

il Medico Pediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Direttore esecutivo
Pier Luigi Tucci

Direttore responsabile
Luciano Ragno

Comitato direttivo
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra
Nuccio Giancola
Alfio Raciti Longo
Rinaldo Missaglia
Maria Grazia Catellani

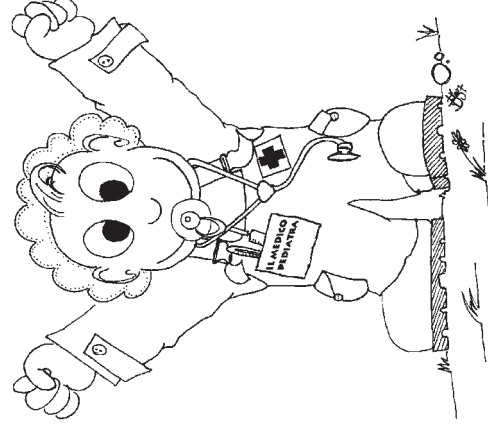
Comitato di redazione
Paolo Becherucci
Antonio Clemente
Valdo Flori
Milena Lo Giudice
Giorgio Meneghelli

Comitato dei garanti
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra

Impaginazione e grafica
Valdo Flori
Fabrizio Sodini

Pubbliche relazioni
Pino Mele

Redazione
Lucia Castelli, Francesca Latrofa



Edizione
Pacini Editore SpA
Via Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
www.pacinionline.it

© Copyright by
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Cadore, 18
50142 Firenze

fimp

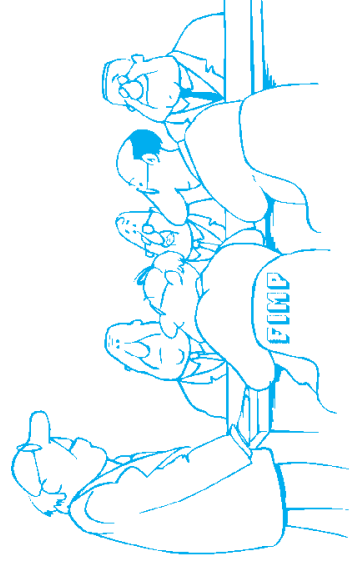
Federazione Italiana
Medici *Pediatr*i

Il Medico Pediatra - Redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche

Via A. Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050/3130224 Fax 050/3130300
Redazione: Lucia Castelli, Francesca Latrofa
flatrofa@pacinieditore.it
<http://www.pacinionline.it>

Dott. Pier Luigi Tucci
Via Cadore, 18
50142 Firenze
Tel. 055 7331094
Fax 055 7333581
ilmedicopediatra@fimp.org



Gli estratti saranno forniti, a pagamento, per trattativa diretta dell'Editore con gli Autori.



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione
in conformità al Regolamento CSST - Certificazione Stampa Specializzata e Tecnica
Per il periodo 1/1/2003-31/12/2003

Tiratura media: 9017

Diffusione media: 8159

Certificato C.S.S.T. n. 2003-767 del 25/02/2004

Società di Revisione: PKF Italia

INDICE

EDITORIALE

Qualità e Pediatria di Famiglia
L. Greco

pag. 195

PEDIATRIA DI GRUPPO E IN ASSOCIAZIONE

Le modalità associative pediatriche in Toscana. Foto di gruppo nel settembre del 2004
A. Mannini

» 199

ATTUALITÀ

Attività di un Pediatra di Famiglia di campagna
F. Storelli

» 206

Mamme italiane "buone infermiere"

» 210

CLINICA & RICERCA

Studio osservazionale sull'utilizzo del dosaggio della Proteina C Reattiva (CRP) nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia
R. Marinello, M. Picca

» 211

La Varicella nel Calendario Vaccinazioni della FIMP: il perché di una scelta
G. Vitali Rosati

» 217

Il Vaccino Antirotavirus

A. R. Shaw, P. M. Heaton

» 223

TEMI DI APPROFONDIMENTO

L'epidemiologia al servizio della salute dei bambini italiani
Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

» 225

Il Medico Pediatra è il giornale di tutti i Pediatri di Famiglia Italiani

Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP

Nel caso di cambio di indirizzo,
comunicare il nuovo al **SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP**
che provvederà ad inviarlo alla **GESTIFIMP** all'indirizzo
cristina.tranquilli@gestifimp.org c.a. Cristina Tranquilli

Il Medico Pediatra è aperto a qualsiasi contributo per ampliare il dibattito sindacale e per arricchire la cultura della Pediatria di Famiglia

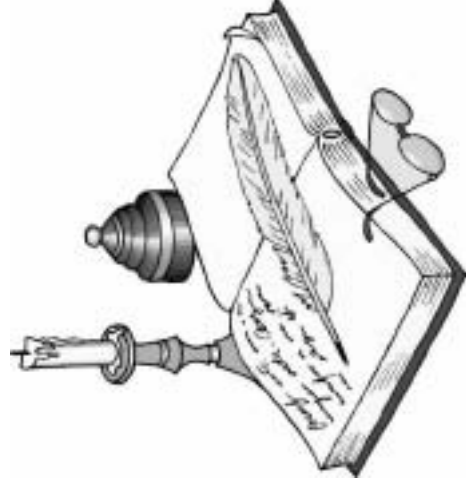
I contributi possono essere redatti in forma di articoli, lettere, recensioni (da congressi, lavori, libri...).

La lunghezza dei contributi dovrà essere concordata con la redazione che, nei limiti delle esigenze editoriali, metterà a disposizione tutto lo spazio necessario.

I lavori a carattere scientifico dovranno essere corredati di bibliografia (ove esistente), riassunto e parole chiave.

Le lettere dovranno limitarsi a non più di una pagina.

Gli articoli possono essere inviati per posta elettronica a:
ilmedicopediatra@fimp.org



Qualità e Pediatria di Famiglia

Alziamo la testa e rimbocchiamoci le maniche

Luigi Greco

Responsabile Nazionale FIMP per la Qualità

Dopo avere indagato la Qualità percepita è giunto il momento di valutare la Qualità erogata dai Pediatri di Famiglia con la coscienza che una categoria che è in grado di fissare Criteri e Requisiti di Qualità ha una autonomia ed una capacità di esistere e proporsi che è indipendente dalla presenza o meno di un ACN.

Dalle pagine di questo giornale, qualche numero fa, Gianni Caso ha avuto modo d'illustrare i risultati dell'indagine sulla Qualità percepita della Pediatria di Famiglia svolta da Abacus sul territorio nazionale e promossa dall'APeG e che ricalca in maniera quasi completa i dati di una ricerca analoga svolta in provincia di Bergamo nel 2002, condotta da Progea (società della Bocconi) per conto dell'Asl provinciale e di cui vi è stato dato a suo tempo conto su questa rivista.

In entrambi i casi la valutazione riportata dalla nostra categoria è assai lusinghiera e quasi completamente sovrapponibile (nelle Tab. I e II sono riportati i dati relativi alle valutazioni complessive espresse in un punteggio da 1 a 10). Un altro dato rilevante, confermato dalle due inda-

gini, è che solo nel 14% dei casi i nostri pazienti ricorrono alla sanità privata. Si tratta di un dato importantissimo e in controtendenza se si pensa che alcuni settori del comparto ospedaliero superano il 75% (fonte Ministero della Salute).

Si tratta di dati confortanti per la nostra professione, ma non più sufficienti.

È giunto il momento di analizzare e misurare la Qualità erogata dai Pediatri di Famiglia (PDF).

È necessario farlo perché norme sempre più stringenti lo richiedono; perché siamo chiamati a dimostrare di svolgere un'attività in grado di mantenere stabili nel tempo i requisiti di qualità delle prestazioni erogate per essere ammessi al finanziamento da parte del SSN; perché ci importa focalizzare sempre di più l'attività sui nostri piccoli pazienti e sulle loro famiglie per rinsaldare il rapporto di fiducia che a loro ci lega e che costituisce la ricchezza più grande di ogni PDF; perché siamo chiamati ad operare all'interno di una complessa rete assistenziale e di relazioni e dobbiamo dotarci degli strumenti idonei per governarla.

Tab. I. Indagine sulla Qualità percepita per la Pediatria di Famiglia (Abacus per A.Pe.G.2004).

16a. Giudizio complessivo di soddisfazione per il servizio offerto dal proprio Pediatra di base (dom. 21)	
Voto medio	
Campione popolazione (1013):	8.24
Campione Pediatriche di Gruppo (500):	8.67
1 = per niente soddisfatto; 10 = completamente soddisfatto; Base: totale intervistati	

Tab. II. Valutazione complessiva di soddisfazione dell'utenza (indagine Asl Bergamo, 2002).

Punteggio	Totale in %	Possessori di un Pediatra privato
10	29,0	44%
9	18,3	
8	30,6	
7	12,0	
6	5,3	
5	2,6	
4	1,3	
1, 2, 3	0,6	
		Base: 300

È così che è nato il Manuale di Qualità per la Pediatria di Famiglia, uno strumento tecnico elaborato da un gruppo di Colleghi provenienti da tutt'Italia, una sorta di linguaggio comune in grado, da un lato, di mettere in relazione le esperienze professionali di tutti i Pdf da Nord a Sud, dall'altro, di consentire la misurazione della qualità delle performance di ciascuno mediante la ponderazione di un sistema articolato di Criteri e Requisiti. Ci sono voluti alcuni anni per prepararlo, dal 1998 al 2003, ma cinque anni sono poca cosa se si pensa che sono serviti a colmare quasi un secolo di ritardo nei confronti di altri paesi, soprattutto di area anglosassone.

Dotandosi di un sistema di Miglioramento Continuo di Qualità la nostra categoria ha dimostrato di essere viva e vitale, di costituire una componente attiva del SSN e di

avere raggiunto una maturità in grado di esprimere una professionalità autonoma e definita, capace di esistere indipendentemente dalla cornice normativa in cui è chiamata ad operare.

Con le tappe siciliane di gennaio 2005 terminerà la serie di eventi formativi che da settembre 2004 hanno portato me, Maria Rosaria Filograna e Leo Venturelli in tutt'Italia a parlare di Qualità, a spiegare l'utilità del Manuale di Qualità per la Pediatria di Famiglia, dell'autovalutazione e delle visite tra pari (Tab. III).

Un doveroso ringraziamento va ai Colleghi ospedalieri esperti di Qualità della SIP che con noi hanno costantemente collaborato e agli amici Pdf del Gruppo di lavoro Nazionale che ci hanno supportato localmente in ogni sede.

Tab. III.

Data	Città	Luogo	Indirizzo
18 settembre	Torino	Museo dell'Automobile	Corso Unità d'Italia 40
25 settembre	Milano	Jolly Hotel Milanofiori-Assago	Strada 2
16 ottobre	Vicenza	Boscolo Hotel de la Ville	Viale Verona 12
23 ottobre	Roma	Grand Hotel Exedra	Piazza della Repubblica 47
20 novembre	Modena	Hotel Raffaello	Via per Cognito 5
27 novembre	Napoli	Naples Hotel Mediterraneo	Via Nuova Ponte di Tappia 25
4 dicembre	Bari	Sheraton Nicolaus	Via Cardinale A. Ciasca 9
11 dicembre	Firenze	Hotel Granducato	Via Tomerello 1, Campi Bisenzio
22 gennaio	Palermo	Villa Igreja	Salita Belmonte 43
29 gennaio	Catania	Grand Hotel Baia Verde	Via A. Musco 8/10, Cannizzaro

Il progetto continua e sarà spostato al livello dei "Club Regionali per la Qualità" (saranno attivati nei primi mesi del 2005 e sarà data opportuna comunicazione). La distribuzione del Manuale è già in corso su tutto il territorio nazionale e, grazie al positivo intervento di Gestimp e alla sponsorizzazione della Plada, raggiungerà gratuitamente le scrivanie di tutti i Pdf italiani entro febbraio-marzo del 2005. Fisicamente sarà consegnato dagli informatori Plasmon/Dieterba cui potrete rivolgervi in caso di mancato recapito.

In attesa della versione cartacea è possibile scaricare il Manuale, in formato pdf, dal sito della FIMP (www.fimp.org > settori speciali > Ufficio Qualità > Documenti).

Ma come va usato questo strumento?

In primo luogo per esplorare e valutare tutti gli aspetti del nostro agire professionale, anche quelli cui viene meno spontaneo pensare. In secondo luogo, grazie alla presenza di una corposa appendice, il Manuale può essere considerato uno strumento di aggiornamento professionale (Bilanci di salute, Percorsi diagnostico terapeutici, ecc.). In terzo luogo è un formidabile sistema per produrre dati sulla nostra professione. In quarto luogo può (deve) essere usato per rompere l'isolamento dei nostri studi e favorire lo scambio di esperienze professionali. Poiché i primi due punti sono intuitivi, mi soffermo sugli ultimi due.

In entrambi i casi potranno essere utilizzate due modalità:

- la compilazione e l'invio della scheda di autovalutazione;
- la richiesta e l'esecuzione delle visite tra pari.

Scheda di valutazione

La scheda di autovalutazione è un foglio di calcolo confezionato in formato *Excel* in cui sono riportati i Criteri e i Requisiti presenti sul Manuale. Si può scaricare da *internet* allo stesso indirizzo in cui è presente il Manuale (N.B.: vi consiglio di utilizzare la scheda presente sul sito e non quella del CD allegato al Manuale perché quest'ultima può dare dei problemi di calcolo). Si tratta di un *file* molto leggero e il *download* richiede pochi secondi con qualsiasi tipo di connessione.

La compilazione è intuitiva: è sufficiente apporre un segno di spunta (una "X") nella casella gialla accanto ai Requisiti. Alla fine della compilazione il punteggio apparirà automaticamente nella parte terminale della Scheda. Una cosa importantissima, e meno intuitiva, è la compilazione della colonna "Annotazioni". È fondamentale che in

quella colonna (la casella bianca accanto ad ogni Requisito) siano indicate le evidenze che vi spingono a ritenere che quel determinato Requisito sia soddisfatto. Questa operazione ha due valenze: la prima ci costringe a ragionare in modo più profondo su quello che stiamo facendo (metteremo, perciò, la "X" esplicitando sinteticamente il perché la mettiamo e mentre lo facciamo ci troveremo ad analizzare e razionalizzare anche aspetti professionali che routinariamente non siamo abituati a considerare), la seconda ci consente di implementare un database delle esperienze, cioè delle varie modalità con cui professionisti diversi in contesti operativi diversi siano stati in grado di soddisfare quanto richiesto da ogni singolo Requisito. Questo permetterà all'Ufficio Centrale di Qualità di divulgare queste esperienze cercando di rendere un servizio a coloro che, per gli stessi parametri soddisfatti da alcuni, abbiano trovato delle criticità.

Tab. IV. Scheda di Autovalutazione.

Scheda di Autovalutazione		TIPO REQUISITO	ANNOTAZIONI
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
1.1. Accessibilità (requisiti tecnici)			
Criterio			
Lo studio del Pdf è accessibile ai pazienti ed ai familiari (bambini, adulti, disabili, anziani) (vedi punto 3).			
Requisiti			
1. Lo studio pediatrico è facilmente accessibile ai pazienti in età pediatrica e ai loro familiari (in particolare non vi sono ostacoli quali scale o porte strette che impediscano il passaggio con carrozzine e passeggeri, gli ascensori risultano essere sufficientemente capienti).	(RM)	X	Struttura recente a norma per handicap
2. Lo studio pediatrico è facilmente accessibile a pazienti o familiari disabili (non vi sono barriere architettoniche e i passaggi sono a norma).	(RA)	X	Idem
3. Lo studio pediatrico è ubicato in una zona con parcheggio veicoli.	(RA)	X	Ampio parcheggio a 100 mt
4. Lo studio pediatrico è ubicato nelle vicinanze di stazioni o fermate di mezzi di trasporto pubblico.	(RA)	X	Fermata autobus a 50 mt

Ma come fare a partecipare a questo importante progetto?

Una volta compilata la scheda (si compila in poco tempo, a casa propria o nel proprio studio, con le modalità e i tempi che ci sono più congeniali) è necessario spedirla all'indirizzo: qualità@fimp.org, indicando la regione di provenienza. Solo così, con un piccolo sforzo personale, ciascuno di noi potrà partecipare all'implementazione di questo database che sarà un patrimonio al servizio di tutta la categoria. I dati forniti, inoltre, saranno utilizzati per fotografare l'attuale situazione della Pediatria di famiglia italiana e fornire indicazioni ai singoli e alla categoria (politica sindacale) relativi ai punti di forza da valorizzare e alle criticità da risolvere (redistribuzione delle risorse; progettazione di modelli organizzativi; ecc.). A tutti coloro

Tab. V. Teorico punteggio massimo.

Punteggio finale	110	100%
Numero di risposte RM	105	100%
Numero di risposte RA	77	100%
Numero di risposte RE	38	100%

I dati numerici della ponderazione forniranno a ciascuno di noi, in maniera rapida ed intuitiva, la fotografia dei propri punti di forza e delle proprie criticità.

Materiale informativo aggiuntivo è disponibile sul sito FIMP.

Le visite tra pari

Le visite tra pari costituiscono la fase più avanzata del progetto formativo. Dopo avere compilato la Scheda di Autovalutazione ciascuno di noi potrà richiedere una valutazione esterna da parte di Colleghi Pdf appositamente formati per questo. Si tratta di un momento culturale rilevante che consente di avere una valutazione da soggetti esterni e, soprattutto, permette la condivisione sul campo delle diverse esperienze professionali. Allo stesso

che invieranno la scheda correttamente compilata saranno forniti periodicamente dei dati di ritorno.

Due parole ancora sul sistema di ponderazione. Il punteggio finale sarà espresso da un numero assoluto (110 punti) dato dalla somma dei punteggi attribuiti a ciascun criterio, e dalle percentuali di Requisiti Minimi (RM), Requisiti Auspicabili (RA) e Requisiti d'Eccellenza soddisfatti. Per ottenere il punteggio attribuito a ciascun Criterio è necessario che ogni Requisito Minimo di quel dato criterio sia soddisfatto (N.B: I Requisiti Minimi del Manuale non vanno confusi con i LEA o con il minimo convenzionale. Si tratta del "minimo della migliore qualità possibile". Lottica è quella dell'Eccellenza, non del contratto di lavoro).

Tab. VI. Punteggio di una delle schede giunte finora.

Punteggio finale	90	81.82%
Numero di risposte RM	88	83.81%
Numero di risposte RA	58	75.32%
Numero di risposte RE	24	63.16%

tempo si ottiene il risultato di rompere il proprio isolamento, di perdere la propria autoreferenzialità e di cominciare una sorta di rapporto osmotico con i visitatori, di reciproco travaso di esperienze, in cui tutti gli attori ne usciranno reciprocamente arricchiti. È ovvio che i dati ottenuti con la visita tra pari avranno una valenza maggiore rispetto a quelli ottenuti dalla semplice autovalutazione. Le visite tra pari potranno essere realizzate a partire dalla seconda metà del 2005 e, prima di allora, saranno forniti tutti i dettagli operativi.

Oggi è sufficiente puntare l'attenzione sulla compilazione della Scheda di Autovalutazione.

È urgente che in tempi rapidi otteniamo i dati ricavabili dalla loro compilazione.

Alziamo la testa, guardiamo la qualità del nostro lavoro, rimbocchiamoci le maniche per misurarla e adoperiamoci a migliorarla. Ne abbiamo bisogno come singoli e come categoria.

LA MODALITÀ ASSOCIATIVE PEDIATRICHE IN TOSCANA

Foto di gruppo nel settembre del 2004

Andrea Mannini

Pediatra di Famiglia, Pistoia

La Pediatria di Gruppo

La Pediatria di Gruppo (PdG), a norma dell'art. 52 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente (DPR 272/2000), è una libera, volontaria e paritaria associazione di Pediatri, i quali, in numero variabile (due o più) svolgono la loro funzione assistenziale, prevalentemente o esclusivamente, nel medesimo studio (la sede unica), dichiarando la disponibilità a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri Pediatri del gruppo.

I Pediatri partecipanti alla PdG si impegnano a garantire una apertura giornaliera dello studio di almeno 5 ore, suddivise tra mattina e pomeriggio e, all'occorrenza, adottano il criterio della rotazione interna per le sostituzioni. Le riunioni periodiche di équipe (medici e personale di studio) per l'organizzazione delle procedure assistenziali, la verifica e il confronto, ancorché previste dall'ACN, rappresentano una caratteristica qualificante della PdG.

L'art. 41 dell'ACN prevede un incentivo economico di 3.61 euro ad assistito entro una percentuale massima del 5% degli assistiti in ambito regionale, importo e percentuale modificabili a livello regionale. *In Toscana, ad esempio, l'Accordo Integrativo Regionale del 2001 ha stabilito un aumento della percentuale al 15% e dell'indennità a 5,16 euro.*

della PdG, in Italia, e in Toscana, sta progressivamente crescendo in numero (anche al di là della percentuale per cui è prevista l'erogazione dell'incentivo) ed in complessità organizzativa.

La crescita della PdG in Italia, più lentamente prima dell'introduzione della definizione normativa e dell'incentivazione economica, rapidamente dopo, denota, al di là dell'appetibilità economica (peraltro non adeguata alle spese reali), l'esistenza di una motivazione culturale forte: l'abbandono rottura del tradizionale "isolamento" del professionista attraverso la condivisione con altri colleghi dell'attività professionale.

I numeri in Italia

Da un censimento effettuato in Italia nel 2000 da APeG (Associazione Pediatri in Gruppo) risulta che, allora, la percentuale dei Pediatri in gruppo (PiG) sul totale dei Pediatri di Famiglia (PdF) era di circa il 5,5%. Nel 2002 una analoga indagine effettuata solo in alcune regioni dimostrava una discreta tendenza all'aumento (Tab. I).

Tab. I. Dati: Censimenti nazionali PdG - APeG, 2000, 2002.

regione	% nel 2000	% nel 2002
Calabria	6,00%	9,70%
Emilia-Romagna	8,50%	10,70%
Friuli Venezia Giulia	0%	3,00%
Liguria	2,00%	6,50%
Lombardia	4,90%	6,70%
Piemonte	0%	2,10
Sardegna	4,80%	8,80%
Trentino	0%	4,00%
Umbria	11,00%	11,00%
Veneto	9,00%	7,30%

% dei PiG in Italia sul totale dei PdF nel 2000 e nel 2002

La storia e le motivazioni

La prima esperienza italiana di PdG vide la luce a Sassari nel 1984. Tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, in Italia esistevano già alcuni studi associati, non riconosciuti né incentivati dagli Accordi Collettivi Nazionali. Nel 1996, per la prima volta, l'ACN inquadrò normativamente la PdG (prevedendo un limite massimo di 4 Pediatri); da allora la modalità associativa si è rapidamente estesa. Attualmente in Italia esistono esperienze a due, tre, quattro Pediatri ed anche a cinque o a sei (ci sono due esperienze, una a Grosseto e una a Bollate, in Lombardia). Nel complesso si può affermare che la modalità associativa

Tab. II. I numeri della PdG in Toscana.

Anno	PdG	% PdG a 2	% PdG a 3	% PdG a 4	% PdG a 6	1 PdG + MMG	PdF toscani	% toscani	PIG/PdF
2000	10	50%	40%	10%		26	378	6,88%	
2002	17	52,94%	35,29%	5,88%	5,88%		46	408	11,27%
2004	27	40,74%	33,33%	14,81%	3,70%	7,41%	73	422	17,30%

I numeri in Toscana

Per quanto riguarda la situazione toscana, la tab.2 riporta i dati rilevati nel dicembre 2000, nel settembre 2002 e nel settembre 2004 (censimenti da me effettuati con la collaborazione dei segretari provinciali FIMP). Il numero delle PdG e della percentuale dei PIG appare in significativo e progressivo aumento (Tab. II).

Le Tabelle III e IV illustrano la distribuzione, nel settembre 2004, delle PdG e dei PIG nelle Asl toscane divisi per tipologia di gruppo.

La struttura

È certo che tutti i gruppi, al di là di tratti organizzativi comuni dovuti sia alla normativa che all'esistenza di aspetti lavorativi comuni, hanno sviluppato specificità strutturali ed operative. È altrettanto indubbio che esiste un rapporto

direttamente proporzionale tra numero dei Pediatri partecipanti alla PdG e sinergie sfruttabili nelle routine lavorative.

I dati desunti dal censimento del 2000 dimostrano che sono i gruppi più complessi (da tre PdF in su) a dotarsi con più frequenza di personale di studio, di rete informativa, e ad effettuare un orario di apertura giornaliero più ampio. A queste maggiori opportunità, peraltro, corrisponde, come fattore limitante, la necessità di integrare ed equilibrare le professionalità associate.

Queste considerazioni valgono a maggior ragione nel caso in cui il gruppo si avvalga della collaborazione di personale di studio, vuoi segretariale, vuoi infermieristico. In effetti, sembra che lavorare in tre o quattro, se il gruppo è ben equilibrato, sia più vantaggioso rispetto alla modalità "a due". Tuttavia, spesso chi vuole intraprendere un'esperienza di gruppo, per motivi vari, non può farlo se non associandosi con un altro collega e formando pertanto un gruppo a due. La citata indagine APeG ci dice che le PdG a due in Italia, nel 2000, rappresentavano ben il 56% del totale dei gruppi

Tab. III. Le PdG nelle Asl Toscane - (settembre 2004).

Asl	Numero PdG	PdG a 2	PdG a 3	PdG a 4	PdG a 6	PdG a 1 PdF+MMG
1. Massa e Carrara	0					
2. Lucca	0					
3. Pistoia	2	1	1			
4. Prato	3	1		2		
5. Pisa	1		1			
6. Livorno	6		3	1		2
7. Siena	2	2				
8. Arezzo	3	2				
9. Grosseto	1			1	1	
10. Firenze	7	4				
11. Empoli	2	1				
12. Viareggio	0					
Totale PdG	27	11	9	4	1	2

Tab. IV. I PIG nelle Asl Toscane – (settembre 2004).

Asl	Numero PIG	Associati in PdG a 2	Associati in PdG a 3	Associati in PdG a 4	Associati in PdG a 6	Associati in PdG a 1 PdF+MMG
1. Massa e Carrara	0					
2. Lucca	0					
3. Pistoia	5	2	3			
4. Prato	10	2		8		
5. Pisa	3		3			
6. Livorno	15		9	4		2
7. Siena	4	4				
8. Arezzo	8	4		4		
9. Grosseto	6				6	
10. Firenze	17	8	9			
11. Empoli	5	2	3			
12. Viareggio	0					
Totale PdG	73	22	27	16	6	2

Tab. V. Dati: Censimento nazionale 2000 – APeG.

Numero di PdF per gruppo			
PdG a 2	PdG a 3	PdG a 4	PdG a 5 PdG a 6
56%	28%	13%	2% 1%

(Tab. V), e in Toscana (Tab. II) la situazione non era e non è molto diversa. Infatti, nel 2000, su 10 PdG totali ben 5, cioè la metà, erano formate da 2 Pediatri, nel 2002 la percentuale saliva al 53%, per posizionarsi al 42% circa nel 2004.

Le modalità organizzative

Al di là di quanto previsto dalla cornice normativa, le PdG, secondo quanto risulta dalle indagini sin qui effettuate, ed in particolare dal censimento della PdG in Toscana effettuato nel settembre 2004, utilizzano frequentemente modalità organizzative

basate su alcuni punti specifici: la presenza di personale di studio, la implementazione di rete informatica locale, l'effettuazione di prestazioni di *self help*, l'ampliamento dell'orario di apertura dello studio.

Il personale di studio

Secondo i dati disponibili (Censimento APeG), nel 2000 il 65% delle PdG italiane usufruivano di personale di studio (il 95% considerando i gruppi da tre Pediatri in su, il 47% nel caso delle PdG a due). La maggior parte dei gruppi si avvaleva esclusivamente di personale di segreteria, l'8% solo di personale infermieristico, mentre il 5% impiegava entrambe le figure professionali.

In Toscana (dati settembre 2004), il 88,89% delle PdG (24 su 27) risultano impiegare personale di segreteria; 5 di queste PdG utilizzano, oltre alla segreteria, anche personale infermieristico (18,52% del totale delle PdG). Solo 2 gruppi (1 "a due" e 1 "a tre") non usufruiscono di personale di studio. È interessante notare che tutti i gruppi "a quattro", "a sei" e "PdF+MMG" utilizzano personale (Tab. VI).

Tab. VI. Il personale di studio nelle PdG toscane (settembre 2004).

PdG a 2 (n. 11)		PdG a 3 (n. 9)		PdG a 4 (n. 4)		PdG a 6 (n. 1)		PdF + MMG (n. 2)	
Segretaria	Infermiera	Segretaria	Infermiera	Segretaria	Infermiera	Segretaria	Infermiera	Segretaria	Infermiera
9	2	8	0	4	2	1	1	2	0
81,82%	18,18%	88,89%	0%	100%	50%	100%	100%	100%	0%

Da questi dati risulta evidente che la presenza di personale di studio è reputata essenziale dalla grande maggioranza delle PdG, in Italia e in particolare in Toscana. Il fattore economico sembra giocare un certo ruolo (minimo) nel caso di gruppo a due e a tre, ma è, di fatto, superato dalla “convenienza organizzativa” rappresentata dalla presenza del collaboratore. Sul basso numero di infermieri impiegati dai gruppi toscani giocano almeno due fattori: la scarsa reperibilità di personale sul mercato del lavoro e l'assenza di una specifica incentivazione.

La rete informatica

Nel 2000 (dati APeG) circa il 47% dei PiG italiani risultavano collegati in rete locale. In Toscana (dati settembre 2004), il 46,15% delle PdG risultano aver implementato una rete locale: in particolare tutte le PdG “a quattro”, “a sei” e “PdF + MMG”, mentre risultano averlo fatto solo il 33,33% delle PdG “a due” e il 25% delle PdG “a tre”. Se spostiamo l'ottica dalla PdG ai PiG, possiamo verificare che 36 Pediatri su 73 (il 49,31%) usufruiscono del collegamento in rete locale (Tab. VII).

Anche nel caso della rete informatica è rilevabile una correlazione tra utilizzo dello strumento e complessità del gruppo: i gruppi con più Pediatri appaiono più strutturati dei gruppi con meno Pediatri. Probabilmente, anche in questo caso, pur essendo prevista un'incentivazione, gioca un ruolo non secondario l'aspetto economico, anche se, sicuramente, appare prevalente il fattore “complessità organizzativa”.

Tab. VII. La rete informatica locale nelle pdg toscane (settembre 2004).

PdG a 2 (n. 11)	PdG a 3 (n. 9)	PdG a 4 (n. 4)	PdG a 6 (n. 1)	Pd F + MMG (n. 2)	PiG (n. 73)
3	2	4	1	2	36
27,27%	22,22%	100%	100%	100%	49,31%

Tab. VIII. L'orario medio giornaliero di apertura dello studio nelle PdG toscane (settembre 2004).

Tipo di PdG	PdG a 2	PdG a 3	PdG a 4	PdG a 6	PdF + MMG	Totale
Orario medio	8 ore e 11'	8 ore e 40'	9 ore e 30'	10 ore	8 ore	8 ore e 34'

Il self-help

Grazie anche alla diffusa incentivazione aziendale, si rileva facilmente che in Toscana (dati settembre 2004) il 100% delle PdG utilizza nella pratica ambulatoriale le metodiche di diagnostica rapida (*self-help*).

L'orario di ambulatorio

Una delle caratteristiche peculiari della PdG risiede nella estensione dell'orario di apertura dello studio, anche oltre quanto richiesto dall'ACN. Il censimento APeG del 2000 indicava un orario medio, in Italia, di 7 ore giornaliere. La citata indagine effettuata in Toscana nel settembre 2004 dimostra che, mediamente, le PdG toscane offrono un orario di apertura giornaliero di circa 8 ore e 40 minuti, con qualità che differenzia legata alla tipologia di PdG (Tab. VIII).

I vantaggi della Pediatria di Gruppo

La collaborazione tra colleghi, il confronto ed il reciproco supporto professionale, anche per ciò che riguarda le sostituzioni, sono caratteristiche “vantaggiose” della PdG, accanto alla maggiore possibilità di usufruire di personale di studio, di attrezzature diagnostiche complesse, di informatizzazione. Inoltre appare vantaggiosa la possibilità di avere una apertura prolungata dello studio, anche in relazione alle esigenze locali e stagionali, con una possibilità estesa di accoglienza ambulatoriale diurna dell'urgenza (con minor ricorso al Pronto Soccorso).

Le criticità della Pediatria di Gruppo

Sono fattori critici della PdG: la difficoltà a cambiare un metodo di lavoro sperimentato, la necessità di curare le dinamiche interpersonali nel gruppo (tanto più quanto il gruppo è esteso in numero) e il rischio di "sbagliare" nella scelta dei colleghi di gruppo, la frequente impossibilità ambientale o personale di costituire gruppi (comuni con 1 solo Pdf, scarisillegami tra Pdf operanti nel medesimo ambito).

La Pediatria in associazione

La Pediatria in Associazione (PIA) è formata, a norma dell'art. 53 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente, da due o più Pediatri o due o più PdG operanti nello stesso ambito, con studi distribuiti territorialmente, sempre che l'aggregazione "comporti un evidente miglioramento delle prestazioni erogate". Sono previste anche associazioni con medici di medicina generale (MMG), oltre alla possibilità, per più associazioni, di coordinarsi per l'erogazione di prestazioni.

I Pediatri partecipanti alla PIA si impegnano a garantire una apertura coordinata giornaliera degli studi di almeno 5 ore, distribuite tra mattina e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle 19.

I Pediatri aderenti condividono linee guide diagnostiche terapeutiche e prevedono momenti di comuni di revisione della qualità e di verifica dell'attività e dell'appropriatezza prescrittiva.

L'art. 41 dell'ACN prevede un incentivo economico di 3.10 euro ad assistito entro una percentuale massima del 30% degli assistiti in ambito regionale, importo e percentuale modificabile a livello regionale. In Toscana, ad esempio, l'Accordo Integrativo Regionale del 2001 ha stabilito una diminuzione della percentuale al 27% ed un aumento dell'indennità a 3,61 euro.

La storia

La PIA si è diffusa in Italia, dopo la definizione normativa, alla fine degli anni '90, in modo sicuramente più ampio rispetto alla PdG, per la maggiore praticabilità derivante dalla minor presenza di vincoli normativi (in particolare per l'assenza della sede unica). Un caso particolare quello della Regione Piemonte, che fin dall'inizio ha fatto una scelta in favore della PIA rispetto alla PdG.

I numeri in Italia

I dati relativi alla PIA sono scarsi e lacunosi, anche per la difficoltà. Da un censimento effettuato in Italia da APeG (Associazione Pediatri in Gruppo) risulta che nel periodo 2000-2002 la situazione di alcune regioni italiane, relativamente alla percentuale di Pediatri associati (PeA) sul totale dei Pdf, era quella indicata in Tabella IX.

Tab. IX. Dati: Censimento nazionale PIA - APeG, 2000, 2002.

% dei PeA in Italia tra il 2000 e il 2002	
Regione	%
Liguria	18,30
Lombardia	18,10
Piemonte	62,00
Emilia Romagna	10,00
Sardegna	8,70
Calabria	11,00
Sicilia	14,10
Umbria	9,00

I numeri in Toscana

Nel settembre 2004 è stato effettuato un censimento delle PIA toscane. La Tabella X riporta, per Asl, la suddivisione delle diverse tipologie di PIA. Da notare la diffusione della associazione in tutte le Aziende toscane e la notevole varietà di struttura, con esperienze anche assai complesse. È interessante notare come sia discretamente diffusa anche l'associazione con MMG, soprattutto laddove vi è un pediatra per ambito.

Altrettanto interessante è il dato relativo al numero totale di PeA (Tab. XI) che, rapportati al totale dei Pdf toscani, ne rappresentano quasi i 2/5 (38,15%), come evidenziato dalla tab.4. Se andiamo a sommare i PeA ai PiG, pur considerando che su 71 PiG 27 sono anche PeA, otteniamo un numero complessivo di 205 Pediatri associati in Toscana, quasi la metà del totale dei Pdf (48,58%).

Tab. X. Le PIA nelle Asl toscane (settembre 2004).

Asl	Numero PIA	PIA A 2	PIA A 3	PIA A 4	PIA A 5	PIA A 7	PIA A 8	PIA A 21 + MMG	1 Pdf + MMG	2 Pdf + PdG
1. Massa e Carrara	1		1							
2. Lucca	5		2	1				2		
3. Pistoia	5	2			1					
4. Prato	4		2		1	1				
5. Pisa	6		2		1			1	1	1
6. Livorno	2			1				1		
7. Siena	4	1		1				2		
8. Arezzo	4	2			1			1		
9. Grosseto	3	2						1		
10. Firenze	8	2	3		2	1				
11. Empoli	2	1	1							
12. Viareggio	3	1		2						
Totale PIA	47	11	13	5	6	1	1	1	7	1

Tab. XI. I PeA NELLE Asl TOSCANE (settembre 2004).

Asl	Numero PeA	PIA A 2	PIA A 3	PIA A 4	PIA A 5	PIA A 7	PIA A 8	PIA A 21 + MMG	1 Pdf + MMG	2 Pdf + PdG
1. Massa e Carrara	3		3							
2. Lucca	12		6	4				2		
3. Pistoia	15	4	6		5					
4. Prato	19		6		5	8				
5. Pisa	16		6		5			1	2	5
6. Livorno	25			4				21		
7. Siena	8	2		4				2		
8. Arezzo	10	4			5			1		
9. Grosseto	5	4						1		
10. Firenze	30	4	9		10	7				
11. Empoli	5	2	3							
12. Viareggio	10	2		8						
Totale PeA	161	22	39	20	30	7	8	21	7	5

Tab. XII. I numeri della PIA in Toscana (settembre 2004).

%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
PIA A 2	PIA A 3	PIA A 4	PIA A 5	PIA A 7	PIA A 8	PIA A 21	1 PdF + MMG	2 PdF + MMG	2 PdF + PdG	PeA toscani	PdF toscani	PeA/PdF
23,40%	27,66%	10,64%	12,76%	2,13%	2,13%	2,13%	14,89%	2,13%	2,13%	161	422	38,15%

È indubbio che nella nostra Regione si è sviluppato un forte interesse per le modalità associative di erogazione delle prestazioni, anche se non è facile paragonare tipologie assai diverse nei fatti come PdG, l'una decisamente più strutturata, l'altra necessitante di un lavoro di affinamento organizzativo. La agilità organizzativa della PIA la potrebbe rendere idonea come tipologia di scelta negli ambiti a bassa densità di PdF o laddove non è comunque possibile la PdG.

I vantaggi della PIA

Come per la PdG, sia pur senza la compresenza, anche per la PIA la collaborazione tra colleghi, il confronto ed il reciproco supporto professionale, anche per ciò che riguarda le sostituzioni, sono caratteristiche “vantaggiose”.

È inoltre da sottolineare la possibilità di collaborazione tra gli associati nel campo dei protocolli diagnostico-terapeutici. La PIA è poi vantaggiosa rispetto alla PdG nelle situazioni in cui ambientalmente non è possibile la individuazione della sede unica.

Le criticità della PIA

Sono fattori critici della PIA: la mancanza di stretto contatto professionale tra gli associati che possono vivere la PIA solo come una opportunità di erogazione di prestazioni urgenti non differibili ad assistiti di altri colleghi, lasciando in secondo piano l'aspetto più propriamente “associativo”; la necessità di dotare le PIA di rete informatica, come condizione per supplire alla mancanza di sede unica.



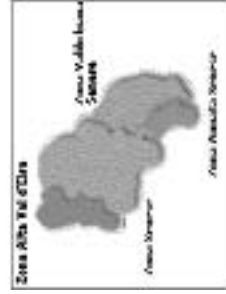
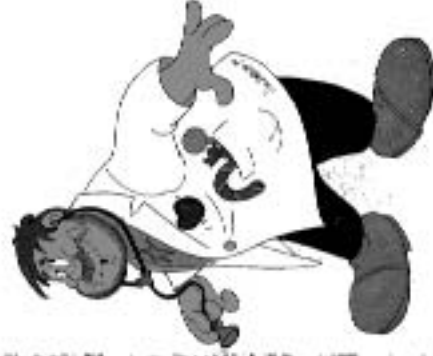
ATTIVITÀ DI UN PEDIATRA DI FAMIGLIA DI CAMPAGNA

Francesco Storelli

Pediatra di Famiglia, Asl 7 di Siena

Pediatra di Famiglia (PdF) di campagna: credo che sia un modo simpatico per definire chi, come me, condivide l'esperienza di operare lontano dai grossi centri e da solo. Descriverò innanzi tutto la realtà dove mi trovo a lavorare; passerò poi dare un'idea di come è organizzato il mio lavoro, avvertendo però che, proprio per questa sorta di "isolamento dorato" che si vive in periferia, le soluzioni organizzative e tecniche sono le più eterogenee e variano

molto in base al carattere, alla personalità ed alla fantasia di ciascun collega, e che, quindi, la professione di *PdF di campagna* sfugge a definizioni e descrizioni troppo rigide. Vivo e lavoro in Toscana, nella Asl 7 di Siena, zona Valdichiana senese. Il Distretto nel quale opero comprende i Comuni di Chiusi, Cetona, Sarteano, S. Casciano Bagni. Nel Distretto sono operanti due PdF ed il bacino di utenza è di circa 17.500 abitanti.



La mia attività si svolge su un unico ambulatorio situato a Chiusi Scalo, in quanto, quando mi è stata assegnata la convenzione, non erano stati accorpate i vari comuni ed a me competeva solo il Comune di Chiusi, quindi, il 90% dei miei assistiti sono residenti nel comune di Chiusi, mentre l'altra collega ha ambulatori a Cetona, Chiusi e Sarteano.

Sono titolare della Convenzione pediatrica dal 1993 e, attualmente, ho in carico circa 870 bambini, tra i quali sono equamente rappresentate tutte le fasce di età.

L'ambulatorio è aperto tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, circa 4 ore al giorno (ma nei periodi "di punta" si raggiungono tranquillamente le 6-7 ore di ambulatorio consecutive). All'ambulatorio si accede solo per appuntamento, che fisso personalmente, non avendo segretaria o collaboratore di studio, previo contatto telefonico.

Mantengo una reperibilità telefonica dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì, mentre nei prefestivi e festivi lascio a disposizione degli utenti una segreteria telefonica che controlla una- due volte al giorno per poter ricontattare telefonicamente le situazioni che ritengo più urgenti. Dal 2000 uso il programma di gestione della cartella clinica informatizzato *Junior bit*, con il quale ho assunto una certa dimestichezza e mi trovo molto bene. Attualmente è stata messa a punto anche la gestione dei bilanci di salute e delle prestazioni di *self-help* in base alla modulistica regionale e questo ha snellito molto anche le adempimenti burocratiche.

Il programma permette anche una dettagliata valutazione statistica su tutte le attività svolte.

L'ambulatorio è di mia proprietà, e, sporadicamente, vi ospito un collega chirurgo plastico per le sue visite libero-professionali, per il resto è a mia esclusiva disposizione, questo mi permette una certa elasticità anche per eventuali visite su appuntamento al di fuori dell'orario affisso sulla porta.

Dal 31/07/2003 al 31/07/2004 la mia attività è stata la seguente (Tab. I):

- visite ambulatoriali 3700 (85.75 % del totale);
- visite domiciliari 615 (14.25 % del totale);
- il numero medio di contatti ambulatoriali per assistito è stato di 4.22;

Tab. I. Attività svolta dal 31/07/2003 al 31/07/2004.

Totale contatti	4315
Visite ambulatoriali	3700 (85.75%)
Visite domiciliari	615 (14.25%)
Media contatti ambulatoriali/assistito	4.22
Media contatti domiciliari/assistito	0.7

- il numero medio contatti domiciliari per assistito è stato di 0.7.

La forte richiesta di visite domiciliari è una caratteristica del lavoro del *Pdf di campagna*, ed è legata alle tradizioni rurali ed al tipo di rapporto che si crea nelle piccole comunità, che rende molto più personali i canali di comunicazione. Nel mio caso, poi, trovandomi ad operare nel paese dove sono cresciuto e dove vivo con la mia famiglia, il "problema" è ancora più marcato.

Il trend di richiesta di domiciliari è comunque al ribasso anche nella nostra realtà, ma il processo dovrà essere necessariamente più lento che nei grossi centri.

Nel mio ambulatorio eseguo varie prestazioni di *self-help*: podoscopia, spirometria, impedenzometra, esame audiometrico tonale, otoscopia pneumatica, è, inoltre, possibile eseguire tamponi faringei, PCR semiquantitative, stick urine; possiedo anche un buon microscopio, con il quale eseguo esami delle urine a fresco e *scotch-test* per osiuri.

Dal 31/07/2003 al 31/07/2004 ho eseguito le seguenti prestazioni di *self-help*: 135 tamponi faringei per SBEGA, 61 otoscopie pneumatiche, 48 stick urine, 33 impedenzometrie, 20 esami podoscopici, 6 *scotch-test* per osiuri, 5 PCR semiquantitative (Tab. II).

Sempre nel periodo suddetto ho eseguito 489 bilanci di salute, 54 Stereotest di Lang, 49 BOEL test.

Ora che ho fornito un'idea "qualitativa e quantitativa" della mia attività, passerò ad esaminare i pro e i contro dell'essere un *Pdf di campagna*. Per comodità li suddividerò in:

- vantaggi;
- problemi superabili; e
- contro veri e propri.

Essendo per natura un ottimista inizierò dai vantaggi.

Tab. II. Prestazioni di *self-help* eseguite dal 31/07/2003 al 31/07/2004.

Tampone faringeo test rapido	135
Otoscopia pneumatica	61
Stick urine	48
Impedenzometria	33
Esame podoscopico	20
Scotch-test per osiuri	6
PCR semiquantitativa	5

I vantaggi di essere *Pediatra di Famiglia di campagna*

Al primo posto viene senza dubbio la qualità della vita, meno stressante e più tranquilla. Nel mio caso la vicinanza (meno di un'ora di macchina) con Siena, Arezzo e Perugia, permette di non sentirsi del tutto "sperduti", anche dal punto di vista culturale.

È inoltre meno stressante viaggiare e spostarsi durante la giornata, così come risulta abbastanza agevole trovare un parcheggio, questo compensa in parte i disagi creati da una maggiore richiesta di visite domiciliari (nei periodi "caldi" si riescono a fare fino a 3-4 domiciliari all'ora).

I costi di affitto o di acquisto dei locali dell'ambulatorio sono abbastanza contenuti, almeno rispetto ai prezzi delle città.

Il rapporto medico-paziente nelle piccole realtà rurali è molto personalizzato e questo ci permette di avere una conoscenza molto approfondita non solo dei nostri pazienti, ma anche del loro ambiente e delle loro famiglie. Questo vale anche per le famiglie immigrate, che, in una piccola comunità, non rimangono mai anonime e sconosciute, e con le quali, spesso, abbiamo rapporti anche al di fuori dell'attività lavorativa, rendendo più facile raggiungere una fiducia reciproca.

I problemi superabili

Per *problemi superabili* intendo quegli inconvenienti del lavorare nei piccoli centri che, attualmente, con un po' di organizzazione si possono facilmente ovviare. Primo tra tutti l'isolamento, inteso come distanza con i centri universitari di riferimento, problema attualmente meno sentito, grazie ai numerosi incontri culturali e sindacali che svolgiamo tra colleghi, anche a livello zonale, e grazie alle possibilità offerte da internet (*medline*, *forum pediatrica on line*, sito FIMP, ecc). La forte personalizzazione del rapporto medico-paziente figura sia tra i pro, sia tra i problemi, in quanto, se da un lato una conoscenza molto stretta dei propri pazienti e delle loro famiglie può favorire il nostro operato, dall'altro rende spesso impossibile il necessario distacco che dovremmo avere per lavorare serenamente.

Questo è comunque un problema che si presenta maggiormente quando si è più giovani, in quanto (purtroppo) la differenza di età tra il pediatra ed i genitori dei propri assistiti, tende spontaneamente a creare delle distanze virtuali anche tra chi vive in una stessa comunità. Anche la maggiore richiesta di visite domiciliari, talvolta incongrue, tende spontaneamente a ridursi man mano che il pediatra acquista "autorevolezza" all'interno della comunità. La mancanza di *privacy*, anche nel tempo libe-

ro, è il problema che può mettere più alla prova la pazienza del pediatra, ma, anche questo, con piccoli stratagemmi, diviene, se non risolvibile, almeno sopportabile.

I contro

Il problema più sentito è l'enorme difficoltà a trovare dei sostituti disposti a spostarsi in periferia, ciò rende necessario programmare le ferie ed i congressi anche con un anno di anticipo, e ci rende difficile affrontare il minimo imprevisto.

Il fatto di essere distribuiti uno o due per paese ci preclude la possibilità di formare gruppi, e quindi di accedere agli incentivi, e agli indubbi vantaggi organizzativi che la Pediatria di gruppo offre. Alcuni colleghi stanno attualmente tentando la forma dell'associazione tra *PdF di paesi* diversi, e i prossimi anni ci diranno se questo incontra o meno il gradimento dell'utenza.

Il costo di una segretaria o di un collaboratore di studio è troppo elevato per un solo professionista e questo, se si vuole mantenere un buono standard delle prestazioni ci impone un carico di telefonate e di stress che in alcuni periodi può divenire "pesante". Una soluzione potrebbe essere di condividere lo studio con qualche Medico di Medicina Generale (MMG), ma non sempre questo è fattibile. Mentre è possibile accedere a tutte le forme di incentivazione previste dall'ACN basate sulla erogazione di prestazioni (es. *self-help*), risulta impossibile ottenere quelle basate su una migliore organizzazione del servizio. Lo scarso numero di nascite e la scarsa popolazione dei singoli comuni fa sì che occorra molto tempo per arrivare al massimale e che, spesso, per avere un numero di iscritti sufficiente, si debbano aprire molti ambulatori, il che aumenta nettamente i costi di gestione.

Il fatto di essere distanti dalle scuole di specializzazione ci preclude la possibilità di svolgere tutoraggio di specializzandi, compito che ritengo altamente gratificante e qualificante la nostra professione. Oggi la professione di Pdf sta diventando quasi una branca pediatrica a parte, che richiede una formazione altamente specifica e diversificata rispetto a quella ospedaliera.

Siamo in tempi di rinnovo dell'ACN e, quindi, non posso esimermi dal valutare cosa, un nuovo accordo nazionale, potrebbe portare di nuovo per rendere più agevole la vita del *PdF di campagna*.

Ad un nuovo ACN potremmo chiedere ad esempio delle incentivazioni economiche per i colleghi che sono costretti ad aprire più di uno studio sul territorio, o la possibilità che il secondo o terzo studio siano a carico della Asl o forniti dalla Asl stessa.

La Pediatria in rete rappresenta forse l'unica forma di col-

laborazione praticabile per Pdf che operano in zone limitrofe. Solo che la sua definizione resta tutt'ora fumosa e poco chiara, tanto che, credo, non siano ancora state avviate esperienze di questo tipo. Questa attività potrebbe essere incentivata e sperimentata più a fondo.

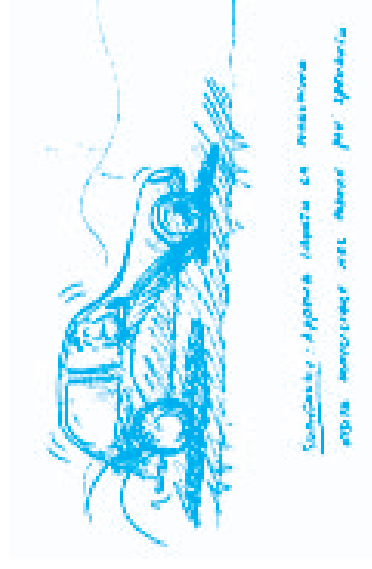
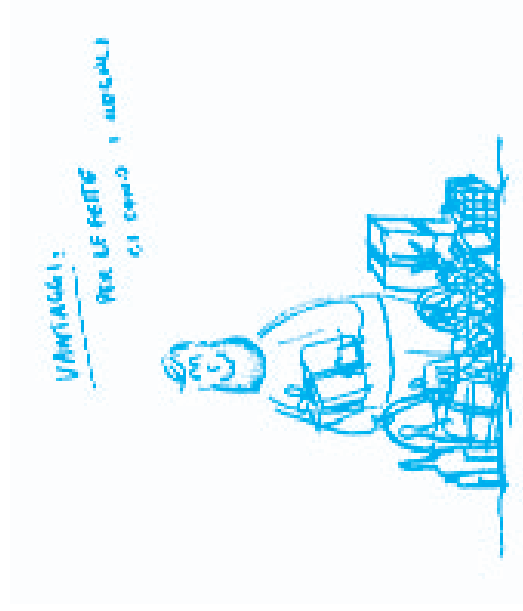
Una migliore normativa della visita domiciliare (che, secondo me, non deve però essere abolita per legge), ed una successiva divulgazione che chiarisca esplicitamente i diritti e i doveri del medico e dell'utenza, potrebbe aiutarci a ridurre gradualmente il carico.

Il servizio di consulenza alla continuità assistenziale andrebbe strutturato in modo che sia accessibile anche dai centri periferici. I punti che è previsto vengano attivati sono probabilmente troppo pochi. È chiaro che il numero degli operatori vada aumentato. Una soluzione potrebbe

essere quella di utilizzare anche i colleghi specialisti che ancora non sono titolari di convenzioni, fino a creare un vero e proprio elenco USL da utilizzare anche per le sostituzioni.

Vista l'utilità, riconosciuta anche dai direttori delle scuole di specializzazione, che gli specializzandi facciano esperienze con i Pdf, sembra un controsenso che non si dia loro la possibilità di effettuare brevi sostituzioni.

Concludendo, credo che, a conti fatti, la qualità di vita che offre operare in un piccolo centro compensi i piccoli svantaggi che questo comporta. Se i nuovi accordi ci terranno un po' più in considerazione le cose potranno migliorare ulteriormente. Parafrasando un termine caro a noi vecchi attivisti antinucleari degli anni '80 potremmo dire: "Pediatria di Famiglia di campagna? Sì grazie!"



Mamme italiane, “buone infermiere”

Mamme italiane brave infermiere quando il bimbo sta male

L'80% teme la febbre, ma il 61%, anche se il termometro si alza, ha imparato a non perdere la testa e sa prendere in mano la situazione con calma e razionalità. Lo rivela una ricerca promossa da *Boots Healthcare*, condotta da *Coesis Research* intervistando al telefono 200 madri in tutta la penisola di età compresa tra i 20 e i 45 anni e con figli tra i 6 mesi e i 10 anni.

Dall'indagine emerge inoltre l'importanza del Pediatra, ritenuto la figura più rassicurante e il primo punto di riferimento in caso di malattia del bebè.

Promossa anche la condotta del papà. Controverso, invece, il ruolo della nonna: se nel 50% dei casi tranquillizza o minimizza i sintomi del nipotino, nel 21%, ben una volta su cinque, viene vista come una fonte d'ansia in più.

Ripensando alla prima infanzia dei propri figli – riferisce una nota – a otto mamme su dieci la parola febbre evoca sentimenti allarmistici: di preoccupazione (46%), apprensione (17%), ansia (7%), agitazione (6%), paura (3%) o addirittura terrore (1%).

Il 78% del campione ritiene rischiosa una temperatura superiore ai 38,5-39 gradi, mentre il 10% non si preoccupa finché il termometro non sale a 40. In ogni caso, però, le madri dicono di comportarsi in modo molto (13%) o abbastanza razionale (48%).

Solo il 3% ammette di essere “molto allarmista”.

Nervi ancora più saldi per il partner, che secondo le intervistate, in caso di malessere del figlio, mantiene un atteggiamento molto (17%) o abbastanza razionale (50%).

Se il bimbo di casa sta male – prosegue l'indagine – l'81% delle mamme italiane interpellata il medico; il 9% chiede un parere alla propria madre mentre un 10% fa da

sola. Parole di elogio al Pediatra, in grado di tranquillizzare (80%) o di minimizzare i sintomi e le preoccupazioni (11%) e disponibile (6%) a visitare il piccolo anche solo per rassicurare le madri più ansiose. Ad assistere il bimbo sono nel 66% dei casi mamma e papà, che per curare il figlio stanno a casa dal lavoro. Nel 20% dei casi intervengono invece la baby-sitter o i nonni, mentre il 14% dei genitori dice di non modificare in alcun modo le proprie abitudini.

Ma come si comporta il bimbo malato?

Agli occhi di mamma appare più coccolone (34%), meno vispo e più tranquillo (30%), nervoso (19%) e sempre ansioso di stare in braccio (16%). Da parte loro le madri sono spesso pronte ad accontentarlo, anche con qualche strappo alla regola.

Il 50% cerca di passare con il figlio quanto più tempo possibile, il 22% gli permette il dormire nel lettone, il 9% torna a casa con un regalino, l'8% gli concede più tv alla sera, il 6% gli racconta la fiaba della buonanotte e il 4%, pur non rinunciando all'ufficio, lo chiama più volte al giorno per rassicurarlo e sentire come sta.

Se il bimbo di casa sta male – prosegue l'indagine – l'81% delle mamme italiane interpellata il medico; il 9% chiede un parere alla propria madre mentre un 10% fa da sola. Parole di elogio al Pediatra, in grado di tranquillizzare (80%) o di minimizzare i sintomi e le preoccupazioni (11%) e disponibile (6%) a visitare il piccolo anche solo per rassicurare le madri più ansiose. Ad assistere il bimbo sono nel 66% dei casi mamma e papà, che per curare il figlio stanno a casa dal lavoro.

Nel 20% dei casi intervengono invece la baby-sitter o i nonni, mentre il 14% dei genitori dice di non modificare in alcun modo le proprie abitudini.

Studio osservazionale sull'utilizzo del dosaggio della Proteina C Reattiva (CRP) nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia

R. Marinello, M. Picca

Pediatrati di Famiglia, Milano

In collaborazione con:

F. Argirò (Milano), C. Bertozzi (Imola), A. Ciarrocca (Milano), P. L. Cremonini (Imola), M. de'Angelis (Rho), M. Giussani (Novate M.se), M. Lo Giudice (Palermo), P. Lo Russo (Milano), M.M. Mariani (Arezzo), U. Pancani (Arezzo), A. Pedone (Milano), G. Poggini (Arezzo), G. Ravalli (Arezzo), L. Reggiani (Imola)

Pediatrati di Famiglia

G. Faini, I. Fassina, A. Di Polo

Centro Eleusi, Università Bicconi di Milano

Introduzione

La febbre è la causa più frequente di accesso nell'ambulatorio pediatrico e in pronto soccorso, soprattutto nei bambini di età inferiore ai tre anni. Circa il 20% dei bambini con iperipressia non presenta alcuna causa di febbre identificabile con anamnesi ed esame obiettivo¹. Benchè la maggior parte di questi bambini risulti affetto da infezioni virali benigne, i più piccoli presentano un maggior rischio di infezione batterica severa (IBS).

Circa il 2-3% presenta una batteriemia occulta, mentre il 2-8% dei casi è affetto da infezione delle vie urinarie². Un problema comune per il Pediatra ambulatoriale è la diagnosi differenziale tra manifestazioni cliniche che possono essere causate sia da virus che da batteri, con le ovvie implicazioni di ordine terapeutico che ciò comporta. Clinicamente l'aspetto generale è uno dei fattori più importanti utilizzati per classificare i bambini febbrili. L'elaborazione di un punteggio per valutare le condizioni cliniche e il rischio di batteriemia (*The Yale Observation Scale Score*), studiato nel 1982 propone che i bambini con punteggio 6-10 abbiano una bassissima probabilità di avere un'infezione importante, mentre quelli con punteggio tra 11-15 una probabilità maggiore (23%), quelli infine con punteggio superiore a 15 il 93% di probabilità di malattia grave³.

Quindi l'utilizzo di questo score dovrebbe essere di aiuto

nell'approccio al bambino febbrile nei primi tre anni di vita, ma i valori di sensibilità e specificità risultano poco soddisfacenti.

Pertanto la gestione del bambino con iperipressia rimane dibattuta, poiché non esiste nessuna metodica diagnostica sufficientemente sensibile e specifica⁴.

L'emocoltura rimane il *gold standard* per la diagnosi di batteriemia occulta, tuttavia il tempo medio necessario per la positivizzazione dell'emocoltura è di 15-16 ore e può raggiungere le 24-48 ore, con il conseguente rischio di complicanze⁵.

La conta leucocitaria è il test di *screening* più comunemente utilizzato, e le attuali linee guida indicano il valore di 15000 globuli bianchi/mmc come *cut-off* tra pazienti che possono essere tenuti in osservazione e pazienti meritevoli di terapia antibiotica^{5,6}.

Diversi studi suggeriscono come la proteina C reattiva (CRP), una proteina di fase acuta rapidamente sintetizzata a livello epatico nella maggior parte delle infezioni, possa essere utile per la diagnosi e il follow-up delle patologie infettive⁷⁻¹¹, in quanto consentirebbe la differenziazione tra forme batteriche e virali^{12,13}.

In genere, in caso di infezione batterica acuta invasiva si ottengono valori molto elevati di CRP raggiungendo anche valori tra 150 e 300 mg/L (2).

Al contrario, nella maggior parte delle infezioni virali raggiunge valori inferiori a 20-40 mg/L (2).

La sensibilità e la specificità di tale metodica sembrano elevate^{7,8} e, con l'eccezione di pochi studi, la CRP appare più accurata della conta leucocitaria^{9,14} e della velocità di eritrosedimentazione (VES)¹³ nel differenziare le forme virali da quelle batteriche.

In particolare, Pullman ha riportato che la CRP è più affidabile della conta leucocitaria e della conta dei neutrofilii nel predire quali bambini con febbre siano affetti da IBS, e identifica il valore di 50mg/L come discriminante tra forme virali e forme batteriche⁹.

Anche nel contesto ambulatoriale il dosaggio quantitativo della CRP, mediante un procedimento semplice e veloce, sembra particolarmente utile: la sua concentrazione può essere misurata da un campione di sangue capillare, i risultati sono rapidamente disponibili e il costo contenuto. Sulla base di queste considerazioni abbiamo condotto uno studio osservazionale sull'utilizzo della CRP quantitativa (*Quick-Read* – Orion Diagnostica) nei bambini affetti da febbre di origine sconosciuta (FOS) o da infezioni delle vie aeree inferiori (IVAI), per determinare l'applicabilità della metodica nella pratica clinica (ambulatorio del Pediatra di Famiglia), la correlazione tra i valori di CRP e i dati clinici e di laboratorio, le scelte terapeutiche basate sull'esito del test, la compliance del paziente e la soddisfazione delle famiglie.

Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale di Milano Città: un consenso informato è stato richiesto ai genitori dei bambini.

Pazienti e metodi

Hanno aderito allo studio 16 Pediatri di Famiglia (8 maschi, 8 femmine), convenzionati con il S.S.N. da un tempo medio di 17.25 ± 3.45 anni, operanti in quattro regioni d'Italia (Lombardia, Emilia, Toscana, Sicilia).

Ciascun Pediatra ha compilato 3 questionari:

1. uno per la raccolta dei dati anagrafici personali, informazioni sulla organizzazione professionale e sulla pratica di *self-help* nella propria attività clinica;
2. uno per i dati riguardanti l'esecuzione del test, *compliance* e soddisfazione della famiglia;
3. uno per i dati di diagnosi, terapia e follow-up del caso clinico.

Sono stati arruolati tutti i bambini affetti da FOS o IVAI, visitati nel periodo compreso tra il 1 marzo e il 1 luglio 2003 presso gli ambulatori dei Pediatri aderenti allo studio.

Sono stati esclusi i soggetti con gravi patologie (croniche e non) e i soggetti per i quali non era stato possibile completare il follow-up.

La misurazione della CRP è stata eseguita dal Pediatra mediante il test *Quick-Read CRP* – Orion Diagnostica (illustrato nella Fig. 1) in ciascun caso arruolato alla prima visita ed eventualmente ripetuto, secondo il giudizio del medico.

Attraverso il questionario per i pazienti sono stati raccolti i seguenti dati:

- dati anagrafici del bambino (età, sesso);
 - segni e sintomi riscontrati in occasione della prima visita, durata ed entità della febbre e, per i bambini di età inferiore a 36 mesi, il punteggio di *Yale*;
 - sospetto diagnostico alla prima visita;
 - tempo necessario per l'esecuzione del test rapido per la CRP ed eventuali difficoltà incontrate nel corso della procedura;
 - *compliance* del paziente;
 - soddisfazione della famiglia;
 - informazioni sul follow-up: esami di laboratorio e terapia antibiotica prescritta, ospedalizzazione, diagnosi finale.
- L'analisi statistica (costruzione di distribuzioni di frequenza semplici e congiunte) è stata condotta presso il Centro Eleusi, Università Bocconi di Milano.

Risultati

Attività dei Pediatri

I Pediatri operanti in Toscana (4 Pediatri) e in Emilia (3) lavoravano in gruppo, mentre quelli operanti in Lombardia (8) e Sicilia (1) in ambulatori associati o singoli.

I dati riguardanti l'attività di *self-help* praticata dai Pediatri aderenti allo studio sono riportati in Tabella I.

Un Pediatra infine utilizzava il test per gli antigeni precoci dello pneumococco nelle urine.

L'organizzazione dell'ambulatorio prevedeva in 4 casi la presenza di una segretaria ed infermiera, in 1 caso un'infermiera, in 8 una segretaria, in 3 non era presente personale di studio.

La maggior parte dei Pediatri eseguiva personalmente la misurazione della CRP rapida e gli altri test ambulatoriali, a volte con l'aiuto di una infermiera, nella sala visita o in altra stanza.

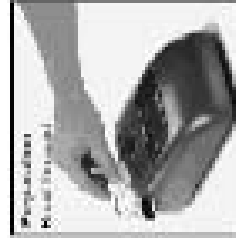
Prima di eseguire il test è stato richiesto un consenso informato orale dei genitori nel 90% dei casi; solo due Pediatri hanno chiesto un consenso scritto prima della procedura.

Problemi tecnici con la fornitura e la conservazione del kit (data di scadenza, problemi di consegna), sono stati riferiti dal 25% dei Pediatri.

Il 45% dei Pediatri esponeva nella sala di attesa un elen-



Instructions for use

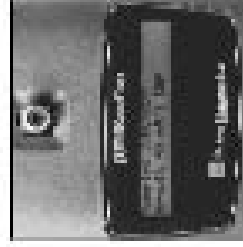
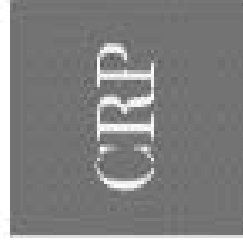


1 Draw the test strip into the device.

2 Draw the test strip into the device.

3 The test strip will be inserted into the device.

4 The test result will be displayed on the screen.



Orion Diagnostica
 Orion Corporation, Orion Diagnostica
 P.O. Box 100, FIN-00010 Vammala
 Finland
 Tel. +358 (0)20 422 2200
 Fax. +358 (0)20 422 2201
 www.oriondiagnostica.fi

4 Draw the test strip into the device. See the CRP. suggested by pouring clean the area part of the cap.

5 Draw the test strip into the device. See the CRP. suggested by pouring clean the area part of the cap.

6 The test result will be displayed on the screen.

Fig. 1. Quick-Read – Orion Diagnostica e procedura di esecuzione del test.

co dei test diagnostici eseguibili presso il proprio ambulatorio. Attualmente, l'attività pediatrica di *self-help* in Lombardia è a carico della Asl, in Toscana è previsto un contributo parziale dell'amministrazione locale, in Emilia

Romagna e Sicilia tutta l'attività di *self-help* è a carico del paziente.

Popolazione arruolata

Sono stati arruolati nello studio 189 bambini; le caratteristiche sono riportate in Tabella II.

Tab. I. Dati riguardanti l'attività di *self-help* praticata dai Pediatri aderenti allo studio.

N. Pediatri	16
CRP	16
SBEA	16
Conta leucocitaria	2
Stick urine	16
Prick-test	7
Agglutinine a-frigore	7
Test mononucleosi	2

Tab. II. Le caratteristiche di 189 bambini arruolati nello studio.

	Gruppo A (FOS)	Gruppo B (IVAI)
Numero	120	69
Maschi/Femmine	58/62	29/40
Età media (anni)	1,82 ± 1,67	4,40 ± 2,83

Test CRP

Sono state raccolte 185 risposte sulle caratteristiche del test, sulla *compliance* dei pazienti, sulla soddisfazione delle famiglie.

Gli aspetti tecnici relativi alla esecuzione del test sono riassunti nella Tabella III.

Tab. III. *Gli aspetti tecnici relativi alla esecuzione del test.*

Tempo di esecuzione (min.)	7,37 ± 4,06
Difficoltà tecniche (problemi strumentali nel corso della procedura)	35/185
Difficoltà dell'operatore (ripetizione del test)	1/185

Il tempo medio necessario per l'esecuzione del test, dalla fase iniziale alla comunicazione dell'esito, è risultato di 7,37 ± 4,06 minuti (*range* 3-19'). Tempi particolarmente lunghi sono stati registrati da colleghi che non comunicano l'esito al termine dell'esecuzione del test, bensì in momenti successivi.

In 35 casi (18,9%) sono state riportate difficoltà tecniche, principalmente legate a problemi dello strumento nel corso della procedura; queste difficoltà sono state segnalate soprattutto dai Pediatri che utilizzavano da poco tempo la metodica.

Solo in un caso sono state riferite difficoltà legate all'operatore (difficoltà di prelievo), con la necessità di ripetere l'esame.

Compliance del paziente e soddisfazione della famiglia

Sono state raccolte 185 risposte. I dati di compliance sono riassunti nella Tabella IV e Va.

Tab. IV. *Compliance dei pazienti.*

Collaboranti	112/185
Moderatamente collaboranti	49/185
Non collaboranti	23/185
Nessuna risposta	1/185

Tab. Va. *Soddisfazione della famiglia.*

Buona	153/185
Abbastanza buona	19/185
Scettica	3/185
Nessuna risposta	10/185

Durante la fase del prelievo, il 60,5% dei bambini erano tranquilli e collaboranti, il 26,4%, meno collaboranti, e il 12,4% oppositivi.

In 153/185 casi (82,7%) i genitori hanno valutato il test come facile e non invasivo, in 19/185 (10,2%) accettabile senza problemi. Solo in 3 casi il test è stato giudicato invasivo. Nel 97% dei casi i genitori si sono detti disposti a ripetere il test in futuro, se necessario.

Le ragioni principali riferite per accettare con favore il test sono state: diagnosi più accurata (56%), terapia più appropriata (68,6%), possibilità di evitare l'ospedalizzazione e altri esami di laboratorio (44,3%), risparmio di tempo (29,1%).

Dati clinici alla prima visita

I dati clinici ottenuti alla prima visita sono riportati in Tabella V.

Tutti i bambini presentavano febbre da almeno 12 ore, il punteggio di *Yale* era mediamente basso indicando uno stato generale poco compromesso.

Le diagnosi sospettate in occasione della prima visita nel gruppo A sono state: FOS di probabile origine virale (s.o.v.) in 79 bambini (65,8%), di probabile origine batterica (s.o.b.) in 41 (34,1) (Tabella VI).

Nel gruppo B, è stato posto il sospetto diagnostico di bronchite in 39 pazienti (56,5%) e di polmonite in 30 casi (43,4%).

Risultati del test rapido per la CRP

Nella Tabella VII sono riportati i dati di CRP per il Gruppo A e Gruppo B.

Il valore medio di CRP rilevato è stato di 44,32 ± 43,05 mg/L nei bambini con FOS e di 47,53 ± 38,17 mg/L nei pazienti con IVAI. Valori superiori a 8 mg/L sono stati misurati in 73/120 (60,8%) e in 31/69 (44,9%) casi nel gruppo A e B rispettivamente.

Esami di laboratorio, terapia antibiotica, follow-up

I dati sulla prescrizione di esami, terapia antibiotica e follow-up sono riassunti nella Tabella VIII.

Una terapia antibiotica è stata prescritta in 28/120 (23,3%) e 42/69 (60,8%) casi nel gruppo A e B rispettivamente.

In 20/120 (16,6%) bambini con FOS e in 22/69 (31,8%) casi di IVAI sono stati effettuati esami di laboratorio. Le indagini più frequentemente prescritte sono state: emocromo con formula, VES, CRP, anticorpi anti-*mycoplasma*, agglutinine a-frigore, stick urine, Rx torace,

Solo tre pazienti con FOS (2,5%) e tre pazienti con IVAI (4,3%) hanno necessitato di ospedalizzazione. I motivi dell'ospedalizzazione sono risultati una infezione delle basse vie respiratorie in 3 soggetti con IVAI e in 2 con FOS ed una sindrome di Kawasaki in 1 paziente del gruppo FOS.

Discussione

Uno dei problemi più dibattuti per il Pediatra di Famiglia è l'approccio e la gestione ambulatoriale dei bambini con febbre di origine sconosciuta. In particolare, nei bambini di età inferiore ai 3 anni la causa più frequente è la patologia virale benigna, ma in questa fascia di età il 2-3% presenta una batteriemia occulta e rischio di infezione batterica severa.

La valutazione clinica mediante lo score di Yale presenta una sensibilità del 74% e una specificità del 76%, quindi è uno strumento insufficiente a selezionare le situazioni a rischio.

Per quanto riguarda i test di laboratorio Pulliman ha riportato che la CRP è più affidabile della conta leucocitaria e della conta dei neutrofili nel predire i bambini a rischio di IBS occulta e il valore superiore a 50 mg/L sarebbe predittivo di forma batterica.

A tutt'oggi non esiste un test diagnostico sufficientemente sensibile e specifico.

Abbiamo condotto uno studio osservazionale sull'utilizzo della CRP quantitativa nei bambini affetti da febbre di origine sconosciuta (FOS) o da infezioni delle vie aeree inferiori (IVAI), per determinare l'applicabilità della metodologia nella pratica clinica (ambulatorio del Pediatra di base), la correlazione tra i valori di CRP e i dati clinici e di laboratorio, le scelte terapeutiche basate sull'esito del test, la compliance del paziente e la soddisfazione delle famiglie. I risultati preliminari suggeriscono la buona applicabilità della misurazione rapida della CRP nell'ambulatorio pediatrico.

La metodica appare infatti semplice e rapida da eseguire: il tempo medio richiesto per la sua esecuzione dall'inizio della procedura alla comunicazione dei risultati è di circa 7 minuti.

In alcuni casi i tempi riportati sono particolarmente allungati perchè il risultato non viene comunicato contestualmente al test. Alcuni problemi di esecuzione sono stati segnalati soprattutto dai Pediatri che eseguivano da poco tempo la metodica; l'acquisizione di manualità

Tab. V. I dati clinici ottenuti alla prima visita.

	Gruppo A (FOS) N = 120	Gruppo B (IVAI) N = 69
Durata della febbre		
12-23 h	40	18
24-47 h	52	36
≥ 48 h	28	15
Valore della febbre		
< 38°C	6	8
38-39°C	65	38
≥ 39°C	48	16
Punteggio di Yale (età < 36 mesi)		
Valore	7,5 ± 1,53	7,48 ± 1,69
Range	6-11	6-12

Tab. VI. Sospetto diagnostico alla prima visita nei pazienti con FOS.

FOS (s.o.v.)	79 (65,8%)
FOS (s.o.b.)	41 (34,1%)

Tab. VII. I dati di CRP per il Gruppo A e Gruppo B.

	Gruppo A (FOS)	Gruppo B (IVAI)
Valore medio (mg/L)	44,32 ± 43,05	47,53 ± 38,17
N. < 8 mg/L	47/120	38/69
N. > 8 mg/L	73/120	31/69

Tabella VIII.

	Gruppo A (FOS)	Gruppo B (IVAI)
Prescrizione di antibioticoterapia	28/120 (23,3%)	42/69 (60,8%)
Esami di laboratorio	20/120 (16,6%)	22/69 (31,8%)
Ospedalizzazione	3/120 (2,5%)	3/69 (4,3%)

ed esperienza sono in grado di eliminare queste difficoltà

È stata rilevata una buona accettabilità da parte dei genitori e dei bambini: l'87% dei pazienti era tranquillo e coltorante nel corso del prelievo, il 93% dei genitori con-

siderava il test non invasivo e il 97% era disposto a ripeterlo in futuro se necessario.

Il ricorso ad esami di approfondimento diagnostico risulta basso soprattutto nelle forme di FOS (16,6%). L'utilizzo della terapia antibiotica, pari al 23,3% dei casi di FOS e 60,9% di IVAI, appare contenuto e guidato dal dosaggio di CRP che sembra quindi essere di aiuto nel porre una diagnosi più mirata.

Il tasso di ospedalizzazione è stato molto basso: 2,5% e 4,3% dei pazienti con FOS e IVAI rispettivamente.

In conclusione, la misurazione della CRP sembra un test di laboratorio utilizzabile nella valutazione ambulatoriale del bambino febbrile: la metodica appare semplice, a costo contenuto, e ben accettata da bambini e genitori.

In particolare le famiglie apprezzano la facile esecuzione in ambulatorio, la pronta risposta diagnostica, la possibilità di evitare attese, spostamenti e differimento della scelta terapeutica da parte del Pediatra in caso di patologia acuta febbrile o di infezione delle basse vie respiratorie, notoriamente causa di ansia, preoccupazione e spesso inappropriato ricorso a servizi d'urgenza e/o a ulteriori accertamenti clinici.

I dati sulla prescrizione degli esami di approfondimento diagnostico e della terapia antibiotica, suggeriscono che la misurazione quantitativa della CRP è uno strumento utile nel determinare una maggiore accuratezza diagnostica, nel favorire un più razionale ricorso agli esami di laboratorio e corretta prescrizione di farmaci con indubbio risparmio di risorse sanitarie da parte del SSN. Ulteriori studi sono necessari per valutare più accuratamente i valori di riferimento della CRP e l'utilizzo della metodica come uno degli strumenti guida nella gestione del bambino con patologia infettiva.

Bibliografia

- Soman M. *Characteristics and management of febrile young children seen in a university family practice*. J Fam Pract 1985;21:117-22.
- Shaw KN, Gorelick MG, McGowan KL, McDaniel Yakscoe M, Schwartz JS. *Prevalence of urinary tract infection in febrile young children in the emergency department*. Pediatrics 1998;102(2).
- McCarthy PL, Lembo RM, Baron MA, Fink HD, Cicchei DV. *Predictive value of abnormal physical examination findings in ill-appearing and well-appearing febrile children*. Pediatrics 1985;76:167-71.
- Bachur R, Perry H, Harper M. *Occult pneumonias: empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis*. Ann Emerg Med 1999;33:166-173.
- Alpern ER, Alessandrini EA, Bell LM, Shaw KN, McGowan KL. *Occult bacteremia from a pediatric emergency department: current prevalence, time to detection, and outcome*. Pediatrics 2000;31:679-87.
- National Guidelines Clearinghouse. *Evidence based clinical practice guideline of fever of uncertain source. Outpatient evaluation and management for children 2 months to 36 months of age*. 2000. www.guideline.gov.
- Putto A, Ruuskanen O, Meurman O, et al. *C-reactive protein in the evaluation of febrile illness*. Arch Dis Childhood 1986;61:24-9.
- Peltola H, Jaakkola M. *C-reactive protein in early detection of bacteremic versus viral infections in immunocompetent and compromised children*. J Pediatr 1988;113:641-6.
- Pulliman NP, Attia MW, Cronan KM. *C-reactive protein in febrile children 1 to 36 months age with clinically undetectable serious bacterial infection*. Pediatrics 2001;108(6):1275-9.
- Isaacman DJ, Burke BL. *Utility of the serum C-reactive protein for detection of occult bacterial infection in children*. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(9):905-9.
- Prat C, Dominguez J, Rodrigo C, Gimenez M, Azuara M, Jimenez O, et al. *Procalcitonin, C-reactive protein and leukocyte count in children with lower respiratory tract infection*. Pediatr Infect Dis J 2003;22(11):963-8.
- Hansson LO, Lindquist L. *C-reactive protein: its role in the diagnosis and follow-up of infectious diseases*. Curr Opin Infect Dis 1997;10:196-201.
- Hansson LO, Carlsson I, Hansson E, Hovelius B, Swenson P, Tryding N. *Measurement of C-reactive protein and the erythrocyte sedimentation rate in general practice*. Scand J Prim Health Care 1994;12:70-6.
- Berger RM, Berger MY, van Steensel-Moll HA, Dzojlic Danilovic G, Derksen-Lubsen G. *A predictive model to estimate the risk of serious bacterial infection in febrile infants*. Eur J Pediatr 1996;155:468-73.

La Varicella nel Calendario Vaccinazioni della FIMP: il perché di una scelta

G. Vitali Rosati

Pediatra di Famiglia, Firenze

La FIMP ha preso posizione in campo delle strategie vaccinali pubblicando nel marzo 2003 il suo primo calendario vaccinale ¹. In tale occasione si è impegnata ad aggiornarlo annualmente sulla base delle nuove conoscenze scientifiche, la situazione epidemiologica le esigenze organizzative e le novità messe a disposizione dall'industria. Nel settembre 2004, ha mantenuto l'impegno preso ed ha pubblicato il suo primo aggiornamento ².

Vorrei qui soffermarmi sul cambiamento di posizione relativo alla vaccinazione antivariella. Come si può notare, nella prima pubblicazione era previsto che tale vaccinazione fosse offerta solamente nelle situazioni a rischio e nei bambini sani suscettibili dal tredicesimo anno di vita, nell'aggiornamento di quest'anno invece si propone che possa diventare una **vaccinazione universale**.

Vaccinazione Antivariella nel Calendario FIMP 2004

La FIMP ritiene che il vaccino antivariella debba divenire una vaccinazione universale.

In particolare riconosce la validità e l'importanza di progetti di vaccinazione universale effettuati in regioni italiane come la Sicilia dove viene praticata al compimento dei 15 mesi e dei 12 anni.

La FIMP prende atto che alcune commissioni vaccini, regionali ed aziendali hanno diffuso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione negli adolescenti suscettibili, come proposto dal calendario FIMP 2003. Questa pratica vaccinale, di fatto, impedisce il paventato spostamento della malattia verso fasce di età più avanzate, e dà la possibilità d'inserimento della vaccinazione anche in età inferiore a prescindere dalla copertura vaccinale raggiunta.

La FIMP, per tali motivi, in modo particolare dove è prevista la vaccinazione negli adolescenti, ritiene **che la vaccinazione dovrà essere, di fatto, inserita nei calendari vaccinali a partire dai 15 mesi**. Al momento, reputa comunque compito del pediatra dare una corretta informazione alla famiglia sull'esistenza di un vaccino sicuro ed efficace che può essere effettuato a tutte le età.

La vaccinazione antivariella deve essere effettuata nel corso del tredicesimo anno di vita ai soggetti che risultano non aver ancora contratto la malattia.

Tale vaccinazione deve essere effettuata inoltre ai soggetti appartenenti alle seguenti categorie:

- soggetti senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio (leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica e trapianti renali, persone con infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una porzione di CD4 > 25%);
- adulti suscettibili, specialmente dopo esposizione con soggetti infetti, personale sanitario non immunizzato;
- soggetti suscettibili che vivono con persone immunodepresse quali: persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possono alterare i meccanismi immunitari (leucemie, linfomi, neoplasie che interessano il midollo osseo o il sistema linfatico), con deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia o disimmaglobulinemia o in trattamento immunosoppressore di lunga durata;
- donne in età fertile senza precedenti di varicella (in questo caso si consiglia una ricerca attiva); la vaccinazione va praticata procrastinando la possibilità di intraprendere la gravidanza per 1 mese (la vaccinazione non va effettuata in gravidanza).

La vaccinazione si effettua con una dose di vaccino a partire dal compimento dei 12 mesi di vita dopo il compimento dei 12 anni sono necessarie due dosi a distanza di 4-8 settimane.

La vaccinazione **postesposizione** è efficace nella prevenzione della malattia, se effettuata entro le 72 ore e non oltre le 120 ore dal "contatto" considerato dal momento della comparsa dell'esantema.

Perché un tale cambiamento in un solo anno? Analizziamo quanto di nuovo è accaduto in questo lasso di tempo.

L'importanza dell'infezione da virus varicella-zoster (VZV) come problema di sanità pubblica si è resa maggiormente evidente con l'aumentare della disponibilità delle informazioni epidemiologiche e dei dati di farmacoeconomia da parte di vari Paesi relativi a tale malattia.

La varicella è infatti la più diffusa malattia dell'infanzia e determina moltissime giornate di malattia con conseguente perdita di scuola e di lavoro e con enormi danni di tipo sociale ed economico³⁻⁴. Essa può dar luogo a quadri clinici gravi e complicati che talvolta rendono necessario il ricovero. Un recente studio italiano⁵ evidenzia che le complicanze della varicella sono circa il 4% e che lo 0.6% richiede l'ospedalizzazione. È quindi evidente che anche se i casi complicati rappresentano una percentuale esigua, questi diventano in assoluto un numero ragguardevole, data l'alta incidenza della malattia. Se provassimo a confrontare il numero assoluto di casi di complicanze gravi di varicella che inducono il ricovero, con il numero di meningiti da meningococco o da pneumococco noteremmo che le prime rappresentano più del doppio. Ma la percezione di gravità di malattia del

meningococco è molto più alta, ciò deriva dal fatto che noi pediatri vediamo giornalmente molti casi di varicella comune mentre le complicazioni sono rare e sono meno percepite, pur costituendo in assoluto un nucleo ragguardevole.

Le complicazioni più importanti sono rappresentate dall'infezione secondaria della cute e delle mucose, dalla polmonite, dalle encefaliti e dalle nevralgici. In Germania sono state esaminate le complicanze della varicella⁶ in una popolazione di 14.025.867 bambini e si è visto che le complicanze neurologiche complessivamente rappresentano il 61.3% (cerebelliti, encefaliti, meningiti e paralisi del facciale), le complicanze infettive il 36% (cellulite, accessi, fascite necrotizzante ed artrite settica) e quelle ematologiche il 4%.

In Italia si calcola che vi siano circa 540.000 casi di varicella per anno, l'andamento è di tipo endemico/epidemico, con picchi nel periodo primaverile che diminuisce soltanto nei mesi estivi in coincidenza con la chiusura delle scuole⁷ (Fig.1). Dai dati di SPES sull'andamento delle malattie prevenibili con vaccinazione si nota come ormai la varicella sia rimasta la malattia più diffusa e come sia invece ridotta l'incidenza delle malattie per le quali è stato avviato un programma vaccinale.

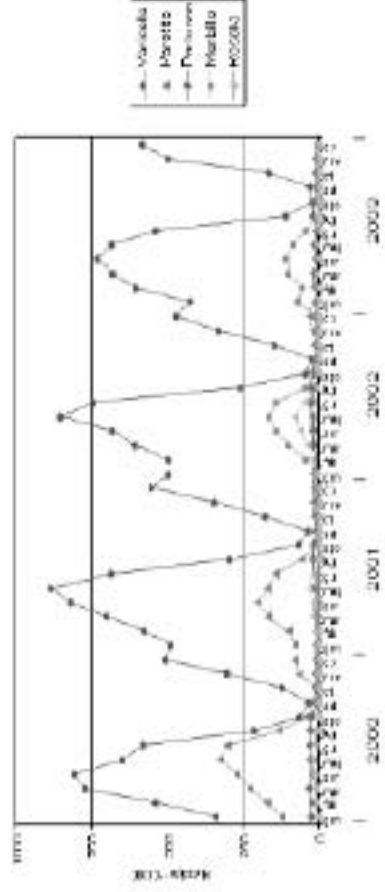


Fig. 1.
Andamento gennaio 2000-
dicembre 2003 – Rete SPES.
Bambini da 0 a 14 anni
(incidenza varicella: 5.63%;
Incidenza morbillo: 0.54%)

È da notare come i dati ufficiali, relativi l'incidenza della varicella, sono spesso sottovalutati a causa della scarsa propensione da parte dei medici a notificare e la malattia pertanto rappresenta un **problema di rilevanza sicuramente maggiore** di quanto appare dalle notifiche⁸.

In passato i medici davano ai propri assistiti un'immagine tendenzialmente benigna di questa malattia nel tentativo di rassicurare: oggi tale posizione non è sostenibile e non ha più ragione di essere. I pediatri erano costretti a tenere un tale atteggiamento, quando nei confronti di questa malattia non disponevano né di armi terapeutiche, né di

alcuna possibilità di prevenzione, quando quindi, l'unica possibilità era quella psicologica del tranquillizzare e rassicurare; le complicanze sono sempre esistite, ma non era opportuno allarmare visto che le nostre possibilità erano limitate: si trattava quindi di bugie a fin di bene. Tutti noi ricorderemo le famose anamnesi patologiche remote, effettuate anni addietro, quando scrivevamo: "ricorda i comuni esantemi infantili"; oggi sappiamo che i cosiddetti "comuni esantemi infantili" non sono malattie che i bambini devono prendere, ma sono malattie temibili da evitare e combattere; credo che l'esperienza del

morbillo con la recente epidemia in Campania e gli 8 decessi, sia tale da far meditare ed indurre tutti i pediatri ad un sostanziale cambiamento.

Le ospedalizzazioni per varicella, secondo il ministero della salute⁹, dal 1999 al 2002 sono complessivamente 6.288 e sono in aumento. Esaminando l'anno 2002 si nota come l'età di maggiore incidenza è quella fino a 14 anni e in questa fascia di età complessivamente si trovano il 64,4% dei ricoveri. Questo dato è in contrasto con quanto si diceva in passato e cioè che le ospedalizzazioni fos-

sero molto più frequenti nell'adulto¹⁰. Lo stesso si può dire considerando (Fig. 2) la percentuale di encefaliti post-varicella divise per fasce di età. Analizzando tali dati possiamo infatti notare come la frequenza delle encefaliti sia concentrata essenzialmente nei primi 14 anni; ciò deve farci riflettere anche sull'età in cui debba essere più opportuno vaccinare, sembrerebbe infatti meno utile da questo punto di vista, effettuare una vaccinazione negli adolescenti visto che le ospedalizzazioni e le encefaliti avvengono nel bambino più piccolo.

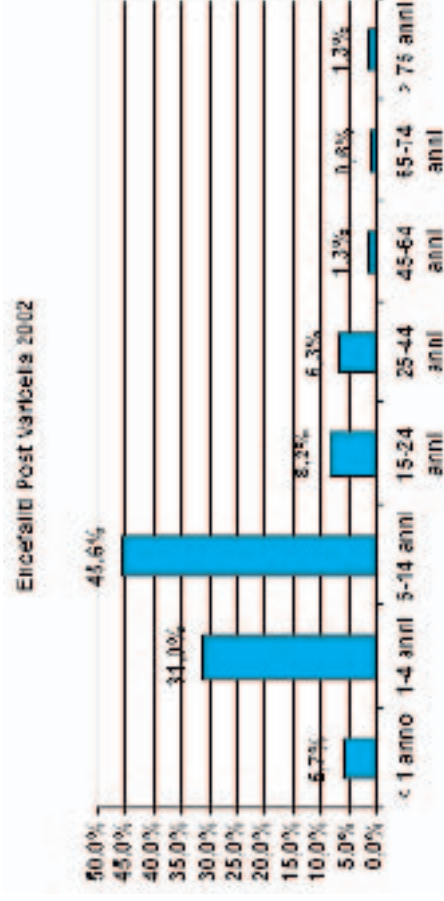


Fig. 2. Encefaliti Post Varicella 2002.

Il vaccino antivariella è del tipo a virus vivo attenuato, in Italia ne esistono due tipi: il ceppo Oka/Merck (Varivax) e quello Oka Rit GlaxoSmithkline (Varilrix); è dimostrato che sono entrambi efficaci, sicuri. Il vaccino determina la produzione di un titolo anticorpale protettivo nel 97% dei soggetti in età pediatrica, quando viene somministrato sotto i 12 anni, al di sopra di quell'età per avere la stessa sierocconversione sono necessarie due dosi effettuate a distanza di 2 mesi.

Gli effetti collaterali sono praticamente nulli e quasi sempre localizzati: dolori al sito di inoculazione (26% dei casi), arrossamento (4%) esantema varicella-like vicino al sito di inoculazione (2%). Tra le reazioni generali la febbre si verifica nel 10-15% dei casi, nel 2% si ha una modesta eruzione cutanea con non più di sei maculo-papule-vescicole.

Negli Stati Uniti, dove l'unico vaccino antivariella utilizzato è il vaccino di ceppo Oka/Merck (Varivax), la vaccinazione è presente nella schedula vaccinale già dal 1995 e viene effettuata al 15°-18° mese. I dati dal 1995 al 2000 mostrano che tra i 19 ed i 35 mesi si è raggiunta, solo progressivamente, una copertura vaccinale che a se-

conda delle zone varia dal 73% all'83%. I dati dimostrano una cospicua riduzione dell'incidenza della malattia, compresa tra il 71 e l'84%, che riguarda non solo le fasce di età dei vaccinati, ma tutta la popolazione, dimostrando così anche che la vaccinazione determina una protezione globale in tutta la popolazione ed una significativa riduzione dei ricoveri.

Può essere giusto soffermarsi un momento sulla attuale discussione sul numero di dosi del vaccino, infatti alcuni studi hanno denunciato che potrebbero essere necessarie due dosi anche al di sotto dei 12 anni¹²⁻¹³, si nota infatti che in situazioni di altissima copertura vaccinale, nelle quali cioè il virus selvaggio circola poco, si possono verificare, dopo alcuni anni dalla vaccinazione, alcuni casi di varicella lieve; è indiscusso che l'efficacia per le forme moderate e gravi sia sempre molto alta e vari dai valori del 86% della Gallil¹² a quelli del 95% di Barna¹⁴ e quelli del 97,6% del recentissimo lavoro del MMWR¹⁵. Tali osservazioni, dal punto di vista della Sanità Pubblica, nella nazione ove la vaccinazione è in atto, non hanno influenzato minimamente il programma vaccinale, in quanto l'obiettivo è la riduzione globale del numero dei casi, delle complicanze e delle ospedalizzazioni, che si ottiene comple-

tamente con l'attuale schedula. Dal nostro punto di vista cioè quello di un pediatra di famiglia, al momento attuale è da promuovere comunque l'inizio della vaccinazione con una dose, al limite specificando che con tale modalità si ha la certezza di evitare le forme gravi e che per il futuro potrebbe essere necessario riconsiderare la possibilità di una seconda dose. Altra considerazione da fare comunque è che il declino eventuale di protezione descritto, si verifica in zone di altissima copertura vaccinale, quindi in Italia, ove per ora, la circolazione del virus rimane alta, una dose di vaccino è sicuramente protettiva perché si possono ipotizzare numerosi booster esterni da virus selvaggio.

Al momento attuale a **livello nazionale** la vaccinazione contro la varicella è stata finora raccomandata solo per alcune categorie a rischio (Circolare Ministero della Sanità n. 8 del 1992). L'indagine ICONA 2003 ha mostrato che la percentuale di bambini vaccinati entro due anni è estremamente bassa (0,1%). Siamo in attesa del nuovo Piano Nazionale Vaccini che dovrebbe uscire a breve.

Si possono ipotizzare diverse strategie di vaccinazione:

- tutti i bambini a 15 mesi;
- gli adolescenti suscettibili;
- tutti i bambini a 15 mesi e tutti gli adolescenti fino alla riunificazione delle coorti;
- nessuno.

Viene dimostrato come il miglior rapporto costo beneficio si otterrebbe con la vaccinazione di tutti i bambini a 15 mesi¹⁶. Le simulazioni effettuate con modelli matematici hanno messo in evidenza che se si raggiungono coperture vaccinali dell'80% nella popolazione dei nuovi nati o del 50% in quella degli adolescenti ancora suscettibili si ha una riduzione del totale dei casi del 94% con un effetto herd-immunity positivo anche sugli adulti suscettibili. Minore efficienza del programma vaccinale si ha invece con basse coperture (20-30%), che ridurrebbero il numero dei casi nelle prime fasce di età ma sposterebbero il numero dei suscettibili verso l'età adulta¹⁷.

Per poter scegliere correttamente quale strategia adottare bisogna comunque tener conto della situazione in cui ci troviamo e delle reali possibilità di vaccinare e ciò per valutare se è ragionevole ipotizzare di riuscire a raggiungere le coperture previste.

L'esperienza Italiana della vaccinazione antimorbillosa, per la quale in alcune regioni siamo ancora lontani dalla desiderata copertura vaccinale maggiore dell'85%, aveva indotto alcuni medici ad un atteggiamento di pessimismo e quindi di prudenza.

A partire dal 1998 si è formato il Gruppo di lavoro Europeo per la Varicella (**EuroVar**), per studiare i principali aspetti dell'epidemiologia della varicella in Europa. Nel maggio 2004¹⁸ i componenti di EuroVar sono pervenuti ad un Consensus che riporta le raccomandazioni di sottoporre alla vaccinazione contro la varicella i bambini tra i 12 e i 18 mesi. Inoltre viene proposto il recupero di tutti i soggetti in età pediatrica, ancora suscettibili alla malattia e di età inferiore a 13 anni. Infine viene raccomandata la vaccinazione anche in età successiva e negli adulti suscettibili. Questa strategia deve essere attivata solo nel caso in cui vi siano le condizioni per ottenere una copertura vaccinale molto elevata.

Recentemente anche la **Germania**¹⁹ ha deciso di offrire la vaccinazione in modo universale ai bambini tra gli 11 ed i 14 mesi insieme al vaccino MPR e tra i 9 ed i 17 anni. In Italia la Commissione Nazionale vaccini sta individuando, al momento attuale come obiettivo primario di un programma vaccinale su larga scala, la prevenzione dei casi a maggior rischio di complicanze (soggetti suscettibili con un rischio specifico correlato a patologie preesistenti o alle condizioni di lavoro) e in linea con le indicazioni dell'OMS ha dichiarato che la vaccinazione universale contro la varicella può essere introdotta laddove sia possibile raggiungere e mantenere nel tempo una copertura vaccinale elevata (85%-90%).

La **Regione Sicilia** ha fatto partire dal 01/01/2003 un progetto di vaccinazione antivariella con ceppo Oka/Merck, offerto gratuitamente e attivamente a tutti i bimbi di 15 mesi contestualmente ai ragazzi di 12 anni anamnesticamente negativi e ai suscettibili che lo richiedano²⁰. Tale programma sta già portando buoni frutti e dai primi dati si nota una riduzione dell'incidenza della malattia e delle ospedalizzazioni. Con un decreto del 23 marzo 2004 si è stabilito il programma di uno studio prospettico sui dati di copertura vaccinale nella regione Sicilia che ci consentirà un follow-up sui risultati di tale strategia.

Calendario Vaccini Fimp 2004

Vaccino	Nascita	3° mese*	5° mese	7° mese	13° mese	14° mese	15° mese	3° anno	6° anno	13° anno	14°-15 anni
DTP		DTPa	DTPa		DTPa				DTPa		dfpa
ANTIPOLOIO		IPV	IPV		IPV			IPV			
EPATITE B	Epaltite B**	Epaltite B	Epaltite B			Epaltite B					
MPR						MPP			MPP		
Hib		Hib	Hib		Hib						
EPATITE A							In zone di focolaio				
PCV		PCV	PCV			PCV					
MCC			MCC			MCC					
VARICELLA							Vaccino***				Varicella
INFLUENZA							Influenza				

* Il vaccino esavalente, l'antipneumococcico (PVC) e l'antimeningococcico (MCC) possono essere somministrati anche in sedute vaccinali diverse nel corso dello stesso mese (dal 61° al 90° giorno).

** Per i nati da madri HBV positive.

*** Dove è prevista la vaccinazione negli adolescenti.

In alcune regioni, come proposto dal calendario FIMP 2003, le commissioni vaccini hanno diffuso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione negli adolescenti suscettibili. Questa pratica vaccinale, di fatto, impedisce il paventato spostamento della malattia verso fasce di età più avanzate, e dà la possibilità d'inserimento della vaccinazione anche in età inferiore a prescindere dalla copertura vaccinale raggiunta.

Il recente lavoro di Coudeville dimostra che anche coperture vaccinali del 45% possono dare una riduzione dell'incidenza della malattia del 41% e delle ospedalizzazioni del 25%²¹; lo stesso studio dimostra anche che le ipotesiche e, forse troppo enfatizzate, ripercussioni che potrebbero seguire una scarsa e disomogenea copertura vaccinale, si renderebbero evidenti solo dopo un periodo di 20 anni dall'inizio della vaccinazione. Sappiamo bene che anche a livello di Sanità Pubblica, il vaccino antivaricella è inserito tra quelli che saranno offerti in modo universale con diffusione capillare in tutto il territorio nazionale in un tempo assai breve (comunque inferiore a 20 anni); ciò quindi rende libero chiunque intenda avvalersi di questa possibilità di prevenzione, a parer mio, anche nelle regioni ove non è prevista la vaccinazione negli adolescenti.

Sulla base di queste considerazioni è il momento per giungere ad una rivalutazione delle strategie vaccinali contro la varicella.

Tale rivalutazione deve essere effettuata in primo luogo dalle commissioni regionali vaccini che dovranno inserire la varicella nel proprio calendario già dal 15° mese mettendo in atto campagne che garantiscano il raggiungimento di coperture vaccinali adeguate.

Nel frattempo, nell'attesa che tali programmi vengano implementati, i pediatri devono iniziare a proporre la vaccinazione a tutti i propri assistiti dal 15° mese con recupero dei non vaccinati che abbiamo superato tale età.

Questo comportamento si basa su due fattori il primo è il dovere nei confronti del proprio assistito che ha il diritto a proteggersi da una malattia che può causare complicazioni, l'altro è il fatto che il vaccino, effettuato anche senza le garanzie di un'elevata copertura vaccinale, non può fare danno alla comunità e quindi è da valutare alla stregua di tutte le altre vaccinazioni delle quali possiamo disporre.

La posizione del Pediatra di Famiglia (PdF) infatti di fronte all'utilizzo di nuovi vaccini (sicuri ed efficaci) deve essere anticipatoria di quanto la Sanità pubblica farà, pur nell'assoluto rispetto della comunità; l'esperienza di altre vaccinazioni come quella del morbillo, o della pertosse può esserne una conferma. Ricordiamo tutti che negli anni 80 facevamo acquistare il vaccino MPR ad alto prezzo e in farmacie di altri stati nel interesse dei nostri assistiti: oggi tali vaccini fanno parte di un Piano Nazionale di eradicazione; ciò dimostra che **le scelte del PdF hanno sem-**

pre costituito e costituiranno dei validi presupposti per il comportamento della Sanità Pubblica.

Anche in Italia quindi la varicella deve diventare entro brevissimo tempo **una vaccinazione universale**, quindi un inizio immediato della vaccinazione da parte dei pediatri di famiglia è **etica, legittima, doverosa** e darà una riduzione dell'incidenza della malattia e delle sue complicanze ed ospedalizzazioni.

Bibliografia

- 1 Chiamenti G, Meneghelli G, Vitali Rosati G. *Calendario Nazionale FIMP 2003*. Il Medico Pediatra 2003;12:104-11.
- 2 Chiamenti G, Vitali Rosati G, Lubrano P. *Calendario Nazionale FIMP 2004*. Note di accompagnamento. Roma: Ed. Gestifimp 2004.
- 3 Sharrar RG, LaRussa P, Galea SA, Steinberg SP, Sweet AR, Keatley RM, Wells ME, Stephenson WP, Gershon AA. *The postmarketing safety profile of varicella vaccine*. Vaccine 2001;19:916-23.
- 4 Lieu TA, Cochi SL, Black SB, et al. *Cost-effectiveness of a routine varicella vaccination program for US children*. J Am Med Assoc 1994;271:375-81.
- 5 Fornaro P, Gandini F, Marin M, Pedrazzi C, Piccoli P, Tognetti D, et al (Italian Sentinel Group on Pediatric Infectious Diseases). *Epidemiology and cost analysis of varicella in Italy: results of a sentinel study in the pediatric practice*. Pediatr Infect Dis J 1999;18:414-9.
- 6 Ziebold C, von Kries R, Lang R, et al. *Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey*. Pediatr Infect Dis J 1999;18:414-9.
- 7 www.spes.iss.it
- 8 Moretti F, Chellini E, Baretti S, Santini MG, Vitali Rosati G, Comodo N. *Stima della sottotifica di alcune malattie infettive attraverso una rete di pediatri sentinella*. Epidemiologia e prevenzione 2000;24:224-7.
- 9 www.ministerosalute.it
- 10 Guess AH, Broughthon DD, Melton LJ, Kurland RT. *Population-based studies of Varicella complications*. Pediatrics 1986;78(Suppl.):723-7.
- 11 Steward JF, Watson BM, Peterson CL, Mascola L, Pelosi JW, Zhang JX, et al. *Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States 1995-2000*. JAMA 2002;287:606-11.
- 12 Galil K, Lee B, Strine T, et al. *Outbreak of varicella at a Day-Care Center despite Vaccination*. NEJM 2002;347:1909-15.
- 13 Gershon AA. *Varicella vaccine are two doses better than one?* NEJM 2002;347:1962-3.
- 14 Tugwell BD, Lee LE, Gillette H, Lorber E, Hedberg K, Cieslak PR. *Chickenpox Outbreak in a Highly Vaccinated School Population*. Pediatrics 2004;113:455-9.
- 15 Centers for Disease Control and Prevention. *Outbreak of Varicella Among Vaccinated Children*. Michigan 2003. Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:389-92.
- 16 Schufman PA, Lowin AV, Burgess MA. *The cost-effectiveness of varicella vaccine programs in Australia*. Vaccine 1999;18:407-15.
- 17 Salmaso S, et al. *La prevenzione della varicella in Italia*. Ann Ig 2002;14:35-44.
- 18 Rentier B, Gershon A. *Varicella Vaccination of Healthy Children: a Challenge for Europe*. Pediatric Infectious Disease Journal 2004;23:379-89.
- 19 *Eurosurveillance*. 2004; vol. 8, issue 31.
- 20 Regione Siciliana. *Vaccinazione Antivaricella nella Regione Siciliana*. Circolare N° 1087 del 02-07-2002.
- 21 Coudeville L, Brunot A, Giacchino C, et al. *Varicella vaccination in Italy: an economic evaluation of different scenarios*. Pharmacoeconomics 2004;22:839-55.

Il Vaccino Antirovirus

Alan R. Shaw, *Virus & Cell Biology, Merck Research Laboratories,*

Penny M. Heaton, Vaccines and Biologicals Clinical Research, Merck Research Laboratories

I rotavirus sono la causa più frequente di gastroenterite grave in quanto determinano il 45% circa di tutti i casi di questa patologia che si presentano con un quadro clinico di rilievo. Quasi tutti i bambini vanno in contro all'infezione entro il quinto anno di vita. I sintomi della gastroenterite da rotavirus non sono sostanzialmente diversi da quelli presenti nei casi che derivano da altri agenti infettivi e sono rappresentati da diarrea, vomito, febbre e dalle modificazioni del comportamento che seguono alla disidratazione e alle alterazioni elettrolitiche. I rotavirus infettano le cellule di rivestimento del piccolo intestino, modificandone la permeabilità e causando perdite liquide. Al momento, non vi è altra terapia efficace che la reidratazione orale o endovenosa, utile a riparare le perdite di acqua e di elettroliti. La presenza di vomito può rendere difficile o addirittura impedire la reidratazione orale.

Negli U.S.A. le infezioni da rotavirus comportano ogni anno circa 500.000 visite ambulatoriali, 55.000 ospedalizzazioni e 20-40 decessi. I valori relativi alle ospedalizzazioni tendono, probabilmente, a sottostimare il reale impatto di queste infezioni perché, per una anomalia della politica di rimborso dei ricoveri, la patologia da rotavirus è frequentemente etichettata come disidratazione. Nei Paesi del Terzo Mondo, soprattutto in conseguenza della limitata possibilità di accesso alle cure mediche, il rotavirus è, ogni anno, la causa di morte di 500.000-1.000.000 di soggetti.

Ad oggi, non esistono vaccini o farmaci antivirali capaci di prevenire o trattare la patologia da rotavirus. Diversi, tuttavia, sono i vaccini che sono stati o sono attualmente in sperimentazione: uno di questi è il vaccino polivalente ricombinato umano-bovino che sta per essere valutato in 11 Paesi (Italia, Belgio, Finlandia, Germania, Svezia, Messico, Guatemala, Costa Rica, Jamaica, Taiwan e U.S.A.).

Per comprendere il meccanismo con il quale il vaccino polivalente ricombinato umano-bovino induce una risposta immunitaria protettiva, bisogna partire dalla genetica e dalla immunologia dei rotavirus. I due maggiori obiettivi della risposta immunitaria sono le proteine presenti sulla superficie del virus, la proteina G (una proteina glicosilata) e la proteina P (che deve essere scissa da una proteasi per esercitare la sua azione). La proteina C può essere presente sotto forme diverse e determina la differenziazione dei rotavirus nei differenti sierotipi usati per la classificazione. La grande maggioranza dei casi di diarrea da rotavirus è legata a 4-5 sierotipi. Anche la proteina P può evocare una risposta immunitaria specifica. Gli animali, in particolare tutti i vertebrati, sono suscettibili all'infezione da rotavirus ma ciascuna specie viene infettata da virus specie-specifici.

I rotavirus hanno una struttura genetica unica. Il loro genoma è costituito da 11 segmenti di acido nucleico che si comportano come cromosomi in miniatura. Ciascuno di essi contiene il codice genetico per una delle 11 proteine necessarie per la costituzione del virus. Se si infetta una cellula con due rotavirus diversi, entrambi possono replicarsi e dal mescolamento dei cromosomi di ciascuno di essi possono formarsi virus con caratteristiche derivate da ciascuno dei due virus originari, in accordo con quanto un tempo dimostrato da Mendel nel suo storico esperimento con i piselli.

Seguendo questa logica è possibile combinare i geni di un rotavirus bovino, che non causa malattia nell'uomo, con i geni di vari rotavirus umani di differente sierotipo. Per esempio, si può ricombinare un virus bovino con il gene che codifica per la proteina G derivante da un rotavirus umano. In questo modo si può avere un virus che non è patogeno ma che contiene la principale proteina verso la quale si esercita la risposta immunitaria protettiva nell'uo-

mo. Una situazione di questo tipo è assai simile a quanto fatto per il vecchio maggiolino Volkswagen, nel quale le parti meccaniche sono state modificate per creare un'auto con prestazioni diverse ma nella quale la carrozzeria è rimasta assai simile a quella del vecchio modello. Con questa strategia, sono stati creati in laboratorio 4 diversi virus bovini, ciascuno con una diversa proteina G di derivazione umana (G1, G2, G3 e G4), e un virus bovino contenete la più comune proteina P presente nei virus umani. Questi 5 virus ricombinati costituiscono il vaccino candidato ad essere utilizzato negli studi clinici in Italia.

Il vaccino in sperimentazione si presenta in forma liquida per somministrazione orale, ha un volume di circa 2 mL e deve essere conservato in frigorifero alla temperatura di +2 - +8 °C. Il veicolo contiene un tampone, per proteggere il vaccino dall'acidità gastrica. Lo schema vaccinale prevede 3 somministrazioni, spaziate di 1-2 mesi, a partire da 6-12 settimane di vita.

La gravità della malattia da rotavirus viene graduata secondo la frequenza e la durata della diarrea e del vomito, l'importanza della febbre e delle modificazioni del comportamento secondarie alla disidratazione. Negli studi clinici attualmente disponibili, il vaccino ha avuto un'efficacia di circa il 70% nei confronti di tutte le forme da rotavirus e di circa il 100% nei confronti dei casi gravi. La tollerabilità è stata molto buona perché non vi è stato, rispetto al placebo, alcun significativo aumento dei casi di febbre, di vomito o di diarrea dopo ciascuna delle 3 dosi di vaccino.

È attualmente in corso uno studio di dimensioni molto ampie (> 60.000 lattanti) volto a verificare non solo la effettiva efficacia del vaccino nella formulazione finale ma anche la sua sicurezza per quanto riguarda il rischio di comparsa di invaginazione intestinale. Tale studio nasce da quanto verificatosi nel 1998, quando un vaccino anti-rotavirus basato su un virus infettivo per la scimmia è stato registrato negli U.S.A. e la sorveglianza successiva alla commercializzazione ha dimostrato che la somministrazione di questo preparato poteva essere seguita, con frequenza inaspettatamente elevata, 3-14 giorni dopo la pri-

ma o la seconda dose, da invaginazione intestinale. Malgrado questo vaccino sia stato ritirato dal commercio, gli studi relativi al nuovo preparato sono stati proseguiti perché le differenze tra questo e quello derivato dal virus infettivo per la scimmia sono molto notevoli. In assenza di vaccinazioni contro i rotavirus, la frequenza di comparsa di invaginazione intestinale è di 1 caso ogni 2000 bambini/anno e lo studio relativo al nuovo vaccino è stato pianificato in modo da poter valutare se la frequenza di comparsa di questa patologia nei vaccinati e nei controlli non è sostanzialmente diversa e, quindi, clinicamente accettabile. Nel momento in cui questo articolo viene redatto non si hanno ancora dati definitivi ma la frequenza globale dei casi di invaginazione è inferiore a quella normalmente attesa. Inoltre, non vi è evidenza di maggiore incidenza di patologia nelle due settimane successive alla somministrazione del vaccino o del placebo cosicché il gruppo che controlla la raccolta dei dati e la sicurezza dello svolgimento della ricerca ogni 6 mesi ha potuto raccomandare la prosecuzione dello studio.

Naturalmente uno studio di queste dimensioni ci ha permesso di valutare anche altre variabili ed in particolare: 1) la sicurezza globale del vaccino; 2) la immunogenicità di altri vaccini somministrati contemporaneamente; 3) l'efficacia del vaccino nel migliorare gli indici prognostici della gastroenterite da rotavirus.

Lo sviluppo di questo vaccino si è protratto per oltre 20 anni. Il primo esempio di vaccino ricombinato umano-bovino è stato prospettato da Fred Clark a da Paul Offit all'Ospedale dei Bambini di Filadelfia e considerato da Merck & Co., Inc come prodotto da sviluppare nei primi anni '90. Il laboratorio di ricerca di base di Merck, il gruppo che segue lo sviluppo dei prodotti e il gruppo che segue la produzione hanno avuto la soddisfazione di veder valutati nel bambino i differenti vaccini da essi preparati. Gli studi in corso e quelli già completati sono la conseguenza dell'intensa collaborazione realizzatasi in tutto il mondo, Italia compresa, tra numerosi gruppi di cultori dell'igiene pubblica e centinaia di pediatri. Se tutto ciò porterà a risultati positivi, sarà il risultato di un enorme sforzo comune.

L'epidemiologia al servizio della salute dei bambini italiani

Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

Il 17 novembre 2004 si è tenuta presso l'Istituto Superiore di Sanità la seconda giornata nazionale *Spes*, durante cui sono stati presentati i risultati della rete per il 2003 ed i risultati di altri studi di epidemiologia pediatrica.

Spes è la rete dei Pediatri di libera scelta italiani dedicata alla sorveglianza delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni. La rete è coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria, la Federazione Italiana Medici Pediatri e l'Associazione Culturale Pediatri. È attiva dal gennaio 2000 e consente di raccogliere e diffondere attraverso il web informazioni tempestive e di elevata qualità, fornite direttamente dai protagonisti primari delle cure pediatriche: i Pediatri di Famiglia.

Durante il 2003 hanno partecipato alla rete 250 pediatri in media per mese, con una popolazione in sorveglianza di circa 250.000 bambini tra 0 e 14 anni (pari al 3% della popolazione nazionale della stessa fascia di età).

I risultati più importanti riguardano l'andamento del morbillo, che durante il 2003 ha avuto ancora una elevata incidenza (544 per 100.000 bambini fino a 14 anni, rispetto a 738 casi per 100.000 nel 2002). Anche nel 2003 il morbillo ha colpito soprattutto il sud Italia, dove è minore la percentuale di bambini vaccinati contro questa malattia. L'incidenza al sud infatti è stata 22 volte maggiore rispetto al nord e 8 volte maggiore rispetto al centro.

Rapportando l'incidenza osservata da *Spes* alla popolazione nazionale della stessa fascia di età, si evince

che tra il 2002 ed il 2003 si sono verificati circa 100.000 casi di morbillo in età pediatrica. Proprio alla luce di questi risultati è stato deciso di valutare con maggiore dettaglio le complicanze della malattia. Si stima infatti che nei paesi industrializzati dal 7 al 30% dei casi di morbillo sia gravato da complicanze, che sono più frequenti nei bambini piccoli (di età inferiore ad un anno).

Consultando la banca dati nazionale dei ricoveri ospedalieri (Banca dati SDO), il Ministero della Salute ha quindi fornito le informazioni relative a tutti i ricoveri per morbillo verificatisi in Italia nel 2002; non appena la banca dati sarà completa anche per il 2003 verranno verificati anche i ricoveri di quest'anno.

Complessivamente, nel 2002 sono stati identificati 3072 ricoveri per morbillo e relative complicanze (Codice ICD-9-CM 055), la maggior parte dei quali (71%) si è verificata al Sud. Oltre il 70% dei ricoveri si è verificato nei bambini di età inferiore a 15 anni; i bambini di età inferiore ad 1 anno hanno presentato il tasso di ricovero più elevato.

Le complicanze più frequentemente riportate tra le diagnosi di dimissione sono risultate essere quelle del sistema respiratorio, seguite da quelle del sistema nervoso centrale. Sono state infatti registrate: 391 diagnosi di polmonite e 81 diagnosi di encefalite.

Il costo totale dei ricoveri, valutato sulla base delle tariffe DRG, è risultato pari a circa 4.960.000.

Numerosi dati di letteratura indicano che i costi dei ricoveri rappresentano circa il 40-50% dei costi diretti del morbillo, ed il 30% circa dei costi totali che inclu-

dono anche i costi indiretti (quali il costo delle giornate di lavoro perse dal malato, o dai suoi familiari). Assumendo che queste percentuali siano applicabili anche a livello nazionale, possiamo stimare che nel 2002 i costi diretti del morbillo siano stati di 10.000.000-12.000.000, mentre se consideriamo i costi totali, si arriva ad una stima pari a circa 16.500.000 euro.

Questi risultati evidenziano chiaramente la necessità di migliorare le strategie di prevenzione del morbillo, come riportato nel Piano Nazionale di eliminazione approvato nel 2003.

La rete *Spes* è un canale di informazione importante per le malattie prevenibili da vaccino, ma offre l'occasione per scambiare informazioni anche su altri argomenti di salute rilevanti per i bambini italiani. Durante la giornata sono stati quindi trattati diversi temi di epidemiologia pediatrica, di cui forniamo di seguito una sintesi.

Studio Ape

Tra novembre 2002 e giugno 2003 si è svolta un'indagine campionaria sulla prescrizione di farmaci in Pediatria ambulatoriale, denominata *Studio Ape* (*Attitudine Prescrittive in Pediatria*), cui hanno partecipato 65 Pediatri di libera scelta partecipanti alla rete

Spes, rappresentativi delle diverse realtà geografiche italiane. I Pediatri e i genitori dei bambini visitati durante tre giornate in diversi periodi dell'anno (novembre, febbraio e giugno) hanno compilato contemporaneamente un questionario sulla visita pediatrica.

I risultati preliminari dello studio erano stati presentati durante la giornata *Spes* 2003. In sintesi, sono stati compilati 2749 questionari dei Pediatri e 2449 dei genitori. Le infezioni delle vie respiratorie sono state il motivo di visita più frequente (più del 50%), seguito dai bilanci di salute (30% circa delle visite). Complessivamente è stata effettuata una prescrizione di farmaci in circa il 59% delle visite, e gli antibiotici sono stati la classe di farmaci più prescritta (33% del totale delle prescrizioni). Per valutare i determinanti della prescrizione, è stata condotta un'analisi multivariata con un modello di regressione logistica. Nel modello sono stati inclusi i questionari riferiti alle sole infezioni respiratorie (otiti, altre infezioni delle alte vie respiratorie, infezioni delle basse vie respiratorie), alle visite ambulatoriali e per cui esisteva sia il questionario compilato dal pediatra che quello compilato dal genitore (complessivamente circa 800 questionari). Sono state considerate come variabili di esito la prescrizione sia di farmaci in toto che dei soli antibiotici.



SIAIP

Società Italiana di Allergologia
e Immunologia Pediatrica

7° Congresso Nazionale SIAIP

**L'ALLERGOLOGIA E L'IMMUNOLOGIA
NELLA PRATICA PEDIATRICA:
TRA EVIDENZE E INTUZIONI**

Roma, Aurelia Convention Center
Torre Rossa Park Hotel
6-9 Aprile 2005



fimp

Federazione Italiana
Medici Pediatri

Il perché della scelta

“The prevention of infectious diseases by vaccines represents one of medicine great triumph”

Joseph A. Bellanti

Vaccinare i bambini contro le malattie che ne possono compromettere le possibilità di sopravvivenza è un impegno che dovrebbe vedere coinvolti fattivamente i cittadini di tutte le nazioni del mondo. In particolare i Pediatri, che della salute dei bambini hanno fatto la loro missione, e i governanti che dei bambini e della loro qualità della vita devono essere i garanti assicurando in tal modo anche il futuro della propria nazione.

Con il Convegno “Vaccini e Vaccinazioni” la FIMP si propone di mantenere alto e costante nel nostro paese il livello di attenzione nei confronti della pratica vaccinale sostenendo le campagne istituzionali di promozione delle vaccinazioni, garantendo una maggiore adesione dei genitori italiani al calendario nazionale vaccini e promuovendo una comunicazione rigorosa nei contenuti scientifici. La FIMP intende inoltre promuovere iniziative di scambio di conoscenze ed esperienze con altri paesi europei alla ricerca di soluzioni comuni ai problemi che possono ostacolare la riuscita dei programmi di vaccinazione di massa. E altresì garantire interventi a sostegno di campagne vaccinali nei paesi in via di sviluppo, definiti e coordinati con agenzie istituzionali locali e mondiali nel rispetto delle potenzialità del loro sviluppo.

Vaccini e vaccinazioni: intervento di salute a difesa della vita dei bambini

Viene da chiedersi come mai in un paese industrializzato e ricco come l'Italia, con un sistema sanitario pubblico evoluto ed un servizio di vaccinazioni gratuito ed universale, i Pediatri di Famiglia sentano così forte il desiderio di mantenere alto il livello di attenzione sulle vaccinazioni tanto da aver deciso di dedicare loro un convegno nazionale.

È il contenuto sociale della pratica vaccinale che attrae fortemente l'attenzione del Pediatra ed è su questo che si vuole mantenere viva l'attenzione ed il dibattito. Infatti quando il Pediatra raccomanda o attua un intervento di prevenzione primaria come la vaccinazione non promuove solo il benessere del singolo bambino ma contribuisce al raggiungimento di un obiettivo di salute per tutta la comunità.

Nei corso degli ultimi anni sono stati messi a punto vaccini sicuri ed efficaci che permettono di prevenire malattie fino a qualche decennio fa non evitabili, sono state messe a punto strategie vaccinali vincenti, si è arrivati vicini al traguardo della eradicazione della polio dal mondo. Nonostante questo mai prima d'oggi sono apparse più evidenti e concrete le resistenze all'applicazione corrente della pratica vaccinale. Queste resistenze nascono da cause differenti nei diversi contesti nazionali e sociali.

Nei paesi industrializzati – in cui grazie alle efficaci campagne vaccinali universali si è persa la memoria dei gravissimi danni causati dalle malattie da cui i vaccini proteggono – vengono esagerati i potenziali effetti collaterali e ipotizzati danni cronici legati ai vaccini. Argomentazioni che spesso vengono riprese ed enfatizzate in maniera imprudente dai media e fanno presa sulla gente comune, allargando a macchia d'olio il fenomeno della resistenza alla pratica vaccinale. Accade così che, nonostante i vaccini rappresentino il più importante intervento di sanità pubblica dopo la potabilizzazione delle acque (Plotkin,) la gente comune abbia in parte perduto la percezione del loro ruolo sociale e di quanto essi siano indispensabili nella protezione nei confronti di malattie temibili che, sino a cinquant'anni fa, mietevano vittime anche nel nostro paese.

Vaccini e vaccinazioni: la promozione della corretta informazione

Come dice ancora Bellanti: “ I vaccini non sono più considerati come una sorta di terapia miracolosa in grado di prevenire malattie terribili come la poliomielite, le cui conseguenze erano sotto gli occhi di tutti. Semmai oggi si tende a considerarli come una routine piuttosto seccante cui ci si deve sottoporre per prevenire malattie che più nessuno ricorda e che ben pochi hanno potuto osservare in prima persona”.

Per questo anche nei paesi con livelli economici, sociali ed organizzativi come il nostro, abbassando il livello di guardia, può accadere che il morbillo torni a

mietere le sue vittime. Lo dimostrano le morti della recente epidemia in Campania che hanno indotto il Ministero della Salute e le Regioni a promuovere una campagna nazionale di rinforzo della pratica vaccinale nei confronti di tale malattia.

Colpisce a questo proposito che i media non abbiano trasmesso questa notizia con la stessa enfasi e la stessa attenzione dedicata agli interventi in opposizione alle vaccinazioni.

È imperativo quindi per i Pediatri, in particolare per quelli di Famiglia, mantenere alto il livello di attenzione sulle vaccinazioni, sulla necessità di un rispetto del calendario vaccinale, sull'importanza di acquisire competenze comunicative mirate ad una efficace attività di *counselling* per ottenere un'adesione consapevole dei Pediatri e conseguentemente dei genitori al programma vaccinale.

Obiettivo prioritario dei Pediatri di Famiglia è anche quello di approntare una corretta informazione relativamente all'importanza delle nuove vaccinazioni non contemplate nel programma vaccinale stesso.

È altresì imperativo trovare una rapporto comunicativo più efficace con il mondo dei media che permetta la diffusione di notizie corrette scientificamente che sostengano il lavoro di promozione delle vaccinazioni messo in atto dalle Istituzioni e dai Pediatri di Famiglia e da tutti gli operatori della salute che si occupano di prevenzione.

Segreteria Scientifica dell'Area Vaccini FIMP

fimp

Federazione Italiana

Medici *Pediatr*

ITALIAN JOURNAL OF PEDIATRICS
 Organo ufficiale IJJP
 direttore *M. De Curtis*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 105 €

PROSPETTIVE IN PEDIATRIA
 direttore *P. Mastrototaro*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 50 €
 Estero: 65 €

**REVISTA DI IMMUNOLOGIA
 E ALLERGOLOGIA PEDIATRICA**
 Organo ufficiale SIAAP
 direttore *A.G. Grieco*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 80 €
 Estero: 125 €

**GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA
 DELL'ETA' EVOLUTIVA**
 Organo ufficiale SINPEA
 direttore *M. De Negri*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 55 €
 Estero: 70 €

GIORNALE DI PSICOPATOLOGIA
 Organo ufficiale SPPST
 direttore *S.B. Cassano, P. Pascaudi*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 65 €
 Estero: 80 €

**JOURNAL OF PREVENTIVE
 MEDICINE AND HYGIENE**
 direttore *P. Crovari*



3 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 50 €
 Estero: 60 €

**RASSEGNA DI PATOLOGIA
 DELL'APPARATO RESPIRATORIO**
 Organo ufficiale AIPO
 direttore *M. De Falco*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 120 €

ACTA OTORINOLARINGOLOGICA ITALICA
 Organo ufficiale SIOUOF
 direttore *M. Piemonte*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 75 €
 Estero: 80 €

**GIORNALE DI ALLERGOLOGIA
 E IMMUNOLOGIA CLINICA**
 Organo ufficiale SIAAC
 direttore *R. Dell'Abate*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 70 €
 Estero: 85 €

RVISTA MEDICINA GENERALE
 Organo ufficiale SIMG
 direttore *G. Vendigola*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 105 €

METABOLISMO E DIABETE
 Organo ufficiale SIMM e AMM
 direttore *G. Rappasani, C. Dacelli*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 55 €
 Estero: 70 €

**GIORNALE ITALIANO
 DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**
 Organo ufficiale SIOI
 direttore *F. Pajno*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 120 €

MODALITA' DI ABBONAMENTO:

- accredito sul n.c.c. postale n° 10370567
 - bonifico bancario su C.R. Valterra Fil. Pisa IBAN: B 06170 14002 0000010002603
 - assegno bancario/circolare intestato a Pacini Editore SpA.
- cont. di ufficio (vive mediterranea)



