quello che regala un libro letto ad alta voce. Come le carezze, così la voce infonde sicurezza, trasmette emozioni. "Non è importante cosa e quando leggere, conta il momento affettivo che si crea", spiega Aldo Ravaglia, pediatra torinese, animatore della campagna in Piemonte.

Il quaderno Montessori (estate 2002), nel riportare le finalità del progetto commenta: "Suggeriamo ai nostri lettori di fare conoscere dove e quanto è possibile quest'ottima iniziativa che nel corso di una o due generazioni potrebbe cambiare la percentuale dei lettori del nostro Paese".

Libri per bambini

La rubamamma di Paola Zannoner; Disegni di Barbara Nascimbene

Mondadori Ed. Collana "I sassolini", 2002, € 3,40

Di solito non amo i libri con gli esercizi incorporati, ma dovrò fare un'eccezione per questo. La rubamamma, appena arrivato in libreria, perché qui disegno, racconto, esercizio, animo la lettura e diventano i precursori della settimana enigmistica, anzi ne danno una versione più raffinata: le prove fanno parte integrante del racconto. Si potrebbe definire una storia di mamme moderne, che escono con le amiche, lasciando le figliolette urlanti al papà, e di come le figliolette vivano con ostilità queste amiche responsabili dell'abbandono materno e di quanto basti poco per comprendere e trasformare le proteste dei bambini in un gioco affettuoso. Noi adulti dimentichiamo troppo spesso quanto sia più faticoso e difficile, con i bambini e le bambine, imporre una situazione

invece di proporla con un'invenzione giocosa, come la fine di questa storia insegna. Il gioco e la fantasia sono risorse indispensabili nella vita e bisogna farne buona scorta durante l'infanzia.

Anna Grazia Giulianelli

Piccolo Blu e Piccolo Giallo di Leo Lionni; Illustrazioni dell'autore

Babalibri Ed. 1999, € 4

Non è un libro nuovo, ma è un gran bel libro. Non importa se tu sei blu e un altro tuo amico è giallo, perché insieme si sta bene anche se si è diversi; anzi, quando abbracci

un amico diverso da te, e lui è blu e tu sei giallo, può capitare di diventare verdi, come succede dalla sovrapposizione di due macchie colorate sulla copertina del libro che, intendiamoci, sono bambini, e ai bambini si può concretamente fare vedere con i pastelli l'intrinseca verità del libro. Leo Lionni l'ha scritta tempo fa questa storia; il tempo per non esserci più, ma la sua storia l'hanno letta e guardata bambini in tutto il mondo. Bambini che sono come quelle due macchie. E oggi il libro ha un significato sempre più grande.

red.

Lettere a NPL

Vi informo che abbiamo aderito a "Nati per Leggere". Io sono una pediatra; noi siamo: un gruppo di operatori che da nove anni lavora sulla "igiene" della relazione genitoriale, sulla prevenzione delle distorsioni dello sviluppo e sulla diagnosi precoce. Come lavoriamo: nel 1993 è partito un Gruppo di osservazione e gioco mamma-bambino 0-3 anni, promosso da un pediatra di comunità presso un Consultorio, quello di Gaggiano nell'hinterland Sud-Ovest di Milano, e dal neuropsichiatra infantile responsabile della zona. L'osservazione-gioco, integrata dalla stesura volta per volta di note osservative scritte, veniva tenuta a turno da due-tre operatori (pediatra, NPL, logopedista, psicomotricista, psicologa) per due ore una volta alla settimana.

Gli incontri si strutturavano come gioco libero in una sala attrezzata con tappeti, palloni, tavoli e pennarelli, farina gialla e altri semplici "sussidi", e in estate, in giardino, con la piscina gonfiabile! I bambini venivano inviati dai Consultori al pediatra: sono stati inviati sia i bambini che mostravano buone relazioni e sviluppo adeguato (per fare da sostegno e confronto) sia i bambini per i quali si potevano sospettare evoluzioni sfavorevoli (sviluppo lento, relazioni oppostive o confondenti, bambini con handicap neuromotorio o sensoriale, che avevano necessità di reimpostare sia il comportamento motorio che la relazione con gli adulti e con i coetanei). Di questi, molti sono stati poi avviati al trattamento riabilitativo più opportuno, utilizzando le osservazioni fatte per impostare al meglio il programma di lavoro. Hanno partecipato da 10 a 20 coppie adulto-bambino ogni volta. Come spesso succede, non siamo

stati capiti dai "vertici" ASL e la riforma Formigoni ha chiuso la rete di Consultori pediatrici afferenti (12 piccoli Comuni), rimandato il pediatra di comunità in Ospedale (dove il taglio preventivo è meno utile), e vessato la Neuropsichiatria Territoriale con richieste di intervento ospedaliero lontanissime dalla sua funzione. Tuttavia, il gruppo prosegue dopo un'interruzione di due anni; il pediatra cerca di fare l'invio dagli ambulatori ospedalieri, organizzando la sua presenza fuori orario di servizio, i neuropsichiatri facendo invii dal loro ambulatorio e dai nidi e utilizzando psicologhe tirocinanti.

Abbiamo deciso che una volta al mese a Marsupio faremo una "seduta" Nati per Leggere, con le mamme, seduti in cerchio con i piccoli in braccio, alla fine dei giochi di movimento. Pensiamo di raccogliere un po' di dati retrospettivi, di tenere i nostri soliti diari, comprese le impressioni su "Nati per Leggere" e di presentare i risultati al prossimo Congresso ACP di Milano, con allegato un filmato, se tutto va bene!

Mariagiovanna Stabile

Osservatorio MARSUPIO
Comune di Gaggiano (MI)
Centro Sociosanitario,
Piazza Cavalieri
Tel. 02 9486291

Abbiamo ricevuto richieste di esperienze su "Nati Per Leggere" in ambiente ospedaliero o ambulatoriale o territoriale e ne abbiamo dato notizia nel numero scorso. Questa esperienza della "seduta" in cerchio con le mamme e con i piccoli in braccio, sembra l'attuazione più coerente con lo spirito del progetto. Grazie! Vi vedremo al prossimo Congresso ACP.

L'inflazione del mare: i pediatri e l'abuso della talassoterapia

Giancarlo Cerasoli
 UO di Pediatria, Ospedale Bufalini, A.USL Cesena

A partire dalla seconda metà dell'Ottocento anche in Italia si fece strada la convinzione che la talassoterapia potesse guarire e prevenire molte delle patologie infantili allora tra le più diffuse (1). Anche in quel tempo era piuttosto facile constatare che stare al sole e nuotare in mare, nutrendosi con alimenti sostanziosi, "faceva bene", in particolare a chi era denutrito e aveva poche possibilità di vivere in ambienti salubri. Iniziò in questo modo la medicalizzazione del bagno in mare, proposto in molte guide per le madri come di gran lunga superiore a quello in acqua dolce, dato che "l'acqua salata agisce con maggior forza ed è più tonica; il movimento delle onde è più eccitante; la brezza marina dà forza all'organismo; l'acqua del mare e la brezza marina agiscono da eccellenti cosmetici" (2).

Avvenne così che la grande popolarità della talassoterapia e la maggiore disponibilità di strutture balneari di soggiorno determinarono nei primi decenni del Novecento un aumento smodato della richiesta di portare i bambini al mare durante le stagioni calde. Per rispondere a questa crescente domanda numerosi enti e comuni fecero costruire residenze marine, sempre più ampie e dotate delle moderne attrezzature, dove ospitare i bimbi da loro soccorsi. Anche l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia, l'ente di assistenza predisposto dal regime fascista nel 1925, si trovò sommerso dalle richieste da parte di migliaia di famiglie di inviare i propri figli in colonia. I dirigenti di quell'istituzione dovettero riconoscere già nel 1927 che le colonie estive, che avevano avuto già da alcuni anni "un periodo di grande voga e di grande fortuna come panacea per molte sofferenze e infermità che travagliano il periodo della crescita", non si erano dimostrate all'altezza delle aspettative (3). La loro efficacia nella cura di alcune pato-

logie e nella profilassi della tubercolosi era, infatti, un'illusione e, inoltre, la convivenza di bambini ammalati con quelli sani favoriva il contagio. Furono pertanto emanate precise direttive per destinare i bambini affetti da tubercolosi o ad essa predisposti a specifici luoghi di cura, quali le colonie permanenti e i sanatori (4).



Un'analogia denuncia dell'uso indiscriminato della talassoterapia fu messa in atto da alcuni pediatri.

Nel 1929 Antonio Cantilena segnalava che molte famiglie di Venezia portavano i propri figli al Lido in estate, quando l'acqua e l'aria erano troppo calde, la spiaggia sovraffollata e le zanzare più numerose. Egli ne descriveva la "via crucis" fatta di interminabili attese sui pontili scottanti, di odissee in "vaporini" stipati all'inverosimile, di brevi soste su arenili incandescenti dove era facile procurarsi "quelle orribili piaghe cutanee, scioccamente credute salutari dagli ignoranti, e che non sono che scottature" (5).

Luigi Maccone, da buon piemontese amante

della montagna, constatava nelle sue memorie, pubblicate nel 1936, che in quegli anni "la moda impera[va] a favore del mare (...). Si sa, il mare è più attraente per i bambini, in linea generale: quelli che già vi sono stati descrivono con entusiastiche, calde, espressioni ai loro compagni, i tuffi nell'acqua, i bagni di sole, i bagni di sabbia, incitandoli così a far pressione presso i genitori e insegnanti, perché anch'essi vi siano inviati in avvenire" (6).

Maccone, come molti altri medici di allora, sosteneva che, per evitare i danni prodotti dall'abuso delle cure marine, bastasse mettere in pratica le norme contenute nei trattati di climatoterapia. Non a caso proprio Giulio Ceresole, uno dei più autorevoli e attivi fondatori di quella disciplina, aveva più volte messo in guardia dalla "eliomania" e ribadito il rispetto delle regole per l'esposizione al sole e per la corretta scelta del periodo e del luogo di soggiorno (7).

Nei trattati e nelle riviste di climatoterapia, in realtà, erano esposte teorie molto complicate che comprendevano fattori balneologici ed elioterapici e regolavano la scelta del soggiorno curativo a seconda della stagione, della località (marina, montana o lacustre) e di numerose variabili legate al paziente, tra le quali vi erano l'età, il sesso, la patologia, il colore della cute e il luogo di residenza (8). I pediatri cercarono di semplificarle e divulgarle attraverso congressi e riviste, ma tutto questo, comunque, non fu sufficiente a frenare l'ondata di chi vedeva nel soggiorno marino un'occasione per migliorare la propria condizione fisica e per avvicinarsi ai modelli di vita salutistici che allora prendevano piede (9). Anche i dirigenti del regime ammettevano, nel 1939, che "l'esposizione al sole è diventata una pratica così diffusa che l'opera del medico deve consistere piuttosto nel frenare

Per corrispondenza:
 Giancarlo Cerasoli
 e-mail: giancarlo.cerasoli@libero.it

letture

Abstract

From the second half of 1800 in Italy there was the firm belief that thalassotherapy could prevent and treat the major paediatric pathologies present at the time. Fascist regime used this as a form of propaganda in order to help poor families, but the conclusion was that summer camps were not efficacious as expected. Many paediatricians noticed that the eventual prevention of tuberculosis or the treatment of other pathologies was an illusion, besides, living together sick and healthy children could spread infection.

**Giancarlo Cerasoli, Sea's inflation
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 20-21**

questa tendenza per evitare danni talora gravi, anziché incoraggiarla" (10).

Pochi anni prima il presidente della Società Italiana di Pediatria aveva denunciato che "da anni noi pediatri insistiamo sulla esagerazione delle colonie temporanee, specialmente di quelle marine; sviluppo ipertrofico, senza necessità, che soltanto si potrebbe spiegare con l'influenza delle idee empiriche di profani sulla virtù della cura marina come toccasana universale. (...). Oggidi è avvenuta fra il pubblico una esagerazione strana nell'applicazione dell'elioterapia che nessuna dottrina medica potrebbe scusare. Donde gli spettacoli barbari, inumani, di ore di immobilità di masse di fanciulli arrostiti senza pietà e senza buon senso sotto la sferza del sole ardente: annerimenti esagerati e dannosi, i quali sono l'orgoglio di certi dirigenti di colonie, ignoranti in materia" (11). Ancora alla fine della guerra, un altro pediatra metteva in guardia dai pericoli della "ipertalassoterapia", che consisteva nel voler "accumulare cura marina" (12).

Anche adesso, in epoca di globalizzazione delle conoscenze scientifiche, la convinzione che i raggi solari siano comunque salutari porta molti a dimenticarsi dei danni della sovraesposizione (13). La medicina basata sull'evidenza ha dimostrato, invece, da molti anni che la protezione dal sole riduce il rischio di tumori cutanei e il medico deve quindi continuare la battaglia, iniziata quasi cento anni fa, contro l'abuso della talassoterapia (14).

Bibliografia e Note

(1) Basti pensare alla tubercolosi linfoghiandolare e ossea, al rachitismo e alla sifilide. Vedi, ad esempio, le indicazioni presenti in: Wilson E. Dell'uso igienico e medico dei bagni semplici e di mare e della cura idropatica. Milano: Vallardi, 1865; Del Piano A. Indirizzo e valore delle cure marittime nei bambini. Rimini: Artigianelli, 1907
(2) Chavasse PH. Sull'educazione fisica dei bambini. Consigli di un medico alle madri. Verona: Drucker e Tedeschi, 1878, pp. 308
(3) Il vento A. Colonie estive. In: *Maternità e Infanzia* 1927 (II); 5:49-51

(4) Redazione. Il contributo dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nella difesa della razza contro la tubercolosi. In: *Maternità e Infanzia* 1928 (III); 9:712-5

(5) Cantilena A. Poche parole sulla balneo-elioterapia al Lido di Venezia. In: *La Pediatria del medico pratico* 1929:485-7

(6) Maccone L. Ricordi di un medico pediatra. Torino: Paravia, 1936:158

(7) Ceresole G. Osservazioni climatologiche ed elioterapiche nei riguardi delle colonie marine. In: Opera Nazionale Balilla. Primo Convegno Nazionale dei medici dell'O.N.B. Roma, 2-4 febbraio 1930, Atti Ufficiali, Roma, SAI, 1930, p.168

(8) Cfr G. Ceresole. Trattato italiano di talassoterapia, Pisa, Nistri Lischi, 1932 e, tra i periodici, la Rivista di idrologia, climatologia e terapia fisica, pubblicata a Firenze dal 1923 al 1932 e proseguita dall'anno seguente come Rivista di idroclimatologia, talassologia e terapia fisica. Vedi inoltre gli atti dei vari Congressi di climatoterapia, alcuni dei quali svoltisi a Rimini nel 1928 e 1935

(9) Per l'azione dei pediatri cfr. Bentivoglio GC, Foa A, Magni L. Indicazioni climatoterapiche per l'infanzia, in Società Italiana di Pediatria, Atti del XV Congresso Italiano di Pediatria, Siena, 19-22 settembre 1934, Torino, SET, 1934:114-98; Allaria GB. Criteri basilari per la scelta dei bambini e dei giovani da avviare alle Colonie marine e per il loro trattamento, in *La Pediatria del medico pratico*, 1937;12:377-402; Valagussa F. Norme per la cura solare, in *La Pediatria Pratica*, 1927:201-5

(10) Bonadies A e Calogiuri V. Scuola e Nazione per la difesa della razza. Roma, Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, 1939:99

(11) Allaria GB. Incremento delle Colonie diurne in rapporto con l'assistenza totalitaria del P.N.F. In: *La Pediatria del medico pratico* 1937:403-26

(12) Salvioli G. Il bambino al mare. In: Nanni G. Atti del Primo Convegno Interregionale di talassologia medica, Rimini 12-13 settembre 1948. Rimini: Garattoni, 1949:15-33

(13) Cfr. Cutrone M, et al. Il sole sulla pelle del bambino: cosa ne pensa la mamma? In: *Rivista Italiana di Pediatria* 1997;23:92-7; e Editorial. Why is sun protection in children virtually ignored? In: *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2001;155:874

(14) Cfr. Arcangeli F. Il sole e il pediatra. Non è più ragionevole sottovalutarne i danni. In: *Quaderni acp* 1999;2:56-8

**IL BAMBINO IPERATTIVO
E DISATTENTO.
UN UTILE MANUALETTO**

Il volumetto che un gruppo di pediatri dell'ACP di Roma, insieme con una psicologa ed una neuropsichiatra infantile, hanno elaborato sul bambino iperattivo e disattento può essere utile ai pediatri per più di un motivo sia per la lettura che per la consultazione. Può essere molto più utile delle compendiose articolese uscite finora sulle riviste italiane.

Raccoglie, in una settantina di pagine, tutte le informazioni che possono tornare utili al pediatra di famiglia; soprattutto quelle anamnestiche dalle quali inizia il percorso diagnostico, ma anche quelle relative all'apprendimento, ed utili per la identificazione dei sottotipi. Notizie semplici e semplicemente scritte riguardano la "causa" dell'ADHD, l'evoluzione nel corso dello sviluppo e la situazione psicologica e di sofferenza personale del bambino.

La descrizione del bambino in classe può essere un notevole aiuto per il pediatra che parla con l'insegnante (parte fondamentale del percorso) per orientarsi meglio sul comportamento del bambino in comunità. Questa parte rappresenta anche un buon aiuto per una visione, appunto, di "comunità"; quella (scuola e famiglia) nella quale il bambino è inserito. È nella comunità infatti che i problemi nascono e valgono quindi i suggerimenti per farvi star meglio il bambino e rendergli gli ambienti più vivibili. Notizie brevi sono date sulla terapia farmacologica e sulla impostazione psicoterapeutica. Allegati sono i criteri diagnostici del DSM IV. Complessivamente lo confermiamo come un manuale molto utile al pediatra che si appresta a volere alcune idee di base sul problema. Non ci fa influenza che sia scritto da colleghi della nostra associazione (Si veda, in proposito, anche l'editoriale di questo numero).

red

Serenella Corbo,
Federico Marolla, Vittoria Sarno,
M. Giulia Torrioli,
Silvia Vernacotola.

Il bambino iperattivo e disattento.

Franco Angeli/Self help 2002,
pp 84 € 12

Promozione della salute e diritti di cittadinanza

FRANCO ROTELLI

Psichiatra, Direttore Generale ASL Caserta 2.

Abstract

Actual time's challenges force public health providers to conjugate health promotion and citizenship's rights, evaluate the cultural and organizative implications due to the passage from a welfare service to a welfare market and to a community welfare; all this in a difficult socio sanitary context.

*Franco Rotelli, Health promotion and citizenship's rights
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 22-23*

Promozione locale della salute sembra ragionevole che implichi, oltre al riorientamento delle risorse e dell'offerta, decentrandole molto più fortemente di quanto finora non sia accaduto, il riorientamento dell'attenzione dall'acuzie alle aree ad altra integrazione, siano esse rappresentate da anziani, bambini, donne, portatori di patologie di lunga durata, di cronicità vere o prodotte.

Implica riorientamento delle risorse da servizi residenziali a servizi alla persona, da centri di riabilitazione a servizi riabilitativi integranti nel territorio, da servizi a bassa tecnologia ospedaliera a servizi distrettuali.

Implica riconversione dal sanitario al sociale, investendo finalmente e sul serio sul sociale perché non debba essere consegnato alla medicalizzazione.

Implica riorientare quota di spesa corrente sugli investimenti per adeguare rapidamente le tecnologie sanitarie complesse onde poter poi concentrare l'attenzione sui sistemi a forte valenza relazionale, alle reti sanitarie e sociali di un territorio.

Sia chiaro che immaginando nel quadro di un Welfare comunitario la promozione della salute e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, non intendiamo affatto ignorare il grande patrimonio che l'Europa ha costruito a partire dallo stato assistenziale.

Né immaginiamo che efficienza, professionalità, economicità, puntualità delle risorse, dispiegamento delle risorse umane e tecniche e strutturali adeguate, proprie del Welfare dei

servizi, non siano conquiste ancora ampiamente da realizzare in questa come in altre regioni, in cui persistono sacche rilevanti delle parti meno nobili dello stato assistenziale.

Certo che occorre far funzionare gli ospedali e certo che forse sono pochi e malamente



dislocati nel nostro territorio. Certo che l'eccellenza è una virtù, ma certe virtù non lo sono più se praticate nei luoghi e nei modi sbagliati. Certo che l'efficienza, ancora più che un obbligo, è un imperativo etico in questa materia. Certo che abbiamo una fame smisurata di nuove tecnologie e un bisogno fisico di esse.

Finora la territorializzazione delle attività sanitarie si è basata su due assunti: i distretti come area che legge/interpreta la domanda/bisogno sanitario della popolazione residente ed eroga servizi di tipo "preventivo", ambulatoriale e domiciliare, gli ospedali (pubblici e privati temporaneamente accreditati) che offrono servizi di cura per acuti (o riabilitativi).

In questo modo la continuità assistenziale deve basarsi sulla necessità (e opportunità) di processi che favoriscano il dialogo-rapporto tra le due articolazioni organizzative con una frammentazione della responsabilità complessiva rispetto alla popolazione.

Si può ipotizzare un'organizzazione in cui gli ospedali siano parte integrante del territorio ed entrino nei programmi di salute/assistenza alle persone come una delle possibili opzioni? Questo dovrebbe suggerire un assetto organizzativo che supera la domanda/offerta e attribuisce a un'area territoriale l'insieme ospedale-attività domiciliari-promotive.

La logica di mercato di questi anni ha dominato la scena: le strutture competono tra di loro (pubblico-pubblico e pubblico-privato), strutture che possiedono la domanda e strutture che erogano servizi/prestazioni.

Superato il passato dell'assistenza gratuita e a qualsiasi costo, la logica dello sviluppo di promozione della salute a livello comunitario potrebbe incentivare l'ottica e la cultura della cooperazione ai diversi livelli: nei programmi sanitari territoriali all'interno della continuità

Per corrispondenza:
Franco Rotelli
e-mail: butti@libero.it

DOVE LA SALUTE NON È UN DIRITTO

Editoriale di *The Lancet* 1 giugno 2002 pg 1871

Traduzione di M. Francesca Siracusano

assistenziale; nei programmi di sviluppo locale di salute con la rete di servizi formali e informali.

Per parlare di promozione della salute nella Regione Campania è necessario in primo luogo far sì che l'allocazione dell'offerta ospedaliera e territoriale venga radicalmente riequilibrata nelle province e fuori dal capoluogo regionale con una totale modifica dei criteri di finanziamento che consenta ad ASL di mezzo milione di abitanti di disporre in loco dell'intera offerta sanitaria come accade in tutto il resto del nostro Paese.

Alle ASL e solo ad esse deve essere attribuito l'intero fondo sanitario, suddiviso esclusivamente in proporzione al numero dei cittadini. Paghino poi le stesse ASL gli erogatori ovunque collocati, responsabilizzandosi a dotarsi gradualmente dei servizi necessari a livello locale per non dover mantenere un sistema di fughe che mette in forse una risposta adeguata in tempi brevi ai bisogni dei cittadini e a tempi lunghi desertifica i territori di appartenenza.

L'argomento per il quale, ad esempio, l'ASL Napoli 1 debba ricevere un finanziamento di gran lunga superiore perché offre servizi anche per molti cittadini delle province non ha né capo né coda, in quanto non il finanziamento ma il pagamento delle prestazioni erogate deve esserle dovuto. Se in un primo tempo si tratterebbe della medesima cosa, non lo sarebbe più subito dopo, in quanto gradualmente le ASL periferiche si attrezzino a ridurre le loro fughe. Ciò sviluppa l'unico stimolo concreto alla responsabilizzazione dell'intero sistema, oggi sulla base di quell'argomento, totalmente deresponsabilizzato. È questo il baco nella mela che divora buona parte del frutto.

Un sistema di Welfare municipale o di comunità sarebbe un sistema in cui lo sviluppo doveroso dei servizi incorpori protagonismo e risorse degli utenti, reti e legami sociali, e operi per crearli invece che eluderli. Sarà questa l'unica strategia culturalmente ed economicamente sostenibile se si vorrà coniugare promozione della salute e diritti di cittadinanza invece che sostenere la prima a danno dei secondi.

Circa 40 milioni di persone in USA, compresi 10 milioni di bambini, non hanno assicurazione sanitaria privata. Ciò significa che, in una nazione che spende 1.300 miliardi di dollari statunitensi ogni anno per le cure sanitarie, più di 4.600 dollari a testa e molto più di ogni altro paese industrializzato, una persona su sette deve potersela cavare senza assicurazione sanitaria.

Molti Americani non si pongono il problema di questa disuguaglianza. Il problema semplicemente non sembra essere serio.

Secondo un rapporto prodotto lo scorso ottobre dall'Istituto di Medicina (IOM, organismo dell'US National Academies of Science), la pubblica percezione dei problemi affrontati dai non assicurati è annegata in un certo "diffuso mito popolare americano".

In "Coverage Matters Insurance and Health Care", lo IOM, a proposito delle conseguenze della non assicurazione cita studi che indicano come molti americani pensano, per esempio, che il numero dei non assicurati americani sia più piccolo di quanto in realtà non sia, che molti dei non assicurati siano giovani sani che, per scelta, fanno a meno della copertura o che si tratti di immigrati disoccupati non regolarizzati, e che le persone non assicurate possano comunque accedere alle cure necessarie.

In "Coverage Matters", lo IOM ha cercato di dissipare alcuni di questi miti. Lo studio riscontra che gran parte dei 40 milioni di americani non assicurati sono cittadini americani a tutti gli effetti e non cittadini non regolarizzati, e che sono membri di famiglie di lavoratori a basso reddito. E' chiaro che i non assicurati sono più spesso privi di cure essenziali, come servizi di prevenzione e controlli regolari per malattie croniche come ipertensione e diabete.

Un nuovo report dello IOM del 21 Maggio 2002 esamina le conseguenze sulla salute del non avere una assicurazione sanitaria. "Care Without Coverage: Too Little, Too Late" è un documento focalizzato sugli adulti americani. Nel report lo IOM trova che i non assicurati, rispetto agli assicurati non hanno un regolare fornitore di cure, non eseguono test di screening raccomandati, né usufruiscono di diagnosi precoci, e cure di buon livello. Per esempio, i non assicurati fanno meno mammografie, meno esami clinici del seno, strisci vaginali, o screening del cancro del colonretto. Pertanto i non assicurati più degli altri hanno diagnosi ad uno stadio avanzato di malattia e muoiono in tempi più brevi dalla diagnosi rispetto agli assicurati. Donne non assicurate con cancro al seno hanno un più alto rischio di morte del 30-50 % rispetto a donne con assicurazione privata, e pazienti non assicurati con cancro del colon-retto hanno il 50% di probabilità in più di morire dei pazienti con assicurazione privata.

Lo IOM osserva anche che la mancanza di assicurazione modifica cure ed esiti di persone con malattie croniche curabili. Meno adulti con malattie croniche ricevono cure appropriate. Pazienti con diabete non assicurati hanno meno check-up ed esami del fondo dell'occhio. Pochi pazienti non assicurati con ipertensione e ipercolesterolemia sono sottoposti a screening e monitoraggio, e ricevono meno terapie per la loro condizione.

Sebbene in USA gli ospedali non possano respingere pazienti a causa della non copertura assicurativa, lo IOM ha riscontrato che quando i non assicurati sono ammessi al ricovero, non godono dello stesso livello di prestazione degli assicurati. Per le medesime condizioni i non assicurati ricevono meno servizi e livelli di cure con standard inferiori di esperienza e muoiono di più in ospedale. Pazienti non assicurati con malattia coronaria acuta, per esempio, vengono meno ricoverati in reparti dove sono effettuate l'angiografia o la rivascularizzazione cardiaca. E una volta ricoverati, beneficiano meno di questi interventi.

Le conclusioni dello IOM sono importanti perché dimostrano chiaramente che, a causa di una iniquità nel sistema americano di cura, una sostanziale proporzione di cittadini americani e le loro famiglie vivono meno e peggio in un paese in cui l'accesso alle cure rimane un privilegio e non un diritto. E' difficile comprendere come questa scandalosa situazione possa essere tollerata in un paese con un così alto grado di benessere e risorse.

Farmaci in Europa: appello della rivista francese Prescrire

Tra breve sarà presentata una proposta di Direttiva e Regolamentazione sui farmaci per essere adottata dal Parlamento e dal Consiglio d'Europa. Se le proposte saranno adottate così come sono, esse condurranno a un numero di cambiamenti estremamente preoccupanti in tutta la Comunità Europea:

- la valutazione delle richieste di commercializzazione sarebbe accelerata (e non soltanto per pazienti che hanno urgente bisogno di nuovi trattamenti), e le autorizzazioni sarebbero approvate una volta per sempre, abbandonando il sistema corrente di regolare rivalutazione;
- la farmacovigilanza sarebbe mantenuta nel segreto, impedendo il trattamento razionale dei problemi connessi ai farmaci;
- il ruolo dei professionisti della salute sarebbe diminuito, da una parte, dalla pubblicità dei farmaci prescrivibili direttamente al consumatore e, dall'altra, dal continuare a tenere celati dati scientifici chiave.

Il buon senso detta che l'agenzia europea per i farmaci dovrebbe essere legata al Direttorato Generale dell'Unione Europea sulla Salute e sulla Protezione del Consumatore piuttosto che al Direttorato dell'Industria, come è ora. Inoltre, ricevendo i fondi prevalentemente da quote pagate direttamente dalle industrie farmaceutiche, l'agenzia ha un serio conflitto di interesse.

Di fronte a una politica deliberata di servire per prima l'industria, i professionisti della salute e i pazienti devono agire prima che sia troppo tardi.

Ripartire sui binari la politica europea dei farmaci

È vitale riportare la politica farmaceutica europea nel legittimo contesto di salute pubblica per il beneficio pubblico e collettivo dei cittadini europei, ripristinando indipendenza e trasparenza in tutto il sistema.

Se l'industria farmaceutica deve rimanere dinamica ed efficiente a lungo, essa deve essere attivamente ri-diretta verso le vere necessità di salute pubblica e di progresso terapeutico, tanto in Europa quanto nel mondo.

Ci appelliamo ai membri del Parlamento Europeo, ai ministri del Consiglio Europeo e ai Commissari Europei per riconsiderare le politiche delineate nella bozza di Direttiva e Regolamentazione sui farmaci preparata dal Direttorato Generale dell'Industria della Commissione Europea.

Nell'interesse della salute pubblica, li esortiamo ad adottare nuove priorità.

Le nostre richieste

Salute pubblica prima dell'industria. Essendo le medicine una pietra angolare di qualsiasi politica sanitaria, i corpi regolatori che hanno il compito di autorizzare nuovi farmaci e la loro sorveglianza dopo la commercializzazione devono direttamente dare conto alle autorità sanitarie nazionali ed europee.

Perciò:

- I ministri della salute dell'Unione Europea, e non i ministri dell'industria, devono, in congiunzione col Parlamento europeo, decidere la politica farmaceutica europea e tutte le Direttive e Regolamentazioni attinenti.
- L'Agenzia europea per la valutazione dei farmaci (EMA) deve dipendere dal Direttorato Generale della Salute e del Consumatore, invece che dal Direttorato Generale dell'Industria.

Indipendenza finanziaria. Data la massiccia posta economica in gioco, è essenziale che le strutture e il personale che hanno il compito della registrazione e del controllo dei farmaci siano finanziariamente indipendenti dalle industrie farmaceutiche.

Perciò:

- Il budget degli Stati Membri della Comunità Europea e dell'Unione Europea stessa deve essere rapidamente aumentato per coprire i pieni costi operativi delle agenzie dei farmaci nazionali ed europee.
- Le quote pagate dalle industrie farmaceutiche per le domande devono essere attribuite alle casse dello Stato Membro e dell'UE, e non direttamente alle agenzie dei farmaci competenti, per evitare conflitti d'interesse.
- Queste quote devono essere ri-aggiustate in modo tale da incoraggiare i fabbricanti a scegliere la procedura centralizzata europea di commercializzazione per i prodotti che esse desiderano vendere nell'UE.
- Tutti i conflitti d'interesse del personale dell'agenzia e degli esperti esterni devono essere dichiarati regolarmente, resi accessibili su internet, e presi in considerazione in pratica.

Libero accesso ai dati scientifici. Le questioni correlate ai farmaci non devono costituire un'eccezione all'obbligo della trasparenza nelle istituzioni nazionali ed europee. In realtà, questa informazione è richiesta per assicurare l'uso ottimale della terapia farmacologica prescritta ai cittadini europei. È anche un dovere morale rendere pubblici i risultati della ricerca clinica nella quale migliaia di cittadini partecipano volontariamente.

Perciò:

- Le agenzie per i farmaci nazionali ed europee devono essere ri-organizzate per assicurare che il pubblico e tutti i professionisti della salute abbiano accesso a rapporti det-

tagliati e documentati dell'informazione scientifica sui quali si basano le loro decisioni, siano positivi o negativi. Questo deve valere non solamente per le procedure nazionali, centralizzate e di mutuo riconoscimento, ma anche per i dati raccolti dopo la commercializzazione (farmacovigilanza, studi comparativi dei benefici dei farmaci, errori sui farmaci ecc.).

Procedura centralizzata precisa e trasparente. Si devono continuare e ampliare le misure prese dal 1995 per armonizzare e concentrare le risorse, attraverso la creazione dell'EMA e la procedura centralizzata europea per l'autorizzazione alla commercializzazione.

Perciò:

- La procedura di mutuo riconoscimento deve essere eliminata il più rapidamente possibile, in favore di una procedura centralizzata efficiente e trasparente per tutti i farmaci che si intendono commercializzare in più di uno Stato Membro dell'Unione Europea.
- Il budget dell'EMA deve essere considerevolmente aumentato, così che questa pietra angolare della politica farmaceutica europea abbia i mezzi per adempiere le sue responsabilità in termini di competenza, indipendenza, trasparenza e sorveglianza.
- Il tempo allocato a esaminare le domande di commercializzazione (nazionali ed europee) non deve essere sistematicamente accorciato. Le agenzie devono avere il tempo necessario per una valutazione critica completa delle domande, con lo scopo preminente della protezione dei pazienti. Questo tempo dovrebbe essere accorciato solamente in situazioni strettamente definite che involgono gravi malattie per le quali nessun trattamento è disponibile.
- Periodici ri-esami delle autorizzazioni alla commercializzazione, nazionali ed europee, devono essere rafforzati ed applicati effettivamente. Questa ri-valutazione deve focalizzarsi non solamente sull'efficacia e sugli effetti collaterali, ma anche sul valore complessivo dei singoli farmaci alla luce di nuovi dati e di nuove opzioni terapeutiche (farmaco e nessun farmaco).

Informazione di qualità per l'uso razionale. L'uso razionale del farmaco, e specialmente la prevenzione degli effetti collaterali e gli errori di medicazione, comportano che i cittadini e i professionisti della salute siano adeguatamente informati.

Perciò:

- Le autorità nazionali ed europee devono prendere tutte le misure necessarie per assicurare che i cittadini europei e i professionisti della salute abbiano accesso a informazioni attendibili. Questo significa informazione indipendente dalle industrie farmaceutiche, ben documentate e referenziate, comparative e disegnate in modo trasparente,

sulla salute

sulle malattie e i trattamenti disponibili, insieme agli strumenti preventivi, diagnostici e di screening, e al loro corretto uso.

- In tutta l'Europa devono essere usati i nomi internazionali delle molecole piuttosto che quelli commerciali, come il principale identificatore delle medicine, da parte degli enti regolatori, dei pazienti e dei professionisti della salute.

- Le case farmaceutiche devono essere fortemente incoraggiate a migliorare l'informazione nei foglietti illustrativi per il paziente e sulle scatole del farmaco.

- La pubblicità del farmaco deve essere strettamente regolata in tutti gli Stati Membri; la pubblicità per i farmaci ottenibili senza ricetta deve essere approvata prima della loro commercializzazione; la pubblicità diretta al consumatore dei farmaci ottenibili solo con ricetta deve essere bandita. La pubblicità diretta ai professionisti della salute deve essere controllata retrospettivamente, e sanzioni efficaci devono essere rigorosamente inflitte a tutti i trasgressori.

Trasparenza sul costo dei farmaci. I farmaci possono servire una politica di salute pubblica soltanto se sono universalmente accessibili e se i loro prezzi sono compatibili con i budget sanitari.

Perciò, per affrontare il corrente spettacolare aumento nei prezzi dei farmaci:

- I politici nazionali ed europei devono intraprendere studi precisi dei costi di produzione dei farmaci, e particolarmente il vero costo della ricerca e dello sviluppo biomedico.

- L'UE, e gli Stati Membri individuali, devono creare dei corpi dotati di fondi adeguati, capaci di sponsorizzare, coordinare e stimolare la ricerca clinica indirizzata a rispondere alle numerose domande che sono lasciate in sospeso dagli studi sponsorizzati dall'industria.

- Essi devono anche creare strutture istituzionali disegnate per fornire ai pazienti, ai professionisti della salute e alle organizzazioni che pagano le medicine, un'informazione chiara, sintetica, documentata, aggiornata e comparativa, sulla quale basare scelte razionali tra opzioni terapeutiche disponibili.

Queste proposte non sono irrealistiche, ma richiedono anni di sforzo intenso.

Sindacati medici: il gioco delle parti

Questi gli atteggiamenti dei sindacati medici nei riguardi del subemendamento (bocciato) alla Finanziaria che restituisce la possibilità di recedere dall'intraoemia ma istituisce la tassa (pardon Royalty, come dice il ministro) di 5000 euro per chi vuole passare da intra a

extraoemia. L'ANAAO e la UIL medici faranno sciopero se il ministro riproporrà l'emendamento. La CISL medici, al contrario, farà sciopero se l'emendamento non sarà riproposto. La CIMO è a favore dell'emendamento, ma senza tassa. La FPL non vuole nessun emendamento in Finanziaria. L'ANPO vuole sia l'emendamento che la tassa. Nessuno, finora, vuole la tassa senza l'emendamento: è la sola combinazione senza sostenitori.

Scomparso l'alfiere anti-AIDS in Cina

Wan Yanhai, fortemente critico verso la politica sanitaria del governo cinese, è scomparso da alcune settimane mentre si trovava a Pechino; la moglie ritiene che sia stato rinchiuso in un carcere di sicurezza. La sua battaglia aveva portato a conoscere la grave situazione della Cina nei riguardi dell'AIDS; in seguito alle sue denunce la UNAIDS aveva potuto stimare che nel 2001 i soggetti affetti dal virus erano in Cina 1.5 milioni e la stima dei prossimi 10 anni li portava a 10.000.000. In alcune aree centrali (Anhui e Henan) vi sono villaggi con l'80% delle persone colpite dall'infezione. Le cause della diffusione sembrano essere i contatti sessuali non protetti e l'uso di farmaci o di sostanze in vena. Wan era stato particolarmente critico sul trattamento del sangue e sull'esistenza di traffici illegali (Nature 2002;419:100).

red.

Epidemia di morbillo in Germania

È attualmente in corso un'epidemia di morbillo nella regione di Nord-Rhein-Westfalen in Germania. Fino alla 36esima settimana di quest'anno sono stati notificati 298 casi di morbillo. I casi si sono verificati in due cicli: dalla 18esima alla 22esima e dalla 29esima alla 34esima settimana e hanno interessato soprattutto due comuni della regione: Morsbach e Wiehl. Soprattutto colpita risulta la classe di età da 5 a 9 anni in cui si è verificato il 60,4% dei casi. 7 bambini sono stati ospedalizzati. Nessuno dei bambini è risultato vaccinato contro il morbillo tranne alcuni casi del tutto eccezionali.

In occasione della visita medica scolastica del 2001 si era registrata una copertura vaccinale del 47% a Morsbach e del 71,8% a Wiehl. Di conseguenza alcune iniziative pubbliche al fine di aumentare la copertura erano state condotte già l'anno scorso. Inoltre l'aumento dei casi di parotite osservato verso la fine del 2001 aveva fatto supporre l'esistenza di un'insufficiente protezione anche per il morbillo. Pubblicazioni sulla stampa locale, in cui il

Dipartimento di Prevenzione avvertiva la popolazione della possibilità di epidemie di morbillo nell'immediato futuro, non hanno avuto l'effetto sperato: il recupero dei soggetti non vaccinati è fallito e alcuni mesi dopo è iniziata l'epidemia.

Sulle cause del rifiuto del vaccino da parte della popolazione si possono fare solo delle ipotesi. Alcuni medici di medicina generale, a differenza dei pediatri di libera scelta, sconsigliano attivamente la vaccinazione MPR, come è riuscito ad appurare il Dipartimento di Prevenzione. Lo stesso vale per alcune ostetriche di libera professione (Epidemiologisches Bulletin 2002;40:10).

red.

Sempre di più i cesarei

Dalle schede di dimissione ospedaliera elaborate dal Ministero della Salute per il triennio 1998-2000 si conferma l'alta frequenza dei tagli cesarei in Italia. I valori annui sono i seguenti: 31,4% di cesarei per il 1998; 32,9% per il 1999; 33,2% per il 2000.

L'aumento è dovuto principalmente ad alcune regioni ad altissima frequenza di interventi. La Campania ha avuto complessivamente una frequenza del 53% nel 2000 (settore pubblico: 47,0%; settore privato convenzionato: 61,7%). Seguono la Sicilia (42,5%), la Puglia (40,6%) e la Basilicata (40,8%).

Ha valori molto bassi il Friuli-Venezia Giulia (20%), collocandosi all'interno del parametro di riferimento fissato dal Ministero (15-20%: il 20% rappresenta la media UE) e ha valori bassi la Sardegna (27%).

Dai dati del Ministero non risultano rapporti evidenti fra le modalità di espletamento del parto e la disponibilità numerica di personale: alcune regioni ad alta frequenza di cesarei hanno maggiore disponibilità di personale di regioni a bassa frequenza di cesarei. La disponibilità del personale non sembra influenzare il fenomeno, né in positivo né in negativo.

Il fattore geografico, pure esistente, è di difficile comprensione e si riscontra sia nelle strutture private che in quelle pubbliche, come se si influenzassero a vicenda. È comunque costantemente più alto in quelle private. Ci chiediamo: sono queste a "condurre la danza"?

Un dato che emerge (specie in Campania) è che in strutture ad alta frequenza di cesarei si ritrova un rapporto inverso fra numero complessivo dei parti e parti cesarei: in sostanza il cesareo è più frequente dove il numero dei parti è più basso. Ci chiediamo: la scarsa casistica (esperienza? autonomia?) ostetrica porta a ricorrere al cesareo come strumento di sicurezza per il personale medico? (Sole 24 Ore Sanità 5-12/11/2002).

La visita pediatrica

Da Stefano Bordiglioni, Manuela Badocco. "Diario di una bambina troppo occupata"
Einaudi Ragazzi 1996; pag. 116

Mercoledì 3 febbraio.

Caro diario,

ieri è stato un pomeriggio davvero infernale. Alle cinque, come sempre, avevo piano e col professor Perotto mi sono annoiata così tanto che fra un solfeggio e l'altro ho cominciato a sbadigliare. Ho scoperto così che gli sbadigli non si possono trattenere come gli starnuti: la bocca si spalanca anche se tu non vuoi. La mia sembrava l'imbocco di una galleria in autostrada: ci mancavano solo i lampioni accesi e le automobili!

Al terzo sbadiglio Perone si è innervosito e, dandomi una pacca "amichevole sulle spalle" mi ha chiesto se volevo per caso un cuscino. Scherzava, certo, ma aveva un'aria così poco giocherellona che, per non prendere un'altra pacca, ho fatto di tutto per non addormentarmi: mi pestavo il piede destro col sinistro per farmi svegliare un po' dal dolore e poi, mentre il professore non guardava, mi inumidivo gli occhi con la saliva per farli stare aperti. E così alla fine dell'ora avevo gli occhi rossi, la bocca secca e il piede destro tutto indolenzito.

Dopo la lezione di piano, la mamma poi aveva preso appuntamento con il pediatra per farmi fare una visita di controllo. Io odio andare dal dottore per due motivi. Per incominciare, la sala d'aspetto è sempre piena di mocciosi urlanti e di mamme che sanno parlare solo di "ruttini", "rigurgiti", "cacca" e altre delizie del genere. Il secondo motivo per cui odio andare dal dottor Longo è che mi devo spogliare e la cosa non mi va per niente: quando sto in mutande e maglietta si vedono benissimo due piccole protuberanze che stanno cominciando a crescere sul mio torace.

"Uova fritte" le chiama la mamma, ma a me sembrano due meloni.

Quando siamo entrate nell'ambulatorio il dottore ha stretto la mano della mamma e a me ha spettinato il ciuffo dicendo:

- Come siamo cresciuti! Stiamo proprio diventando delle signorine!

"Come sarebbe a dire stiamo?!" ho pensato. "Io, sto diventando una signorina, non tu!"

Non mi sembra tanto normale che un dottore creda di diventare una signorina! Ma sarà davvero bravo? Ci sarà da fidarsi?

Però il fatto che io sia cresciuta non si può negare, visto che in questo ultimo anno la mia statura è aumentata di quasi cinque centimetri. Lui invece, il dottor Longo non mi pareva affatto più alto del l'ultima volta, anzi...

Mentre il dottor Longo appoggiava lo stetoscopio gelato alla mia schiena, io per vendi-

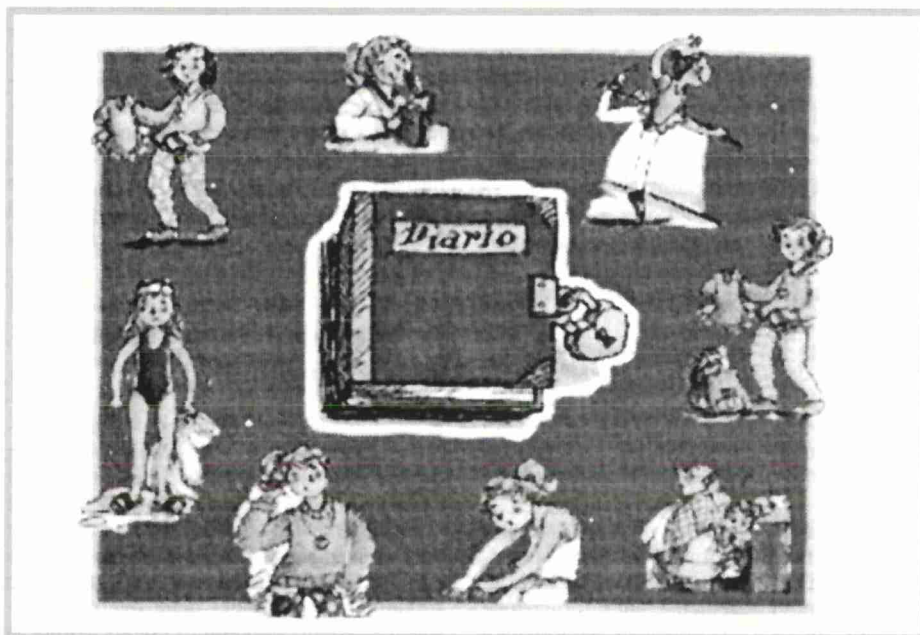
carmi ripetevo a mente una filastrocca che avevo inventato su di lui:

*Buongiorno dottor Longo
la sua faccia sembra pongo
le sue dita sembrano ragni
lei ha i calli sui calcagni.*

Quella dei calli non c'entra molto, ma l'ho usato per fare la rima!

Mi ha fatto tossire, dire trentatré, mostrare la gola e mi picchiato con un martelletto sulle ginocchia. Poi finalmente è sembrato soddisfatto e mi ha fatto rivestire. Adesso potrò stare in pace fino alla prossima visita di controllo.

Sono proprio curiosa di vedere se la prossima volta il dottor Longo si sarà tra sfornato in una dottoressa!



Per corrispondenza:
Franco Dessì
e-mail: fdessi@tin.it

medici e letteratura

Effetti collaterali dei conflitti in Iraq

Rapporto di Medact

Sintesi a cura di Giorgio Tamburlini

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale. IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

An evidence-based report by Medact analyses from a public health perspective the health and environmental impact of the previous, ongoing and any future conflict with Iraq. It shows that conflict has an enormous humanitarian cost, including disaster for the Iraqi population, and particularly for children, in both the short and long term.

Giorgio Tamburlini, *Collateral damage in Iraq*
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 27

L'organizzazione inglese Medact ha pubblicato un rapporto dal titolo "collateral damage" che analizza da un punto di vista di sanità pubblica l'impatto della guerra in Iraq del 1990-'91 e del decennio successivo, caratterizzato dalle sanzioni ONU e dal programma ONU "Food for oil", e stima i possibili effetti di un possibile futuro conflitto. Medact è una organizzazione di operatori sanitari, il cui scopo è di studiare e diffondere informazioni sugli effetti sanitari dei conflitti, della povertà e del degrado ambientale. Gli autori del rapporto premettono che purtroppo le fonti di informazione disponibili, costituite da studi pubblicati e da rapporti di organizzazioni internazionali - in tutto una sessantina di referenze - studi ad hoc e fonti ufficiali, non sono sempre in grado di fornire una informazione completa, precisa e attendibile.

La guerra del Golfo

Le perdite umane direttamente provocate dalla guerra del Golfo sono state tra 142.000 e 206.000 (tabella 1), ma i danni complessivi sono stati molto maggiori, a causa del collasso economico, il degrado ambientale, la mancanza di cibo, il collasso di un sistema sanitario, che l'OMS definiva in precedenza "di primo ordine", le migrazioni forzate interne al Paese. Inoltre, entro aprile del 1991, 1,8 milioni di Curdi e di Sciti si erano ammassati ai confini della Turchia e dell'Iran, con conseguenti gravissimi problemi di malnutrizione e di epidemie. Uno studio svolto da un gruppo di Harvard e in parte pubblicato sul New England Journal of Medicine si è occupato in particolare della salute infantile: da gennaio ad agosto del 1991 l'aumento della mortalità infantile è stato di tre volte, con un eccesso di 47.000 morti rispetto all'atteso. A queste perdite vanno aggiunte le disabilità permanenti e la povertà in cui sono precipitate molte famiglie, in particolare quelle dove le madri sono rimaste

TABELLA 1: PERDITE UMANE DURANTE LA GUERRA DEL GOLFO (1991)

Decessi tra i militari iracheni	100.000-120.000
Decessi tra i civili iracheni	3500-15.000
Decessi tra i civili iracheni durante la guerra civile	20.000-35.000
Decessi tra i rifugiati	15.000-30.000
Totale:	142.500-206.000

Fonti: ONU 1991(Rapporto Ahtisaari), Daponte 1993

vedove. Nel periodo successivo al 1991 la mortalità sotto i 5 anni di età è passata da circa 50 a oltre 130 per mille (tabella 2) corrispondente a un eccesso di decessi tra 344.000 e 525.000.

Le sanzioni

Un discorso a parte meritano le sanzioni, sui cui effetti non c'è stato molto accordo anche all'interno della comunità internazionale. Le sanzioni sono in atto ormai da 12 anni, durante i quali l'Iraq è precipitato di fatto dall'essere un Paese quasi da "primo mondo" a una situazione da Paese del terzo mondo. Ma, certo, effetto di sanzioni e della politica del regime di Bagdad si mescolano in modo inestricabile. Il programma "Oil for food" che dal 1997 permette all'Iraq di vendere petrolio per acquistare beni essenziali ha da allora ridotto l'impatto della crisi senza tuttavia annullarlo, anche per incertezze sulla gestione del programma. Se prendiamo nuovamente la mortalità sotto i 5 anni come indicatore, questa è ridiscesa al 100 per mille, che è pur sempre il doppio della situazione di 15 anni prima.

In questo contesto, vi sono importanti differenze anche tra aree geografiche dell'Iraq, laddove il Sud ha patito molto di più del Nord, che sembra essersi giovato maggiormente negli ultimi anni del programma "Food for oil".

Scenari di guerra

Per quanto riguarda i possibili scenari di una nuova guerra, il rapporto valuta le possibili perdite tra tra militari e civili a seconda che si ipotizzi una guerra convenzionale (tra 48.000 e 261.000 morti), una guerra convenzionale complicata da una guerra civile interna (375.000 morti), o addirittura attacchi nucleari (fino a 3 milioni di morti).

Il rapporto non intende prendere posizione sulle responsabilità, ma intende sottolineare gli effetti diretti e indiretti della guerra e contribuire a far sì che il carico di sofferenza e di perdite di vite umane sia preso in considerazione.

Il rapporto completo può essere scaricato da: www.medact.org

TABELLA 2: ANDAMENTO DELLA MORTALITÀ SOTTO I 5 ANNI IN IRAQ (ESCLUSE LE AREE AUTONOME CURDE)

1960	= 225	1990-'94	= 91
1984-'89	= 56	1994-'99	= 131
1990	= 50	2000	= 107

Fonti: UNICEF 2002;
Garfield e Yamada 2002

Per corrispondenza:
Giorgio Tamburlini
e-mail: tamburlini@burlo.trieste.it

Libri: occasioni per una



Francesco Tonucci è un autore noto a noi dell'ACP per la sua frequenza ai nostri congressi e per i suoi disegni che hanno illustrato questa rivista. Ora richiama l'attenzione di quanti si occupano del mondo dei bambini con questo libro, dopo avere pubblicato *La città dei bambini* e altri libri dal 1976 a oggi. In quest'ultimo libro la parola è a loro, ai bambini: 26 frasi veramente pronunciate che sono l'occasione per discutere i loro desideri.

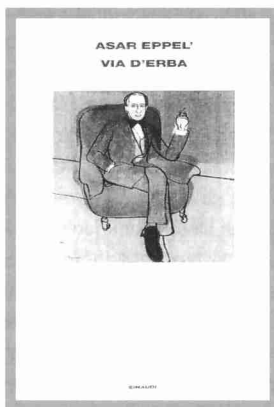
“Stavo giocando in piazza e il vigile mi ha preso la palla”: è l'occasione per discutere che cosa si può fare; e così “vorrei un campo di calcio, ma senza allenatore”; e ancora “a scuola ci andiamo da soli, così possiamo chiacchierare fra noi” e “I bambini dovrebbero avere per giocare lo stesso posto degli adulti per parcheggiare le macchine” e “non so cosa fare da solo perché non rimango mai solo” e così via. Tonucci illustra anzitutto con un suo disegno questo desiderio e poi risponde a due domande. Perché un bambino dice la frase? Che cosa si dovrebbe fare se volessimo veramente ascoltarlo? È da questo che nasce una esame della condizione dei bambini in città che non sono (più) loro, ma anche un esame di alcune soluzioni che qualche città fortunatamente e fortunatamente si è data. Tutte

soluzioni realizzabili per andare incontro ai bisogni-desideri dei bambini. Perché questi desideri sono veramente bisogni, per usare una terminologia desunta dal campo della salute. Chi deve leggere il libro? Più di tutti gli adulti, più di tutti chi amministra: i sindaci, e quei presidenti di regioni che si sono pomposamente voluti chiamare governatori; e allora governino e non facciano diventare questo “Adesso basta” del titolo una carica esplosiva. Ma se lo diventasse, non saremmo dalla loro parte.

gc.b.

Francesco Tonucci

Se i bambini dicono adesso basta
Laterza, 2002, pp 274, € 14,00



È una raccolta di nove racconti, che hanno come sfondo le strade della periferia di Ostankino (le “via d'erba” appunto), un villaggio alla periferia di Mosca, dove negli anni '40 e '50 circolava una massa di “studenti falliti, gentaglia di ogni genere nonché di persone perbene”, che aveva a che fare con i disagi della guerra e le ristrettezze economiche dell'epoca post-bellica, restando a galla grazie a un incorreggibile quanto originale amore per l'esistenza.

Eppel', scrittore russo di origine ebraica, nato nel 1935 e per decenni vissuto in un assoluto anonimato, utilizza nei suoi racconti un narratore onnisciente, che interviene con regolarità all'interno della trama, che fa anche (oltre ai luoghi dell'azione) da legame dei nove pezzi.

In *Tartine al caviale rosso*, il racconto che apre la raccolta, un giovane studente moscovita incontra la bella moglie di un agente del KGB: trovare un luogo dove fare l'amore è un'impresa. Per fortuna c'è zia Dusja, la vecchietta che qualche volta lascia le chiavi del suo minuscolo alloggio agli amici di Eseiç, sì che “finire sul bitorzolo di giaciglio di zia Dusja, mentre era fuori a fare pulizie in casa d'altri o per i fatti suoi, era una fortuna perché chi ha buona memoria si ricorderà senz'altro quale impresa disperata fosse a quei tempi trovare un angolo per portare a termine gli straziati mezzi incontri iniziati tra i cespugli”. Il problema degli alloggi, così come l'endemica promiscuità, vengono messi allegramente alla berlina grazie anche a una simpatica digressione storica sull'eterno stato d'abbandono in cui versano i cessi sovietici: “disdegnando le più elementari nozioni in materia di mira, alla nostra gente non costa niente lordare il bordo dell'apertura.”

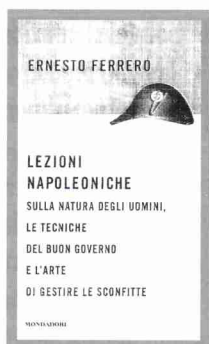
In tutti i racconti (scritti tra il 1979 e il 1980 e pubblicati in Russia solo nel 1994) vince comunque l'amore: è un “amore libero”, libero perché in grado di vincere lo squallore dell'epoca e la totale assenza di intimità in cui i due amanti sono costretti a celebrare il loro incontro.

n.d.

Asar Eppel'

Via d'erba
Einaudi, 2002, pp 228, € 15,00

buona lettura



L'immagine più sorprendente e per noi oggi più affascinante di Napoleone è anche la meno nota: quella del grande organizzatore e manager che porta nell'esercito e nello Stato una mentalità imprenditoriale, il sapiente motivatore di uomini, l'inventore delle tecniche della comunicazione e del consenso di massa. Il genio empirico che conosce come nessuno la psicologia degli uomini e apre le carriere al merito. Il politico spregiudicato capace di fulminee elaborazioni di calcolo che mette in pratica le teorie di Machiavelli. Lo statista lungimirante che arriva a delineare gli Stati Uniti d'Europa. Ma anche il vinto che a Sant'Elena costruisce la vittoria che nessuno potrà più strappargli, costruendo la leggenda romantica del martire e del liberatore di popoli, che farà sognare intere generazioni. È in questo Napoleone inventore della modernità che Ernesto Ferrero si è imbattuto raccogliendo la documentazione per raccontare i trecento giorni dell'esilio elbano nel suo romanzo *N.* L'autore, già vincitore del premio Strega 2000 con il romanzo *N.*, ha concentrato in sei capitoli tematici il "sistema operativo" di Napoleone, illustrato attraverso la trama scintillante delle considerazioni e degli aforismi che l'imperatore amava dispensare. L'attualità di questa filosofia per l'azione, dalla gestione dei collaboratori alle strategie e alla comunicazione, sorprenderà i curiosi di cose storiche

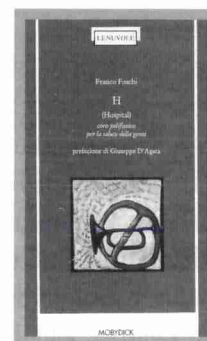
e gli stessi appassionati cultori di Napoleone e offriranno più di un motivo di riflessione a quanti hanno responsabilità pubbliche e private. L'approccio alla figura di Napoleone è incentrato su riferimenti documentari e storiografici diretti e precisi, che non lasciano spazio alla fantasia dell'autore. Queste Lezioni napoleoniche si possono forse definire "l'altra faccia" di *N.*, quella della ricerca e dell'analisi sistematica degli eventi storici, la base da cui possono poi scaturire ulteriori interpretazioni personali. Ne emerge la figura di Napoleone analizzata sotto ogni prospettiva e ricostruita con parametri interpretativi anche molto moderni. Ma per capire chi sia Napoleone per Ferrero, nulla di meglio che ricordare le sue stesse parole: "Napoleone visto da vicino diventa un'altra cosa ed emerge in tutta la sua complessità. È vero che è assalito dal demone della guerra, del confronto continuo, dello spostare sempre in là la posta della scommessa, anche se probabilmente non gli era possibile fare diversamente, ma è anche un grande comunicatore, manipolatore di uomini, un lettore onnivoro, non banale, uno che si preoccupa di organizzare la biblioteca ideale da viaggio di quattromila volumi. E poi è l'uomo che inventa il Louvre, è l'uomo dei codici civili, l'ideatore dell'Europa unita con due secoli di anticipo, ed è un analista straordinario, capace di profetizzare agli inglesi che perderanno l'India perché sono incapaci di gestirla, suggerendo loro di venderla. È un manager moderno di straordinaria rapidità di riflessi e intuito, seppur devastato dal suo furor bellico. Non a caso questo mito resiste da più di duecento anni".

n.d.

Ernesto Ferrero

Lezioni napoleoniche

Mondadori, 2002, pp 165, € 10,00



Franco Foschi è un pediatra bolognese che, oltre a fare il pediatra ospedaliero, ha pubblicato romanzi, libri per ragazzi ed altre poesie con prefazione di Stefano Benni.

Il volumetto di cui parliamo è una raccolta di 102 poesie, alcune brevi altre molto lunghe, che ci parlano di personaggi ospedalieri che - scrive Giuseppe Dell'Agata, l'autore de *Il medico della mutua*, bolognese pure lui- rappresentano per il Foschi una sorta di personalissimo *Spoon River*. Ci pare proprio vero. Si rincorrono nelle pagine, oltre ai bambini che vogliono tornare a scuola ("Lucia e Beppe mi tengono i compiti"), personaggi di medici, primari guardati con disprezzo ironico ed altri con caldo affetto, anestesisti, partorienti ("al corso insegnano che il dolore è gestibile"), suore, direttori generali ("la salute decisa a tavolino è un mestiere gravoso e bastardo"). Una umanità dolente raccontata con partecipazione e sofferenza, il suo pianto e la sua voglia ora di morire ora di resistere ad esistere.

Mai come in queste pagine il lettore riesce ad intendere, guardandolo dall'interno, dalle stanze di degenza alle cucine, che un ospedale è una cosa che vive dolorosamente in tutte le sue componenti di chi vi lavora e di vi è ospite.

gc.b

Franco Foschi

H (Hospital)

Mobydick Ed, pp 103, € 11

ENDOLAC

POLVERE PER SOSPENSIONE ORALE

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: ENDOLAC Polvere per sospensione orale.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Ogni bustina contiene: Principio attivo: *Lactobacillus acidophilus* P-18806 almeno 1×10^7 UFC, *Lactobacillus delbrueckii* P-18805 almeno 5×10^6 UFC, *Streptococcus thermophilus* P-18807 almeno 4×10^9 UFC

3. FORMA FARMACEUTICA: Polvere per sospensione orale

4. INFORMAZIONI CLINICHE:
4.1 Indicazioni terapeutiche: Sindromi dismicrobiche intestinali: sindromi diarroiche e dispeptiche da alterata flora batterica (diarrea, enteriti aspecifiche, coliti); dismicrobismo intestinale da antibiotici.
4.2 Posologia modo e tempo di somministrazione: Adulti: 1 - 2 bustine al dì. Bambini: 1 bustina al dì. Le bustine possono essere somministrate con un poco d'acqua oppure il loro contenuto può essere versato in una piccola quantità di acqua zuccherata o latte: quest'ultima modalità d'impiego si è rivelata particolarmente utile in pediatria.
4.3 Controindicazioni: Ipersensibilità ai componenti (principi attivi o eccipienti) o sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico.
4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso: Nessuna.
4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione: Non sono note interazioni medicamentose con altri farmaci.
4.6 Gravidanza ed allattamento: Non esistono particolari limitazioni.
4.7: Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari: ENDOLAC non interferisce su tali capacità.
4.8 Effetti indesiderati: Non sono riportate in letteratura segnalazioni di effetti indesiderati con l'impiego del farmaco.
4.9 Sovradosaggio: Non sono stati segnalati casi di sovradosaggio del prodotto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE:
5.1 Proprietà farmacodinamiche: I Batteri lattici che albergano di norma nell'intestino influenzano le condizioni dell'ambiente enterico, grazie alla produzione di acido lattico, di vitamine del complesso B e di sostanze antagoniste verso la flora anormale; essi provvedono inoltre alla stimolazione immunitaria specifica e aspecifica e ad accrescere lo stato trofico e la capacità rigenerativa della mucosa intestinale. Tutte queste funzioni vengono svolte nel quadro di un complesso equilibrio tra germi appartenenti a generi diversi, equilibrio che può essere alterato da stati patologici o da cause varie. Alle situazioni anomale da dismicrobismo, si può ovviare mediante l'impiego terapeutico di batteri lattici che ripristinano l'equilibrio microbico intestinale antagonizzando la flora anormale. Per ottenere tale risultato è necessario però somministrare batteri lattici selezionati per attività e vitalità. ENDOLAC contiene tre specie di lattobatteri attivi e capaci di adattarsi all'ambiente intestinale, il *Lactobacillus delbrueckii* P-18805, il *Lactobacillus acidophilus* P-18806, lo *Streptococcus thermophilus* P-18807. Per la preparazione di EN-

DOLAC le colture ricche di tali lattobatteri vengono trattate con accorgimenti tecnici che consentono la conservazione della vitalità e dell'attività fisiologica dei batteri lattici e quindi il loro impianto nell'intestino. Essi sono in grado di svolgere molteplici funzioni fisiologiche: favoriscono i processi digestivi degli alimenti, producono acido lattico ad effetto batteriostatico; esercitano azione di opposizione verso altri microorganismi enterici indesiderati per effetto di competizione nutritiva e produzione di sostanze ad azione inibente la crescita di microorganismi enteropatogeni. ENDOLAC non essendo antibiotico resistente, garantisce dal rischio di trasferimento delle resistenze batteriche e consente di ridurre adeguatamente il numero di lattobatteri presenti rispetto alle preparazioni antibiotico resistenti.
5.2 Proprietà farmacocinetiche: Il *Lactobacillus acidophilus* P-18806, il *Lactobacillus delbrueckii* P-18805 e lo *Streptococcus thermophilus* P-18807 sono in grado di raggiungere indenni l'intestino umano dopo somministrazione orale (perché resistenti sia all'ambiente acido sia ai sali biliari) e di colonizzarlo rapidamente sia a livello dell'ileo che, soprattutto a livello del colon; essi vengono escreti con le feci. Normalmente essi persistono nell'intestino umano e nelle feci anche per alcuni giorni dopo la sospensione delle somministrazioni orali.
5.3: Dati preclinici di sicurezza: ENDOLAC si caratterizza per una tollerabilità clinica particolarmente elevata e per la mancanza di tossicità. Il *Lactobacillus acidophilus*, il *Lactobacillus delbrueckii* e lo *Streptococcus thermophilus*, non sono germi invasivi ed appartengono ad un genere che è normale costituente della microflora intestinale dell'uomo e come tali sono privi di proprietà patogene.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:
6.1 Elenco degli eccipienti: Acido silicico - Sodio saccarinato - Aroma banana polvere - Aroma albicocca polvere - Maltodestrine.
6.2: Incompatibilità: Non sono note.
6.3 Validità: 24 mesi a confezionamento integro.
6.4 Speciali precauzioni per la conservazione: Conservare il prodotto tra + 2 °C e + 8 °C. L'occasionale e breve permanenza a temperatura ambiente non compromette in modo significativo l'attività del prodotto.
6.5 Natura e contenuto del contenitore: Bustine in accoppiato carta/Alluminio/politene in astuccio di cartone litografato; confezione da 10 bustine.
6.6 Istruzioni per l'uso: Sciogliere 1 o 2 bustine in poca acqua o in una piccola quantità di acqua zuccherata o latte.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO: PROGE FARM S.r.l. - Baluardo La Marmora, 4 - 28100 Novara.
CONCESSIONARIO PER LA VENDITA: UCB Pharma S.p.A. - Pianezza (TO).

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO: A.I.C. n° 033968 013

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE: 13.01.2000
10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO: 30.3.2001



ucb Pharma

L'accostamento di due film in apparenza così diversi per ricordarci, come dice Spada alla fine, che anche un legno - qualsiasi legno piovuto dal cielo o emerso dal riformatorio - per diventare uomo ha bisogno di un artigiano padre, ma ci induce anche a riflettere che esistono molti modi per aiutare qualcuno a diventare uomo: molti modi di essere artigiano padre.

Da Pinocchio a Il figlio storie di falegnami, burattini e ragazzi

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Non volevo scrivere sul Pinocchio di Benigni per due motivi strettamente legati tra di loro: perché è un film che non mi ha entusiasmato e perché mi dispiaceva parlarne solo per dovere di cronaca. Amo Benigni, la sua comicità di toscanaccio e le sue intuizioni, i suoi interventi in TV e i suoi film; ho rivisto tante volte Non ci resta che piangere e ho giudicato La vita è bella un capolavoro; sapevo che prima o poi la sua vena di artista avrebbe fatto registrare qualche intoppo e nutro molte perplessità sull'ennesima riduzione cinematografica del libro di Collodi; ho atteso questa sua nuova fatica con curiosità e sono andato a vedere il film, come si suole dire, animato dalle migliori intenzioni: un flop! Suo e mio. Perché? Per tanti di quei motivi che difficilmente si potrebbero esaurire in due cartelle (la fedeltà-infedeltà al testo, il patetico ricorso a effetti speciali poco speciali, la recitazione urlata, l'assenza della magia delle immagini, la pretesa di fare Fellini senza essere Fellini, la malcelata operazione commerciale finalizzata alla candidatura all'Oscar...) e che, da benigniano deluso, non mi va nemmeno di iniziare. E allora perché ne parlo? Sembrerà strano, ma lo faccio perché qualche giorno dopo ho visto un altro film che mi ha richiamato Pinocchio, pur essendo ad esso diametralmente opposto nella forma e nel contenuto. Titolo: Il figlio. È un film dei fratelli Dardenne (quelli di Rosetta e de La promesse), presentato a Cannes e arrivato nelle nostre sale con un po' di ritardo. Un film che gli esercenti snobbano perché non fa cassetta e che, sotto un certo aspetto, fa di tutto per non essere visto: utilizza la macchina a mano (con le immagini che solo dopo due minuti danno fastidio agli occhi), non ricorre alla suggestione della colonna sonora, presenta

ambienti scarni e non ricostruiti sul set, esagera nei primi piani, essenzializza il dialogo, rifiuta i trucchi e gli effetti speciali... Insomma, un film che si ispira al Decalogo del Movimento Dogma 95, la scuola danese promulgatrice di un cinema di idee, non consumistico, realizzato a basso costo e girato con una videocamera digitale. Narra del travaglio interiore di un uomo (Olivier) che vede arrivare nello stesso posto in cui lavora - una scuola professionale per il recupero di ex delinquenti - un ragazzo apprendista appena uscito dal riformatorio (Francis). Non è un ragazzo qualsiasi; è lo stesso ladruncolo che cinque anni prima, per rubargli la radio dell'auto, non aveva esitato a uccidergli il figlio. Il primo istinto dell'uomo - ormai abbandonato anche dalla moglie che, a sua volta, si sta ricostruendo una nuova famiglia - è quello della vendetta, ma, quando il ragazzo (senza genitori, disadattato, triste, solo e in cerca di un tutore) gli finisce tra le mani, il furore di giustizia cede al sentimento paterno. Si dirà: e questo che c'entra con Pinocchio? Nulla, in apparenza; in realtà, invece, c'è un particolare che ho tralasciato. Il protagonista de Il figlio è un falegname e la storia è ambientata, tra chiodi, martelli, tavole. La scena finale (il momento in cui il ragazzo cerca inutilmente di sfuggire all'ira del padre della sua piccola vittima) si svolge all'interno di un deposito di legname che sembra più angosciante di un bosco, si sentono i respiri del cacciatore e della preda, con la macchina da presa che stenta a correre dietro i personaggi, con terribili silenzi e cupi rintocchi, senza gatto e volpe, senza grillo parlante, Mangiafuoco, topolini e coniglietti. La fiaba è lontana dalla vita, da questa vita dove si uccide e si perdona senza saperne il perché. Sembrerà un acco-

stamento forzato, ma, visto che il racconto di Collodi è stato adattato ad altre mille storie, perché non tentare anche con questa? (Sarebbe, tra l'altro, un espediente - ingenuo? pretestuoso? Fate voi! - per recuperare un commento a un film che per affetto a Benigni si voleva ignorare). Tra Pinocchio e Il figlio c'è qualcosa in comune, forse la stessa cosa che ci può essere tra il bosco e la falegnameria, tra la fiaba e la realtà. Geppetto ama il suo burattino nonostante le monellerie; Olivier si affeziona al suo delinquente nonostante il delitto. Pinocchio e Francis cresceranno, si spera, fino a diventare uomini, ma, oltre a ringraziare la Fata Turchina, devono depositare un bacio di riconoscenza a chi li pialla, li modella, li forma. In altre parole, anche un legno - qualsiasi legno piovuto dal cielo o emerso dal riformatorio - per diventare uomo ha bisogno di un artigiano padre. Una tantum, un riconoscimento agli educatori.

Per corrispondenza

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Lettera da Nablus, in Cisgiordania

Angelo Stefanini

Coordinatore OMS a Gerusalemme

Qualche giorno fa, amici di Quaderni acp, sono andato a Nablus, capitale del Nord della Cisgiordania, con nome di origine romano (Neapolis), da pochi giorni uscita da un periodo di più di 110 giorni di coprifuoco praticamente totale e continuo. Scopo del viaggio era di fare il punto della situazione sanitaria.

Miei compagni di viaggio erano, oltre all'autista Mufid, il mio collega olandese Ronald e i due palestinesi della nostra sala operativa Health Inforum, Yousef e Tareq. Lungo la strada, poco dopo Ramallah, costeggiamo una vasta area bruciata ancora fumante: sono i resti di un ricco uliveto palestinese incendiato dai coloni.

Avendo evitato i centri abitati, incontriamo pochi posti di blocco. Al primo che attraversiamo siamo quasi aggrediti da una anziana signora palestinese che, battendo sui vetri della mostra auto, ci implora gridando: da più di un'ora è in attesa che i soldati israeliani le restituiscano la richiesta medica di ricovero all'ospedale di Nablus. Provo a parlare con il militare responsabile; dopo un primo tentativo gentile di convincerlo a restituire quel pezzo di carta tanto importante alla donna, mi accorgo di cominciare ad alzare la voce.

La risposta del soldato è lapidaria: "Soffriamo noi, devono soffrire anche loro". A Nablus incontriamo il direttore sanitario e alcuni medici del Rafidia Hospital, un centro abbastanza moderno e attrezzato con circa 150 letti. Nell'ascensore dell'ospedale incontriamo un bambino in carrozzella con la testa fasciata ed evi-

denti gravi segni neurologici di emiplegia sinistra. "È stato ferito da una scheggia di una bomba israeliana durante il coprifuoco" ci dice la mamma. I medici ci parlano dei problemi che già ci aspettiamo di sentire: impossibilità di accesso all'ospedale per molti pazienti, per oltre il 60% del personale (quello che vive fuori città) e ovviamente per i rifornimenti di farmaci e attrezzature, soprattutto problematico è l'ossigeno. Il direttore mi racconta di nuovo degli orrori che ha vissuto durante le tre invasioni in aprile-maggio, con decine di cadaveri lungo le strade e la proibizione di raccogliarli, feriti gravi abbandonati a se stessi per il blocco imposto alle ambulanze di circolare. Sentiamo di come le cose non siano molto cambiate: ambulanze ritardate a lungo per motivi futili; manifestazioni di disprezzo del tipo "Gli asini possono passare ma non i palestinesi"; umiliazioni: la scorsa settimana l'amministratore dell'ospedale è stato costretto a stendersi in terra in mutande per più di un'ora senza apparente ragione (e anche se ci fosse stata?). Prima di andarcene ci viene consegnata una lista di materiale urgente. Verrà messa sul website di Health Inforum (<http://hart.itcoop-jer.org/>) in attesa che qualche organizzazione si faccia avanti con i fondi necessari. Visitiamo anche un poliambulatorio nel centro storico della città, una zona molto suggestiva per il suo antico suk, in parte distrutta dai carri armati.

Gli ambulatori si trovano sui portici che sovrastano i banchi del mercato. Il medico responsabile ci accoglie calorosamen-

te; ci parla dei problemi che incontra il personale (la maggior parte riesce a venire al lavoro soltanto utilizzando un'ambulanza privata a un costo esorbitante per il proprio stipendio); ci descrive come la città sia stata divisa dagli israeliani in due parti, Est e Ovest, chiuse ermeticamente senza la minima possibilità di passaggio tra l'una e l'altra. Siccome l'ospedale generale e i centri sanitari maggiori si trovano a Ovest, chi vive dall'altra parte si trova praticamente ad essere senza assistenza sanitaria. Non mancano storie dell'orrore, come il collega medico ucciso nella sua auto poche settimane prima da un militare israeliano che l'aveva scambiato per un ricercato, o altre occasioni più fortunate come quella del medico uscito illeso da un'ambulanza crivelata di colpi, grazie all'attrezzatura oftalmo-otoscopica nella valigetta che teneva in braccio, che ha fermato una pallottola.

Nel pomeriggio andiamo a trovare dei conoscenti di Tareq. Vorremo sapere come una famiglia media vive l'attuale situazione, dopo un coprifuoco di quasi quattro mesi. Abita in un appartamento al piano terreno di un palazzo tutto sommato non male. Incontriamo la signora Elmasri Khaled, circondata dai suoi quattro figli. Il più grande ha 16 anni. Il marito, impiegato in Municipio, è al lavoro. La donna ha un'espressione molto triste e, nonostante i nostri tentativi di scherzare con i bambini, non riesce proprio ad accennare un minimo sorriso. È comunque molto gentile e accetta di buon grado di essere interrogata da questi ficcanaso

Per corrispondenza:
Angelo Stefanini
e-mail: angestefa@hotmail.com

osservatorio internazionale

Abstract

The recent trip to Nablus of OMS co-ordinator for Palestine was aimed to put a finger on the local health situation. The following problems were reported by the Health Supervisor and the doctors from the Rafidia Hospital: the impossibility for many patients to reach the hospital, lack of medicines and equipment, especially oxygen. The horrors during the three invasions in April through May, with the forbiddance to gather and pick up the many dead bodies along the streets; the abandonment of the seriously wounded due to the imposed block of ambulances. The delay of ambulances for trivial causes; the impediment to access to wounded people. Mainly a great distrust in international organisations.

*Angelo Stefanini - Letter from Nablus, Cisgiordania
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 32-33*

(è così che ci sentiamo tutti, almeno all'inizio). Vorremmo sapere come riesca a dare una vita decente ai propri figli, cosa significhi vivere in quelle condizioni. Ci racconta di come soltanto raramente ai centri sanitari a cui si rivolge ci siano medici e farmaci sufficienti; di come un esame per la tiroide di cui soffre (ha un evidente gozzo che ci mostra sollevando parzialmente il velo che le copre testa e collo) costi 4,000 Shekel, mentre l'unica entrata dall'inizio dell'intifada è lo stipendio del marito di 1,100 al mese; di come l'acqua arrivi soltanto un giorno alla settimana; di come spesso non ci sia da mangiare per tutti e, per tirare avanti, abbia dovuto vendere tutti i gioielli portati in dote; di come da due anni non possa incontrare i parenti e gli amici che abitano fuori città. L'impressione, mentre parla, è di una persona estremamente dignitosa nel suo stato di prigioniera in casa propria. Alla nostra domanda se senta la presenza di organizzazioni governative, non governative o agenzie delle Nazioni Unite, la risposta è immediata: No. Ripartiamo per Gerusalemme; alla nostra tristezza per le parole udite si aggiunge la depressione di sentirci inutili. In auto all'inizio del viaggio di ritorno ci scambiamo poche parole. La situazione cambia però al posto di blocco in uscita dalla città. Una lunga fila di camion e di persone a piedi impedisce di vedere i militari. Approfittando della bandiera delle Nazioni Unite issata sulla nostra auto, ci portiamo ai primi posti dove, dopo qualche minuto, si fa vedere un soldato armato che ci intima di fermarci. È giovanissimo (certo non più di vent'anni), molto basso e con enormi occhiali da sole. Mentre si agita, urla, ordina a tutti di non muoversi, puntando l'enorme arma che ha tra le mani e rifiuta di parlare con me (conosce poco l'inglese). Cerco di capire perché la fila dei camion e la lunghissima coda di persone in piedi sotto il sole, con in testa un uomo con un

bambino addormentato in braccio, non si muovano. "None of your business!" è la risposta del soldato che mi ricorda il "caporale" del film di Totò. Dopo una inutile discussione calma ed educata, è soltanto in seguito alla mia richiesta di fornirmi nome e grado con la minaccia di denunciarlo agli alti ufficiali dell'esercito che la situazione di sblocca e almeno i primi della fila (compresi noi) vengono lasciati passare. Con la certezza che, partiti noi, la coda sarà di nuovo bloccata.

Come scrive sul giornale israeliano Ha'aretz (<http://www.haaretzdaily.com/>) di qualche giorno prima un ebreo israeliano ex ultra-ortodosso, ora attivista in favore di un ritiro totale dell'esercito: "Era troppo dura per me accettare le scene che vedevo ai posti di blocco, dove il soldato di turno è un piccolo dio che decide da solo chi possa passare e chi no."

Negli ultimi quattro mesi Israele ha imposto un coprifuoco pesantissimo, senza precedenti sia in termini di intensità che di durata, su centinaia di migliaia di palestinesi nei territori occupati. Eccetto che per rari e brevi periodi, il coprifuoco è applicato 24 ore su 24 e si prolunga per un periodo di tempo illimitato. Costituisce una forma di punizione collettiva e come tale viola le leggi internazionali. L'ambasciatore britannico in Israele ha accusato Israele di avere trasformato la Cisgiordania e Gaza in "vasti campi di concentramento" e nella "più grande prigione al mondo". L'ambasciatore americano invece si è mostrato più moderato nei commenti, esortando l'esercito israeliano a "trattenersi il più possibile" dall'uccidere civili. L'organizzazione israeliana per i diritti umani B'Tselem, nel rapporto "Lethal Curfew" (Coprifuoco letale) uscito di recente e scaricabile da <http://www.btselem.org/>, ha trovato che in molti casi i militari israeliani sparano pallottole "vere" ai civili che si trovano fuori casa durante il

coprifuoco. Negli ultimi quattro mesi i soldati hanno ucciso quindici civili (dodici erano sotto i sedici anni). Dozzine di altri sono stati feriti. Nessuno degli uccisi metteva a repentaglio la vita dei soldati. Le testimonianze raccolte nel rapporto descrivono anche l'uso di bombe lacrimogene contro civili sia per avvisare gli abitanti dell'imposizione del coprifuoco che per punire coloro che stanno violando il coprifuoco.

Un neonato è morto a causa del gas inalato. Il rapporto "Coprifuoco letale" lancia una feroce critica alla mancanza di chiarezza delle procedure usate nell'imporre e nel togliere un coprifuoco. I testimoni riferiscono di come gli abitanti spesso non siano a conoscenza del fatto che il coprifuoco è in corso. Questa combinazione di uso di pallottole vere e di mancanza di chiarezza sulla presenza di coprifuoco fa sì che uscire di casa, anche nelle condizioni più urgenti, significhi rischiare la vita. L'esercito israeliano ha trasformato il metodo più estremo di restrizione al movimento in una misura quotidiana, routinaria, che contravviene alle leggi internazionali, oltre ad andare contro ai criteri che lo stesso esercito israeliano si è dato. L'esercito è obbligato, secondo la 4^a Convenzione di Ginevra, ad assicurare il benessere della popolazione. Ogni azione militare deve essere proporzionata: deve bilanciare il bisogno di sicurezza al danno potenziale che verrà inflitto alla popolazione.

L'esercito deve inoltre prendere in considerazione possibili misure alternative che siano meno dannose alla popolazione palestinese. È irragionevole che, in un periodo così lungo, l'esercito israeliano non sia stato in grado di trovare una alternativa che comporti una minore offesa ai diritti umani di quanto sta invece succedendo ora. Il Primo Ministro, Ariel Sharon, dichiara invece: "The Israeli army is the most moral in the world and tries its best not to harm civilians".

Consegnati a Oral i fondi di Quaderni acp

Stefania Avanzini, pediatra, attualmente incaricata dei programmi di appoggio di "Salute infanzia" dell'OMS in Uzbekistan, ha consegnato il 15 novembre a Oral la somma raccolta da Quaderni acp in favore del Center for Reproductive Health and Environment di Nukus in Parakalpakstan.

Oral ci ha così scritto.

I am so glad to inform you that I received the fund: 7025 Euro from Stefania.

Thank you so very much!!!

We are discussing how we can use it. I will write a proposal and plan on how we will use this funding and will send you. I think it will be at the end of this week.

I will check with NATO projects. Also I discussed with Stefania on possible collaboration. There is some ideas, but I don't know how much it is realistic.

Once again thank you very much. With lots of love,

Oral

Figura poco chiara. Scusate!

Nell'articolo di Sergio Conti Nibali su Quaderni acp (2002;9:10-11) non riesco a interpretare bene le figure 1 e 2: quali sono le unità di misura in ascissa e in ordinata?

Non capisco che cosa si evinca dai dati forniti dalla stratificazione nei due sottogruppi primipare-pluripare riguardo all'utilità del colloquio prenatale.

Complimenti, comunque, per aver raccolto con tanta costanza tutto questo materiale.

Elisabetta Sala

I valori espressi in ascissa e in ordinata si riferiscono alle percentuali di bambini sul totale (leggi 0.25 come 25%, 0.50 come 50% e così via) e al numero dei giorni di allattamento al seno. La stratificazione in due sottogruppi non è stata fatta allo scopo di valutare l'efficacia del colloquio prenatale.

Per quanto concerne il riferimento all'autovalutazione periodica credo che basti segnare sempre sul PC i dati dei contatti con i pazienti e di tanto in tanto porsi domande sul proprio lavoro e cercare le risposte.

s.c.n.

Un'elegante rivista parla di vaccini

Caro direttore,

Le invio questa "elegante" rivista perché possa leggere gli "agghiaccianti" contenuti dell'articolo sulle vaccinazioni. Per quanto mi riguarda mi limito a uno dei "no

comment" inaugurati dai nostri Quaderni quando agli eventi ci si può solo avvicinare con sgomento o rabbia e, purtroppo, anche impotenza; ma non senza confidare sulla autorevolezza sua, della rivista, dell'ACP perché si possa fare qualcosa contro chi si avvicina così a questi problemi.

Francesco Pierantozzi

Abbiamo chiesto alla nostra Luisella Grandori una risposta a queste affermazioni e anche un chiarimento su che cosa è il COMILVA. Pubblichiamo le sue risposte.

Il COMILVA (Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà delle Vaccinazioni) è uno dei movimenti antivaccinali italiani più attivi.

Si differenzia da "Vaccinetwork" per una maggiore aggressività e una minore disponibilità al confronto con altre culture della salute.

Il dottor Paolo Mosconi, medico che coordina questo movimento insieme all'avvocato Luca Ventaloro, ha una figlia affetta da una grave patologia neurologica che egli ritiene conseguente a una vaccinazione. Tale correlazione non è mai stata dimostrata, ma ha determinato incomprensioni e scontri con i servizi sanitari.

1. Le vaccinazioni non fanno diminuire le malattie?

La complessità della materia richiederebbe un'analisi molto più ampia e articolata. Cercando di semplificare, pur mantenendo il necessario rigore, si può affermare quanto segue. Tutti i dati epidemiologici disponibili contraddicono la valutazione del COMILVA. Senza stare a scomodare il vaiolo, basta guardare che cosa sta accadendo per la polio, così come per tutte le malattie che si prevengono con le vaccinazioni: i dati dimostrano in modo inequivocabile un loro drastico calo a seguito della vaccinazione su larga scala. Al contrario, si assiste al riemergere di epidemie scomparse laddove diminuisce o si interrompe l'attività vaccinale. Questo si è visto per la pertosse in Europa alla fine degli anni '70, quando l'adesione alla vaccinazione si interruppe bruscamente per timore di gravi effetti collaterali, o per il morbillo in Irlanda per le stesse ragioni in anni recenti, o in Olanda in aree di forte contestazione della vaccinazione; o, ancora, per la polio in Albania, così come per la difterite nei Paesi dell'Est europeo, ricomparse in modo drammatico a metà degli anni '90 dopo alcuni anni di sostanziale sospensione della vaccinazione. La tesi dei movimenti antivaccinali che la causa di questa grave epidemia di difterite (così come delle epidemie in

generale) sia da ascrivere esclusivamente al peggioramento delle condizioni di vita (cattiva alimentazione, condizioni abitative scadenti ecc.) appare poco convincente. Non si può negare che questi fattori possano contribuire in parte al verificarsi di simili eventi, ma non è verosimile che le condizioni igieniche e lo stato di nutrizione bastino a proteggerci da questo tipo di malattie. Infatti, riprendendo le vaccinazioni, le epidemie scompaiono senza che si modifichino gli altri fattori. Le epidemie di pertosse e morbillo sono riapparse in Paesi a elevato benessere (Svezia, Giappone, Irlanda, Australia, Irlanda e Olanda), in corrispondenza evidente di un forte calo delle vaccinazioni e non di altri cambiamenti di ordine economico o sociale. Anche in questo caso sono di nuovo scomparse dove si è ricominciato a vaccinare.

Ciò non toglie che il miglioramento delle condizioni di vita, che certo influiscono sulla salute, rappresenti un obiettivo condivisibile di equità e diritto.

2. I vaccini sono dannosi?

Tutti gli studi disponibili dicono che gli effetti collaterali, che pure esistono, sono rarissimi; la loro frequenza è infinitamente inferiore ai danni, misurabili, provocati dalle malattie che si prevengono vaccinando, per le quali, peraltro, non disponiamo ancora di cure abbastanza efficaci. Sono questi i motivi per cui si può affermare che la vaccinazione è assolutamente preferibile alla malattia.

Non è semplice provare un collegamento causa-effetto tra un evento osservato dopo una vaccinazione e la vaccinazione stessa. Molti fattori possono influire sulla comparsa di alcuni sintomi; molte le malattie anche gravi che possono verificarsi proprio all'età in cui si vaccinano i bambini. Questo può creare confusione.

L'evento avverso più grave, collegato con certezza alle vaccinazioni, era associato all'antipolio Sabin, somministrato per bocca, che conteneva virus vivi. Questi, se pure indeboliti (attenuati), potevano tornare virulenti passando nell'intestino e causare paralisi in 1 caso su 500.000 se il vaccino era usato per la prima dose e 1 caso su decine di milioni per la secon-

dei Quaderni acp

La rivista che l'attento collega ci ha inviato è il numero di agosto 2002 di *Donna* con sottotitolo "Mensile delle donne delle Marche", in carta patinata, che, prendendo occasione da un giudizio di "non sospensione della patria potestà" per genitori che non avevano fatto vaccinare i loro figli, pubblica un commento per il no alle vaccinazioni del dottor Paolo Mosconi, "più volte consulente e conferenzie-

re del COMILVA", il quale fa alcune osservazioni:

1. Da quando si applicano vaccinazioni di massa, i casi di malattie per le quali è stato approntato il vaccino non sono apprezzabilmente diminuiti.
2. La dannosità dei vaccini è facilmente riscontrabile: basti dire che il mercurio viene usato come stabilizzatore in parecchi di questi prepara-

rati. Una recente legge ne proibisce l'uso.

3. L'obbligatorietà dei vaccini è dovuta a motivazioni puramente economiche legate all'industria.

4. La diminuzione della poliomielite in Italia e in Europa è da ascrivere all'aumento del cibo disponibile. "Non la malnutrizione, quindi, ma la denutrizione è la vera causa della diffusione di queste malattie".

da dose. Per questo motivo la vaccinazione è stata modificata.

Esistono altre reazioni avverse che sono state sospettate di essere collegate ai vaccini, che hanno preoccupato in primo luogo la comunità scientifica. Perciò sono stati eseguiti rapidamente numerosi studi per verificare questi sospetti. I dubbi relativi alle reazioni più gravi (encefalopatia e vecchio vaccino antipertosse, sclerosi multipla e anti-epatite B, autismo infantile e vaccino antimorbillo-parotite-rosolia) sono stati studiati attentamente e su numeri molto elevati di persone. Per tutti, fino ad oggi, i risultati non hanno dimostrato alcuna relazione con i vaccini.

Quanto al mercurio (utilizzato da sempre nei vaccini come disinfettante), le norme che ne indicano l'eliminazione da tutti i farmaci, compresi i vaccini, sono solo cautelative. Fu la Food and Drug Administration (agenzia governativa degli USA che controlla la sicurezza dei prodotti farmaceutici e alimentari) a dare questa indicazione nel 1999 dopo il riscontro di gravi conseguenze determinate dall'intossicazione alimentare da mercurio, seguite all'ingestione di quantità molto elevate, non paragonabili a quelle contenute nei vaccini. Nonostante non ci fosse (e non ci sia) nessuna prova di danno causato dalle quantità di composti di mercurio contenuti nei vaccini, tutti i Paesi industrializzati si sono attivati per emanare doverose norme di cautela. In Italia è stato fissato come limite per la completa eliminazione di questa sostanza nei vaccini il 2003. Ma già da tempo i vaccini in uso nell'infanzia nel nostro Paese sono quasi tutti senza mercurio o ne contengono solo tracce (quantità non dosabili), specie se si eseguono anche le vaccinazioni raccomandate e si usano prodotti cosiddetti "combinati" (che contengono tanti vaccini insieme).

Va poi tenuto presente che la tossicità di una sostanza dipende dalla sua quantità, dal peso corporeo della persona che la assume. Se dubbio ci poteva essere di ipotetica tossicità, e si trattava solo di dubbio, questo riguardava i bambini che dovevano essere vaccinati appena nati contro l'epatite B per evitare il contagio se la loro mamma era affetta dalla forma cronica della malattia. Il dubbio, basato su stime e ipotesi, riguardava soprattutto i bam-

bini che nascevano con un peso molto basso (inferiore ai 2,5 kg). I vaccini contro l'epatite B, ora in commercio, non contengono mercurio o ne contengono solo tracce, quindi quantità non pericolose. Ciò che è stato attribuito al mercurio contenuto nei vaccini è forse la rara possibilità di provocare reazioni della cute (dermatiti), ma anche questo non sarà più un problema in tempi brevi per tutti i vaccini in commercio, come detto sopra.

3. Vaccini obbligatori: regalo all'industria?

Oggi esiste un Decreto ministeriale che permette la frequenza scolastica anche in assenza di vaccinazioni, e diverse regioni italiane hanno emanato disposizioni per l'acquisizione dell'obiezione alle vaccinazioni da parte dei genitori, come del resto accade in tutto l'Occidente dove pure esistono movimenti di obiezione alle vaccinazioni. Non sarebbe infatti condivisibile vaccinare contro la volontà dei genitori. L'etica impone per qualsiasi atto medico l'acquisizione di un consenso (o un dissenso) dopo aver correttamente informato. Le raccomandazioni nazionali più recenti non prevedono più l'obbligo anche se riguardano vaccinazioni come antipertosse, antimorbillo-parotite-rosolia, antiemofilo, che proteggono da malattie certo non meno importanti e gravi della poliomielite, il tetano, la difterite o l'epatite B (per cui è previsto l'obbligo vaccinale).

Non si può quindi condividere l'affermazione generica e generalizzata che ogni scelta di politica vaccinale nasca dalla connivenza con interessi industriali. Oltre a tutto il grande risultato in termini di salute ottenuto in tanti anni in Italia attraverso l'obbligo vaccinale, quando questo non era contestato, è evidente e misurabile. Ma non si può neppure negare che il delicato problema del possibile conflitto di interessi tra industria del farmaco (in generale, non solo dei vaccini) e mondo della sanità sia oggetto di discussione in tutto il mondo. Va riconosciuto alle associazioni contrarie alle vaccinazioni il merito di mantenere desta l'attenzione dell'opinione pubblica al riguardo.

Le loro critiche riguardo all'opportunità di rendere obbligatoria la vaccinazione contro l'epatite B, nel 1991, sono in parte condivisibili. L'andamento della malattia, in forte calo dal 1985 a seguito delle misure di prevenzione

messe in atto contro l'infezione da HIV, non giustificava un intervento urgente di tali dimensioni e costi. Sarebbe stato sufficiente raccomandarla. Bisogna però ammettere che i risultati di salute ottenuti vaccinando sono stati buoni. La fascia di età maggiormente colpita dalla malattia era allora compresa tra i 15 e i 24 anni e ora risulta ben protetta dalla vaccinazione. Inoltre, se non si può escludere che l'epatite B sarebbe calata ugualmente, ma più lentamente, sicuramente sono state risparmiati a molte persone epatiti croniche e tumori del fegato.

4. La diminuzione della polio è dovuta al cibo e non al vaccino?

È un'affermazione non condivisibile. Se si guarda l'andamento della poliomielite in Italia e in Europa, nel mondo, la visibilità dell'effetto della vaccinazione sull'andamento della malattia è eclatante. I dati nazionali mostrano un brusco crollo delle epidemie negli anni immediatamente consecutivi alla campagna vaccinale. Non si può attribuire un fenomeno così repentino al miglioramento delle condizioni di vita. Viene obiettato che la polio sia diminuita in Italia qualche anno prima dell'obbligatorietà della vaccinazione (1966). Non è così: il vero "inizio" della vaccinazione fu la straordinaria campagna, messa in atto nel 1964, che raggiunse ampi strati di popolazione ed ebbe risultati tanto incoraggianti ed evidenti da portare a decidere di renderla poi obbligatoria.

È indubbio che lo stato di nutrizione interferisca fortemente con le condizioni di salute e perciò anche con la capacità di difendersi dalle malattie infettive, ma non è sufficiente. Basti pensare all'effetto dirompente dell'anti-polio in India, dove la denutrizione è tristemente presente, ma la frequenza della malattia è crollata da quando si è vaccinato. E quanto avvenuto in Albania nel 1996 dimostra la stretta connessione tra la sospensione della vaccinazione e la comparsa di una grave epidemia di polio, scomparsa alla ripresa della vaccinazione. Anche in questo caso le cattive condizioni di vita e dello stato di nutrizione, rimaste pressoché invariate, non sono state determinanti.

Il Sirmione: un'esperienza formativa di integrazione professionale

Gianni Mastella

Direttore scientifico Fondazione CF. Verona

Iniziò 15 anni orsono, nel 1987, sotto l'egida dell'Associazione Culturale Pediatri, un'iniziativa di formazione che prese il nome di Sirmione dalla località del lago di Garda in cui si riunì per la prima volta un gruppo di pediatri, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali ed altri professionisti attivi in alcuni reparti pediatrici, con l'intento di confrontarsi sulle modalità di lavoro con cui insieme si erogava l'assistenza pediatrica a livello ospedaliero.

Quell'iniziativa, che conta quest'anno la sua tredicesima edizione, nacque dalla constatazione che il mondo ospedaliero pediatrico si muoveva sulla base di una forte separazione dei ruoli professionali, spesso tra loro incommunicanti, e in assenza di modelli organizzativi di riferimento adeguati al divenire dei bisogni assistenziali del bambino.

Il Sirmione si sviluppò all'insegna di uno spontaneismo entusiasta non disgiunto peraltro, almeno nei suoi primi passi, da qualche nota d'improvvisazione.

Gli obiettivi. Imparare ad analizzare la realtà organizzativa in cui i diversi gruppi operavano e, congiuntamente, esercitare e sperimentare attitudini e progetti di cambiamento. Focalizzare l'attenzione al momento organizzativo come fattore complementare a quello dello sviluppo delle abilità professionali e della cultura sanitaria, per incidere per brevi passi sulla qualità complessiva delle prestazioni di cura.

I contenuti. Nelle ultime due edizioni del Sirmione, l'oggetto formativo si è andato sempre più orientando allo studio e alla sperimentazione di percorsi che dovevano dare al concetto d'integrazione una dimensione più organica, secondo una visione organizzativa di rete tra ospedale e territorio diffusamente teorizzata e predicata, ma sostanzialmente ancora limitata a poche privilegiate esperienze: in sostanza, come aprire la roccaforte ospedaliera alle istanze e alle competenze molteplici che andavano maturando fuori dell'ospedale,

più vicino al mondo quotidiano del bambino. In ciò si sono focalizzate le tematiche del crescente bisogno della continuità di cure per il bambino con malattia o disabilità cronica.

I partecipanti. Il Sirmione ha coinvolto mediamente una ventina di gruppi ospedalieri ogni anno. Essi sono andati intercambiandosi nel tempo, con la continuità peraltro di un gruppo storico di una decina di ospedali. Ad oggi una quarantina di gruppi ospedalieri è "passata" attraverso il Sirmione. L'insieme dei partecipanti all'iniziativa è stimabile in una media annua di più di 100-120 operatori attivi, di cui presenti 60-70 in media al raduno conclusivo dell'annata.

Il metodo. Fin dall'inizio il modello del Sirmione consisteva in un seminario residenziale annuale di almeno due giorni preparato, durante l'annata, dal lavoro di alcuni gruppi che sperimentavano sul campo alcune iniziative. In una seconda fase si è passati a lavorare per progetti mirati al miglioramento della qualità assistenziale che durante tutto l'anno erano assistiti da una tutorship che si è mantenuta costante negli ultimi tempi. Nel momento seminariale l'esperienza di progetto veniva comunicata dai gruppi, discussa dai partecipanti e commentata dal tutor. Il lavoro era poi riportato alla discussione plenaria.

L'organizzazione. Una caratteristica scelta e mantenuta negli anni è sempre stata l'informalità dell'iniziativa. Con un riferimento costante di pochissime figure "storiche", il programma annuale veniva elaborato ed assistito da un gruppo di progetto, costituito da persone che avevano organizzato negli ultimi 2-3 anni l'"evento" nella loro sede. Il gruppo lavorava con il "tutor", un esperto scelto nel mondo professionale della formazione all'organizzazione sanitaria. Un membro del gruppo assumeva la funzione di segreteria di coordinamento.

Per gli aspetti logistici e d'ospitalità il seminario era gestito da un gruppo pediatrico auto-

proposto, che cambiava ogni anno. Le spese erano contenute al minimo ed erano sostenute quasi esclusivamente dai partecipanti, in genere con un contributo aggiuntivo dell'azienda sanitaria ospitante ed un piccolo contributo dell'ACP.

Un breve commento. È difficile misurare quanto l'iniziativa "Sirmione" abbia contribuito a formare alcuni gruppi ad una cultura dell'integrazione tra operatori e quanto abbia prodotto di attitudine all'organizzazione nelle realtà pediatriche.

I suoi obiettivi erano in realtà e rimangono modesti, anche se volutamente coinvolgenti, come sono quelli di un percorso di seminario in cui contano gli stimoli e la tenuta di un metodo: in questo caso quello del lavorare insieme, tra operatori di diversa professionalità, ma su un piano di riconosciuta parità, intorno a progetti limitati ma orientati al cambiamento. Certamente l'iniziativa non basta, occorre poter incidere nella realtà in cui si opera attraverso l'identificazione e il coinvolgimento degli strumenti istituzionali di cui pur le diverse realtà pediatriche dispongono. Il nodo centrale rimane quello di attrarre i dirigenti delle unità operative sulla validità e anche sulla piacevolezza del coinvolgimento trasversale delle équipes intorno a progetti di miglioramento della qualità delle cure, ma anche di soddisfazione degli operatori, riscoprendo talora la loro passione di rimboccarsi le maniche insieme per obiettivi di riconosciuta rilevanza e di comune utilità.

Nel clima attuale d'incertezza sul futuro dell'iniziativa pubblica di salute, forse non si è pensato abbastanza quanto sia indispensabile riconsegnare agli operatori, tutti, motivandoli e premiandoli, un ruolo più di traino rispetto ai miglioramenti necessari. Questo è il piccolo messaggio del Sirmione, pur espresso con l'umiltà e il senso di realtà della sua iniziativa.

Per corrispondenza:

Gianni Mastella

e-mail: mastella@mail.azosp.vr.it

esperienze

Aggiornamento avanzato

38 L'alba dei sensi: imprinting e dolore

L'utero materno non è più considerato una specie di cassaforte chiusa per il feto. Recentemente si sono aperte conoscenze sulla sensorialità del feto e delle influenze su di lui dell'ambiente esterno per esempio sul suo dolore.

In base alla conoscenza di questi meccanismi si sono elaborati metodi che fornendo vari stimoli ne attenuano le sensazioni dolorose.

L'articolo discute alcuni di questi metodi.

Leggere e fare

40 È utile un EEG per predire la ricorrenza di convulsioni non febbrili dopo una C.F.?

L'articolo affronta il problema della prevedibilità delle convulsioni mediante l'esecuzione di un EEG dopo una convulsione febbrile.

Viene reperito in letteratura uno studio utile ad indagare questa possibilità.

In due gruppi di bambini di cui l'uno presentava un EEG di tipo epilettiforme ed uno un EEG normale, è stato effettuato il calcolo del rapporto di verosomiglianza che è risultato pari a 1.8. Si deduce che un EEG epilettiforme in un bambino con CF non ci permetterà di predire eventuali future convulsioni non febbrili.

42 Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH) (II parte)

Per eseguire una ricerca bibliografica utilizzando Medline tramite PubMed è bene conoscere come è strutturata questa "biblioteca elettronica".

Nella prima parte (QACP 2002 n. 3 pag. 50) abbiamo visto come utilizzare la struttura ad albero del MeSH Browser e il campo limiti; in questa seconda parte, continuando con l'esempio dell'otite media, impareremo a condurre una ricerca ancora più dettagliata che risponda sempre più al nostro specifico quesito clinico.

Il punto su

44 L'efficacia delle visite domiciliari delle assistenti sanitarie

Le visite domiciliari delle ASV sono un intervento sanitario molto discusso.

Una metanalisi di due anni fa condotta su 34 studi accettabili effettuati sulla base della scala HOME su un totale di 1218, ha dimostrato efficacia nel migliorare l'inserimento sociale di madre e figlio, lo sviluppo intellettuale, i problemi comportamentali.

Le risorse da impiegare in queste azioni sono comunque cospicue.

Rimane da valutare il problema del costo beneficio.

Il caso che insegna

46 Un eritema nodoso "sentinella"

Viene descritto un caso di eritema nodoso che è stato il sintomo di esordio di una rettocolite ulcerosa.

La comparsa dopo dieci giorni dal ricovero di dolori addominali e di feci con sangue e muco unitariamente agli indici della fase acuta molto elevati, hanno in seguito indirizzato verso la diagnosi corretta.

L'eritema nodoso è raramente evento sentinella di una rettocolite ulcerosa.

L'alba dei sensi: imprinting e dolore

Carlo V. Bellieni

UO di Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico, Siena

Fino agli anni '80 si riteneva che l'utero materno fosse una specie di cassaforte per il feto. Qualcosa che non lasciava penetrare alcuno stimolo per non turbare la serena crescita del nascituro. Poi qualcosa è venuto a turbare questa visione *claustrofobica* della vita fetale: l'approfondirsi delle scoperte scientifiche sulla vita prenatale e sulla sensorialità del feto. Oggi sappiamo che il feto è un essere plurisensoriale e che i vari sistemi sensoriali si mettono in atto con una sequenza preordinata: per primo si manifesterà la sensorialità chimica (gusto e olfatto); poi quella tattile, la vestibolare, l'udito e, infine, la vista. Lo sviluppo precoce in utero dei sensi ha una duplice funzione: quella di modellare il sistema nervoso centrale, fornendo stimoli che interagiscono con la crescita di popolazioni neuronali, indirizzandola su una strada fisiologica, e quella di introdurre il nascituro al mondo esterno producendo una sorta di apprendimento in utero. Il feto si comporta già come un membro della famiglia interagendo con i genitori. In Olanda Veldman ha introdotto l'idea di *aptonomia*. Questa, che letteralmente vuol dire *scienza del tatto*, è una modalità di massaggio del feto attraverso la parete uterina che aiuta i genitori (e in particolare il padre) a entrare in contatto con il figlio, contenendolo, massaggiandolo e sentendo le sue risposte motorie. Questo approccio si basa sul completo sviluppo nel prematuro della sensorialità tattile: infatti, già dall'ottava settimana dopo il concepimento, sono presenti nel feto, nella zona periorale, recettori per il tatto, che poi andranno ad espandersi per tutta la superficie in pochi mesi. Verso le 22-24 settimane sono in sede le connessioni con la corteccia cerebrale. Ecco come parla Bernard This dell'*aptonomia*.

Quando una donna incinta è così distesa, è possibile prendere in mano il suo utero, non con la punta delle dita, ma con tutta la mano, come un pallone, per prendere contatto con il bambino: una leggera pressione del dito fa da richiamo e subito il bambino reagisce e si mette in moto: la madre percepisce la leggera pressione del dito dello sperimentatore e

sente la risposta del suo bambino. Subito il suo sguardo si illumina: "Risponde, è sensibile!" E a poco a poco si sviluppa, tra la madre e il bambino, un'interazione comunicativa che, quando si ripete regolarmente, si risolve rapidamente in un momento di allegria ricreazione. È auspicabile che il padre, per quanto è possibile, partecipi a questo "gioco" in cui si incontrano, a partire dai primi movimenti del feto, e a tempi regolari. Si accoglierà che, anche per lui, è relativamente facile comunicare con suo figlio nell'utero, come per la madre, giocando con lui, formando con la madre una trinità affettiva serena"(1).

Da questa età possiamo anche dire con certezza che il feto sente: possiamo addirittura registrare potenziali evocati uditivi. Che il feto senta è un dato di fatto. Dentro l'utero la voce della madre arriva a un'intensità molto maggiore della voce di un estraneo (o del padre!) e a questa voce il feto si abitua, tanto che esperimenti che sfruttano l'osservazione della suzione come indice di stress ci dimostrano che il neonato appena nato sa distinguere la voce della mamma dalla voce di una persona estranea, così come saprà distinguere gli odori della mamma (2). Servirà questo a riconoscere il latte materno, che ha un sapore e un odore simili al liquido amniotico che per nove mesi gli ha bagnato lingua e labbra. Questo è il fenomeno dell'*imprinting*. Ai tempi di Lorenz, negli anni '30, si pensava che iniziasse alla nascita e sono famosi gli esperimenti con i pulcini sui quali resta impressa (imprinted) la prima sensazione che provano appena usciti dall'uovo. Ora sappiamo che questo fenomeno di modellamento affettivo inizia nell'utero. Addirittura a livello embrionario il contatto con la mucosa uterina attiva dei recettori per l'IGF, provoca un precoce fenomeno di imprinting, secondo solo a quello cromosomico. Ma i nove mesi passati in utero sono fondamentali, perché sono fonte di numerose sensazioni che modelleranno e faranno attaccare e unire la coppia madre-figlio. E questo è nell'esperienza personale di ciascuno di noi: cos'altro è il cullare il neonato se non ricostruire quel-

l'ambiente sereno che aveva nell'utero: movimenti ritmici, profumo della madre, voce indistinta ma presente e cantilenante, buio, ma presenza di pareti e limiti che non ritroverebbe se depresso bruscamente su un letto.

È così che Jacques Battin inizia la sua introduzione: "Gli imprinting che si ripercuotono sul divenire dell'individuo, sono numerosi, vengono dall'ambiente socio-educativo, dal vissuto emozionale, dai messaggi permissivi o di divieto dei genitori; influenze sul comportamento o che si tratti di imprinting genómico e di effetti precoci dell'ambiente che avranno una ripercussione sullo sviluppo e la morbilità dell'adulto. La conoscenza di questi fattori precoci di condizionamento psicologico e di programmazione biologica è fondamentale per il miglioramento della Sanità Pubblica". J. Battin fa un richiamo dei dati della letteratura sulle "influenze dell'ambiente precoce sullo sviluppo fisico dell'individuo". Egli insiste particolarmente sullo studio degli effetti dell'ambiente intrauterino al quale si dedica l'unità di epidemiologia ambientale di David Barker a Southampton. Come lo annuncia J. Battin "il nuovo modello della medicina prenatale è quello della programmazione in utero delle malattie dell'adulto e bisogna diffidare di vedere come una predestinazione perché la ricerca ne individui le vie (3).

Nel 2001 su *Pediatrics* è stata pubblicata una ricerca che dimostra che, al momento dello svezzamento, il lattante preferisce sapori che aveva sentito in utero per un certo periodo, anche se questi sapori non gli erano stati riproposti durante l'allattamento (4). Dunque il feto ha memoria. Questa sarà a breve termine (e si chiama *abituazione*: il feto si abitua agli stimoli, e questo è segno di benessere) e a lungo termine: ricorda anche dopo molto tempo le sensazioni provate in utero. Questo, che sembrava essere solo appannaggio degli psichiatri, oggi è patrimonio del pediatra per spiegare molti fenomeni, tra i quali innanzitutto i molti problemi dell'addormentamento. A questo proposito ricordiamo che gli studi sul neonato prematuro porta-

Per corrispondenza:

Carlo V. Bellieni

e-mail: bellieni@iol.it

aggiornamento avanzato

Abstract

Mother's uterus is no more regarded as a closed safe for the fetus. Recent acquired knowledge opened up new aspects on the feelings of the fetus and the influences of outside environment on, for example, sleep and pain.

New methods have been elaborated based on these new mechanisms, for example regarding pain, by which, giving different stimulus, pain sensations are reduced. Some of these new methods are hereby discussed.

Carlo V. Bellieni, The dawn of feelings: imprinting and pain

Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 38-39

no sempre più dati sulle caratteristiche del sonno in utero. Rivkees, della Yale University, nel 2000 dava dimostrazione della presenza di un ritmo circadiano sin dalla metà della gestazione. Soprattutto in Francia, da diversi anni, si sono sviluppati lavori sulle fasi del sonno del feto e del neonato. Oggi sappiamo che dalle 28 settimane di gestazione sono differenziabili alcune fasi del sonno. Dalla 30a settimana è presente il sonno attivo, l'equivalente del sonno REM dell'adulto, quello in cui si svolge la maggior parte dell'attività onirica. Dunque nulla ci impedisce di dire che in utero il feto ha tutti gli "strumenti" per sognare: un'attività elettrica cerebrale adatta e la presenza di stimoli che ne costituiranno i contenuti. Che cosa sogni non lo sappiamo, ma sappiamo che anche in utero il sonno è importantissimo, perché vi avviene la massima proliferazione neuronale e la produzione preferenziale di certi ormoni.

Gran parte dei discorsi fatti per il feto possono essere applicati al bambino nato prematuramente, poiché il prematuro è un essere che ha tutte le strutture fetali, solo che si è trovato suo malgrado a vivere fuori dall'utero. Dunque questi concetti devono essere tenuti in conto anche per lui. Al prematuro infatti vengono sottratti mesi di vita intrauterina e tutte le sensazioni connesse. Anzi, queste vengono sostituite da un'assenza di stimoli fisiologici e talora l'unico contatto che il prematuro ha con il mondo esterno è il dolore che prova per una molteplice serie di ragioni (5). Questo provoca delle ripercussioni psicologiche ed organiche.

Sembra impossibile, ma il dolore del neonato è stato riconosciuto solo alla fine degli anni '80 (6). I lavori fondamentali di Anand sono del 1989. Fino allora questo veniva negato. Si effettuavano normalmente interventi chirurgici sul neonato senza anestesia, un po' per paura degli effetti collaterali degli analgesici, un po' per pregiudizio: si parlava di scarsa mielinizzazione delle fibre che impediva la trasmissione del dolore, di scarsa organizzazione della corteccia cerebrale, cose che si sino rivelate infondate. Oggi sappiamo che il neonato addirittura sente il dolore più dell'adulto, per una maggiore concentrazione cutanea di recettori e produzione di sostanza P. Ma il dolore del prematuro non ha solo effetti psicologici, ma anche organici: provoca tachicardia, desaturazione, aumento della pressione intracranica e arteriosa, tutti fattori ad alto rischio per provocare emorragia cerebrale. Infatti si è visto che nei neonati sottoposti a procedure estremamente dolorose senza analgesia, il numero di danni cerebrali è molto maggiore rispetto ai neonati trattati

con analgesia. Tuttavia ancora oggi c'è qualcuno che sostiene che il feto non sente dolore, ma per sostenere questo deve anche dire che il neonato non lo sente e, per dire questo, deve anche dire che il bambino più grande non lo sente! Insomma, per motivi ideologici si va contro l'evidenza: c'è chi scrive ancora oggi che il bambino nel primo anno di vita non è una persona e, non essendo tale, non sente il dolore, almeno come noi lo concepiamo (7).

Abbiamo di recente sperimentato un metodo di analgesia nel prematuro (8) e nel neonato a termine (9) che abbiamo chiamato "saturazione sensoriale": consiste nel fornire vari stimoli sensoriali al bambino durante il prelievo doloroso di sangue (voce, sguardo, profumo, gusto, massaggio), agendo sul fatto che il cervello, secondo la teoria del cancello di Walls e Melzack, è un filtro, che non lascia passare tutti gli stimoli, anzi, questi competono l'uno con l'altro. Fornendo più stimoli, si compete sia a livello centrale che periferico con l'arrivo alla corteccia del dolore. Walls e Melzack facevano l'esempio del giocatore di football che, intento a giocare, non si accorge dei colpi che gli arrivano, ma, dicevano, se uno di noi ha un dolore all'addome e sente parlare di un amico morto per tumore allo stomaco, avvertirà il dolore molto più forte! D'altra parte è esperienza comune che, dovendo fare un'iniezione intramuscolare, si massaggia la zona prescelta con alcol: questo ha uno scopo di disinfettare la zona, ma anche di attivare le fibre nervose di tipo A che trasportano la sensibilità tattile che a livello del midollo spinale inibiscono il segnale dolorifico (la puntura) trasportato dalle fibre C, più lente perché non mielinizzate. Dunque abbiamo studiato 85 prelievi nei bambini prematuri e 120 nei bambini a termine. Abbiamo filmato ogni prelievo, annotando i dati di età gestazionale, stato comportamentale, saturazione e frequenza cardiaca prima e dopo il prelievo. I filmati sono stati rivisti da operatori che ignoravano il tipo di procedura implicata e che davano a ogni prelievo un punteggio usando delle scale di intensità del dolore (PIPP per i prematuri e DAN per i bambini a termine). Il risultato è che con la saturazione sensoriale il punteggio di dolore è bassissimo anche rispetto a tecniche sperimentate quali l'uso di instillare sulla lingua una soluzione zuccherina. In particolare il tempo del pianto era estremamente ridotto, essendo assente nella maggior parte dei prelievi così trattati. Questo metodo nasce dal riconoscimento che non possiamo trattare il bambino neonato se non rassicurandolo, calmandolo, distraendolo, come faremmo con un bambino più gran-

de. Non possiamo limitarci a farlo ciucciolare o dargli un po' di glucosio in bocca, quasi meccanicamente come qualcuno propone. All'inizio sembrava di fare una cosa particolarmente strampalata (parlare a un prematuro!), ma poi abbiamo insistito, e i dati ci hanno dato ragione. Ci siamo resi conto che il prematuro ha bisogno nel momento dell'affronto del dolore di una presenza che lo aiuti, proprio come si fa con il bambino più grande, ma a maggior ragione, perché ci troviamo in presenza di un soggetto particolarmente stressato, confinato in un microcosmo buono al nostro fine di tenerlo lontano da infezioni, ma pessimo riguardo al suo sviluppo e al suo vissuto psichico.

I neonati sentono dolore e hanno esigenza che questo cessi: dunque soffrono. Ecco perché sosteniamo che l'intervento medico non può essere limitato a farmaci e procedure mediche. La parola chiave è "presenza", perché è ciò che loro richiedono e ciò di cui hanno bisogno. È difficile da somministrare, perché non è un farmaco e non può essere data da un operatore distratto. Ma è l'unico modo di riconoscere la dignità di entrambi: paziente e operatore. (10)

Bibliografia

- (1) This B. Fetologia...feto in alloggio. In: *Herbinet E e Busnel MC (Eds). L'alba dei sensi. Siena: Cantagalli ed, 2002:279-90*
- (2) Bartocci M, Winberg J, Ruggiero C, Bergqvist LL, Serra G, Lagercrantz H. Activation of olfactory cortex in newborn infants after odor stimulation: a functional near-infrared spectroscopy study. *Pediatr Res* 2000;48:18-23
- (3) Relier JP. Le Néonatalogue face à l'empreinte. *Progrès en néonatalogie* 1996;16:233-40
- (4) Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics* 2001;107(6):E88
- (5) Bellieni CV. La care del prematuro in Terapia Intensiva Neonatale. *Educare* 2001;2-8
- (6) De Lima J, Lloyd-Thomas AR, Howard RF, Sumner F, Quinn TM. Infant and neonatal pain: anaesthetists' perceptions and prescribing patterns. *BMJ* 1996;313:787
- (7) Derbyshire SW. Locating the beginnings of pain. *Bioethics* 1999;13(1):1-31
- (8) Bellieni CV, Buonocore G, Nenci A, Franci N, Cordelli DM, Bagnoli F. Sensorial saturation: an effective tool for heel-prick in preterm infants. *Biol Neonate* 2001;80:15-18
- (9) Bellieni CV, Bagnoli F, Perrone S, Nenci A, Cordelli DM, Fusi M, Ceccarelli S, Buonocore G. The effect of multi-sensory stimulation on analgesia in term neonates: a randomized controlled trial. *Pediatr Res* 2002 Apr;51(4):460-3

È utile un EEG per predire la ricorrenza di convulsioni non febbrili dopo una CF?

Sandro Bianchi

Pediatra di famiglia, Perugia

Il problema

In un recente Convegno di Neurologia Pediatrica è stata rimessa in discussione l'opportunità di effettuare l'EEG per la diagnosi e la prognosi (rischio di ricorrenza e futuro sviluppo di convulsioni non febbrili) della convulsione febbrile (CF) del bambino. Lo stesso problema è stato sollevato in una lettera a Medico e Bambino di ottobre 2002. Evidentemente si tratta di un problema considerato aperto e non solo in Italia; uno studio condotto tra pediatri americani, testimonia un'ampia variabilità di comportamento nel bambino con convulsioni febbrili (1). Ho cercato di chiarirmi le idee utilizzando la letteratura come esperto secondo le linee indicate sui numeri scorsi di Quaderni acp.

Background

Le CF sono considerate come una particolare reazione del SNC, in bambini tra i 6 mesi e i 5 anni, neurologicamente sani. È la più comune alterazione neurologica infantile e colpisce dal 2 al 4% di tutti i bambini. La CF è definita come "semplice" quando si manifesta come convulsione generalizzata della durata inferiore ai 15 minuti, come solo episodio nelle 24 ore. Non c'è evidenza che le CF siano causa di mortalità, di emiplegia o di ritardo mentale. Durante la valutazione del follow-up, il rischio di epilessia dopo una CF fu provato essere soltanto leggermente superiore rispetto alla popolazione generale (2), mentre la ricorrenza si è evidenziata in 1/3 dei casi. Le CF ricorrono con maggior probabilità in presenza dei seguenti fattori di rischio: età al momento della convulsione inferiore ai 14 mesi, febbre non elevata, breve durata della malattia precedente le convulsioni, storia familiare di CF (3).

La domanda in tre parti

Ho preparato la domanda in tre parti: in un [bambino con convulsione febbrile] è

utile un [EEG] per predire la ricorrenza delle [convulsioni]?

Strategia di ricerca

Utilizzando il browser MeSH di PubMed, eseguo la ricerca dei seguenti termini: "SEIZURES, FEBRILE", ELECTROENCEPHALOGRAPHY, RECURRENCE.

Traduco la mia domanda su PubMed nella maschera Clinical Queries using Research Methodology Filters selezionando Diagnosis e Specificity: "Seizures, febbrile" AND Electroencephalography AND (Predictive OR) Recurrence.

Trovo cinque articoli tra i quali, dopo aver letto gli abstract, seleziono un solo articolo come utile all'indagine.

Articolo selezionato

Kuturec M, et al. Febrile Seizures: Is the EEG a Useful Predictor of Recurrences? Clinical Pediatrics 1997 January;36 (1): 31-36. Caratteristiche principali dello studio: *Data di pubblicazione:* 1997; *Nazione:* USA National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, Maryland. *Tipo di studio:* studio osservazionale con un follow-up medio di 23 mesi. *Setting:* University Pediatric Clinic, Skopje, Macedonia.

Pazienti e interventi confrontati

- *Pazienti complessivi*

N = 676 bambini tra 4 mesi e 5 anni hanno presentato convulsioni febbrili. Eseguito un EEG dopo 1-3 settimane dalla comparsa della convulsione febbrile.

- *Pazienti entrati nello studio*

N = 504 bambini hanno eseguito almeno una visita di follow-up ogni 6 mesi per 3 anni.

- *Pazienti con EEG normale*

N = 170 bambini hanno presentato un EEG normale.

- *Pazienti con EEG aspecifico*

N = 235 bambini hanno presentato un EEG con rallentata attività focale o generalizzata eccessiva per l'età. Data la non specificità e soggettività di questi grafoelementi, questi bambini non venivano inclusi nello studio.

- *Pazienti con EEG parossistico (epilettiforme)*

N = 99 bambini hanno presentato un EEG con presenza di grafoelementi a punte e punte aguzze o punte onda complesse, focali o generalizzate considerate anormali per l'età e la condizione.

Eventi presentati dagli Autori

1. Confronto tra il gruppo di bambini con EEG normale ed EEG parossistico in base alle caratteristiche dei bambini, ai segni clinici delle convulsioni all'ingresso dello studio e al follow-up.

I bambini con EEG epilettiforme erano più grandi, più spesso avevano presentato una storia di convulsioni febbrili, un segno focale di attacco e una crisi di più lunga durata (> di 15 minuti). Gli Autori hanno utilizzato l'analisi di regressione di Cox per confrontare tali fattori con i gruppi con EEG normale vs EEG parossistico. La giovane età risultava essere l'unico fattore associato in modo significativo con l'aumentato rischio di ricorrenza di convulsioni febbrili; le precedenti convulsioni febbrili o le convulsioni prolungate non sono stati fattori utili per la predizione di ricorrenza.

2. Confronto tra i bambini con EEG normale vs EEG parossistico per definire se, in quest'ultimo gruppo, si verificava un aumento del rischio di ricorrenza di convulsioni febbrili.

Con il crescere dell'età si nota un aumento di EEG epilettiformi, ma la percentuale di ricorrenza sembra decrescere con l'aumentare dell'età a dispetto della percentuale

Per corrispondenza:
Sandro Bianchi
e-mail:bianchisandro@hotmail.com

leggere e fare

Abstract

In this article the problems due to the prediction of febrile seizures through an EEG exam are analysed. A study analysing such possibility is traced in scientific literature: in two groups of children, one with a normal EEG and the other with an epileptic type the likelihood ratio is 1.8. We can deduce that an epileptic type EEG in a child with febrile seizure cannot be predictive for future febrile seizures.

Sandro Bianchi, Is an EEG helpful in predicting febrile seizures?

Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 40-41

più alta di EEG epilettiforme. Le curve di sopravvivenza secondo Kaplan-Meier per i due gruppi di bambini non hanno dimostrato una differenza significativa di comportamento per il rischio di ricorrenza dopo 2 anni di follow-up.

3. Confronto tra i due gruppi di bambini per valutare se il gruppo di bambini con EEG parossistico presentava un maggiore rischio di convulsioni non febbrili. È la parte che più interessa.

9 bambini su 170 con iniziale EEG normale (5,3%) e 15 bambini su 99 con iniziale EEG epilettiforme (15,2%) hanno sviluppato una o più convulsioni non febbrili.

Provo a calcolare sensibilità e specificità e rapporti di verosimiglianza positivo e negativo (vedi *Quaderni acp 2002;IX:48*) per riuscire a capire quanto può essere utile eseguire un EEG in un bambino con CF per predire future convulsioni, non febbrili utilizzando i dati dell'articolo.

Mettiamo i dati in **tabella 1**.

Per verificare la probabilità che l'EEG epilettiforme individui correttamente i bambini che faranno una nuova convulsione (cioè i veri positivi), calcolo la sensibilità:

$$a/(a+c) = 15/24 = 0,625 = 62,5\%$$

Per verificare la probabilità che l'EEG normale individui correttamente i bambini che non faranno una nuova convulsione (cioè i veri negativi), calcolo la specificità:

$$d/(b+d) = 161/245 = 0,657 = 65,7\%$$

Per capire ancora meglio l'accuratezza dell'EEG nel predire future convulsioni, calcolo i rapporti di verosimiglianza (RV o likelihood ratios). Il valore di RV positivo sarà:

$$\text{Sensibilità}/(1-\text{specificità}) = 0,625/(1-0,657) = 1,8$$

Sappiamo (*Quaderni acp 2002;IX:48*) che un test diagnostico è molto utile se in caso di positività ci permette di trarre conclusioni molto attendibili sulla presenza della malattia; e questa utilità è tanto maggiore quanto più alto sarà il valore di RV positivo

TABELLA 1

	CONVULSIONE	NON CONVULSIONE	TOTALE
EEG epilettiforme	15 (a)	84 (b)	99
EEG normale	9 (c)	161 (d)	170
TOTALE	24	245	269

vo (> 10); nel nostro caso l'RV positivo è molto vicino a 1; quindi ci dice che ritrovare un EEG epilettiforme in un bambino con CF non ci permetterà di dire nulla rispetto ad eventuali future convulsioni non febbrili.

Il valore di RV negativo sarà:

$$(1-\text{sensibilità})/\text{specificità} = (1-0,625)/0,657 = 0,57$$

Un test diagnostico è molto utile se in caso di negatività ci permette di trarre conclusioni molto attendibili sull'assenza della malattia; e questa utilità è tanto maggiore quanto più basso sarà il valore di RV negativo (> 0,1); nel nostro caso RV negativo è compreso tra 0,5 e 1; quindi ci dice che ritrovare un EEG normale in un bambino con CF non ci permetterà di dire nulla rispetto a eventuali future convulsioni non febbrili.

Conclusioni

Già da tempo il National Institute of Health Consensus Conference sulle convulsioni febbrili (5) aveva evidenziato che le anomalie specifiche dell'EEG (EEG parossistico) sono direttamente correlate all'età. La percentuale di bambini che mostrano un iniziale EEG epilettiforme è maggiore in rapporto al crescere dell'età, ma il rischio di ricorrenza si riduce. L'elettroencefalografia non ha quindi valore predittivo per la ricorrenza di convulsioni febbrili; ne rimane controversa l'utilità nel predire un futuro sviluppo di convulsioni non febbrili. Le linee guida dell'American Academy of Pediatrics raccomandano di non eseguire EEG per la gestione di bambini con convulsioni febbrili semplici. Lo studio di Kuturec M, et al. (6) conferma tale orientamento.

Bibliografia

- (1) Hirtz DG, Lee YJ, et al. Survey on the management of febrile seizures. *Am J Dis Child* 1986;140:909-14
- (2) Nelson K, Ellenberg J. Prognosis in children with febrile seizures. *Pediatrics* 1978;61:720-7
- (3) Berg AT, Shinnar S, et al. Predictors of recurrent febrile seizures. A prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:371-8
- (4) American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. The Neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. *Pediatrics* 1996;97:769-72
- (5) Consensus Development Panel Consensus Statement. Febrile seizures: Long-term management of children with fever-associated seizures. *Pediatrics* 1980;66:1009-12
- (6) Kuturec M, et al. Febrile Seizures: Is the EEG a Useful Predictor of Recurrences? *Clinical Pediatrics* 1997 January;36 (1):31-36

Quello che ci ha inviato Sandro Bianchi, pediatra di famiglia dell'ACP Umbria, è la prima applicazione del percorso che abbiamo tratteggiato sui numeri scorsi di *Quaderni acp*.
 Gli *Archives of Disease in Childhood*, la prestigiosa rivista inglese, nel 2001 ha iniziato a pubblicare Archimedes, una rubrica destinata ad assistere i pediatri pratici nell'utilizzo della letteratura per dare risposte "evidence based" ai quesiti quotidiani.
 Gli *Archives* chiedono ai lettori di contribuire alla sforzo della rivista.
 È quello che, ringraziando Sandro Bianchi, facciamo anche noi. Aspettiamo altri contributi.

Avvicinarsi a PubMed dal Medical Subject Heading (MeSH)

Sergio Conti Nibali
Pediatra di famiglia, Messina

Nel numero 3/2002 di *Quaderni acp* (pag. 50) abbiamo iniziato a condurre una ricerca bibliografica su Medline utilizzando PubMed (www.pubmed.gov), ricercando quei lavori che avevano come obiettivo la valutazione dell'efficacia clinica della terapia con amoxicillina rispetto a quella con ceftriaxone nell'otite media acuta in età pediatrica.

Partendo dallo specifico quesito clinico, abbiamo tradotto la domanda utilizzando lo

schema che prevede di semplificarla in tre parti (paziente-intervento-outcome); abbiamo ricercato i termini utilizzando il *MeSH Browser*; abbiamo poi imparato a conoscere la struttura ad albero del Dizionario (*Thesaurus*), che ci ha consentito di ricercare tutti gli articoli che avevano come termine MeSH sia *otitis* che tutti gli altri che lo seguivano nella struttura ad albero (*otitis media*, ad esempio). Poi abbiamo utilizzato il campo *limit* per limitare la ricerca ai lavo-

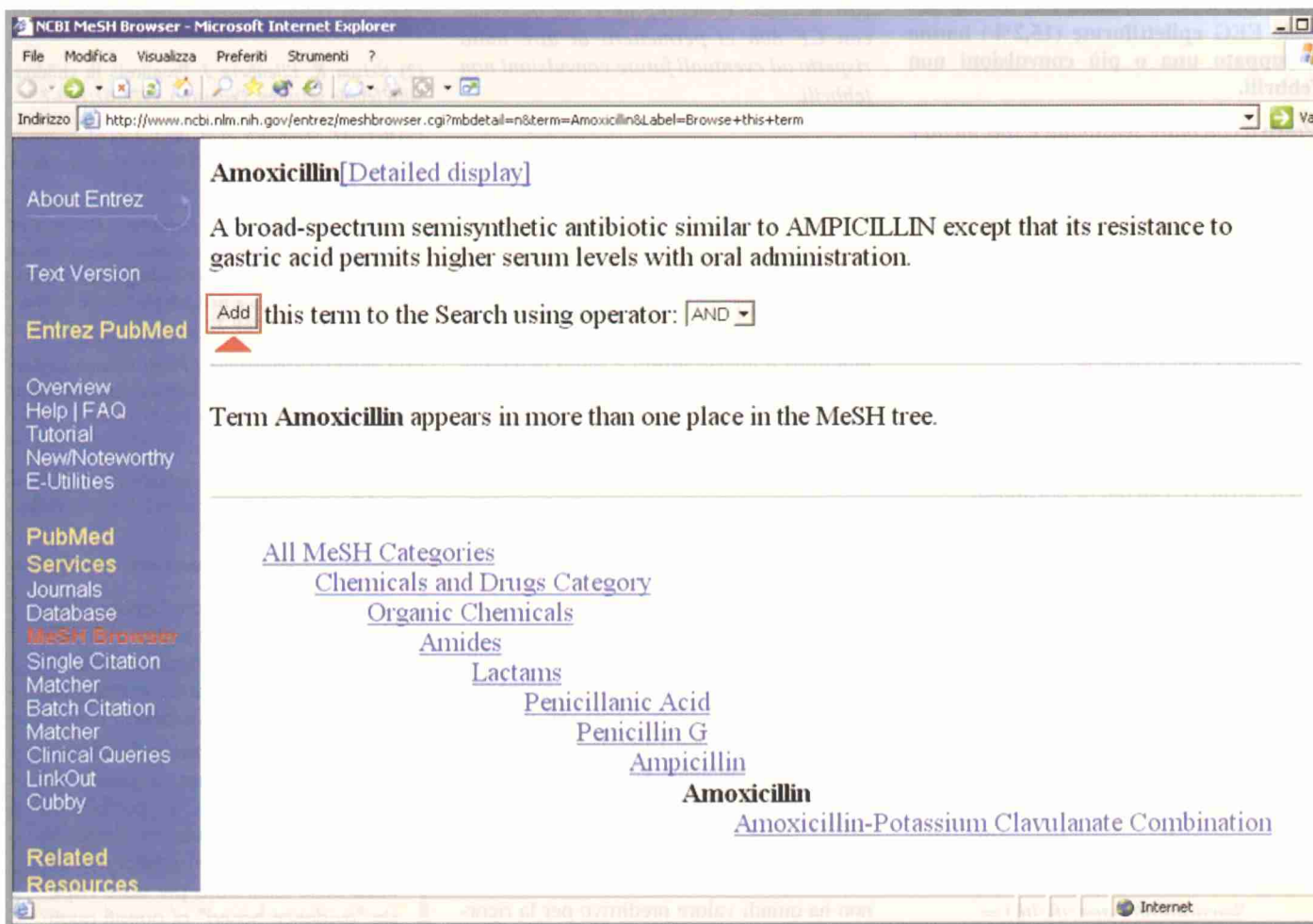
ri che riguardavano la fascia di età che va da 0 a 18 anni.

Oggi impareremo a utilizzare altre funzioni che ci permetteranno di rendere più specifica la nostra ricerca.

Non esplodere un termine MeSH

Riprendiamo l'esempio riportato nel numero precedente (*figura 1*): se col tasto Add confermiamo che la nostra ricerca è sul termine *amoxicillin*, selezioneremo articoli in

FIGURA 1



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

leggere e fare

Abstract

In order to do a bibliographic research with Medline through PubMed it is useful to learn how such "electronic library" is organized. In the first part (QACP 2002 n. 3 pg. 50) we learned to use the MeSH browser's tree structure and the limit field; in this second part, through the same example of OMA, we will learn to make an even more detailed research aiming at achieving specific answers to our clinical query

Sergio Conti Nibali, *Approaching Pub Med from Medical Subject Heading (MeSH)*
 Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 42-43

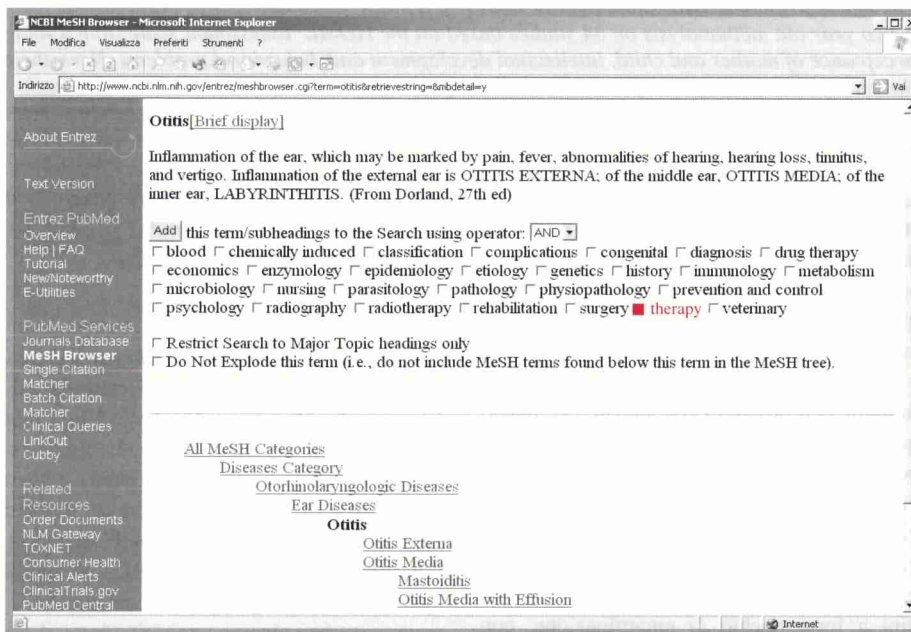
cui viene utilizzato anche *Amoxicillin-Potassium Clavunilate Combination* perché Medline *esplore* la ricerca a tutti i termini che seguono nella struttura ad albero del Dizionario. A noi, tuttavia, potrebbe tornare utile non fare esplodere il termine *amoxicillin* per trovare solo gli articoli che studiano gli effetti dell'*amoxicillina* e non quelli che contengono anche altri antibiotici che seguono nella struttura ad albero (nel nostro caso *Amoxicillin-Potassium Clavunilate Combination*). Per ottenere questo risultato basterà cliccare su Detailed display e selezionare *Do Not Explode this term* (i.e., do not include MeSH terms found below this term in the MeSH tree) (figura 2).

A questo punto digitando su *Add* aggiungeremo alla ricerca il termine *amoxicillin* con la specifica attribuita, cioè non includeremo nella ricerca gli articoli in cui *Amoxicillin-Potassium Clavunilate Combination* era stato inserito come termine *MeSH*.

Restringere la ricerca al termine MeSH più importante

Selezionando, invece, dalla stessa finestra il campo precedente (*Restrict Search to Major Topic headings only*), avremo la possibilità di selezionare solo quegli arti-

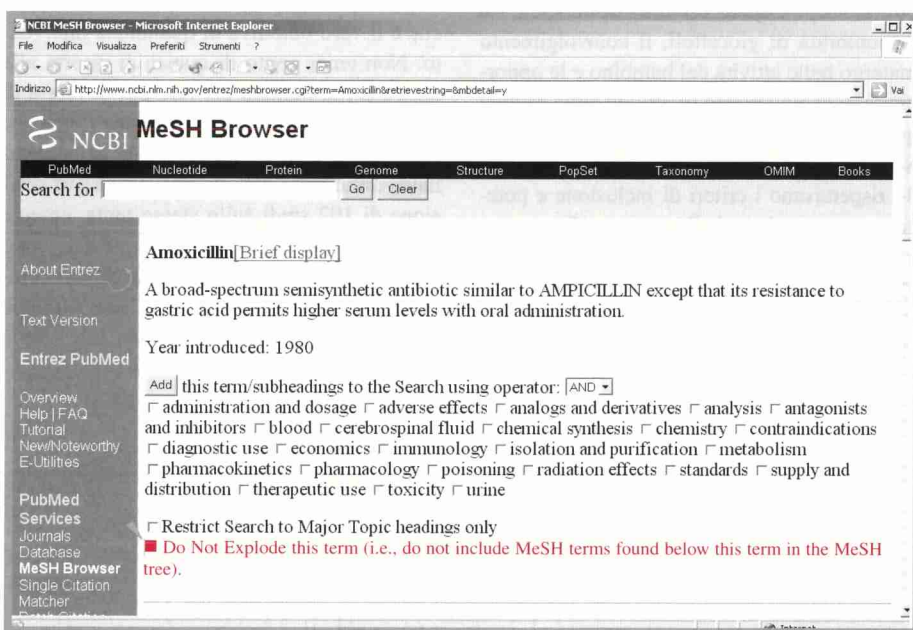
FIGURA 3



coli in cui quel termine *MeSH* è ritenuto il più importante nell'economia dell'articolo. Ad esempio, in un articolo che tratta della terapia dell'otite media e prende poi in considerazione, ma solo marginalmente, la prevenzione della mastoidite, il *Major*

Topic sarà *otitis media*, mentre *mastoiditis* sarà considerato come un semplice termine *MeSH*; se, dunque, faremo una ricerca per trovare gli studi in cui *mastoiditis* è *Major Topic*, questo articolo non sarà selezionato.

FIGURA 2



Utilizzo dei subheadings

Sempre dalla stessa finestra sarà possibile aggiungere alla nostra ricerca ulteriori specifiche (*subheadings*) che caratterizzano il termine *MeSH* da noi selezionato. Nell'esempio della *figura 2* potremo così selezionare quei lavori che descrivono dell'*amoxicillina* gli *adverse effects* piuttosto che le *controindicazioni*, o la *toxicity*. Ovviamente i *subheadings* varieranno in base al termine *MeSH*: possiamo verificare le differenze tra quelli del termine *MeSH amoxicillin* e quelli del termine *otitis*, comparando la *figura 1 e 3*.

È importante ricordare che tanto più saranno le limitazioni e le specifiche che daremo alla nostra ricerca, tanto maggiore sarà la possibilità di escludere articoli di potenziale interesse. Vi consigliamo sempre di procedere per gradi; può essere utile iniziare con una ricerca che dia pochi limiti, per poi andare a restringere, aggiungendo man mano le varie specifiche e i vari limiti.

L'efficacia delle visite domiciliari delle assistenti sanitarie

Lucio Piermarini
Pediatra di comunità, Terni

Abstract

The efficacy of home visits done by ASV represent a much discussed health intervention.

A two year old methanalysis on 34 studies based on the HOME assessment scale from a total of 1218 showed real efficacy in improving social acceptance of mother and child, intellectual development and behavioral problems. Nevertheless the resources employed are considerable, thus the evaluation of a cost/benefit ratio is still the problem.

Lucio Piermarini, *Efficacy of home visits by health assistants*
Quaderni acp 2002 vol IX n° 6; 44-45

Le visite domiciliari (VD) da parte delle assistenti sanitarie a famiglie ritenute a rischio di problemi in Italia sono passate di moda con la scomparsa dell'ONMI, o sono sopravvissute qua e là senza troppa convinzione. Un intervento domiciliare organizzato e continuativo è ormai solo quello realizzato nei confronti di famiglie con problemi conclamati, che hanno quindi già concretizzato il rischio attribuito, e per le quali si parla perciò di interventi non più preventivi ma riparativi. Qualcuno ha provato, soprattutto nel Sud d'Italia, a tornare alla visita domiciliare, come parte qualificante dei progetti di "adozione sociale" dei bambini a forte rischio di emarginazione, con risultati apparentemente soddisfacenti, tanto da convincere operatori di altre realtà sanitarie, anche meno disastrose, a pianificare lo stesso tipo di interventi. Ma in tempi di Evidence Based Medicine (EBM) dobbiamo chiederci se la VD sia utile, anche perché sempre più spesso, e soprattutto di fronte a interventi non salvavita, saranno i Direttori Generali a chiedercelo.

La letteratura offre spunti interessanti e suggerisce che il miglioramento della capacità genitoriale riduce il rischio di comparsa di comportamenti antisociali nei figli. Di qui il grande interesse nella ricerca di strategie atte a sostenere i genitori e ad accrescerne le capacità educative, e di strumenti efficaci per individuare le famiglie che potrebbero avere un beneficio dall'impiego di tali strategie.

Nel Regno Unito la VD è strumento antico e da sempre compito delle assistenti sanitarie (health visitors) e gli inglesi si sono preoccupati,

visto anche il programma governativo "Sure Start" (partenza sicura), di cercare prove della validità dell'intervento.

Una metanalisi

Alcuni ricercatori di Nottingham hanno effettuato una metanalisi dei lavori esistenti sull'argomento (Kendrick D. Arch Dis Child 2000;82:443). La ricerca ha interessato diversi archivi (Medline, Cochrane Library e altri) alla ricerca di dati, per un periodo di anni variabile da 14 a 30 a seconda dell'archivio. Gli studi dovevano essere o RCT o "quasi sperimentali" con gruppo di controllo; dovevano prevedere almeno una visita domiciliare post-natale. La misura di risultato di salute più utilizzata è stata la scala "HOME" (acronimo per Home Observation for Measurement of the Environment), che si effettua con l'osservazione domiciliare dei comportamenti dei genitori e dei bambini. La scala HOME valuta la capacità di risposta verbale ed emotiva della madre, la quantità e qualità delle punizioni, l'organizzazione domestica, la disponibilità di giocattoli, il coinvolgimento materno nelle attività del bambino e le opportunità di cambiamento di attività nella routine quotidiana.

Sono stati trovati 1218 studi sull'argomento: 34 rispettavano i criteri di inclusione e potevano essere utilizzati. Di questi, 17 avevano usato la scala HOME ma, per ragioni metodologiche, ne sono stati utilizzati per la metanalisi solo 12. I 5 restanti e gli altri 17 che avevano utilizzato diverse modalità di misura dei

risultati sono stati valutati in maniera descrittiva.

Gli Autori concludono che i programmi di visite domiciliari sono efficaci nel migliorare la qualità dell'ambiente familiare, così come viene misurato dalla scala HOME, e tale efficacia si mantiene anche restringendo la metanalisi ai soli RCT o ai soli studi di più alta qualità metodologica. Anche gli studi che non avevano utilizzato la scala HOME hanno mostrato in grande prevalenza un risultato positivo.

Gli Autori denunciano alcuni limiti nei singoli studi, e principalmente il fatto che, essendo le valutazioni fatte in base all'osservazione diretta dei comportamenti dei genitori, questi ultimi cerchino inevitabilmente di ben figurare potendo alterare in meglio il risultato, ma poi non gli attribuiscono grande importanza ricordando come alcuni risultati siano veramente oggettivi.

In effetti il punteggio HOME ci dice se l'ambiente familiare migliora, ma non ci dice se migliora la salute della madre e del bambino, che è il vero obiettivo di qualunque intervento. Non tener conto di questo ci riporta alla nostra solita politica del fare pur di fare e di valutare le cose fatte e non i risultati ottenuti. Proprio a tale proposito gli Autori della metanalisi anticipano che, da una successiva revisione di 102 studi sullo stesso tema, emerge che i programmi di visite domiciliari sono efficaci anche nel migliorare i problemi comportamentali del bambino, il suo sviluppo intellettuale, l'inserimento sociale della madre e la frequenza dell'abuso.

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
e-mail: pierlucio@libero.it

il punto su

Qualche insegnamento per gli inglesi (e per noi)

Gli Autori si augurano che tali dati influiscano sulle politiche sanitarie; potremmo nutrire le stesse speranze? Senza dimenticare però che si tratta di interventi complessi, non improvvisabili, che esigono personale formato ad hoc, che in Gran Bretagna si identifica nell'assistente sanitaria, la quale tuttora svolge prevalentemente questo tipo di lavoro. A questo proposito dobbiamo però aggiungere che una conclusione collaterale della revisione (ma molto importante) è stata che i risultati sono stati gli stessi sia che gli operatori fossero professionisti sanitari che non. E anche questo è motivo di riflessione.

Trasportare il tutto dalle nostre parti, come qualche comune italiano ha tentato di fare, comporta un notevole investimento umano e finanziario, e quindi il dirottamento di risorse da altri interventi inutili (e ce ne sono tanti) e meno utili. Infatti, non si tratta soltanto di andare nelle case a presentare i servizi sanitari (e già il solo entrare in casa altrui è cosa che va imparata). Negli studi descritti si fornivano alle famiglie informazione ed educazione sanitaria, consigli per l'allevamento e l'educazione del bambino, sostegno emozionale e sociale, ma anche aiuto concreto (accesso facilitato e trasporto ai servizi, soluzione di problemi burocratici, fornitura di aiuto domestico). Tutto veniva offerto, per periodi variabili a seconda dei diversi studi, da prima della gravidanza fino a un massimo di 3 anni di età del bambino, con un numero di visite domiciliari oscillanti da 20 a 150. Le famiglie interessate erano prevalentemente a rischio sociale o sanitario, ma, dato che questo tipo di famiglia non ha affatto l'esclusiva del rischio di insorgenza di problemi, non è da sottovalutare l'utilità di offrire inizialmente l'intervento a tutte (o gran parte delle) le famiglie, per poi continuarlo solo in quelle nelle quali venisse fatta una "diagnosi" di rischio elevato. Un'operazione di questa portata esige quindi uno sforzo formativo di grandi proporzioni, che modifichi il prevalente orientamento culturale che la salute si identifichi con la sanità, e che la sanità stessa si identifichi con i medici e con gli ospedali.

Corsi di formazione del CSB

MEDICINA PREVENTIVA BASATA SULL'EVIDENZA NELLA PRIMA INFANZIA (6+1)

Trieste, 21-22 marzo 2003 - Corso di 12 ore

Presupposti

Gli interventi di prevenzione primaria sono spesso "orfani": mancano le conoscenze, gli strumenti, i metodi, ... e i finanziamenti. L'esperienza maturata con il progetto di prevenzione "sei più uno" attuato in tre regioni italiane consente di proporre un itinerario di formazione molto focalizzato sul che fare nella realtà delle aziende sanitarie e di predisporre progetti con costi ed efficacia misurabili, da presentare alle Regioni e alle Aziende.

Obiettivo didattico

Acquisizione delle conoscenze scientifiche e metodologiche necessarie per proporre e condurre progetti di prevenzione basati sulle evidenze nel settore materno-infantile, con particolare riguardo a: esposizione al fumo di sigaretta, prevenzione degli incidenti, allattamento al seno, prevenzione della SIDS, interventi di informazione e prevenzione nelle scuole, salute ambientale.

Programma del Corso

Il programma del corso prevede 12 ore di didattica interattiva, di cui un terzo dedicato alle basi scientifiche degli interventi, un terzo alle metodologie ed agli strumenti per la loro realizzazione, e un terzo alla presentazione di progetti-obiettivo nelle realtà locali. Il corso si rivolge soprattutto a pediatri, operatori dei dipartimenti di prevenzione e materno-infantili, e dei distretti.

NATI PER LEGGERE

Ferrara - 11-12 aprile 2003 - Corso di 12 ore

Presupposti

Il corso intende proporre una modalità di approccio uniforme e ragionata al progetto Nati per Leggere, che ormai è in fase di divulgazione su tutto il territorio nazionale.

Obiettivo didattico

Acquisizione delle conoscenze per: 1) consigliare adeguatamente i genitori sulla lettura precoce; 2) individuare nel proprio territorio i percorsi per la creazione delle collaborazioni con altre professionalità; 3) l'ottenimento di fondi locali necessari alla diffusione del progetto.

Programma del Corso

Revisione delle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali su: competenze emergenti relative alla lettura nello sviluppo del bambino "emergent literacy", ambiente familiare e sviluppo delle competenze, efficacia della promozione della lettura negli ambulatori dei pediatri sulla attitudine delle famiglie a leggere ai propri figli, lettura ad alta voce e sviluppo delle competenze emergenti, lettura ad alta voce e successo scolastico.

Intervento nell'ambulatorio del pediatra.
 Modalità di attuazione della ricerca per monitorare, prima e dopo l'intervento, l'aumento della lettura a voce alta in famiglia.
 Modalità di proponimento del progetto ad altri operatori.

In applicazione della legge 23/112/2000 n. 388 legge finanziaria 2001, art. 92, comma 5, capitolo n. 3616 art. 6 viene avviata la richiesta di accreditamento per i corsi alla Commissione di Educazione continua del Ministero della Salute.

Si prega di inviare questo coupon a Centro salute del bambino via dei Burlo 1, 34123 Trieste. Fax 040 3224842

Sì, sono interessato a partecipare al/i seguente/i corso/i:

Nati per Leggere. Formazione per pediatri
 Ferrara, 11-12 aprile

Medicina preventiva basata sull'evidenza nella prima infanzia
 Trieste, 21-22 marzo

Nome Cognome

Professione

Tel. Tel. Mobile

Posta elettronica

Indirizzo

CAP Sigla Provincia

Un eritema nodoso "sentinella"

*Paolo Siani, Claudio Santoro, Rosaria Crusco, Augusto Mastrominico, Vincenzo Tammaro, °Erasmus Miele

*Dipartimento Materno-Infantile, UO di Pediatria, AORN Cardarelli, Napoli

°Dipartimento di Pediatria, Università Federico II, Napoli

La storia

Raffaella ha circa 13 anni. Si ricovera perché da circa otto giorni non sta bene (astenia, febbre) e presenta dei noduli sottocutanei localizzati alla faccia anteriore delle gambe, dolenti spontaneamente e alla palpazione, tanto da impedire la deambulazione. Non ci sono elementi degni di nota nell'anamnesi personale né in quella familiare.

La diagnosi di accettazione è, naturalmente, di: "eritema nodoso" (EN).

Il decorso

Raffaella pesa 50,500 kg; è alta 145 cm; non ha febbre; le condizioni generali sono discrete. I noduli delle gambe sono bilaterali, sottocutanei, di forma ovalare, dolenti, ricoperti da cute eritematosa. La deambulazione è realmente difficile. Null'altro all'esame clinico. Durante la degenza ripresenta febbre non elevata, prevalentemente pomeridiana e notturna (38 °C). Gli esami di laboratorio rilevano un'anemia (GR 3.780.000; Hb 8,1 g%; Ht 29%) ferrocarenziale (ferritina 6 mgr%; sideremia 10 mg%; transferrina 260 mg%). I reticolociti sono aumentati (59 per mille). È presente leucocitosi con GB 24.770/mmc (N 65; L 26; M 5; B 0; E 4%) e notevole aumento degli indici di flogosi (VES 81; PCR 58,9 mg%).

Nella norma glicemia, azotemia, creatinemia, proteine totali, albumina, AST, ALT, K, QPE, PT, PTT, fibrinogeno, elettroliti, sottopopolazioni linfocitarie, IgG, IgA, IgM, C3C, C4.

Streptozyme, sangue occulto nelle feci, Mantoux, ecografia dell'addome, Rx del torace negativi. Durante la degenza continua ad anemizzarsi fino ad arrivare a: GR 3.050.000; Hb 6,3; Ht 23.

Compare anche piastrinopenia (26.000). Gli indici di flogosi persistono molto elevati.

La piastrinopenia e l'anemia che peggiora suggeriscono un agoaspirato midollare che risulta nella norma.

Dopo circa 10 giorni dal ricovero Raffaella ci riferisce di dolori addominali diffusi; verifi-

chiamo che ha per una volta evacuazioni di feci liquide con muco e sangue rosso vivo. Nell'arco di 12 ore ha altre due evacuazioni di feci semimolle, con evidenti tracce di sangue e muco; poi ne ha una quarta e ancora una di solo sangue rosso vivo. La visita chirurgica e l'esplorazione rettale risultano negative.

La mamma solo ora ricorda che la ragazza, già otto giorni prima del ricovero, aveva avuto una evacuazione con tracce di sangue rosso vivo.

Nel frattempo si ha una lenta regressione delle manifestazioni cutanee, e la ragazza riprende una normale deambulazione. La febbre scompare dopo 10 giorni dal ricovero.

La nuova sintomatologia suggerisce altre ricerche: l'esame parassitologico delle feci risulta negativo per la Giardia; la coprocoltura è negativa per *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica*. Nel sospetto di una malattia infiammatoria cronica intestinale vengono ricercati anche gli ANA, AMA, ASMA, ANCA, che risultano negativi.

La diagnosi

Di fronte a una bambina di 13 anni con eritema nodoso, compromissione delle condizioni generali, anemia, piastrinopenia, comparsa successiva di muco e sangue vivo nelle feci e indici infiammatori molto elevati, si pongono in discussione un certo numero di patologie, e cioè:

- una malattia linfoproliferativa, abbastanza rara come causa di EN, ma, in ogni caso, esclusa dal reperto di popolazioni cellulari midollari normali all'agoaspirato;
- un'infezione intestinale da germe enteremorragico quali *Escherichia coli* o *Shigella* poteva essere suggerita per il sangue vivo nelle feci; le condizioni generali compromesse, l'anemia e gli indici infiammatori elevati rendevano fortemente improbabile. L'ipotesi era esclusa dalla negatività dell'esame colturale delle feci;
- un'infezione intestinale da *Campylobacter jejuni* più verosimilmente poteva essere sospettata sempre per la presenza di san-

gue vivo nelle feci. Il C. jejuni è causa, oltre che di diarrea muco-ematica, anche di febbre e di dolori addominali. L'ipotesi era esclusa dalla negatività dell'esame colturale delle feci;

- restava da considerare una malattia infiammatoria cronica dell'intestino (MICI). Orientavano verso questa diagnosi: l'emissione di feci con muco e sangue, la progressiva anemizzazione con piastrinopenia, i dolori addominali, gli indici infiammatori molto elevati.

Per accertare la presenza di MICI è stato effettuato un clisma opaco del crasso a doppio contrasto, che ha mostrato un normale aspetto della cornice colica sia per morfologia che per lunghezza e calibro. La mucosografia non ha fatto rilevare né alterazioni endoluminali né di tipo microulcerativo.

Normale l'aspetto sia della valvola ileocecale che dell'ansa ileale terminale, che appare modicamente distonica e discinetica, e non presenta alterazioni strutturali. L'ileocolonosopia e la rettosigmoidoscopia hanno messo in evidenza una mucosa ileale sede di regolare profilo dei villi, edema, congestione e infiltrato infiammatorio cronico a carico dello stroma. Mucosa colica sede di buona maturazione ghiandolare, edema, congestione e infiltrato infiammatorio cronico anche con aspetti follicolari a carico della tonaca propria, con aumento della quota eosinofila.

Sulla base della storia clinica, del decorso e degli esami si è posta la diagnosi di "rettocolite ulcerosa".

Commento

Non è stato semplice arrivare alla diagnosi, perché l'eritema nodoso compare all'esordio di una MICI solo in una percentuale piccola di casi e più frequentemente nella malattia di Crohn, solo occasionalmente nella colite ulcerosa.

Dopo aver escluso le classiche eziologie dell'eritema nodoso - l'infezione tubercolare e quella streptococcica - ci si è orientati verso

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: pasiani@tin.it

il caso che insegna

Abstract

Erythema nodosum as the first symptom of idiopathic ulcerative colitis is here described. The consequent appearance of abdominal pain, stools with mucous and blood and high values of acute inflammatory phase laboratory tests ten days after hospital admittance made a correct diagnosis possible. Rarely is erythema nodosum a sentry for idiopathic ulcerative colitis.

*P. Siani, C. Santoro, R. Crusco et al., A "sentinel" erythema nodosum
Quaderni acp 2002; vol IX n° 6: 46-47*

una malattia sistemica, e per questo è stata praticata un'agobiopsia midollare. Il tempo richiesto per gli esami colturali delle feci ha impedito di poter escludere rapidamente una eziologia da *E. coli* enteroemorragico o da *Campylobacter*.

La comparsa, dopo dieci giorni dal ricovero di dolori addominali e di feci con sangue e muco, unitamente agli indici della fase acuta molto elevati, hanno in seguito indirizzato verso la diagnosi corretta.

La diagnosi la si sarebbe potuta porre anche dieci giorni prima se l'anamnesi fosse stata raccolta in modo più "intrigante" e si fosse carpita alla mamma la notizia dell'emissione di sangue con le feci otto giorni prima del ricovero. L'eritema nodoso riconosce tra le altre eziologie, che sono numerose, anche

una MICI e in particolare la malattia di Crohn.

Che cosa abbiamo imparato

- Che una MICI può esordire o associarsi a un eritema nodoso.
- Che, escluse con facilità le classiche e più frequenti (una volta!) eziologie dell'eritema nodoso (infezione streptococcica, tubercolare, farmaci), bisogna pensare tra le cause meno frequenti (malattie linfoproliferative, vasculiti ecc.) e anche, forse soprattutto, a una MICI, che nella stragrande maggioranza dei casi è la malattia di Crohn.
- Che le MICI sono in costante aumento e che l'esordio può essere l'eritema nodoso.

Bibliografia

- (1) Paneas J, et al. Comparison of Heparin and steroids in the treatment of moderate and severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2000;119:903-8
- (2) Hyams JS. Malattia infiammatoria cronica dell'intestino. *Pediatrics in review* 2000;10(6):203-8
- (3) Troncone R, Miele E. Presente e futuro della terapia delle malattie infiammatorie croniche intestinali. *Prospettive in Pediatria* 1999;29:221-8
- (4) Orholm M, et al. Prevalence proportion ratio of ulcerative colitis and Crohn's disease among children of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1997;41:176
- (5) Jeffrey S, et al. Clinical outcome of ulcerative colitis in children. *J Pediatr* 1996;129(1):81-8
- (6) Jenkins HR. Inflammatory bowel disease. *Arch Dis Child* 2001;85:435

segue dalla pag. 7

È di questi giorni la conclusione dell'iter valutativo presso la CUF (Commissione Unica del Farmaco) per la re-introduzione del metilfenidato (Ritalin® della Novartis) dopo che nel 1989 la ditta (allora era la Ciba) decise di sospendere la commercializzazione.

Una procedura iniziata il 16 ottobre 2000 con una petizione di alcuni pdf e neuropsichiatri infantili, presentata all'allora Ministro Veronesi, affinché si adoperasse per rendere disponibile il farmaco. I tre articoli importanti del decreto che regola la riammissione in commercio del metilfenidato (vedi box pag. 7) stabiliscono che: 1) il farmaco rimane in "Tabella 1" e quindi le prescrizioni dovranno essere effettuate utilizzando la ricetta ministeriale speciale (RMS); 2) la prescrizione deve essere parte di un protocollo diagnostico terapeutico regionale concordato e partecipato tra le strutture di neuropsichiatria infantile e i pdf; 3) l'utilizzo del farmaco deve essere monitorato a livello regionale e, annualmente, a livello nazionale; 4) devono essere attivati programmi di informazione per i cittadini.

In un contesto chiaramente caratterizzato da una conoscenza epidemiologica precaria e dalla variabilità diagnostico-terapeutica, la (ri)introduzione sul mercato italiano del metilfenidato e la disponibilità di nuove molecole nel prossimo futuro (il 26 novembre la FDA ha approvato Stratera® della Eli Lilly e che sarà commercializzato nei primi mesi del 2003: il principio attivo è l'ato-

moxetina, un inibitore del reuptake della noradrenalina, non soggetto a restrizioni prescrittive, con tutto quello che questo comporterà anche in termini di potenziale abuso) costituisce un'occasione-opportunità per promuovere a livello nazionale una valutazione formale dei bisogni associati alla cura dell'ADHD nel bambino.

Due sono le possibili iniziative da promuovere:

- a) uno studio osservazionale nazionale per il monitoraggio dell'ADHD ("Trattamento dei bambini affetti da ADHD con metilfenidato");
- b) una campagna informativa per genitori, bambini e adolescenti, insegnanti, pediatri e medici di famiglia sui disturbi comportamentali e cognitivi dell'età evolutiva, in particolare sull'ADHD.

Definito un dettagliato protocollo diagnostico-terapeutico, anche attingendo alle più recenti evidenze e all'attività svolta a tal fine da società scientifiche e agenzie internazionali, quale risultato di un consenso tra le differenti figure professionali coinvolte nell'individuazione e gestione dell'ADHD, si potrebbe programmare la sua applicazione e monitoraggio per una durata di (indicativamente) almeno due anni. Con tale approccio si costituirebbe un registro formale prospettico che consentirebbe di:

- a) valutare l'efficacia e tollerabilità del metilfenidato (e di altri farmaci o terapie non-farmacologiche) e l'efficienza della rete di servizi coinvolti;
- b) stimare la prevalenza dell'ADHD nella

popolazione pediatrica italiana, caratterizzando i sottogruppi e indicando potenziali fattori di rischio;

c) costituire una coorte di "primi casi" che potrebbero poi essere seguiti a lungo nel tempo, indipendentemente dalla durata dello studio, così da descrivere l'evoluzione clinica e le potenziali sequele psicosociali.

In considerazione di tutto ciò e in particolare dell'attuale complessità diagnostico-terapeutica, delle differenti attitudini e della lacunosa evidenza disponibile, è importante sottolineare che la programmazione e gestione di un siffatto studio osservazionale debba prevedere la disponibilità di risorse tecnico-organizzative (e finanziarie) di provata affidabilità.

Per le complesse caratteristiche di multifattorialità dell'ADHD, e della sua gestione, un intervento informativo è indispensabile per la prevenzione, la tempestiva identificazione e la cura dell'ADHD, e più in generale del disagio neuropsichiatrico dell'età evolutiva. A tale proposito, valutando quanto già fatto in altri paesi, potrebbe essere prodotto materiale informativo per genitori, insegnanti, medici di famiglia, oltre che per bambini e adolescenti. La produzione del materiale e la sua utilizzazione potrebbero così rappresentare le fasi di uno studio formale con l'obiettivo di valutare l'impatto di iniziative di informazione sanitaria nella popolazione.

Due possibili iniziative che per tradizione, esperienza, competenza e interesse dovrebbero vedere anche l'ACP e il CSB tra gli artefici-promotori.

ACP News

Lettera aperta al Ministro della salute	1	8	<i>D'Andrea N.</i>
La fase sperimentale dell'ECM, i problemi e le possibili soluzioni	1	9	<i>Murgia V.</i>
Accordo quadro tra ACP e Istituto degli innocenti	2	7	<i>D'Andrea N.</i>
Votazioni ACP 2002	2	21	<i>Red</i>
Votazioni ACP 2002	3	9	<i>Red</i>
Relazione introduttiva al congresso nazionale ACP	4	8	<i>D'Andrea N.</i>
Il XIV congresso dell'Associazione Culturale Pediatri	5	9	<i>red</i>
Storie di ordinaria BuroKrazia	6	9	<i>F. Dessì</i>

Aggiornamento avanzato

Il futuro dei bambini con diabete	2	52	<i>Pocecco et al</i>
Gli ogm tra equivoci e potenzialità	3	51	<i>Corbellini G.</i>
Il trapianto di intestino	5	36	<i>Amarri S.</i>
L'alba dei sensi: imprinting e dolore	6	38	<i>C.V.Bellieni</i>

Appuntamenti

Programma preliminare del XIV Congresso ACP	1	22	<i>red</i>
Gli argonauti III incontro tra i pediatri delle regioni meridionali	1	55	<i>red</i>
Programma preliminare XIV congresso nazionale ACP	2	38	<i>red</i>
Programma XIV congresso nazionale ACP	3	2	<i>red</i>
XVIII giornate perugine	3	29	<i>red</i>
Torino: I problemi del sonno e dell'alimentazione	3	31	<i>red</i>

Attualità

Vaccinare i bambini contro l'influenza?	5	50	<i>Grandori L.</i>
Pensiamoci bene	5	50	<i>Grandori L.</i>
27 Effetti collaterali dei conflitti in Iraq	6	27	<i>Tamburlini G.</i>

Congressi controlloce

Milano: non solo farmaci	2	8	<i>Bonati M.</i>
Guarire in Italia e nel sud del mondo	2	9	<i>Bonati M.</i>
Parigi: assistenza alla sindrome di Ondine	3	8	<i>Morandi F.</i>
Milano: il valore del microcredito	3	9	<i>Bonati M.</i>

Editoriale

Contratto con gli it-aliene	1	6	<i>Biasini G.</i>
Il medico: servo di 3 padroni ?	2	6	<i>Spinanti S.</i>
Un omaggio alla memoria (anche nostra)	3	6	<i>Bonati M.</i>
Ho scritto ad Oral, fatelo anche voi	3	7	<i>Sotira N.</i>
La RIP in inglese: basta cambiare lingua?	4	6	<i>Biasini G.</i>
I should learn Italian	4	7	<i>Atanyazova O.</i>
Ma la Thatcher era più schietta	5	6	<i>Biasini G.</i>
Raccolti 7000 euro per il mare di Aral	5	7	<i>red</i>
Il burattino iperattivo	6	6	<i>Bonati M.</i>

Esperienze

Le ultime emozioni di un adolescente	1	52	<i>Brunelli P.</i>
Il caso di Mariella: adolescenza, diabete e break-down evolutivo	4	56	<i>Brunelli P. G. Cerasoli C.</i>
"Sirmione", un'esperienza formativa di integrazione professionale	6	32	<i>Mastella G.</i>

Film per ragazzi

Che dire di Harry Potter	1	23	<i>Spada I.</i>
L'invito al gioco del favoloso mondo di Amelie	2	25	<i>Spada I.</i>
Il ritorno di ET	3	23	<i>Spada I.</i>
Respiro	4	15	<i>Spada I.</i>
Musica gitana e voglia d'affetto	5	15	<i>Spada I.</i>
Da Pinocchio a Il figlio: storie di falegnami, burattini e ragazzi	6	31	<i>Spada I.</i>

Il Caso che insegna

Un lattante con febbre persistente e indici infiammatori elevati	2	50	<i>Vitiello R. et al</i>
Due lattanti con crisi recidivanti di apnea e cianosi	5	46	<i>Nocerino G. et al</i>
Uno eritema nodoso "sentinella"	6	46	<i>Siani P., C. Santoro, R. Crusco et al.</i>

Il punto su

L'efficacia delle visite domiciliari delle assistenti sanitarie	6	44	<i>Piermarini L.</i>
---	---	----	----------------------

Info

Conflitto d'interessi	1	24	<i>red</i>
Cassazione ancora sulle visite domiciliari	1	24	<i>red</i>
Milano, ancora stupore per la SIDS	1	24	<i>red</i>
Milano, i bambini della centrale	1	25	<i>red</i>
Benvenuto osservatorio italiano sulla salute globale	2	26	<i>red</i>
Chi rompe paga e i ticket sono suoi	2	26	<i>red</i>
I problemi dei medici dipendenti con Sirchia	2	26	<i>red</i>
Ridotti i congressi finanziati dalle industrie	3	26	<i>red</i>
Parafarmaci, Antitrust e il cartello delle farmacie	3	26	<i>red</i>
I problemi dei medici dipendenti con Sirchia	3	26	<i>red</i>
Casco & bicicletta	3	26	<i>red</i>
Gli aborti in Italia	3	27	<i>red</i>
Un bambino in chirurgia	3	27	<i>red</i>
Il fabbisogno di pediatri	3	27	<i>red</i>
Morbillo 2002, i record della Campania	4	26	<i>red</i>
Allattamento al seno e cancro della mammella	4	26	<i>red</i>
OGM e prodotti per l'infanzia	4	26	<i>red</i>
La commissione ECM	4	27	<i>red</i>
Palivizumab: gravi effetti collaterali	4	27	<i>red</i>
Ticket e Tremonti	4	27	<i>red</i>
Quanti sono i medici di base	4	27	<i>red</i>
Quanto lavorano i medici di base	4	27	<i>red</i>
Medicina generale al 4° anno	5	32	<i>red</i>
Conflitti di interesse: si salvi chi può	5	32	<i>red</i>
Solo l'Autan repelle	5	32	<i>red</i>
Pfizer compra Pharmacia?	5	32	<i>red</i>
Valzer di poltrone in Sanità	5	32	<i>red</i>
I morti italiani nell'epidemia del morbillo	5	32	<i>red</i>
Una "Aslona" nelle Marche	5	32	<i>red</i>
Il DNA del vino	5	32	<i>red</i>
Seminario di pediatria dello sviluppo	5	32	<i>red</i>
Tar Campania ed informazione sui farmaci	5	33	<i>red</i>
Vaccinazione antivaricella in Sicilia	5	33	<i>red</i>
Una Smart card in Lombardia	5	33	<i>red</i>
Formazione in pediatria generale a Milano-Managua	5	33	<i>red</i>
Farmaci in Europa; appello della rivista Prescribe	6	24	<i>red</i>
Sindacati medici: il gioco delle parti	6	25	<i>red</i>
comparso l'alfiere anti-Aids in Cina	6	25	<i>red</i>
Epidemia di morbillo in Germania	6	25	<i>red</i>
Sempre di più i cesarei	6	25	<i>red</i>

Leggere e fare

Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura	1	40	<i>Fedele S.</i>
Quanta sofferenza in più non usando l'antibiotico nell'otite	1	43	<i>Fedele S.</i>
Qual è la terapia della pediculosi recidivante del capo?	1	45	<i>Lunetta M.G.</i>
La cauterizzazione è utile nel trattamento delle epistassi ricorrenti idiomatiche?	1	47	<i>Corpora E.</i>

Glossario	1	48	Fedele S.	Lettera di Oral	6	34	Atanyanova O.
Metodologia				Una elegante rivista parla di vaccini	6	34	Pierantozzi F.
utilizzata nella soluzione degli scenari	1	50	Fedele S.	Lettere			
A scuola di semplicità:				L'inflazione del mare: i pediatri			
una polemica inglese	2	40	Fedele S.	e l'abuso della talassoterapia	6	20	Cerasoli G.
Il sonnambulismo del bambino				Libri			
ha una terapia troppo economica per				R.Valentino Merletti:			
meritare un RCT?	2	42	Lunetta MG.	Libri e lettura da 0 a 6 anni	1	14	Biasini G.
La profilassi intermittente è efficace				S. Geronimo:			
nei soggetti con convulsioni febbrili?	2	43	Basile A., Tarantino N.	W l'euro facile e divertente	1	14	Giulianelli A.G.
Come illustrare i risultati				G. Davico Bonino (a cura di):			
di uno scenario alla famiglia	2	44	Bruno P.	Così per gioco	1	15	D'Andrea N.
Quali indicazioni per la profilassi				S. Marai: I ribelli	1	15	D'Andrea N.
con Palivizumab nel pretermine?	2	45	Milioto G.	A.V.: Burned children of America	1	15	D'Andrea N.
La congiuntivite ha bisogno				M. Chabon: Le fantastiche avventure			
di una terapia empirica con antibiotico?	2	46	Lo Presti C.	di Kavalier e Clay	2	28	D'Andrea N.
Glossario dei termini				A. Munro: Il sogno di mia madre	2	28	D'Andrea N.
e delle abbreviazioni	2	47	Fedele S.	D. Cugia: No	2	29	Crupi I.
Dalla domanda alla strategia di ricerca	3	40	Fedele S.	C. Dickens: Il mistero di Edwin Drood	2	29	D'Andrea N.
In un adolescente con lussazione di rotula				F. Ciotti: Lavorare per l'infanzia	2	51	D'Andrea N.
è obbligatoria la terapia chirurgica?	3	42	Lo Presti C.	Andrea Camilleri, Il re di Girgenti	3	28	D'Andrea N.
Il montelukast riduce la ricorrea				Atiq Rahiini, Terra e cenere	3	28	Siani P.
di crisi d'asma in un bambino				Keith Devlin, Addio Cartesio	3	29	Biasini G.
in età prescolare?	3	44	Corpora E.	Ermanno Detti, Il piacere di leggere	3	29	D'Andrea N.
L'antibiotico topico è efficace				A. M. Improta, P. M. Fiumani,			
nella terapia dell'impetigine lieve				'A voce de' creature	4	28	Siani P.
del bambino?	3	46	De Santes G.	A. Pulella, Il cortile di Jtsec	4	28	Biasini G.
Glossario	3	48	Fedele S.	L. Baldascini, Legami terapeutici	4	29	Acp Puglia Basilicata
Avvicinarsi a Pub Med				A.S. Byatt, Tre storie fantastiche	4	29	Biasini G.
dal Medical Subject Heading (MeSH)	3	50	Conti Nibali S.	O. Enquist, Il medico di corte	5	28	D'Andrea N.
Analfabetismo statistico:				Z. Jenny, il richiamo della conchiglia	5	28	D'Andrea N.
un problema non solo medico	4	40	Fedele S.	M. Albom, i miei martedì col professore	5	29	Biasini G.
L'esame clinico può escludere				S. Spinsanti, Dottore,			
la presenza di fratture				mio figlio sarà sano?	5	29	Biasini G.
nei traumi del ginocchio?	4	42	Ferracane R., Vernaccini D.	Francesco Tonucci: Se i bambini			
I test sierologici negativi sono utili				dicono adesso basta	6	28	Biasini G.
per escludere la toxoplasmosi congenita				Asar Eppel: Via d'erba	6	28	D'Andrea N.
nel neonato a rischio?	4	44	Corpora E., Ferracane R.	Ernesto Ferrero: Lezioni napoleoniche	6	29	D'Andrea N.
La tossina Botulinica				Franco Foschi: H (Hospital)	6	29	Biasini G.
è efficace nell'emiplegia spastica?	4	46	Basile A., Corpora E.	Medici e Pazienti			
È utile un eeg per predire la ricorrenza				Medici e Pazienti:			
di convulsioni non febbrili				un confronto è possibile	3	53	Lohiniemi S., Magazzù G.
dopo una C.F?	6	40	Bianchi S.	Medici e pazienti			
Avvicinarsi a PubMed				il caso dell'autismo infantile	4	56	Ronoyanne J. e E., Ciotti F.
dal Medical Subject Heading (MeSH)	6	42	Conti Nibali S.	Medici e letteratura			
Lettere				La visita dal pediatra	6	26	Bordiglioni S., Balocco M.
Interpretare la ricerca	1	36	Rolla A.	Nati per leggere			
La ricerca nell'Apref	1	36	Schievano P.	Pochi lettori in Italia	1	16	red
Sperimentazione clinica:				Come iniziare il Progetto ?	1	16	Simeone G.
cosa stiamo aspettando?	1	37	Toffol G.	Nati per leggere in Gran Bretagna	1	16	Biasini G.
Trambusto a Lainate	2	36	Miko	A Napoli il primo convegno Npl	1	17	Manetti S.
Evidenze e case report	2	36	Marolla L.	L'editori a italiana per bambini e ragazzi	1	17	Giulianelli A.G.
CBM contro EBM	2	37	Cimino G.	Nati per leggere in Campania	2	16	red
Scenari clinici: il metodo è riproducibile	3	36	Mazzarella G.	Nati per leggere a Ferrara	2	16	red
Scenari clinici: le difficoltà Medline	3	36	Ceccherini M.A.	Nati per leggere a Pordenone	2	16	red
Clinical Evidence in italiano	3	36	Liberati A.	Nati per leggere a Mesagne	2	17	red
Gaslini e Bambin Gesù per il Sud	3	37	Candusso M. et al.	Nati per leggere : una tesi di laurea	2	17	red
La SIDS a Roma	3	38	Nardini P.	Una lettera al Ministero dei beni culturali	2	17	red
A proposito di convulsioni febbrili	4	36	Savian A.i	Nati per leggere una rassegna stampa	2	17	red
Il medico, servo di tre padroni?	4	36	Panza C.	La promozione della lettura			
Latte in polvere e meningite	4	36	Chapin E.M.	durante le visite di controllo	2	18	Causa P., Manetti S.
L'uso incongruo del pronto soccorso	4	38	Armellini D.	Ritmi e tempi del libro:			
S. Giuliano ed i figli di un Dio minore	5	30	Simeone G.	consigli per proporre i libri più adatti			
S. Giuliano ed i figli di un Dio minore	5	30	Giordano M. L.	da 6 mesi a 2 anni	2	22	Meacci M.L.
A proposito della cura Di Bella	5	30	A. Pisanti	Punti nascita, una risorsa per Npl?	3	16	red
La RIP in inglese	5	31	G. Meneghetti				
La RIP in inglese	5	31	M. Ruggeri				
La RIP in inglese	5	31	LRodella				
Iniziative per il centenario Plasmon	5	31	Negri P.				
Figura poco chiara;scusate	6	34	Sala E.				

Nati per leggere in Veneto	3	16	red
Nati per leggere in Liguria	3	16	red
Nati per leggere nel Lazio	3	16	red
Nati per leggere in Campania	3	16	red
Nati per leggere alla fiera del libro	3	17	red
Nati per leggere in Sardegna	3	17	red
Corso di formazione per bibliotecari	3	17	red
Iniziativa dell'Editrice Giunti	3	17	red
Il coordinamento di Nati per leggere	3	17	red
Ritmi e tempi del libro: consigli per proporre i libri più adatti dal terzo anno di vita	3	18	Meacci. M.L.
Npl in Basilicata, Umbria, Bergamo, Cesena, Trieste	4	16	red
Npl a Barcellona Pozzo di Gotto, Vimercate, Napoli	4	17	red
Npl a Pescantina, Milano e Asti	4	18	red
Npl: un'altra tesi di laurea	4	19	red
Npl: patrocinio del Ministero per i beni e le attività culturali	4	19	red
Npl: rassegna stampa	4	19	red
Nati per leggere in Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria	5	16	red
Libri per ragazzi	5	16	red
Lettere a Npl	5	17	red
Nati per leggere in Veneto	6	18	Malgaroli M.G.
Nati per leggere in Trentino, Basilicata	6	18	red
Bookstart	6	18	red
Rassegna Stampa	6	19	red
Lettere a Npl	6	19	Stabile.G.

no Comment

Cari lettori	1	7	Fedele S.
Urgenze al pronto Soccorso	1	12	red
Libri e biberon	1	18	red
Una ricerca italiana	1	27	red
Eurispes e telefono azzurro	2	8	red
Modello Lombardo	2	14	Biasini G.
Conflitto di interessi	2	17	Biasini G.
La risposta di Creti	2	25	red
Bambini logo	3	23	red
I fondi mucca pazza? Tolti ai disabili	3	25	red
Affari miliardari	3	27	red
50 dollari per ogni appuntamento con..	3	53	red

Organizzazione sanitaria

Indice di sviluppo umano e mortalità nel primo anno di vita in Italia	1	31	Campi R. et al.
Toscana e Lombardia: sistemi sanitari a confronto	2	35	red
Gli interventi comunitari complessi, i servizi per le famiglie e i loro bambini	3	24	Cirillo G.
Rapporto sull'attività di ricovero per l'anno 2000	4	20	Milioto G., Siani P.

Osservatorio Internazionale

Etica, eticismo e ricerca biomedica nei paesi poveri	2	32	Tamburlini G.
Salute in Palestina è... potersi muovere	3	32	Stefanini A.
Servizi sanitari: affari in vista con il G.A.T. S.?	4	32	Stefanini A.
Il vertice di Johannesburg	5	25	Tamburlini G.
Lettera da Nablus in Cisgiordania.	6	32	Stefanini A.

Ricerca

Muoversi senza motore, adolescenti nel traffico	1	10	Todesco L.
--	---	----	------------

Allattamento al seno, conoscenze e pratiche dopo un corso di 18 ore	2	10	Cattaneo A.
Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base	3	10	Conti Nibali S.
La ricerca pediatrica nell'area delle cure primarie, risultati di un'indagine conoscitiva	4	10	Toffol G.
Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani	6	10	Clavenna, A. Rossi E. Bert A. et al

Salute pubblica

Fattori protettivi e punti di svolta	1	28	Semprini R.
Fattori di protezione e comportamenti devianti	3	20	Semprini R.
Medicine non convenzionali, il pensiero della FNOMCeO	4	23	D'Andrea N.
La salute dei bambini in Italia	5	18	Sereni F., Biasini G., Tamburlini G.
Promozione della salute e diritti di cittadinanza	6	22	Rotelli F.

Saper fare

L'assistenza ai bambini e ai ragazzi con malattie croniche	1	56	Ass. Ped. Comunità
Come utilizzare il podoscopio	3	56	Moschetti A.
Quando chiedere il test del sudore	5	49	Raia V.

Statistiche Correnti

I Nidi d'infanzia, nuovi dati e prospettive	3	13	Volpi R.
Bambini e adolescenti nel 2000: non solo Sfruttati e violenti	4	24	Siani P.
La mortalità infantile in Italia nel 1997	5	10	Corchia C., Scarpelli G.
14 I minori "stranieri" in Italia	6	10	Siani P.

Un pò per gioco

Padre padrone	3	12	Piermarini L.
Tutto bene non si preoccupi	5	34	Piermarini L.

World-Info

Giappone-Pokemon epidemic hysteria	1	26	red
USA - Antrace Homemade	1	26	red
USA - multe..vitaminiche	1	26	red
Palestina - la guerra in un articolo	1	27	red
UK - quanti i ricoveri pediatrici	1	27	red
USA - il linguaggio di Bush	1	27	red
Per far rivivere le speranza tra la gente del mare di Aral:			
5000 dollari, libri e riviste	2	30	red
Inquinamento da polveri	3	30	red
Resta indietro la ricerca USA sulle cellule staminali	3	30	red
USA: molto rumore per nulla	3	31	red
USA: il mercurio nell'ambiente	3	31	red
Burkina Faso: il morbillo continua	3	31	red
Usa: disuguaglianze e computer	3	31	red
Boicottare Israele	4	30	red
Bambini in guerra	4	30	red
Il vertice FAO	4	30	red
Obesità e grandi potenze	4	30	red
UK e PTI	4	30	red
Nuovo finanziamento per il NHS in UK	4	31	red

ENDOLAC

P-18806 LB. ACIDOPHILUS, P-18805 LB. DELBRUECKII, P-18807 STR. THERMOPHILUS

PROBIOTICO RIEQUILIBRIO INTESTINALE

ENDOLAC

formulato con un **UNICO**
metodo di selezione di
nuovi ceppi
ATTIVA, PROTEGGE, RIGENERA
il fisiologico equilibrio
intestinale perchè
composto da lactobacilli:

 **VIVI E VITALI** capaci
di formare colonie a livello
intestinale.

 **ALTAMENTE ADESIVI**
perchè attecchiscono alla
mucosa intestinale.



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