

# il Medico Pediatra

PERIODICO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

## Direttore

Pier Luigi Tucci

## Direttore responsabile

Guido Brusoni

## Comitato direttivo

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

## Comitato di redazione

Paolo Becherucci  
Guido Brusoni  
Danila Mariani  
Valdo Flori  
Antonio Improta  
Milena Lo Giudice  
Giorgio Meneghelli

## Redattori

Valdo Flori  
Federica Fontini

## Comitato dei garanti

Pier Luigi Tucci  
Pino Mele

## Impaginazione e grafica

Guido Brusoni, Valdo Flori, Antonio Improta, Fabrizio Sodini

## Pubbliche relazioni

Pino Mele



## Edizione

Pacini Editore  
Via Gherardesca, 1  
56121 Ospedaletto (Pisa)

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

# BOARD REDAZIONALE

<i>Politiche sindacali</i>	Antonio Improta - <a href="mailto:centrostudi@fimp.org">centrostudi@fimp.org</a>
<i>Attualità</i>	Valdo Flori - <a href="mailto:valdoflo@tin.it">valdoflo@tin.it</a>
<i>Formazione permanente</i>	Daniele Venier - <a href="mailto:danvenie@tin.it">danvenie@tin.it</a>
<i>Medicina Basata sull'Evidenza</i>	Patrizia Gallo - <a href="mailto:rosains@libero.it">rosains@libero.it</a>
<i>Qualità &amp; Accreditamento</i>	Luigi Greco - <a href="mailto:gingreco@tin.it">gingreco@tin.it</a>
<i>Bioetica</i>	Milena Lo Giudice - <a href="mailto:milena.logiudice@flashnet.it">milena.logiudice@flashnet.it</a>
<i>Ricerca e sperimentazione sui farmaci</i>	Raffaele Arigliani - <a href="mailto:r.arigliani@libero.it">r.arigliani@libero.it</a>
<i>Economia sanitaria</i>	Giorgio Meneghelli - <a href="mailto:cmeneghelli@iol.it">cmeneghelli@iol.it</a>
<i>Pediatria in Gruppo, Associazione, Rete</i>	Gianni Caso - <a href="mailto:pedro@ntt.it">pedro@ntt.it</a>
<i>Il pediatra e l'ENPAM</i>	Mario Marranzini - <a href="mailto:mmarran@tin.it">mmarran@tin.it</a>
<i>Problemi giuridici e fiscali</i>	Esperti e consulenti
<i>L'assistenza pediatrica nel mondo</i>	Stefano del Torso - <a href="mailto:deltorso@serenacom.it">deltorso@serenacom.it</a>
<i>La FIMP e l'Unicef</i>	Pino Di Mauro - <a href="mailto:giuseppe.dimauro1@tin.it">giuseppe.dimauro1@tin.it</a>
<i>Vaccinazioni</i>	Danila Mariani - <a href="mailto:damagio@iol.it">damagio@iol.it</a>
<i>Educazione alla salute</i>	Leo Venturelli - <a href="mailto:leoventu@ntt.it">leoventu@ntt.it</a>
<i>Informatica &amp; Internet</i>	Andrea Valpreda - <a href="mailto:avalpreda@libero.it">avalpreda@libero.it</a>
<i>Discussioni sulla rete</i>	Michele Fiore - <a href="mailto:drugo99@napoli.pandora.it">drugo99@napoli.pandora.it</a>
<i>Report della stampa</i>	Lorenzo Castriota - <a href="mailto:dottlorcastriota@libero.it">dottlorcastriota@libero.it</a>
<i>Adolescenza</i>	E. Franceschini, R. Marinello - <a href="mailto:rmarinel@comm2000.it">rmarinel@comm2000.it</a>
<i>Psicologia e disagio psicosociale</i>	Vincenzo Nuzzo - <a href="mailto:nuvens@tin.it">nuvens@tin.it</a>
<i>Problematiche sociali</i>	Antonella Marchesiello - <a href="mailto:marchesina.v@virgilio.it">marchesina.v@virgilio.it</a>
<i>Pediatria multietnica</i>	Miriam Prodi - <a href="mailto:ventura@planeta.it">ventura@planeta.it</a>
<i>Bambino &amp; Ambiente</i>	Guido Brusoni - <a href="mailto:gbrusoni@sp.itline.it">gbrusoni@sp.itline.it</a>
<i>Medicine non convenzionali</i>	L. Andreoli, A. Bersezio - <a href="mailto:lucandreo@hotmail.com">lucandreo@hotmail.com</a>
<i>Bambino: arte e storia</i>	M.A. Filipponio Marinello - <a href="mailto:nikafil@tin.it">nikafil@tin.it</a>



# INDICE

## EDITORIALE

"SIP 2003" - Cosa ne pensa la FIMP

pag. 259

## ATTUALITÀ a cura di Valdo Flori

### LEGGI E DECRETI

Presentazione ACR Liguria - Federico Freschi

» 261

### DAL SINDACATO E DAL MINISTERO

"La salute dei bambini viene prima di considerazioni di ordine economico"

» 267

Sanità: tagli quasi ovunque, mappa regione per regione

» 268

Sui LEA parola al Governo

» 270

Le soluzioni di continuità assistenziale concordate negli Accordi regionali

Piero Di Saverio

» 271

## POLITICHE SINDACALI a cura di Antonio Improta

Il futuro dell'ACN - Antonio Improta

» 273

Primo incontro dei Referenti Regionali

» 275

## TEMI DI APPROFONDIMENTO

Criptorchidismo: attualità terapeutiche - Bertelloni, Navari, Spinelli, Bertacca, Saggese

» 279

Reflusso gastroesofageo e malocclusione dentale - E. Bernkopf, F.P. Rossi, F. Macrì,

V. Broia

» 286

## ECM - Educazione Medica Continua in Pediatria a cura di Daniele Venier

Educazione Continua in Medicina: lo stato dell'arte - Paolo Becherucci

» 288

## QUALITÀ & ACCREDITAMENTO a cura di Luigi Greco

La gestione del rischio clinico: un miglioramento della qualità dell'assistenza

Maria Carolina Barbozza, Claudio Bianchin

» 295

## ECONOMIA SANITARIA a cura di Giorgio Meneghelli

Il farmaco e il suo costo - Di Maria Blundo

» 297

Le infezioni respiratorie pediatriche oggi - Giorgio Meneghelli

» 299

## VACCINAZIONI a cura di Danila Mariani

Molto grave l'epidemia di morbillo in Campania - Marta Ciofi

» 302

Novità in tema di vaccinazione anti epatite A - Ruggero Piazzolla

» 304

## DISCUSSIONI SULLA RETE a cura di Michele Fiore

Consenso o "dissenso" informato-firmato?

» 306

SSN & SSR, verso una sanità disomogenea?

» 309

## ADOLESCENZA a cura di Ebe Franceschini

L'adolescente con malattia cronica: il ruolo dell'ospedale - V. De Sanctis, P. Farina, F. Mazzini

» 313

## INFORMATICA & INTERNET a cura di Andrea Valpreda

MEDLINE banca dati biomedica in Internet - Andrea Valpreda

» 318

## PROBLEMATICHE SOCIALI a cura di Antonella Marchesiello

Le ali dell'infanzia - Antonella Marchesiello

» 319

## MEDICINE NON CONVENZIONALI a cura di L. Andreoli e A. Bersezio

Medicina alternativa: no della SIP

» 325

Agopuntura e auricoloterapia - Luciano Andreoli

» 326

## CONGRESSI

» 329

Liberato per la stampa 26 Settembre 2002



## Il Medico Pediatra - Redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche  
Via A. Gherardesca, 1  
56121 Ospedaletto (Pisa)  
Tel. 050/3130262 Fax 050/3130300  
Riferimento: dott. Federica Fontini  
[ffontini@pacinieditore.it](mailto:ffontini@pacinieditore.it)  
<http://www.pacinieditore.it>

Dott. Guido Brusoni  
Via Ugo Botti, 56  
19138 La Spezia  
Tel. 0187/525687-778049  
cell. 0348/5104831  
Fax 0187/518104  
[gbrusoni@sp.itline.it](mailto:gbrusoni@sp.itline.it)

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

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

Per la pubblicazione degli articoli  
contattate la Redazione

## NORME PER LA COLLABORAZIONE

Il Giornale pubblica contributi redatti in forma di editoriali, articoli di carattere sindacale o scientifico, 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.

Coloro che non utilizzano sistemi di videoscrittura sono pregati di inviare i lavori dattiloscritti senza correzioni.

Coloro che utilizzano sistemi di videoscrittura dovranno seguire le seguenti norme:

- *Inviare i testi per posta elettronica o spedire per posta ordinaria i dischetti riportando in edichetta il nome del file e il tipo di word processor usato (sistemi Dos e Macintosh); al supporto magnetico dovrà essere sempre allegata una copia stampata del lavoro senza correzioni manoscritte e il nome del file*
- *I tesi forniti dagli autori non devono essere formattati o impaginati*

Il termine ultimo di invio di collaborazioni al Giornale è di 20 giorni prima della sua pubblicazione.

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

*Pacini Editore, ai sensi ed in conformità con l'art. 10 Legge 31 dicembre 1996 n. 675, informa che i dati relativi agli indirizzi dei pediatri che ricevono Il Medico Pediatra sono archiviati nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e saranno utilizzati solo per l'invio della rivista.*

Gli iscritti che cambiano indirizzo devono comunicare il loro nuovo indirizzo al **SEGRETARIO PROVINCIALE** che trimestralmente provvederà a fornire l'intero file excell degli iscritti aggiornato direttamente alla Pacini Editore all'indirizzo [abbonamenti@pacinieditore.it](mailto:abbonamenti@pacinieditore.it) c.a. Manuela Mori

## **“SIP 2003”**

# **Cosa ne pensa la FIMP**

*Il ruolo della principale società culturale dell'area pediatrica dovrebbe essere quello di rappresentare le istanze e corrispondere ai bisogni di tutti gli iscritti, nonché di fornire concrete risposte culturali, politiche, di indirizzo e di difesa alle e per le categorie che rappresenta.*

*Essa deve perciò essere contemporaneamente sicuro punto di riferimento e pressante stimolo di miglioramento culturale e professionale, rappresentando un raccordo forte tra il mondo della formazione e della ricerca universitaria e quello dell'assistenza ospedaliera e territoriale.*

*Per raggiungere questi obiettivi e garantire la difesa dell'intera area pediatrica è necessario che la SIP persegua una politica trasversale e condivisa dalle diverse categorie professionali che in essa si riconoscono, attraverso una democratica e paritaria partecipazione di ciascuna di esse alla gestione della società.*

*In passato, malgrado il numero dei pediatri di famiglia sia progressivamente aumentato fino ad arrivare a più di 7000, dei quali più di 6000 iscritti alla FIMP, non vi è stata da parte della SIP una politica di offerta culturale e formativa adeguata ai bisogni della pediatria del territorio, così come non si è evidenziata una sufficiente comprensione e valorizzazione delle nuove valenze culturali e professionali proprie della nostra categoria, che con molta difficoltà e lentezza stanno cercando di farsi strada nel curriculum formativo dei corsi di laurea e di specializzazione grazie soprattutto alla spinta costante della FIMP.*

*La conseguenza è stata una disaffezione verso la SIP da parte della pediatria di famiglia, che non si è vista realmente valorizzata quale terzo polo, a pari dignità con l'ospedale e l'università, all'interno di un'area pediatrica il cui valore tutti riconoscono, ma non applicano con coerenza all'interno della SIP. Ne è evidente esempio il fatto che le tre categorie professionali pediatriche (Universitari, Ospedalieri, Pediatri di Famiglia) non sono equamente rappresentate (e talvolta neppure rappresentate) negli organi della SIP e che ciò può costituire (e costituisce) elemento di distorsione gestionale, di carenza partecipativa, di scelte non democratiche, di disaffezione.*

*Nella situazione politica e sanitaria attuale, in cui la pediatria è "all'angolo" per svariati motivi politici, sociali ed economici, appare invece opportuno un riavvicinamento forte e solidale tra le diverse realtà pediatriche, allo scopo di creare sinergia, compattezza e credibilità per tutta l'area pediatrica.*

*La FIMP ritiene che i punti problematici che dovrebbero trovare adeguata valutazione e soluzione nei programmi futuri della SIP siano:*

- a) Mancanza di una rappresentatività equa, garantita statutariamente, delle tre categorie professionali pediatriche negli organi direttivi della SIP*
- b) Mancanza di pariteticità delle tre categorie professionali nei vari settori nei quali si articola la gestione della SIP*
- c) Mancanza di pianificazione del preventivo confronto tra le categorie professionali pediatriche per l'elaborazione concordata di documenti, progetti culturali, prese di posizione per eventi politici, sociali...ecc*
- d) Mancanza di organismi di confronto permanente, di tipo culturale e di tipo politico*
- e) Mancanza di distinzione tra il ruolo culturale e quello politico*
- f) Mancanza di coscienza condivisa che l'intera categoria vada salvaguardata per gli aspetti culturali, politici, lavorativi, giuridici*
- g) Mancanza di progetti condivisi su alcuni grandi temi*
- h) Mancanza in molti iscritti del senso di appartenenza, della convinzione di sentirsi rappresentati, in una parola della "credibilità" della SIP.*

*La FIMP è disponibile ad un confronto su questi temi e a trovare le soluzioni programmatiche più coerenti per la risoluzione dei problemi: l'occasione che abbiamo davanti, del congresso elettorale 2003, è molto importante per capire se davvero la SIP può rimanere (o diventare?) la vera casa comune della Pediatria italiana.*

# Presentazione ACR Liguria

Federico Freschi

*Dopo l'accordo preliminare del novembre 2001, che anticipava alcuni punti fondamentali della contrattazione (una quota capitaria regionale che comprenda bilanci di salute e compilazione di un libretto sanitario per tutti gli assistiti fino ai 14 anni di età, l'introduzione di nuovi criteri per il calcolo del fabbisogno assistenziale) e quindi per l'inserimento di nuovi pediatri di famiglia nel territorio, il 15 luglio 2002 si è concluso l'iter della stipula dell'Accordo integrativo della Regione Liguria con la firma dell'Assessore Regionale al Diritto alla Salute, Piero Micossi, i Direttori Generali delle ASL liguri e il Segretario della FIMP Liguria, Federico Freschi.*

*Nell'Accordo viene dato ampio spazio d'azione ai Comitati Aziendali permanenti per coinvolgere i pediatri di libera scelta nelle attività distrettuali, in campagne vaccinali e nella realizzazione di alcune prestazioni di diagnostica che migliorino la qualità dell'assistenza.*

*Vengono incentivate le forme di lavoro associative (coordinamento negli orari degli studi che garantisca un'apertura di almeno 5 ore distribuite nell'arco della giornata con prolungamento per uno degli studi fino alle ore 19, condivisione di linee di comportamento diagnostiche-terapeutiche, revisione della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza delle prescrizioni) e la Pediatria di gruppo.*

*È stato ottenuto il sabato libero per tutto l'anno (la Guardia medica regionale è in funzione ininterrottamente dalle 20 del venerdì alle 8 del lunedì); esso sarà utilizzato per la realizzazione di attività di aggiornamento professionale fino al raggiungimento delle 40 ore previste per la formazione obbligatoria a carico delle ASL.*

*Per le indennità riconosciute dall'accordo nazionale a fronte di modalità di erogazione che migliorano la qualità dell'assistenza, l'ACR prevede un costante monitoraggio, con possibilità di rivedere gli importi e le percentuali nazionali, sulla base di esigenze locali e per incentivare prestazioni che si rivelino opportune e gradite da parte della popolazione assistita (quali ad esempio l'uso di attrezzature informatiche o la presenza del collaboratore di studio).*

*Sempre nell'ambito dell'autonomia aziendale viene auspicata l'attuazione di esperienze di "continuità assistenziale" con modalità e tempi che rispettino le peculiarità delle singole realtà locali.*

*La realizzazione del documento ha comportato un impegno costante dei membri del Comitato Regionale permanente composto, per la parte sindacale, da Biagioni, Fiscella, Freschi, Gatto, Murialdo e Varaldo, coadiuvati da Barberio, Bezzi, Semprini e Torchio.*

## ACR Liguria

*Accordo tra la Regione Liguria, le aziende unità sanitarie locali liguri e la federazione italiana medici pediatri, ai sensi del d.P.R. 28 luglio 2000 n. 272 "regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta"*

### Dichiarazioni preliminari

Il presente accordo ha lo scopo di promuovere, attraverso la reciproca collaborazione tra la Regione, le Aziende UU.SS.LL. ed i medici specialisti pediatri di libera scelta, il miglioramento della qualità dell'assistenza e la razionalizzazione della spesa, di offrire stimoli concreti alla acquisizione di tecnologie informatiche, sia per agevolare il lavoro dei medici, sia per creare un sistema informativo che possa favorire gli assistiti, con possibilità di prenotazioni di esami clinici e visite specialistiche direttamente dallo studio, e per fornire dati epidemiologici e gestionali.

L'accordo incentiva le forme associative tra i medici pediatri convenzionati per consentire loro una migliore organizzazione del lavoro e garantire ai pazienti una migliore assistenza.

La Regione Liguria ritiene utile la partecipazione dei pediatri di libera scelta alle attività di continuità assistenziale, per fornire una migliore assistenza specialistica nelle fasce orarie coperte da tale servizio.

Le parti richiamano integralmente l'accordo preliminare siglato in data 15 novembre 2001 e ad integrazione di quanto già stipulato convergono e sottoscrivono quanto segue.

### Articolo 1 - Visita al neonato dimesso precocemente

Le visite al neonato sano, dimesso precocemente entro le 72 ore dalla nascita, possono essere retribuite nell'ambito di progetti obiettivi specifici ovvero nell'ambito del finanziamento del DRG, determinando il corrispettivo come visita occasionale (domiciliare € 36,15 - ambulatoriale € 25,82).

### Articolo 2 - Medicina preventiva. Vaccinazioni

I medici pediatri, tenuto conto di quanto prescritto dall'articolo 34 della legge 449/97 e nell'ambito di quanto previsto e disposto dall'Amministrazione regionale con il Piano Annuale delle Vaccinazioni e dalle Aziende UU.SS.LL. in ossequio alla programmazione regionale, possono somministrare vaccini ai propri assistiti nel proprio ambulatorio, previa visita di controllo, a tutela della salute dei minori.

I vaccini debbono essere forniti dall'Azienda di appartenenza direttamente al pediatra di fiducia, il quale provvederà a certificare l'avvenuta vaccinazione all'ufficio competente.

Il Comitato Aziendale potrà decidere di corrispondere al pediatra vaccinatore un compenso, stabilito sulla base di quanto indicato dall'articolo 39 del D.P.R. 272/2000 in materia di visite occasionali, qualora la prestazione non sia inserita in un progetto più ampio, da concordare a livello aziendale.

In mancanza di ciò, la prestazione resa dal pediatra rientrerà nell'attività di libera professione, ai sensi dell'articolo 40 comma 7 del D.P.R. 272/2000. La FIMP indica per tali prestazioni l'onorario di € 35.

### Articolo 3 - Progetti di Educazione Sanitaria

Particolare cura sarà dedicata dal pediatra all'educazione sanitaria dei familiari preposti alla tutela del minore e del minore stesso, ferma restando la necessaria adesione del medico pediatra di libera scelta alla realizzazione di progetti finalizzati, programmati a livello aziendale e regionale.

## Articolo 4 - Progetti obiettivo

Attesa la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse disponibili senza incidere sulla qualità dell'assistenza erogata, il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L., in accordo con il Direttore Sanitario e con il Comitato Aziendale, può reperire risorse da destinare:

- 1) all'investimento in progetti assistenziali al cui interno remunerare, mediante compensi aggiuntivi, gruppi di medici che si impegnino per la realizzazione degli obiettivi prefissati;
- 2) alla definizione dell'iter operativo del progetto, degli obiettivi specifici, degli indicatori di verifica, delle risorse necessarie;
- 3) alla individuazione degli standard di spesa sulla base di criteri predefiniti;
- 4) al coordinamento delle fasi di attuazione del progetto con periodici momenti di valutazione dei risultati;
- 5) alla effettuazione della valutazione finale.

## Articolo 5 - Compensi accessori ed indennità ex art. 41 lett. A3 A.C.N.

Le parti richiamano l'articolo 41 comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale, che prevede la possibilità di modificare gli importi e/o le percentuali previsti per le indennità di cui ai commi precedenti, sulla base di esigenze locali e previo accordo con le organizzazioni sindacali di categoria, nell'ambito dell'entità complessiva del finanziamento regionale.

Le parti concordano di procedere al monitoraggio dell'applicazione di tutte le indennità a livello regionale attraverso la trasmissione dei dati relativi alla Regione Liguria.

Le proposte di modifica delle percentuali o degli importi, avanzate dalle Aziende o dal sindacato sulla base del monitoraggio della situazione complessiva delle indennità a livello regionale, dovranno essere discusse dal Comitato Regionale Permanente.

## Articolo 6 - Pediatria in associazione

I pediatri iscritti negli elenchi, al fine di una più pronta e continua risposta ai bisogni dei cittadini, possono concordare forme di lavoro associate ponendosi i seguenti obiettivi:

- coordinamento degli orari di apertura degli studi dei singoli medici che fanno parte dell'associazione, facendo in modo di garantire, oltre al proprio orario individuale determinato ai sensi dell'articolo 20 dell'A.C.N., un orario complessivo di apertura degli stessi di almeno cinque ore giornaliere con almeno uno studio aperto fino alle ore 19.00 (sei ore giornaliere nel caso di associazione con quattro pediatri);
- distribuzione dell'orario nel mattino e nel pomeriggio per cinque giorni alla settimana, tenendo conto delle esigenze della popolazione assistita;
- condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche da portare a conoscenza dell'Azienda e del Comitato Regionale.

Ciascun pediatra, inoltre, si impegna a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti di tutti gli assistiti degli altri pediatri dell'associazione nel caso di urgenza, quando vi sia l'impossibilità per il minore di ricorrere al proprio pediatra.

L'associazione tra i medici pediatri è costituita sulla base di un regolamento ispirato ai seguenti principi:

- a) associazione libera, volontaria e paritaria;
- b) accordo liberamente concordato tra i partecipanti, previo parere dell'Azienda, depositato presso l'Azienda e presso l'Ordine dei Medici;
- c) associazione fra almeno 2 medici;
- d) vincolo per il medico pediatra di appartenenza ad una sola associazione;
- e) vincolo di appartenenza allo stesso ambito di scelta, salvo deroghe autorizzate dai Comitati Aziendali;
- f) elezione all'interno dell'associazione di un rappresentante referente presso l'Azienda;
- g) liquidazione a ciascun pediatra delle competenze relative alle proprie scelte;
- h) previsione, in caso di conflitti insorti all'interno dell'associazione, di ricorso all'arbitrato dell'Ordine Provinciale dei Medici;
- i) divieto di effettuare variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico scelto dall'assistito,

- salvaguardando in ogni caso la possibilità del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- j) realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

### Articolo 7 - Pediatria di gruppo

Oltre ai requisiti previsti per la pediatria in associazione, la pediatria di gruppo si caratterizza per l'unicità della sede e per gli ulteriori criteri organizzativi previsti dall'articolo 52 dell'A.C.N.

Ai sensi del comma 8 dell'articolo 41 dell'A.C.N. approvato con D.P.R. 272/2000, come modificato dal D.P.R. 382/2001, per le tariffe riferite al compenso per la pediatria di gruppo si confermano gli importi indicati al comma 7 per il periodo successivo al 1 gennaio 2000 mentre si concorda di non fissare alcuna percentuale massima degli assistiti in ambito regionale da riservare per lo svolgimento della pediatria di gruppo al fine di incentivare quanto più possibile tale forma di assistenza.

In conformità a quanto previsto dall'articolo 52 comma 1) dell'A.C.N., a parziale modifica della lettera d), le parti concordano sulla possibilità di inserire nelle pediatrie di gruppo anche medici pediatri di libera scelta titolari di altri rapporti compatibili.

### Articolo 8 - Maggiorazione per le zone disagiate

Le zone disagiate sono individuate dai Comitati Aziendali sulla base di una valutazione complessiva tenuto conto dei seguenti criteri:

- a) alto rapporto superficie/popolazione sparsa
- b) dimensioni dei Comuni
- c) situazione geografica

e sono dichiarate tali con provvedimento del Direttore Generale.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 41 comma 3 dell'A.C.N. per ciascun assistito residente in zona disagiata nella fascia di età 0 -14 anni è riconosciuto al pediatra il compenso annuo di € 25,82, con il tetto massimo di € 516,46 mensili a medico e con il tetto massimo del 15% dei pediatri. In caso di risorse insufficienti si procederà ai sensi dell'articolo 5 del presente accordo regionale.

La maggiorazione per zone disagiate verrà liquidata al 31 dicembre di ogni anno, con la corresponsione dei compensi in dodicesimi, riferiti alle mensilità in cui il paziente è stato in carico al pediatra.

La maggiorazione per le zone disagiate viene riconosciuta a decorrere dall'entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Per la liquidazione dei compensi arretrati, le parti concordano di corrispondere per intero i compensi relativi all'anno 2001 ai medici titolari delle scelte alla data del 31 dicembre 2001 e di corrispondere a titolo forfetario agli stessi medici i 2/12 dei compensi annui per la liquidazione della maggiorazione relativa all'anno 2000.

### Articolo 9 - Indennità informatica

L'indennità di collaborazione informatica prevista dall'articolo 41 comma 4 dell'A.C.N. viene corrisposta ai pediatri individuati dalle Aziende nella percentuale massima del 40% a livello regionale.

A questo proposito le Aziende comunicano alla Regione Liguria i dati relativi alle indennità corrisposte e li aggiornano al fine del monitoraggio dell'andamento del fenomeno.

### Articolo 10 - Indennità per collaboratore di studio

L'indennità per il collaboratore di studio medico viene corrisposta ai pediatri individuati dalle Aziende entro la percentuale massima del 10% a livello regionale. A questo proposito le Aziende comunicano alla Regione Liguria i dati relativi alle indennità corrisposte e li aggiornano al fine di monitorare l'andamento del fenomeno.

## Articolo 11 - Assistenza programmata domiciliare ad assistiti affetti da patologie croniche invalidanti

Per quanto concerne l'assistenza nei confronti di pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, anche ospiti di strutture territoriali, si concorda quanto segue.

Il pediatra assicura la presenza effettiva settimanale, quindicinale, mensile, o secondo altra cadenza in base ad un piano concordato con l'Azienda, al fine di

- controllare lo stato di salute dell'assistito;
- fornire indicazioni ai familiari o al personale addetto all'assistenza di eventuale trattamento dietetico o profilattico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda;
- predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro periodica verifica;
- tenuta di un'apposita scheda ove vengano annotate le eventuali considerazioni cliniche, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, la terapia e quant'altro ritenuto utile ed opportuno.

L'Azienda Sanitaria dovrà fornire una scheda per l'annotazione degli accessi effettuati.

Gli accessi devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nel numero di quelli annotati dal medico sulla scheda tenuta presso il domicilio del paziente. Il trattamento economico viene immediatamente sospeso in caso di trasferimento dell'assistito o di ricovero presso strutture sanitarie.

Per la liquidazione dei compensi si rinvia a quanto previsto dall'Allegato "E" dell'Accordo Collettivo Nazionale.

## Articolo 12 - Prestazioni incentivanti

Le prestazioni incentivanti di cui all'allegato "B" lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale (Prestazioni di tipo diagnostico da definire nell'ambito di accordi regionali) possono essere riconosciute da parte delle Aziende sulla base di appositi progetti assistenziali, approvati dai Comitati Aziendali, collegati alla realizzazione di risparmi sulla spesa per esami di laboratorio e sulla spesa farmaceutica, senza bisogno di autorizzazione qualora siano svolte dal pediatra a favore dei propri assistiti, allo scopo di fornire un accertamento diagnostico complementare all'attività clinica e di migliorare la qualità dell'assistenza.

## Articolo 13 - Continuità Assistenziale

Fermo restando che la continuità assistenziale disciplinata dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale si estende anche agli assistiti in carico ai medici specialisti pediatri di libera scelta, presso le singole Aziende potranno essere attivati appositi servizi e presidi di assistenza pediatrica nei giorni prefestivi e festivi e nella fascia notturna dei giorni feriali.

L'organizzazione del servizio di continuità assistenziale pediatrica, le modalità di reclutamento del personale ed i compensi da corrispondere ai medici partecipanti saranno regolati da accordi aziendali, approvati dai Comitati Aziendali.

## Articolo 14 - Accordi aziendali

Tutti gli accordi stipulati a livello aziendale dovranno essere portati all'attenzione del Comitato Regionale Permanente.

## Articolo 15 - Esercizio del diritto di sciopero

Le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai malati terminali, che sono definite prestazioni indispensabili ai sensi dell'articolo 2 comma 2 della legge n. 146/1990 e dall'Accordo Collettivo Nazionale e che devono essere assicurate durante l'esercizio del diritto di sciopero dai pediatri convenzionati, sono retribuite mediante la corresponsione del 40% dei compensi spettanti ai sensi dell'articolo 41 lettere A1, A2, A3.

Si precisa che in caso di sciopero proclamato dalla FIMP nazionale o provinciale l'adesione dei medici pediatri di libera scelta viene presunta dall'Azienda. Il medico che non intenda aderire allo sciopero è tenuto a comunicarlo tempestivamente alla propria Azienda.

## Articolo 16 - Formazione continua

Preso atto dell'attivazione dei servizi di continuità assistenziale a partire dalle ore 8.00 dei giorni prefestivi, le parti concordano di utilizzare le giornate prefestive ed eventualmente festive per la realizzazione di attività di aggiornamento professionale, con moduli formativi da 4 a 16 ore, fino al raggiungimento delle 40 ore previste per la formazione obbligatoria a carico delle Aziende. I pediatri di libera scelta sono tenuti a partecipare a tali attività.

Per il raggiungimento del monte ore e dei crediti formativi prescritti dal sistema E.C.M., i pediatri di libera scelta potranno partecipare ad altre forme di aggiornamento, organizzate autonomamente da soggetti accreditati, in conformità a quanto previsto dall'articolo 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale. Per la partecipazione a tali attività i medici pediatri di libera scelta non potranno richiedere all'Azienda il pagamento della sostituzione.

Si demanda ad ulteriori accordi regionale la completa attuazione dell'articolo 8 comma 14 e comma 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

## Articolo 17 - Attività territoriali programmate

Per le attività territoriali programmate di cui all'articolo 45 comma 1) dell'A.C.N. verrà corrisposto ai medici incaricati un compenso orario onnicomprensivo di € 35,00 oltre ad una indennità chilometrica, per gli incarichi fuori ambito territoriale, pari ad 1/5 del costo del carburante.

Gli incarichi di cui al precedente comma verranno affidati ai pediatri che ne abbiano fatto richiesta ai sensi dell'articolo 45 comma 2) dell'A.C.N., con priorità per i medici titolari del minor numero di scelte, fermo restando il limite della compatibilità tra il numero delle scelte in carico ed il numero delle ore assegnate.

## Articolo 18 - Partecipazione alle sedute dei Comitati

Per la partecipazione alle sedute del Comitato Regionale Permanente vengono riconosciuti ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione, i seguenti compensi:

- un gettone di partecipazione pari a € 75,00 a seduta, con il limite massimo di 10 sedute annue;
- la sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 9 comma 7) dell'A.C.N.
- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Per la partecipazione alle sedute dei Comitati Aziendali viene riconosciuto ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione:

- il pagamento della sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 9 comma 7) dell'A.C.N.
- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Il presente accordo viene sottoposto all'attenzione del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, che lo sottoscrive per gli aspetti di deontologia professionale.

Genova, 15 luglio 2002

*L'Assessore regionale alla Sanità*

*Il Direttore Generale dell'A.S.L. 1*

*Il Direttore Generale dell'A.S.L. 2*

*Il Direttore Generale dell'A.S.L. 3*

*Il Direttore Generale dell'A.S.L. 4*

*Il Direttore Generale dell'A.S.L. 5*

*Il Segretario Regionale della F.I.M.P.*

*Il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova*

*I PdF bocciano il Documento di programmazione economica del Governo  
I Comunicati stampa FIMP*

## “La salute dei bambini viene prima di considerazioni di ordine economico”

La FIMP valuta con molta preoccupazione le proposte riguardanti la Sanità contenute nel Dpef. È evidente come si continui a perseverare nel non voler affrontare con un approccio finalmente serio ed appropriato il tema della salute dei cittadini e che si cerchi di confondere le idee agli elettori.

Già la Corte dei Conti aveva mosso critiche circostanziate al Ministro della Salute per la mancanza, tra l'altro, di adeguate previsioni di spesa in ordine alla bozza del Piano Sanitario Nazionale, adesso, il Ministro dichiara in prima persona che le mutue sono state “strumenti che nella storia del nostro paese hanno prodotto effetti straordinari di efficienza e sicurezza”, senza, nel contempo, indicare su quali e quanti indicatori si basino le sue affermazioni.

È peraltro certo che tali convincimenti non possano che riferirsi a situazioni presenti più di mezzo secolo fa.

Appare comunque strano come non si facciano confronti con sistemi sanitari che già utilizzano in toto o in parte il sistema delle Casse Mutue, che, se applicato in Italia, non si accompagnerebbe necessariamente ad una maggior efficacia ed efficienza dello stesso, bensì comporterebbe un aumento dei costi per i cittadini ed una prevedibile proliferazione di richieste di prestazioni non pertinenti e, tantomeno necessarie.

Preoccupa inoltre come non venga mai evidenziato il dato che la spesa sanitaria italiana, rapportata al Pil, risulti essere tra le più basse in Europa, e che nel nuovo Dpef sia prevista un'ulteriore riduzione dell'impegno di spesa.

## “Con i tagli alla Sanità il bambino è a rischio”

*Roma, 15 luglio*

Se i bambini avessero un sindacato, sciopererebbero. Per loro parlano i pediatri di famiglia della FIMP che bocciano le proposte di Sirchia contenute nel Dpef, a partire dalle mutue private. “La spesa sanitaria italiana – dice il dottor Pier Luigi Tucci che della FIMP è il presidente – rapportata al PIL, è la più bassa d'Europa. E si vuole abbassare ancora. A rimetterci sono le fasce deboli, in primo luogo i bambini. Tagliando le spese, si tagliano prevenzione e cure. E così il bambino sta peggio. Con buona pace della Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia”. “È auspicabile che il Governo e il Parlamento considerino la Salute un bene sul quale investire e non solo una spesa da contenere, giustificando erroneamente – aggiunge Tucci – una non sostenibilità economica del sistema. In quest'ottica c'è bisogno sia di razionalizzare le risorse e di abolire eventuali sprechi, sia di coinvolgere il privato, ma senza indebolire o eliminare i principi di fondo del Sistema Sanitario italiano”.

“Come professionisti – conclude Tucci - cui lo Stato e le Regioni affidano la tutela sanitaria del bambino e dell'adolescente, i pediatri di famiglia ricordano che il concetto di tutela, nella Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia, si identifica col “garantire al bambino la protezione e le cure necessarie al suo benessere”, e che l'infanzia è considerata tra le fasce deboli soggette a particolare protezione sociale e assistenziale: non vorremmo che il cammino adombrato nel Dpef non tutelasse appieno il bambino, accentuando le già notevoli differenze presenti nelle risposte sociali e sanitarie da garantire a chi rappresenta il nostro futuro”.

Dal comunicato ANSA del 24 agosto

## Sanità: tagli quasi ovunque, mappa regione per regione

*Ticket, delisting, tagli: la sanità in Italia è al centro della bufera per essere il 'buco nero' della spesa delle Regioni. Così se il presidente della Puglia, Raffaele Fitto, è vittima di contestazioni per il piano di riordino ospedaliero, manifestazioni non sono mancate anche in varie regioni italiane, mentre in altre sono previste.*

**VALLE D'AOSTA** - È stato approvato alla fine del 2001 ed è entrato in vigore il primo gennaio 2002 il piano sanitario regionale 2002-2004 in Valle d'Aosta. La legge è stata votata dal Consiglio regionale ed ha ricevuto le critiche dell'opposizione. Il piano era stato presentato a sindacati, enti locali, forze politiche, che ne avevano dato, nel complesso, un giudizio positivo. La legge non prevede tagli di posti letto nelle strutture ospedaliere regionali.

**PIEMONTE** - In Piemonte si trascina da più di un anno l'iter di approvazione del piano sanitario per il triennio 2002-2004. Una prima versione ha trovato l'opposizione di amministratori locali e sindacati e la giunta ha deciso di riesaminarla. Risulterebbe necessario un taglio di 1.200 posti letto, di 10-12 pronti soccorso e altrettanti reparti di chirurgia. La Regione dice che non vi saranno chiusure fra i 62 ospedali e 113 presidi ospedalieri. Alcuni però subiranno chiusure di reparti e vi sono state proteste. L'ultima è quella di Domodossola (Verbania), contro la chiusura dei reparti di ostetricia. Altre ve ne sono state negli scorsi mesi a Ceva (Cuneo).

**PROVINCIA TRENTO** - Nella Provincia autonoma di Trento il comparto sanitario è di diretta competenza provinciale. La Provincia gestisce la sanità attraverso un Fondo provinciale, il cui bilancio, di circa 1.450 miliardi di lire, è l'unico in pareggio fra tutte le Regioni italiane. L'attuale piano sanitario è in vigore dal 1993. In attesa dell'approvazione del nuovo piano, la giunta provinciale emana un documento di obiettivi annuale. Nell'ultimo non sono previsti tagli e l'unico punto che sta creando resistenza è la previsione di riorganizzare alcuni reparti maternità.

**PROVINCIA BOLZANO** - Il piano sanitario della Provincia di Bolzano 2000-2002 prevede un taglio di posti letto che nel triennio dovrebbero passare da 2.254 a 2.036. I 200 posti letto in meno per i pazienti acuti sono andati ad incrementare i posti letto per i post-acuti, che da 20 sono passati a 200. Non sono previsti tagli delle strutture ospedaliere, ma si prevede mobilità e messa in rete delle

informazioni. Mentre i pazienti in generale accettano la mobilità, i medici sembrerebbero restii a spostarsi. L'intervento che ha causato maggiori polemiche è stata l'introduzione dei ticket.

**LOMBARDIA** - In marzo, dopo un'aspra discussione, è stato approvato il piano socio-sanitario 2002-2004. L'opposizione di centrosinistra ha organizzato un ostruzionismo senza precedenti e la votazione ha richiesto circa due mesi. Proteste si sono avute da parte di un centinaio di organizzazioni, mentre i sindacati hanno raccolto 30mila firme contro il progetto. Fra le novità, la possibilità in via sperimentale, di costituire fondazioni che controllino alcune strutture ospedaliere pubbliche. Previsto il calo dei posti letto per degenti acuti dal 4,6 per mille al 4 per mille, con un taglio di 5.400 unità; trasformazione delle Asl in Pac, cioè in strutture che si occupino solo di programmazione, acquisto, controllo affidando i servizi all'esterno.

**FRIULI-VENEZIA GIULIA** - La Regione ha approvato nel dicembre 2001 una corposa delibera. Sono stati approvati anche il piano dell'emergenza e il Piano materno-infantile, oltre a una delibera con la quale vengono individuati gli strumenti per l'abbattimento delle liste d'attesa e i livelli essenziali di assistenza minima garantiti. I piani approvati non prevedono tagli di posti letto o di strutture ospedaliere e non hanno causato malcontenti o forme di protesta da parte dei cittadini.

**VENETO** - Il piano sanitario non è ancora stato approvato: i lavori riprenderanno a settembre, come quelli per la riorganizzazione della rete ospedaliera. Quest'ultima prevede alcuni tagli che non sono stati ancora definiti con precisione. Le ventilate ipotesi di chiusura di ospedali hanno già suscitato una serie di manifestazioni di protesta da parte delle popolazioni interessate ed hanno determinato il sorgere di comitati decisi ad opporsi a questi provvedimenti.

**LIGURIA** - Si giocherà nelle prossime settimane la partita della sanità in Liguria: il consiglio dovrà discutere il nuovo piano sanitario e ospedaliero e il centro sinistra ha già annunciato battaglia. Nelle intenzioni della giunta il nuovo piano prevederà una graduale riconversione dei posti letto degli acuti a favore della riabilitazione e della lungodegenza. La questione che sta più a cuore ai liguri rimane il ticket sui farmaci, ora nuovamente istituito.

**EMILIA ROMAGNA** - L'Emilia, che continua a puntare sulla sanità pubblica, ha già accorpato servizi e ristrutturato la rete ospedaliera, diminuendo posti letto e chiudendo piccoli presidi. Nel definire numeri standard nel rapporto posti letto-abitanti le proteste di comitati e cittadini non sono mancate: resta epica la battaglia per l'ospedale a Comacchio.

**TOSCANA** - La riduzione del numero di ospedali e di posti letto in Toscana è stata attuata nel corso di dieci anni. Dal 1992 ad oggi i presidi ospedalieri sono passati da 93 a 40 ed i posti letto si sono ridotti dai 26.000 del '92, di cui 23.000 pubblici e 3.000 privati, ai 15.400 del 2002, di cui 12.600 pubblici e 2.800 privati. Il tasso di ospedalizzazione è passato da 370 ogni mille abitanti del '92 a 178 di quest'anno ed il piano sanitario prevede una ulteriore riduzione fino al 2004 per raggiungere lo standard di 160 ogni mille abitanti.

**MARCHE** - La giunta ha varato in luglio una pdl per il riordino della sanità che andrà in consiglio regionale in autunno insieme al nuovo piano sanitario regionale. La proposta prevede la riduzione dalle 13 Ausl attuali in un'unica azienda e un quadro in cui le aziende ospedaliere che manterranno la propria autonomia scenderanno dalle quattro di oggi a due. Il provvedimento, che ha suscitato proteste, non si addentra nel tema degli ospedali che subiranno tagli dei posti-letto: secondo dati non ufficiali dovrebbero diminuire da 7.200 a 5.800.

**UMBRIA** - Riduzione dei posti letto, il 4 per mille, e riconversione ed accorpamento delle strutture ospedaliere sono già una realtà in Umbria che il prossimo piano sanitario regionale, in discussione in consiglio entro un mese, codificherà. L'attuazione del piano non ha provocato forme esasperate di protesta.

**LAZIO** - Il piano sanitario è stato approvato dopo 32 anni il 31 luglio scorso. A protestare sono stati i cittadini di Pontecorvo (Frosinone) che hanno organizzato una sfilata di trattori dentro il paese contro la riduzione dei posti letto. Proteste vi sono state per la reintroduzione del ticket, per il passaggio a pagamento di alcune categorie di farmaci e per il blocco delle assunzioni in Asl e aziende ospedaliere.

**ABRUZZO** - la giunta riesaminerà il provvedimento che, il 25 luglio scorso, ha reintrodotti i ticket sanitari e suscitato la rivolta di sindacati e associazioni anche perché in farmacia si deve dichiarare il reddito. Minacciato il ricorso al Tar. Definite, invece, le tariffe giornaliere per le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera: 327,12 euro per la fascia A e 208,08 euro per la fascia B. Il programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria prevede, inoltre, interventi strutturali per circa 250 milioni di euro.

**MOLISE** - Una bozza di riordino della sanità regionale è attualmente all'esame della maggioranza. Il documento dovrebbe andare in consiglio i primi di ottobre e prevede la riduzione delle Asl da 4 a 1. Sono stati reintrodotti i ticket da metà agosto (1 euro a confezione) e vi sono state proteste.

**CAMPANIA** - Si profila un "autunno caldo" per la sanità campana: entro la fine dell'anno dovrà essere approvato il nuovo piano ospedaliero, così come previsto dal piano sanitario regionale generale. Intorno al nuovo piano degli ospedali si è già aperto un dibattito tra istituzioni ed esponenti della sanità privata e pubblica. La riorganizzazione delle strutture sanitarie campane, tenuto conto dell'entità del deficit sanitario regionale, comporterà inevitabilmente sacrifici e polemiche.

**BASILICATA** - È in corso l'aggiornamento del piano sanitario regionale 1997-2000, ma la ristrutturazione della rete ospedaliera è stata già stata avviata sulla base del piano nel 1997. Quanto alla ristrutturazione della rete ospedaliera, il piano 1997-2000 non prevede chiusure di ospedali, ma spostamenti di reparti e riconversione di alcuni nosocomi in strutture per le lunghe degenze. In maggio proteste vi sono state a Maratea (Potenza), con l'occupazione dei binari della linea ferroviaria Salerno-Reggio Calabria, per il trasferimento di alcuni reparti nell'ospedale di Lagonegro (Potenza).

**CALABRIA** - In Calabria non è stato ancora approvato il nuovo Piano sanitario che però è in fase di avanzata elaborazione. Il Piano conterrà sicuramente qualche taglio, ma la sua finalità non è tanto quella del risparmio della spesa, comunque necessaria, ma la razionalizzazione della rete.

**PUGLIA** - Sono settimane che il presidente della Regione Puglia, Raffaele Fitto, gira per illustrare il contestato piano di riordino ospedaliero approvato dalla giunta il 26 luglio e che prevede accorpamenti di ospedali, realizzazione di centri di eccellenza e creazione di centri ad alta specializzazione. Il piano è considerato penalizzante da numerosi comuni.

**SICILIA** - Riprenderanno la prossima settimana i lavori per stilare il nuovo piano sanitario regionale. La rimodulazione dei posti letto delle strutture ospedaliere è affidata ad un tavolo tecnico. Secondo le prime previsioni, gli attuali 24 mila posti letto dovranno essere ripartiti in 20 mila destinati ai ricoveri gravi e 4 mila per le lunghe degenze e riabilitazioni.

**SARDEGNA** - La Sardegna attende da 17 anni il nuovo piano sanitario. In attesa dell'approvazione (è in vigore quello del 1985), in Sardegna la vera rivoluzione è stata l'introduzione del ticket sui farmaci e sulle visite al pronto soccorso, scattata il 1 agosto e duramente contestata.

*TAR Lazio: il federalismo non assegna alle Regioni la definizione dei livelli essenziali*

## Sui LEA parola al Governo

La fissazione dei Lea riguarda l'individuazione del contenuto stesso del diritto sociale alla salute che l'ordinamento deve garantire a chiunque su tutto il territorio dello Stato, e perciò è sottratta alla legislazione concorrente regionale in materia sanitaria. Con questa motivazione il Tar del Lazio (*decisione n. 6252/2002*, ha respinto il primo di una lunga lista di ricorsi contro il Dpcm 29 novembre 2001, con cui il Governo centrale ha individuato i livelli essenziali di assistenza, secondo quanto stabilito dall'art. 6 DI 347/2001 convertito, con modificazioni, dalla legge 405/2001, proprio mentre sul versante delle riforme costituzionali diveniva operativa, dopo il referendum, la legge costituzionale 3/2001 che ha sensibilmente modificato l'assetto delle competenze Stato-Regioni (anche) in materia sanitaria. Già all'indomani della pubblicazione dei Lea era sorto il dubbio se, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, spettasse ancora allo Stato individuare i livelli essenziali di assistenza, ovvero se non fosse più corretto attrarre tale operazione nell'alveo della generica competenza concorrente regionale (si veda il nuovo art. 117, comma 3 Cost.) che in materia di tutela della salute riserva allo Stato la mera indicazione di principi generali. Aderendo a quest'ultima tesi, il Dpcm contenente i Lea sarebbe senza dubbio apparso costituzionalmente illegittimo, dato che lo stesso non si limita a dettare regole di principio, ma fissa una disciplina di dettaglio in ordine all'efficacia e all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie inserite. Questa la linea seguita anche dal titolare di una struttura accreditata con il Ssn nella regione Puglia il quale, vistosi cancellare ben 17 prestazioni relative alla branca di fisioterapia per effetto dell'adozione dei Lea, aveva impugnato il Dpcm unitamente alla determinazione regionale di recepimento. Nel respingere il ricorso, i giudici amministrativi sono quanto mai chiari: la fissazione dei Lea costituisce espressione di quel potere che il nuovo articolo 117, comma 2, lett. m) della Costituzione riserva in via esclusiva alla competenza dello Stato: il potere di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti

civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Secondo il Tar, l'organizzazione degli strumenti di tutela della salute prevede due distinti e connessi livelli operativi. Il primo, rimesso alla competenza esclusiva statale, è dedicato all'individuazione del tipo, della natura e delle quantità finanziariamente erogabili di prestazioni minime garantite sul territorio nazionale; il secondo, logicamente successivo al primo, rimesso alla competenza delle singole Regioni in concorso con lo Stato, rivolto alla predisposizione delle misure attuative occorrenti ad attualizzare l'obbligo assunto nei confronti di tutti i cittadini, tenendo conto delle specificità territoriali e locali: le Regioni non hanno alcuno spazio di discrezionalità nel recepire i Lea, potendo al più evitare l'esclusione di una o più prestazioni escluse dai Lea solo attraverso il reperimento in via autonoma delle risorse finanziarie occorrenti per il loro mantenimento. In sintesi, nel nuovo assetto delle competenze delineatosi con la riforma costituzionale, spetta allo Stato individuare il minimum garantito di tutela sanitaria attraverso l'indicazione dei Lea, ben potendo porre norme di dettaglio sui Lea anche relativamente all'appropriatezza ed efficacia o meno di certe prestazioni sanitarie, atteso che con tale operazione, in definitiva, si riempie di contenuto concreto il diritto sociale alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione. Ciò in quanto - ed è questo il punto più delicato della sentenza in commento - se il diritto alla salute è un «diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento (...) con altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto anche conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui l'apparato dispone», appare chiaro che l'attuazione di questo diritto non può che essere riservata allo Stato, se si vuole preservare il principio di eguaglianza attraverso l'erogazione su tutto il territorio delle medesime prestazioni. Un'idea, quella del diritto alla salute come "diritto condizionato", consolidata nella recente giurisprudenza costituzionale.

# Le soluzioni di continuità assistenziale concordate negli Accordi regionali

Piero Di Saverio

## Premessa

Ad oggi sono solo sette le Regioni che hanno stipulato gli Accordi decentrati in maniera più o meno completa (Abruzzo, Toscana, Veneto, Basilicata, Liguria, Piemonte, Lombardia). Solo due (Abruzzo e Toscana) hanno normato il capitolo "Continuità assistenziale" attraverso un articolato che definisce in modo chiaro ed inequivocabile le funzioni, le tariffe e le modalità di erogazione del servizio ad opera dei P.di F. che in maniera volontaria volessero aderire a tale istituto, la cui attivazione sperimentale viene comunque rimandata alle singole ASL. Il Veneto d'altra parte, pur facendo riferimento all'argomento nell'ambito del 2° modulo del "Progetto cure primarie" (Acc. Reg.) in cui vengono definiti solo due livelli d'intervento, si distingue per aver bruciato le tappe e aver sperimentato nella ASL 12 di Venezia, già dal marzo 2001, sia una forma di Continuità assistenziale in senso stretto solo diurna festiva e prefestiva, sia una forma di Copertura assistenziale diurna feriale 8.00-20.00.

A tal proposito si fa rilevare, come spesso venga indistintamente utilizzato il termine "Continuità assistenziale" sia per indicare il servizio svolto durante le ore in cui è normalmente operante la Guardia Medica, sia per definire una qualche attività che il P.di F. possa svolgere durante le ore diurne feriali. Sarebbe pertanto auspicabile riservare il termine "Copertura assistenziale diurna feriale" per indicare, in maniera inconfondibile, solo le forme di attività

(disponibilità telefonica, apertura degli studi oltre un certo orario, ecc.) che il P.di F. svolge durante l'arco temporale 8,00-20,00 dei giorni feriali.

Questo tipo di attività la si ritrova molto ben definita sia nell'Accordo della Lombardia che della regione Abruzzo dove è estesa anche ai Pediatri singoli oltre a coloro i quali operano in forme associative; piccole differenze si riscontrano sia nel numero delle ore di apertura degli studi che nell'entità del fondo annuo finalizzato, da cui scaturisce una diversa remunerazione anche legata al numero di P.di F. che aderiscono al servizio ed al monte ore annuo (oltre la 5° o 6° /die) in cui gli studi *devono* essere tenuti aperti.

Altre regioni hanno preferito demandare l'intero capitolo agli Accordi aziendali, dando semplici indicazioni di massima. Aziende come quella di Piacenza e Trento hanno previsto l'attivazione della *Guardia Medica non pediatrica* già a decorrere dalle ore 20,00 del venerdì.

Da tutto ciò, anche se l'esperienza è ad oggi limitatissima, si evince come l'argomento sia stato affrontato, nelle diverse realtà della penisola, nei modi più diversi, anche se risulta comunque possibile ravvisare alcuni fattori comuni quali:

- volontarietà della partecipazione al servizio
- stanzialità della prestazione
- copertura solo diurna sia di attività infrasettimanali che prefestive e festive
- remunerazione adeguata.

## Continuità assistenziale distinzione:

- A) *Continuità assistenziale in senso stretto ( servizio svolto durante le ore coperte dal Servizio di Guardia Medica : 20,00 - 8.00 del gg feriali e dalle 10,00 del prefestivo alle 8,00 del gg post-festivo)*
- B) *Copertura assistenziale diurna feriale ( forme di attività svolte dalle 8,00 - 20,00 del gg feriali)*

## Continuità assistenziale Reg. Abruzzo

- **Sperimentale per una ASL di 200/300.000ab**
- **Fondo di 839.000.000 € /anno**
- **N° prevedibile di Pediatri occupati 25/30**
- **Volontaria ( pdf, p.conv.amb. , p.in graduatoria reg. ed extrareg.). Incompatibilità se > 600 scelte**
- **Turni da 6 a 12 ore; Incarichi da 12 a 30 ore settimanali- notturna fer.-prefestiva e festiva**
- **Stanziale nella sede indicata dalla ASL**
- **Onorario lordo per ora : 70.000 €**

### Reg. Toscana: Consulenza pediatrica

- Interventi Aziendali Sperimentale, diurna nel gg prefestivi e festivi
- Volontaria (pdf, p. in graduatoria aziendale e regionale)
- Turni max di 3 ore al mattino e 3 di pomeriggio (anche consecutivi)
- Stanziale in locali ASL, del volontariato o dei pdf, disponib. telefonica e di visita
- Personale Infermieristico distrettuale
- Onorario : € 200.000/ora + visite occasionali fornite ad assist altre ASL
- Verifica annuale tramite Indicatori ed Incentivo al M.dl G.M. pari al 10% dei risparmi sul ricoveri

### Regione Veneto

- Inserita nel 2° modulo del "Progetto Cure Primarie"
- Diurna prefestiva e festiva
- 1° livello: disponibilità telefonica in fasce orarie concordate
- 2° livello: disponibilità ad erogare prestazioni non differibili
- Compenso definito a livello ASL

### (Continuità) Copertura assistenziale diurna feriale

#### ■ Regione Abruzzo:

- Fondo di 250.000.000 €/ annuo
- Apertura studi per oltre 5 ore/die per 5 gg/sett tra mattino e pom. , anche in forma coordinata per gruppi e associazioni
- Adesione max delle forme associative
- Remunerazione per l'anno 2001 circa 250.000 €/ora

#### ■ Regione Lombardia

- Fondo di 299.697 € rel. al 2001
- Apertura studi per oltre 5 ore/die con almeno uno fino alle 19.00 , oppure oltre le 6 ore/die.
- Riservato a gruppi ed associazioni .... (in futuro anche per pdf singoli)

#### ■ Regione Toscana → Interventi Aziendali

*Disponibilità telefonica e/o ampliamento di apertura dell'orario di ambulatorio*

#### ■ Distretto 48 ASL Na 1 ( aa 2000)

*" Pronto dottore "*

*Disponibilità continuativa telefonica articolata tra 10 pdf nell'arco della giornata , con possibilità anche di visita ambulatoriale per prestazioni non differibili.*

### Acc.Aziendali

#### ■ Regione Liguria

**Guardia Pediatrica statica**

**A trattativa aziendale**

**Prefestiva e festiva**

**8.00 - 12.00**

**16.00 - 20.00**

### Acc. Aziendali → da definire

#### ■ Regione Basilicata

*Dichiarazione a verbale n° 4*

*" Istituzione di punto di ascolto telefonico o servizio di Guardia pediatrica stanziale "*

#### ■ Regione Lombardia

**a trattativa aziendale**

### Acc.aziendali in forma mista

#### Venezia Asl 12 ( 03/2001)

- 1) (Continuità) Copertura assistenziale diurna feriale dalle 8.00- 20.00
  - almeno due/tre studi aperti 5gg / sett.
  - Disponibilità telefonica (n dedicato) e di visita
  - Onorario 25€/ora -adesione 20/32 pdf-
- 2) Continuità assistenziale diurna prefestiva e festiva dalle 8.00- 20.00 , modificata dal 05/2002 in 8.00 - 12.00 e 15.00- 19.00
  - Due studi aperti (O.C.Ve + O.Umb.1°Mestre )
  - Disponibilità telefonica( n dedicato) e di visita
  - Onorario 520 € /die -adesione di tutti pdf + pdf della reg Veneto su basa volontaria.

### Acc.aziendali

controcorrente

- Piacenza (01/2002) Guardia Medica non pediatrica dalle ore 20 del venerdì..... 1 sabato/mese finalizzato all'aggiornamento
- Trento (03/2002) Guardia Medica non pediatrica dalle ore 20 del venerdì.....(in studio la figura del pdf consulente..)

# Il futuro dell'ACN

Antonio Improta

*“ L'unico rischio nella vita è quello di non correre nessun rischio”*

In Italia le Leggi vengono scritte per essere interpretate ...sarà pure un luogo comune ma quante volte abbiamo verificato la veridicità di quest'affermazione ?

Anche per il nostro vigente Accordo Collettivo Nazionale (DPR 272/00) abbiamo sperimentato più volte quanto sia vera quest'affermazione e non solo per quanto concerne gli istituti normativi (ad esempio l'Articolo 31 sulla visita domiciliare) ma anche incredibilmente per alcuni aspetti economici che per loro stessa natura (*la matematica non è, o non dovrebbe essere, un'opinione ...*) avrebbero dovuto essere chiari a tutti (mi riferisco, per esempio, all'Articolo 29, lettera f, comma 3 del DPR 272/00, la cui applicazione ha sollevato in non poche ASL e Regioni diatribe e controversie).

## Ma che il nostro ACN sia un free agreement è un bene o un male?

Probabilmente non esiste una risposta secca a questa domanda e nell'applicazione periferica molto dipende dal “livello” delle parti in causa.

È certo che laddove operano interlocutori di parte pubblica competenti ed aperti, i manager sindacali riescono ad ottenere il meglio in una condizione “non blindata”, ma succede esattamente l'opposto in quelle regioni ed aziende dove gli interlocutori sono impreparati ed ottusi. Se a questo livello *personale* del problema sommiamo il livello *comunitario* disastroso di certe regioni e certe aziende (ASL) italiane risulta chiaro che il pediatra di famiglia ne esce malconco.

## Il futuro regionale degli accordi

Lasciamo volutamente insoluto il quesito precedente, perché alla luce di quanto esporremo, probabilmente non ha più senso nemmeno chiederselo, vediamo perché:

A seguito della modifica del Titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) la “tutela della salute” (in sostituzione della vecchia dizione “assistenza sanitaria ed ospedaliera”) costituisce ora materia di legislazione regionale concorrente (art. 117, c. 3), da esercitarsi entro i seguenti limiti:

- 1) Costituzione;
- 2) Vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali;
- 3) “Principi fondamentali”, la cui determinazione è riservata alla legislazione dello Stato;

È importante notare come la potestà regolamentare viene oggi riconosciuta alle Regioni mentre allo Stato è rimasto il compito di individuare “i principi fondamentali” che, nel caso delle convenzioni, riguardano sia la “tutela della salute” che le “professioni”.

Ma se lo Stato ... dorme e “dimentica” di definire i principi fondamentali, le Regioni (probabilmente quelle stesse che prima dicevamo meritevoli ed efficienti) possono attivare da subito la potestà legislativa desumendo i “principi fondamentali” dalla legislazione vigente<sup>1</sup>.

### Altro che accordo ponte!

Alla luce di quanto esposto probabilmente assisteremo ad un'accelerazione della *devolution* sanitaria che non intendo valutare aprioristicamente, ma che, a giudicare, dai primi segnali, dovrebbe quanto meno, allargare la forbice tra regioni efficienti e regioni inefficienti .... e non è solo una questione *meridionale* o di colore politico. In questo senso infatti risulta quanto meno significativa la recente affermazione di Staderini, Presidente della Corte dei Conti<sup>2</sup>, allorquando riferendosi ai modelli Lombardia ed Emilia Romagna, notoriamente diversi, li collocava entrambi a livelli di eccellenza.

### L'oggetto della contrattazione nazionale e ... la dieta dimagrante

I contenuti giuridici ed economici di un (*eventuale...*) accordo nazionale (sempreché qualche regione non schizzi via prima, visto che tecnicamente potrebbe farlo) dovrebbero essere minimi ed essenziali, ma ovviamente validi su tutto il territorio nazionale a garanzia del principio della continuità nell'assistenza per gli utenti, dei principi di uguaglianza e della libera circolazione dei medici e per l'individuazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza.

Tradotto in altre parole si prevede per il nostro agognato ACN un futuro di ...dieta !

Ma anche di tante buone intenzioni, dichiarazioni di buoni propositi, etc. etc.: sarà vero ?

### Quale pediatria di famiglia?

È giusto chiedersi allora quale modello o quali e quanti modelli di pediatria di famiglia prevarranno ?

Il dibattito talora acceso a cui si assiste al nostro interno (e non solo sulle pagine del forum di Pediatria On Line) tra i fautori di un modello più *liberal* e i sostenitori di un modello più vincolato e dentro le regole di una *quasi-dipendenza* si farà rovente fino paradossalmente a rischiare di ... spegnersi di fronte alla ineluttabilità di scelte politiche che ci sovrastano ben oltre la nostra *piccola* dimensione di pediatri di famiglia.

Ma per allora la FIMP o, se preferite, *le* FIMP (regionali) dovranno avere le idee chiare ed un progetto politico o più progetti per le varie realtà ...

Sarà difficile infatti sostenere un unico modello valido per la variegata nostra nazione e forse è anche meglio così per le differenze antropologiche, culturali, sociologiche e geografiche in cui siamo *geneticamente* divisi.

Ma non temete, perché il nostro comune denominatore resterà sempre l'inno di Mameli ... anche se al suo posto io preferirei ... *funiculi, funiculà !*

Meditate gente, meditate !

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Osservazioni dei tecnici delle regioni del Gruppo ristretto (Toscana, Friuli V.G., Veneto), costituito dalla Conferenza degli assessori regionali alla sanità, riunitosi a Roma il 19 marzo 2002.
- <sup>2</sup> Relazione della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria delle Regioni ( Roma 7 giugno 2002)

## Primo incontro dei Referenti Regionali del Centro Studi Nazionali FIMP

*A cura di Michele Fiore  
Referente Centro Studi Regione Liguria*

Nei giorni fra il 20 ed il 23 giugno u.s. si è tenuto il 1° Incontro dei Referenti Regionali del Centro Studi FIMP Nazionale (CSF). L'incontro si è svolto in una località amena, in piena campagna romana, a Morlupo nella sede locale dei Padri Rogazionisti (un ex convento riadattato a Centro Spirituale). I referenti regionali presenti avevano ricevuto delega o mandato direttamente dalle Segreterie Regionali FIMP. Le spese (molto basse!) sono state "reperite" direttamente dal dr. Antonio Improta, Segretario Provinciale FIMP sezione di Napoli e Responsabile Nazionale del Centro Studi FIMP Nazionale (CSF).

L'accoglienza iniziale l'abbiamo avuta a Roma presso la Sede Nazionale FIMP, presente il Tesoriere Nazionale, dr. Claudio Colistra. Da qui un bus ci ha condotti nell'ex-convento, dove abbiamo trovato afa, stanzette molto spartane [senza aria condizionata:-):-:-] ed una accoglienza "cristiana".

Erano presenti a questo primo incontro (da nord a sud), la Regione Piemonte rappresentata dal dottor Massimo Landi (TO), la Regione Lombardia con la dr.ssa Giuseppina Meregalli (Bianasso - MI), la regione Veneto con la dr.ssa Sebastiana Blundo (Piove di Sacco - PD), la Regione Liguria con il dr. Michele Fiore (San Remo - IM), l'Emilia-Romagna con il dr. Giuseppe Gregori (PC), la Toscana con il "padre" di tutti i Centro Studi FIMP il dr. Vittorio Isoppi da Massa, l'Abruzzo con il dr. Giuseppe Collacciani (Avezzano - AQ), la Sardegna con la dr.ssa Elisabetta Bianchi (Perdasdefogu - NU), la Campania con il dr. Domenico Viggiano (Cava de' Tirreni - SA), la Puglia con il dr. Lorenzo De Giovanni (Martano - LE) e la Sicilia con il dr. Ugo Giuseppe Ciulla (Caltagirone - CT).

Tale incontro è stato voluto e programmato da A. Improta, sua la scelta dei Docenti, delle materie d'insegnamento e dei tempi delle sessioni di lavoro, nel tentativo di fornire abilità "tecniche" qualificanti il tipo di compito richiesti. Sono stati 3 giorni molto intensi e faticosi, ma veramente piacevoli per l'aria di "squadra" che si respirava, il tutto coronato da un'atmosfera di "democrazia partecipata" (all'Antonio Improta) e dall'intento di arrivare a costituire un team efficace e utile per tutti. Veniamo ora a un

breve resoconto delle giornate di lavoro.

L'introduzione agli argomenti, è stata fatta dallo stesso A. Improta, che ha sottolineato le funzioni del CSF definendolo un organo di valenza tecnico-scientifica che opera come supporto del Comitato Centrale.

Le aree di interesse, sono state identificate nelle seguenti:

- 1) sindacale
- 2) culturale
- 3) sociale

I settori d'interesse del CSF sono:

- 1) bioetica
- 2) programmazione varie
- 3) economia e politica sanitaria
- 4) altri settori individuati di volta in volta dal CC.

La prima mezza giornata è stata caratterizzata dall'intervento della Prof.ssa Antonella Sapio (NPI e docente di psicologia sociale all'Università di Firenze con indirizzo su "studi sulla pace e gestione dei conflitti"). Ha iniziato i lavori con una richiesta di presentazione da parte di tutti noi, chiedendo, a turno, di esternare le nostre situazioni di conflitto, responsabili del senso di frustrazione e rabbia che talora accompagnano il nostro lavoro di pediatri di famiglia. Dopo questa introduzione ci ha chiesto di de-



scrivere con due aggettivi il collega che ci stava di fianco, esperienza questa che ha indotto da subito una situazione di "cameratismo" fra noi discenti. Tale cameratismo si è poi confermato nel dopo cena, quando sono continuati i lavori, prima in aula e poi sotto il porticato del convento fino a tarda notte. L'indomani, la Prof.ssa Sapio, ha iniziato il suo intervento con una premessa: la gestione dei conflitti può avvenire solo attraverso due strade: la mediazione e la negoziazione. Ha poi cercato di porre l'accento sul fatto che la consapevolezza delle emozioni (p. esempio quelle emerse nella presentazione del giorno prima), possono portare alla rivalutazione di questi sentimenti e al loro uso positivo nella relazione. In merito a questo, ha sottolineato i seguenti punti:

- 1) come, quando e perché comunicare gli aspetti negativi della relazione
- 2) comprendere lo stato d'animo dell'altro (più che comprendere il bisogno)
- 3) la comprensione aiuta la comunicazione, che presenta un aspetto verbale ma soprattutto un aspetto emozionale, di empatia che gioca un ruolo rilevante

La lezione è poi continuata con degli accenni alla "scienza della pace". Secondo la nostra cultura al conflitto, ad un atteggiamento ostile rispondiamo con un atteggiamento speculare con aumento della tensione. Per ridurre il conflitto la risposta teorica è: disattivare il meccanismo reattivo speculare. Come?

- 1) Svelando il gioco, rendendo esplicito ciò che accade
- 2) non annullando la componente emozionale, ma rendendola manifesta
- 3) reggendo l'attacco dell'altro senza essere speculari.

La non consapevolezza, per contro, può portare a un comportamento di tipo speculativo-reattivo che determina lo stereotiparsi di alcune situazioni, da cui poi sembra impossibile uscire.

Tali situazioni sono state ricreate mediante role-playing di vicende personali che tutti i componenti del gruppo erano sollecitati a commentare o interpretare.

Dopo un lauto pranzo preparato dai confratelli rogazionisti, è venuto il turno del dr. Rosario Tarsia (Dirigente, nonché coordinatore del Centro Studi, dell'ASL NA1 – la più grande d'Italia).

Questa relazione è stata molto interessante in quanto avevamo di fronte quella "brutta cosa" che i sindacalisti medici chiamano "controparte" (la parte pubblica, per intenderci). Il dr. Tarsia ha introdotto dei concetti (più o meno noti a tutti quelli che fanno contrattazione sia a livello di ASL, che a livello provinciale, regionale e nazionale), con un taglio prettamente sindacale, nell'accezione migliore del termine. Non vorrei esagerare dicendo che

ci ha svelato qualche "trucco" per affrontare, senza essere spiazzati, la parte pubblica. Ci ha parlato di futuro della medicina convenzionata che è quello di lavorare per progetti, elaborati da parte di equipe multidisciplinari che abbiano al loro interno figure di natura anche non strettamente medica, data la complessità e la molteplicità delle competenze richieste. Ci ha parlato di elaborazione delle strategie che deve avvenire mediante l'acquisizione di dati, l'analisi per processi (e non per procedure) delle modalità atte a conseguire nuovi obiettivi o a migliorare in termini di efficienza ed efficacia quelli già raggiunti. I dati raccolti vanno, poi, valutati non solo in termini analitici (cui possono seguire proposte) ma in termini strategici e gestionali. Ha sostenuto che il CS di un organismo sindacale è l'equipe che su mandato degli organismi dirigenti elabora progetti secondo strategie che dipendono dalle priorità degli obiettivi e dai tempi richiesti per raggiungere gli obiettivi stessi, quindi dovrebbe essere lo staff di supporto del gruppo dirigente in grado di produrre dati utili e necessari a elaborare e convalidare progetti.

Dopo la solita cena in stile francescano (per altro apprezzata da tutti i delegati) è venuta l'ora della nanna, accolta con un applauso da parte di tutti i presenti.

La terza giornata è stata quella più "coinvolgente" poiché l'oratore di turno, il bravissimo dr. Giuseppe Monaco (ASL MI-3, igienista, epidemiologo e statistico), rompeva spesso gli argini della sua lezione spaziando dalle vaccinazioni alle politiche sanitarie.

I medici pratici hanno spesso poche nozioni di epidemiologia e statistica, se non quelle, ormai un po' lontane, acquisite nel corso di laurea o di specialità. Inoltre le due materie sono tradizionalmente un po' ostiche ed erroneamente si pensa che, in fondo, nella pratica quotidiana ci servano a poco. In realtà oggi più che mai, in tempi di analisi dei costi e di progetti, queste due discipline rivestono un'importanza rilevante, tanto che ormai sono da considerarsi due entità distinte con esperti separati. È stata proprio in questa ottica che è stata dedicata a queste discipline una giornata intera, affidata appunto al Dr. Monaco. La lezione è partita, come era logico, dalla spiegazione e quindi dalla strutturazione di un Progetto. Ci è stato spiegato (a mio parere brillantemente) come si costruisce un Progetto, quali sono le fasi che lo caratterizzano, quali sono gli strumenti con cui si realizza e quali sono i "trucchi" per prevenire le immancabili critiche. In sintesi, la mattinata è stata caratterizzata dall'incontro "ravvicinato" con i termini (e quindi i **concetti**) che ormai tutti noi Pediatri di Libera Scelta dobbiamo conoscere quando entriamo "in contatto" con la "parte pubblica". Chi è un *Project Manager*, cosa fa e di quali risorse (uma-



ne e tecniche) e mezzi si serve per portare a buon fine il Progetto. Solo dopo aver fatto chiarezza su *“chi è un P.M.”*, abbiamo affrontato il *“Progetto”*, con le sue fasi [*Project Management* (Definizione, Programmazione, Realizzazione, Completamento e Valutazione finale)] con i suoi parametri (Qualità, Costi e Tempi) e con i suoi elementi critici. Questi concetti sono stati spiegati sia nella loro parte teorica, con numerosi esempi e con la dinamica delle metodologie di ricerca (ponendosi cioè le domande giuste al momento giusto) sia nella loro parte pratica applicando i discenti ad una piccola esercitazione che ha consentito di *“sperimentare”* sul campo (a *“piccoli gruppi”*) la formulazione di un bisogno, l'analisi dei costi e della fattibilità fino alla presentazione di un Progetto (il prodotto finale dell'idea e della proposta), con relativa discussione finale in *“grande gruppo”*.

Anche la seconda parte della mattinata, dedicata alla ricerca del consenso, gestione e prevenzione del dissenso è stata condotta risaltando le capacità discorsive ed esemplificative del docente che denotano un *“vissuto”* importante in questa realtà lavorativa. Si è partiti dai cosiddetti Assiomi di Palo Alto per arrivare a parlare più generale di *“comunicazione”*.

Nel pomeriggio, ci si è addentrati nella parte più tecnica dei contenuti, cioè la descrizione degli strumenti della consultazione di massa ma soprattutto la raccolta e l'analisi dei dati. Il docente si è intrattenuto sui punti di forza di una raccolta dati e sui suoi punti deboli, sul *“bias ecologico”*, ma soprattutto sui metodi di analisi dei dati. È stato a questo punto che la comunicazione si è fatta più difficile, sia per la maggior difficoltà dell'argomento ma anche per le frequenti *“aperture”* del docente su finestre parallele (sempre alla ricerca di esempi concreti che elucidassero al meglio la parte teorica), cosicché talvolta è stato difficile mantenere il filo conduttore del discorso. Bisogna dire che alla fine della giornata eravamo tutti molti stanchi (tranne il docente), ma crediamo che non

sia possibile esulare da queste competenze, almeno di base, facendo parte di un Centro Studi. Nel complesso è risultata evidente la competenza, la padronanza e la passione del docente anche perché, usando un linguaggio mediatico, il messaggio è *“passato”* dal docente al discente.

Alla fine di ogni relazione abbiamo compilato il questionario di giudizio/gradimento sulla relazione e sul docente. Una sintesi delle tre relazioni, con il relativo commento, è stata fatta dal Dr. Mimmo Viggiano ed è possibile vederla nelle tabelle a fine articolo.

L'ultima mezza giornata è stata caratterizzata dall'intervento del Responsabile nazionale CSF, Antonio Improta, che oltre a propinarci subito un *“esercizio pratico”* rappresentato dalla discussione di un progetto congiunto FIMP ed ISS sulle modalità prescrittive del Pediatría di Libera Scelta, ha tenuto banco con le sue idee per il C.S.F. e con le nostre controproposte di strutturazione e compiti di un Centro Studi di un organismo sindacale.

Fin qui la stesura di questo articolo è stata relativamente semplice, sia perché fare una relazione sui punti tecnici è *“tecnicamente”* semplice sia perché tutto l'articolo è il frutto (il primo di una lunga serie??!!) di una stretta collaborazione fra tutti i delegati regionali del C.S. soprannominati, senza di loro non ce l'avrei fatta. Il passaggio più difficile dell'articolo viene ora, cioè quando descrivere l'atmosfera che si è creata fra 12 persone che non si erano mai incontrate prima. Bisogna dire, ad onore del vero, che l'esercizio iniziale con la Prof.ssa Sapio ha rotto da subito le acque e ci è servito moltissimo per fare conoscenza, inoltre i momenti di convivio quali colazione, pranzo e cena tutti seduti allo stesso tavolo ed i dopo cena sotto i portici del convento hanno dato una marcia in più alle conoscenze interpersonali, anche lo stare in aula con la formula full-day (ore 09:00 – 19:00) ha fatto la sua parte. Inoltre le due serate *“mondane”* post-cena fino alle 23:00 (un gelato in gelateria ed una cena al ristorante) hanno contribuito, anche loro, non poco. Posso sicuramente affermare che si è creata in quei giorni una bella atmosfera ed una sintonia fra i vari partecipanti. C'era sicuramente qualcosa di *“magico”*, le sintonie di pensiero e di intenti fra tutti noi facevano parte di questa *“magia”*. Riporto, prima di concludere, un dato per testimoniare questa sintonia spontanea (empatica direbbe la Prof.ssa Antonella Sapio), nella prima settimana post-incontro il gruppo si è scambiato circa 20 e-mail (4/al giorno lavorativo) che, peraltro, stanno proseguendo tuttora a ritmo incalzante.

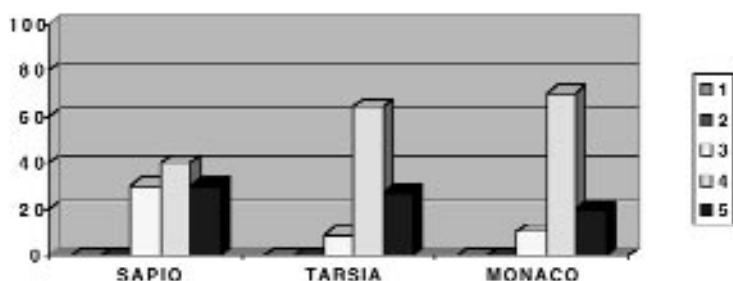
Ci siamo dati appuntamento al Congresso Nazionale di Grado in ottobre p.v.

Infine devo fare un ringraziamento particolare, per la stesura di questo articolo ai colleghi Giuseppina Meregalli, Giuseppe Gregori, Massimo Landi e Pino Collacciani, senza il loro aiuto non avrei potuto scrivere quest'articolo.

Centro Studi Nazionale F.I.M.P.  
1° Incontro dei Referenti Regionali - Morlupo (ROMA) 20-23 GIUGNO 2002

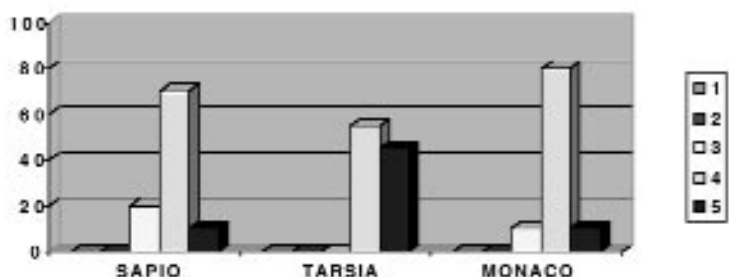
Valutazione degli eventi formativi  
(a cura del dr. Domenico Viggiano – Rappresentante Campania)

## 1) RILEVANZA



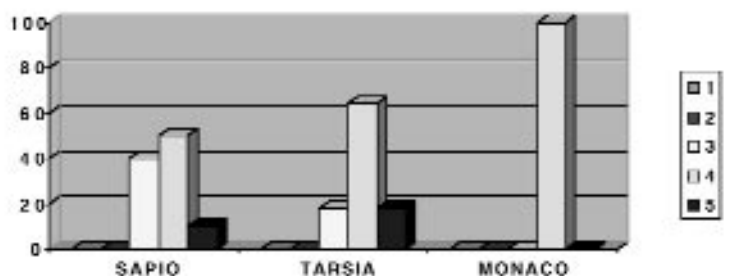
Legenda:  
1= non rilev.; 2= poco rilev.; 3= abbastanza rilev.; 4= rilevante; 5= molto rilev.

## 2) QUALITA'



Legenda:  
1= scarsa; 2= mediocre; 3= soddisfacente; 4= buona; 5= eccellente.

## 3) EFFICACIA



Legenda:  
1= inefficace; 2= parzialm. efficace; 3= abbast. efficace; 4= efficace; 5= molto efficace

## COMMENTO

Viene penalizzata, secondo me a torto, l'intervento della Prof.ssa Sapio, che ha avuto giudizi tra l'abbastanza e il molto (punti 3-4-5). Al contrario gli interventi di Tarsia e di Monaco vengono giudicati dalla maggior parte delle persone da 4 a 5 (90-100% contro il 70-80 % di Sapio). Questo è secondo me dovuto a diversi motivi:

si trattava del **primo intervento** e quindi del primo giudizio: ci siamo tenuti "bassi" perché non sapevamo cosa veniva dopo;

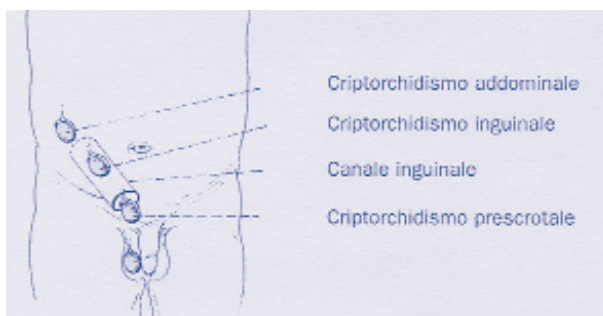
- alcuni di noi (non dimentichiamo che le percentuali sono fatte su 10-11 persone!) hanno giudicato in maniera chiaramente negativo l'approccio psicologico di non violenza ai conflitti tra le persone, considerandolo troppo "buonista";
- la **psicologia della non violenza** è materia sicuramente nuova per molti di noi, a differenza di quanto detto da Tarsia (comunque si trattava di Ospedali-ASL-budget-prescrizioni ecc.) o da Monaco (progetti-ricerche biblico su Internet-interpretazioni di dati ecc.). Ci siamo sentiti quindi di giudicare meglio argomenti che noi conoscevamo di più e che quindi ci sembravano più interessanti.

# Criptorchidismo: attualità terapeutiche<sup>(1)</sup>

Silvano Bertelloni°, Silvia Navari°, Claudio Spinelli\*, Luca Bertacca°, Giuseppe Saggese°

## Introduzione

Con il termine *criptorchidismo* si indica quella condizione clinica caratterizzata dalla mancata localizzazione di uno o di ambedue i testicoli nello scroto con arresto lungo il fisiologico tragitto di discesa<sup>1</sup> (Fig. 1). Tale condizione rappresenta la più frequente anomalia dell'apparato riproduttivo nell'uomo e riveste a tutt'oggi un



particolare interesse sia per i molteplici quadri clinici a cui può essere associata questa anomalia nelle forme a patogenesi complessa sia per il rischio di infertilità e di neoplasia in età adulta presente anche nel criptorchidismo isolato<sup>1,2</sup>.

Per tali motivi il criptorchidismo può essere considerato una vera e propria patologia sociale. Tenendo presente che è affetto da criptorchidismo il 3-5% dei nati a termine e il 9-30% dei nati pretermine<sup>1</sup> e che Italia nell'anno 2000 sono nati circa 280.000 maschi, si può calcolare che nel nostro paese nascano almeno 10.000-11.000 bambini criptorchidi/anno. Sebbene molti di questi neonati presenteranno una discesa spontanea dei testicoli nel I anno di vita, teoricamente circa 3000-3500 bambini restano criptorchidi, necessitando di appropriati percorsi diagnostici e terapeutici. Tuttavia, l'esiguo numero di studi clinici randomizzati su casistiche omogenee, per valutare la reale efficacia dei vari tipi di trattamento, medico e chirurgico e i pochi studi di follow-up a lungo termine determinano ancora il persistere di incertezze sul tipo e sulle modalità di trattamento del criptorchidismo<sup>2,3</sup>.

Saranno pertanto prese in esame le varie terapie per il criptorchidismo, discutendone la reale efficacia per quanto riguarda la possibilità di indurre discesa del testicolo nello scroto e di migliorare la prognosi in età adulta.

## Basi fisiopatologiche

Nonostante i progressi che vi sono stati nella individuazione dei meccanismi di discesa del testicolo nello scroto, le basi fisiopatologiche del criptorchidismo rimangono ancora oggi non del tutto note<sup>1</sup>. In linea generale si ritiene che la mancata discesa nella gonade possa essere riconducibile a cause anatomiche, genetiche, endocrine<sup>1,3</sup>.

In un certo numero di pazienti (30-40%) sono state individuate alterazioni anatomiche che possono rappresentare un ostacolo alla normale discesa del testicolo nello scroto<sup>1,2</sup>. È stato prospettato che tali anomalie potrebbero essere la conseguenza di alterazioni del processo

° Divisione di Pediatria, Dipartimento di Medicina della Procreazione e dell'Età Evolutiva,

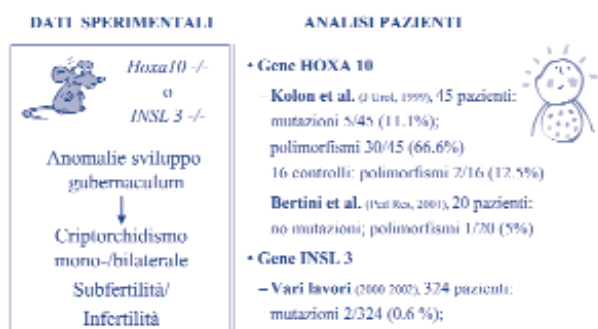
\* Dipartimento di Chirurgia, Università di Pisa, Ospedale Santa Chiara, Pisa

<sup>(1)</sup> Relazione al Convegno "GIORNATE PEDIATRICHE SALERNITANE", 23-25 maggio 2002

di sviluppo e differenziazione del gubernaculum testis e/o di altre strutture della regione inguinale su base casuale o genetica<sup>2</sup>.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, è stato dimostrato che topi nei quali era stata indotta, mediante manipolazione genetica, una distruzione selettiva del gene HOXA10 presentavano anomalie genitali, come anomalo sviluppo del gubernaculum e criptorchidismo bilaterale con alterata spermatogenesi e/o sterilità, simili a quelle del criptorchidismo umano<sup>4</sup> (Fig. 2). Il gene HOXA10 (cromosoma 7), fa parte di una famiglia di geni regolatori della crescita e della differenziazione cellulare (*geni Homeobox*) durante lo sviluppo embrionario e viene espresso dai tessuti che danno origine alle gonadi e al tratto uro-genitale<sup>4</sup>. Nell'uomo, è stato rilevato un aumento di mutazioni e di polimorfismi nel gene HOXA10 in bambini con criptorchidismo (rispettivamente 30 e 66 %) rispetto a controlli normali<sup>5</sup>, suggerendo che alterazioni di questo gene potrebbero essere in causa in una discreta percentuale di pazienti. Tale dato non è stato confermato però in un nostro recente studio, nel quale non abbiamo trovato alcuna mutazione per il gene HOXA10 e solo 2 polimorfismi<sup>6</sup> (Fig. 2). Tale rilievo, unitamente al fatto che l'analisi di un altro gene implicato nella discesa testicolare (INSL3) ha messo in evidenza solo un'esigua presenza di mutazioni<sup>7</sup> (Fig. 2), suggerisce che alterazioni genetiche siano in causa solo in una minoranza di soggetti.

L'osservazione clinica che pazienti con insufficienza gonadica primitiva o secondaria possono presentare la mancata discesa dei testicoli nello scroto alla nascita<sup>7</sup>, unitamente al rilievo che in molti bambini con criptorchidismo non sono rilevabili ostacoli meccanici alla discesa della gonade<sup>2</sup>, ha portato ad ipotizzare una patogenesi ormonale. In effetti, negli anni '70 Job e collaboratori<sup>8</sup> trovarono ridotti livelli di LH e di testosterone tra il 3° ed il 6° mese di vita in lattanti criptorchidi rispetto a bambini con discesa spontanea post-natale del testicolo, suggerendo che un deficit parziale e transitorio di gonadotropine potrebbe rappresentare la base patogenetica del criptorchidismo. Secondo una recente teoria, il deficit ormonale potrebbe esercitare il suo effetto attraverso la mancata androgenizzazione, nella vita fetale, del nervo genito-femorale<sup>2</sup>. L'ipotesi del deficit ormonale ha sicu-



mente contribuito al diffondersi della terapia ormonale nel tentativo di ricreare con i farmaci un assetto endocrino che si riteneva alterato. In tale maniera si pensava inoltre di "correggere" le anomalie nel processo di sviluppo della linea germinativa presenti nel testicolo criptorchide<sup>1,2</sup>, con l'obiettivo di migliorare le prospettive di fertilità in età adulta (8). Sebbene ridotti livelli di gonadotropine possano essere presenti in alcuni pazienti<sup>2,8</sup>, recenti lavori non hanno confermato il deficit endocrino<sup>9,10</sup>, mettendo in evidenza, con più moderne tecniche di dosaggio ormonale, che la maggioranza dei lattanti con criptorchidismo non presenta un deficit di gonadotropine e/o di testosterone<sup>9,10</sup>.

### Terapia ormonale del criptorchidismo: i farmaci

In tabella 1 sono riportati i principali ormoni utilizzati nella terapia medica del criptorchidismo, i relativi schemi terapeutici e le dosi usualmente utilizzate nella pratica clinica<sup>1,3,11</sup>.

Le maggiori esperienze cliniche sono quelle relative alla gonadotropina corionica (hCG), con azione LH-simile, e alla gonadorelina (GnRH)<sup>3,11</sup>. Tali ormoni sono stati utilizzati da soli o in associazione tra loro o in combinazione con altri farmaci (Tab. 1). Per quanto riguarda la gonadotropina umana della menopausa (hMG), ad azione FSH simile, da alcuni autori utilizzata in associazione all'hCG<sup>12</sup>, deve essere ricordato che l'indicazione "terapia del

Tabella 1. Criptorchidismo: terapia ormonale. Farmaci e schemi terapeutici disponibili<sup>3</sup>

Farmaco	Schema terapeutico
hCG	bambini < 2 anni: 500 UI/sett. per 6 settimane bambini 2-6 anni: 1000 UI/sett. per 6 settimane
GnRH	1200 mg/die (200 mg per narice per 3 volte al giorno) per 28 giorni
hCG + hMG*	come hCG + hMG 75 UI sett. per 6 settimane
GnRH+hCG	come GnRH + hCG 1500 UI sett. per 3 settimane

\*non approvato dal Ministero della Sanità per l'uso nel criptorchidismo.

criptorchidismo" non è riconosciuta dal Ministero della Sanità, per cui tale ormone non può essere prescritto con questo scopo a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

**Terapia del criptorchidismo: i risultati sulla discesa testicolare**

Nei numerosi studi clinici della letteratura esiste una estrema variabilità di risultati positivi, definiti come discesa dei testicoli nello scroto, con le varie terapie ormonali (da 0 a 70%). Ciò può essere attribuito a vari fattori, come differente numerosità ed omogeneità delle casistiche esaminate, tipo di terapia, età di trattamento, posizione del testicolo ritenuto, accurata esclusione o meno di testicoli retrattili<sup>2,3,11-15</sup>. La diversità dei dati presenti in letteratura può anche dipendere dal fatto che in alcuni studi sono stati probabilmente inseriti bambini con testicoli retrattili, determinando il rilievo di un eccessivo numero di risposte falsamente positive con la terapia ormonale, a cui è conseguita la speranza di troppe aspettative da tale tipo di trattamento<sup>1,2</sup>.

Per valutare l'efficacia dell'hCG e del GnRH utilizzati da soli nell'indurre la discesa di testicoli criptorchidi nello scroto, un'analisi critica della letteratura<sup>11</sup> ha preso in esame i risultati dei principali 33 studi non randomizzati comparsi in letteratura tra il 1958 e il 1990 per un totale di 4524 testicoli ritenuti. Nello stesso studio è stata inoltre condotta una metanalisi su 9 studi randomizzati in doppio cieco effettuati tra il 1975 e il 1990 per un totale di 1174 testicoli criptorchidi. Negli studi non randomizzati, è stato rilevato una percentuale di successi lievemente superiore per il GnRH (47%) rispetto all'hCG (33%). Tale differenza non era invece presente prendendo in considerazione solo gli studi randomizzati nei quali è stata rilevata una percentuale non significativamente differente di successi con i due tipi di trattamento ormonale (hCG

19% e GnRH 21% negli studi che non avevano escluso con sicurezza i testicoli retrattili; hCG 19% e GnRH 12% negli studi che avevano escluso i testicoli retrattili) (Tab. 2). La terapia ormonale è risultata inoltre significativamente più efficace del placebo (Tab. 2).

Per cercare di spiegare la variabilità di risposta nei singoli studi clinici, è stato analizzato l'impatto di alcuni parametri sulla risposta al trattamento medico. La posizione della gonade ritenuta è risultata il parametro più importante; la massima efficacia è stata riscontrata nei testicoli prescrotali (59 %) e scrotali alti (57%), mentre quella minima è stata rilevata nelle gonadi ritenute in sede addominale (14%). Nei testicoli inguinali è stato trovato un risultato intermedio (47%)<sup>11</sup>. Non sono state invece rilevate differenze significative nell'efficacia delle due terapie ormonali in rapporto al tipo di criptorchidismo (monolaterale o bilaterale) e all'età al momento del trattamento (11). Per quanto riguarda il *trattamento combinato con hCG e hMG* (Tab. 1), uno studio su una casistica sufficientemente numerosa (214 testicoli criptorchidi in 163 pazienti) ha messo in evidenza risultati analoghi a quelli riscontrati negli studi non randomizzati con il solo hCG (Tab. 2)<sup>12</sup>. Anche con questo schema terapeutico i risultati migliori sono stati osservati nei testicoli localizzati in sede pre-scrotale (90%), e i peggiori in quelli situati in sede addominale (12%); una percentuale di successo intermedia (30%) è stata rilevata per i testicoli inguinali<sup>12</sup>. Non sono emerse differenze tra criptorchidismo monolaterale (36.6% di successi) e bilaterale (39.2% di successi), o tra le varie età al momento del trattamento<sup>12</sup>.

Anche la *terapia sequenziale con GnRH e hCG* ha mostrato una percentuale di successo analoga a quella degli altri schemi terapeutici (Tab. 2)<sup>13,14</sup>. Inoltre non sono emerse differenze significative tra criptorchidismo mono-

laterale e bilaterale, mentre la posizione della gonade è risultata il fattore maggiormente in grado di condizionare la discesa del testicolo<sup>13,14</sup>. Lala e collaboratori<sup>14</sup> in uno studio su 338 testicoli criptorchidi in 295 bambini hanno infatti trovato che i testicoli prescrotali presentavano una risposta positiva alla terapia nel 75.2% dei casi, mentre ciò avveniva solo nel 2.1% di quelli addominali; i testicoli inguinali hanno pre-

Tabella 2. Criptorchidismo: terapia ormonale e terapia chirurgica. Risultati terapeutici (da<sup>3</sup>, modificata).

farmaco	età anni	testicoli trattati n	risposte positive %	referim. bibliogr.
Placebo*	—	472	19 (4 %)**	11
hCG*	—	148	28 (18.9%)°	11
GnRH*	—	554	116 (20.9%)°	11
hCG+hMG^	1-11	214	75 (35.0%)	12
GnRH+hCG^	0.3-13	389	149 (38.3%)	13, 14
Orchidopessi	6.25	2491	2082 (83.6%)	16

\*dati ricavati da una metanalisi di 9 trials randomizzati (anni 1975-1990) per un totale di 1174 testicoli criptorchidi. \*\*p < significativamente differente rispetto ai gruppi trattati con hCG e GnRH; °p = NS vs hCG; ^studi non randomizzati.

Tabella 3. Criptorchidismo inguinale monolaterale (età 10-48 mesi): effetto dei vari schemi di terapia ormonale sulla discesa testicolare (da <sup>15</sup>, modificata).

hCG	hCG+hMG n (%)	GnRH n (%)	GnRH+hCG n (%)	Totale n (%)	n (%)
<i>Dati a breve termine</i>					
TC	37	39	39	40	155
DT	8 (21.6)	7 (17.9)	6 (15.4)	9 (22.5)	30 (19.3)
<i>Dati a lungo termine</i>					
Riascesa	1	2	1	3	7
DTP	7 (18.9)	5 (12.8)	5 (12.8)	6 (15.0)	23 (14.8)

TC = testicolo criptorchide; DT = discesa testicolare; DTP = discesa testicolare permanente

sentato un tasso di successi intermedi (23.4%) (14). Una volta normalizzata la risposta in base alla sede di ritenzione, non sono emerse differenze significative in rapporto all'età di trattamento <sup>14</sup>.

Recentemente, abbiamo comparato l'efficacia delle varie forme di terapia ormonale in un gruppo omogeneo di bambini con criptorchidismo inguinale monolaterale. I nostri risultati hanno messo in evidenza risultati del tutto simili con i vari tipi di trattamento e un'efficacia piuttosto scarsa (Tab. 3) <sup>15</sup>, ma in linea con i risultati della letteratura <sup>11-14</sup>.

Non sono inoltre emerse differenze né in base all'età del bambino al momento dell'esecuzione della terapia (10-24 mesi: 15.5%; 25-36 mesi: 13.2%) né in base alla sede di ritenzione (criptorchidismo destro: 13.9%; criptorchidismo sinistro: 15.9%). Il nostro studio ha anche messo in evidenza che tutte le varie terapie ormonali sono gravate da un certo numero di riascese secondarie, cioè dalla risalita in posizione extrascrotale del testicolo dopo una risposta positiva a breve termine (Tab. 3), confermando alcuni dati della letteratura <sup>3, 12, 14</sup>. Tale rilievo indica la necessità di rivalutare il paziente dopo alcuni mesi dalla sospensione del trattamento prima di dare un giudizio definitivo sull'efficacia della terapia medica <sup>3</sup>.

Per quanto riguarda l'*orchidopessi chirurgica*, un'analisi dei risultati pubblicati in letteratura negli ultimi 70 anni, per un totale di 8425 testicoli criptorchidi, ha dimostrato un percentuale media di insuccessi, definita come mancato riposizionamento della gonade nello scroto e/o atrofia post-orchidopessi, pari al 16% (Tab. 2) <sup>16</sup>. Comparando gli studi 19925/84 e quelli 1985/95, non sono emersi risultati significativamente differenti, suggerendo la necessità di miglioramento delle tecniche operatorie (16). Come nel caso della terapia medica, la per-

centuale di insuccessi è risultata progressivamente crescente con la localizzazione in sede più prossimale del testicolo ritenuto (Fig. 3).

### Terapia del criptorchidismo: la fertilità in età adulta

Questo aspetto rappresenta quello ancora meno definito nell'ambito della terapia ormonale o chirurgica del criptorchidismo <sup>3</sup>, in quanto la valutazione dell'efficacia del

trattamento è stata usualmente effettuata in base alla discesa dei testicoli nello scroto, presupponendo che, con il riposizionamento della gonade nella sua sede naturale, si possa ottenere, in tutto o in parte, anche di una reversibilità od un arresto degli effetti collaterali legati alla malposizione <sup>1-3</sup>. Si tratta in realtà di un "end point" surrogato, in quanto facilmente valutabile in un breve periodo di tempo, mentre gli "end points" veri, cioè la riduzione dell'infertilità e del rischio neoplastico in età adulta nei soggetti trattati rispetto a quelli non trattati (2, 3), sono difficilmente valutabili in quanto richiedono studi di follow-up protratti per lungo tempo <sup>3</sup>. Inoltre, per quanto riguarda la fertilità non vi è uniformità di consensi. Nella maggioranza degli studi è stato infatti valutato il liquido seminale, ma non la paternità, che dovrebbe rappresentare il parametro più importante da tenere in considerazione <sup>2</sup>. Infine, per quanto riguarda l'influenza dell'età di trattamento, sono disponibili solo pochi dati relativi all'evoluzione in età adulta dei bambini trattati precocemente, cioè entro il 1° e 2° anno di vita <sup>3</sup>.

Una recente revisione di oltre 1900 pazienti ha messo in evidenza una importante riduzione della percentuale di azoospermia in soggetti con criptorchidismo bilaterale trattati con terapia medica o chirurgica rispetto a quella dei pazienti non trattati <sup>17</sup>. È stata invece rilevata una analoga percentuale di azoospermia in adulti ex-crip-

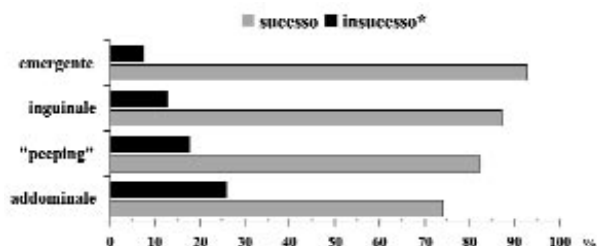


Tabella 4. Criptorchidismo: Azoospermia in pazienti adulti con criptorchidismo molaterale e bilaterale (Da <sup>7</sup>, modif.).

	Bilaterali (n. 661)	Monolaterali (n. 1.255)
Terapia medica	32.0% (46/142)	13.3% (28/210)
Terapia chirurgica	46.4% (224/484)	13.3% (126/942)
Non trattati	88.6% (31/35)	13.6% (10/73)

torchidi monolaterali indipendentemente dal trattamento (Tab. 4) <sup>7</sup>.

È stato quindi suggerito che, mentre la terapia, medica e/o chirurgica, determina un importante miglioramento della funzione esocrina testicolare nei pazienti con criptorchidismo bilaterale; il trattamento potrebbe essere meno influente, ai fini della fertilità, nei pazienti con criptorchidismo monolaterale <sup>7, 18</sup>. In questi ultimi, la capacità riproduttiva potrebbe comunque essere meno compromessa di quanto ritenuto in passato. Un recente studio ha rilevato una minore percentuale di paternità di adulti ex-criptorchidi monolaterali rispetto a un a un gruppo di controllo [322/359 (89.7%) vs 413/443 (93.2%)], anche se la differenza non risultava statisticamente significativa (18). Inoltre, inoltre non sono state rilevate correlazioni con l'età di trattamento <sup>18</sup>, pur in presenza di dati ormonali e seminologici peggiori negli adulti ex-criptorchidi soprattutto se operati tardivamente <sup>19</sup>.

Per quanto riguarda la terapia ormonale, una certa efficacia nel migliorare la funzione esocrina testicolare da parte della somministrazione di hCG prima dell'orchidopessi chirurgica è stata rilevata da Isidori e coll. <sup>20</sup>; sebbene tale rilievo sia stato ottenuto in una casistica piuttosto limitata. Recentemente è stata invece messa in evidenza una significativa riduzione del volume testicolare, che è un indice della funzione testicolare esocrina, in adulti ex-criptorchidi che avevano ricevuto un trattamento con hCG prima dell'orchidopessi rispetto a quelli trattati solo con terapia chirurgica <sup>21, 22</sup>. Il minor volume testicolare nei soggetti trattati con terapia ormonale in epoca prepuberale è stato messo in relazione con il rilievo che il trattamento con hCG potrebbe essere in grado di determinare un significativo incremento del processo di apoptosi (morte cellulare programmata) nei testicoli criptorchidi rispetto a testicoli di controllo e a testicoli criptorchidi che non avevano ricevuto terapia ormonale <sup>23</sup>. I pazienti con maggiore grado di apoptosi al momento dell'orchidopessi sono infatti risultati quelli con un minore volume testicolare in età adulta. Tale effetto potrebbe essere presente anche con il trattamento con GnRH, ma solo se effet-

tuato piuttosto tardivamente <sup>24</sup>. Lala e collaboratori <sup>14</sup> hanno infatti trovato un miglior trofismo dell'epitelio germinale nei pazienti che avevano ricevuto nel 1 anno di vita la terapia medica (GnRH + hCG), rispetto a quelli trattati solo chirurgicamente <sup>14</sup>. Nel loro insieme, queste osservazioni potrebbe suggerire che la terapia medica potrebbe favorire, se effettuata in un epoca fisiologicamente corretta, cioè entro il primo anno di vita quando si ha la fisiologica attivazione dell'asse ipolamo-ipofisi-gonadi, la maturazione dell'epitelio germinale e, di riflesso, la fertilità in età adulta <sup>14, 24</sup>, mentre potrebbe contribuire al danno gonadico quando eseguita oltre tale età, quando si ha una fisiologica quiescenza dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi <sup>24</sup>. Questa nuova ipotesi dovrà essere verificata in studi di follow-up a lungo termine.

Comunque, questi rilievi suggeriscono che *il trattamento ormonale nel criptorchidismo potrebbe non essere esente da effetti collaterali se non correttamente effettuato e non dovrebbe quindi essere prescritto indiscriminatamente*, o per cicli ripetuti o da parte di persone non esperte <sup>2, 3</sup>.

Per quanto riguarda l'età al momento del trattamento sulla fertilità in età adulta, uno studio a lungo termine su 51 pazienti operati tra i 10 mesi e i 12 anni e rivalutati tra i 16 e i 28 anni ha messo in evidenza che i bambini operati prima dei 4 anni avevano uno spermogramma normale o quasi indipendente dalla presenza di criptorchidismo monolaterale o bilaterale; solo in quelli operati dopo

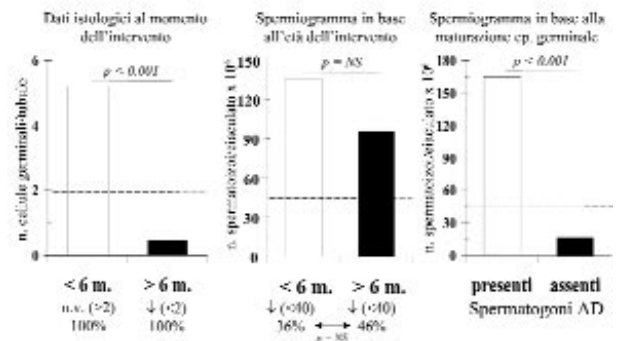
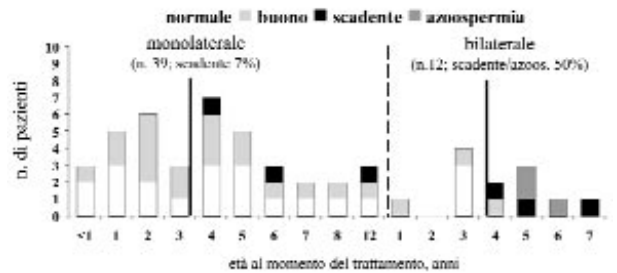


Tabella 5. Criptorchidismo Monolaterale: Paternità in età adulta (da <sup>18</sup>, modificata).

Età orchidopessi anni	Paternità %	Localizzazione gonade	Paternità %
0-1.9	87.0	intraaddominale	83.3
2-4.9	91.5	anello ing. interno	100
5-7.9	85.9	canale inguinale	89.3
8-10.9	85.7	anello ing. esterno	88.0
>10.9	89.9	scroto alto	88.0

i 4 anni sono stati trovati soggetti oligo-azoospermici (9 % nel gruppo dei molaterali, 50 % in quello dei bilaterali) <sup>25</sup> (Fig. 4), mentre un recente studio, che ha preso in esame la paternità di adulti ex-criptorchidi monolaterali trattati solo chirurgicamente; non ha rilevato differenze in rapporto all'età dell'orchidopessi. e alla localizzazione della gonade (Tab. 5) (18). A tale proposito, è stato proposto che le alterazioni del liquido seminale presenti in età adulta dipendano più che dall'età in cui viene effettuata l'orchidopessi, dal completamento della trasformazione dei gonociti in spermatogoni Ad <sup>26</sup>. È stato infatti rilevato che indipendentemente dall'età di esecuzione dell'orchidopessi i soggetti criptorchidi che hanno completato questa tappa maturativa presentano un normale spermiogramma in età adulta (26), mentre i bambini con assenza di spermatogoni AD in biopsie ottenute al momento dell'orchidopessi presenteranno oligo-azoospermia in età adulta anche se trattati molto precocemente, cioè prima del 6° mese di vita <sup>26</sup> (Fig. 5).

### Terapia del criptorchidismo: il rischio neoplastico

Il testicolo criptorchide presenta rischio di degenerazione maligna maggiore di 4-7.5 volte rispetto ai quello di un testicolo normalmente disceso nello scroto <sup>2, 27</sup>. Studi epidemiologici hanno suggerito che né la terapia ormonale, presumibilmente solo hCG data l'età dei pazienti studiati, né l'età al momento del riposizionamento del testicolo nello scroto sembrano influenzare il rischio neoplastico del testicolo criptorchide <sup>27</sup>. È stato invece rilevato che un precoce riposizionamento dei testicoli nello scroto potrebbe influire sul tipo di tumore testicolare <sup>2</sup>, in quanto 'orchidopessi precoce sembrerebbe ridurre la percentuale di seminomi dal 75-85% al 50% <sup>2</sup>.

### Terapia del criptorchidismo: un tentativo di approccio clinico

Sulla base di quanto rilevato, è possibile sintetizzare il seguente iter assistenziale per i bambini con criptorchidismo:

- la valutazione della sede dei testicoli dovrebbe essere

effettuata in tutti i neonati maschi alla nascita e annotata nella loro cartella clinica. In caso di criptorchidismo, tale condizione andrebbe segnalata al pediatra di famiglia e dovrebbe essere verificata entro il 6° mese di vita un'eventuale discesa spontanea post-natale del testicolo <sup>2</sup>. Dati epidemiologici hanno dimostrato che un testicolo criptorchide che rimane tale a quest'età, molto difficilmente presenterà una discesa spontanea in epoche successive (1, 2). Intorno al 6° mese di vita può quindi essere programmato l'appropriato iter terapeutico;

- nei testicoli non palpabili (addominali o inguinali alti) l'orchidopessi chirurgica potrebbe rappresentare la terapia di prima scelta per la scarsa efficacia della terapia ormonale in questi pazienti (2, 11-15). L'intervento chirurgico rappresenta inoltre la terapia elettiva nelle seguenti condizioni: criptorchidismo associato ad ernia o instauratosi dopo erniotomia, ectopia testicolare <sup>1, 2</sup>;
- nei testicoli palpabili (inguinali e prescrotali) può essere effettuato un ciclo di terapia medica da eseguire precocemente <sup>3, 14</sup>. La scelta del tipo di trattamento ricadrà soprattutto sull'esperienza del medico per l'equivalenza in termini di discesa del testicolo nello scroto tra le varie terapie ormonali riportate in tabella 1 <sup>15</sup>;
- l'iter terapeutico (medico e/o chirurgico) dovrebbe essere completato entro il 2-3° anno di vita per ridurre il rischio di infertilità nell'adulto post-criptorchide, soprattutto per quanto riguarda i bambini con criptorchidismo bilaterale <sup>7, 25</sup>;
- vi è la necessità di un lungo e accurato follow-up del paziente ex-criptorchide per valutare, nel bambino, eventuali recidive dopo successo della terapia medica, nell'adolescente, l'acquisizione delle capacità riproduttive e, nell'adulto, precoci segni di un'eventuale degenerazione neoplastica della gonade.

È auspicabile che nei prossimi anni ulteriori studi clinici randomizzati su casistiche maggiormente omogenee rispetto al passato in termini di età al momento del trattamento, di sede del testicolo ritenuto e di approccio terapeutico, possano meglio definire il campo di applicazione, gli schemi della terapia ormonale e l'età ottimale per il trattamento del criptorchidismo.

### Corrispondenza:

Dr. Silvano Bertelloni  
Divisione di Pediatria, Ospedale Santa Chiara  
Via Roma, 67 – 56125 PISA  
Tel. 050-992.743 - Fax 050-550.595  
e-mail s.bertelloni@clp.med.unipi.it

**Bibliografia**

1. Signoretti P, Spinelli C, Ghirri P, Bertelloni S, Franchi GF, Barocci G, Boldrini A. *Epidemiologia, classificazione e clinica del criptorchidismo*. In: Spinelli C, Lima M, Signoretti P, Bertelloni S Franchi GF (a cura di) "Il Criptorchidismo. Fisiopatologia, clinica, terapia medica e chirurgica", Piccin Nuova Libreria SpA, Padova, 2001: 35-49.
2. Toppari J, Kaleva M. *Maldescensus Testis*. Horm Res 1999; 51: 261-269.
3. Bertelloni S, Ghirri P, Lala R, Saggese G. *Criptorchidismo: Terapia ormonale o terapia chirurgica*. Collana Monografica Società Italiana di Pediatria 2000; 4: 155-163.
4. Rijli FM, Matyas R, Pellegrini M, Dierich A, Gruss P, Dollé P and Chambon P. *Cryptorchidism and homeotic transformations of spinal nerves and vertebrae in Hoxa-10 mutant mice*. Proc Natl Acad Sci USA 1995; 92: 8185-8189.
5. Kolon TF, Wiener JS, Lewitton M., Roth DR., Gonzales ET JR and Lamb DJ. *Analysis of homeobox gene HOXA10 mutations in cryptorchidism*. J Urol 1999; 161: 275-280.
6. Bertini V, Bertelloni S, Simi P, Lala R, De Sanctis C, Saggese G. *Homeobox HOXA 10 gene analysis in cryptorchidism*. Ped Res 2001; 49 (suppl): 152A.
7. Lim HN, Meyts ER, Skakkebaek NE, Hawkins JR, Hughes IA. *Genetic analysis of the INSL3 gene in patients with maldescent of the testis*. Eur J Endocrinol 2001; 144: 129-137.
8. Job JC, Toublanc JE, Chaussain JL, Gendrel D, Roger M, Canlorbe P. *The pituitary-gonadal axis in cryptorchid infants and children (Review)*. Eur J Pediatr 1987; 146(Suppl 2): S2-S7.
9. De Muink Kaiser-Scharma SNPF, Hazebroch FWJ, Drop SLS, et al. *Hormonal evaluation of boys with undescended testes during their first year of life*. J Clin Endocrinol Metab 1988; 66: 159-163.
10. Haavisto AM, Main KM, Schmidt IM, Chellakooty M, Kaleva M, Skakkebaek NE, Toppari J. *Inhibin B, Androgen status and gonadotropins in 3-month-old cryptorchid boys*. Horm Res, 1999, 51(S2): 62 (abs).
11. Pyorala S, Huttunen NP, Uhari M. *A review and meta-analysis of hormonal treatment of cryptorchidism*. J Clin Endocrinol Metab, 1995, 80: 2795-2799.
12. Saggese G, Ghirri P, Gabrielli S, Cosenza GCM. *Hormonal therapy for cryptorchidism with a combination of human chorionic gonadotropin and follicle-stimulating hormone. Success and relapse rate*. Am J Dis Child, 1989, 143: 980-982.
13. Nane I, Ziylan O, Esen T, Kocak T, Ander H, Tellaloglu S. *Primary gonadotropin releasing hormone and adjunctive human chorionic gonadotropin treatment in cryptorchidism: a clinical trial*. Urology, 1997, 49: 108-111.
14. Lala R, Matarazzo P, Chiabotto P, Gennari F, Cortese MG, Canavese F, De Sanctis C. *Early hormonal and surgical treatment of cryptorchidism*. J Urol, 1997, 157: 1898-1901.
15. Bertelloni S, Baroncelli GI, Ghirri P, Spinelli C, Saggese G. *Hormonal treatment for unilateral inguinal testis. Comparison of four different treatments*. Horm Res 2001, 55: 236-239.
16. Docimo SG. *The result of surgical therapy for cryptorchidism: a literature review and analysis*. J Urol 1995; 154: 1148-1152.
17. Hadziselimovic F, Herzog B. *Importance of early postnatal germ cell maturation for fertility in cryptorchid males*. Horm Res 2001; 155: 6-10.
18. Miller KD, Coughlin MT, Lee PA. *Fertility after unilateral cryptorchidism. Paternity, time to conception, pretreatment testicular location and size, hormone and sperm parameters*. Horm Res 2001; 55: 249-253.
19. Lee PA, Coughlin MT. *Leydig cell function after cryptorchidism: Evidence of the beneficial result of early surgery*. J Urol 2002; 167: 1824-1827.
20. Isidori A, Beligotti F, Dessì F, Rufi ML, Pallotti S. *Il futuro del bambino criptorchide*. In Saggese G (a cura di) "Endocrinologia pediatrica", Bologna, Monduzzi Editore, 1988: 1-7.
21. Taskinen S, Wikström S. *Effect of age at operation, location of the testis and preoperative hormonal treatment on testicular growth after cryptorchidism*. J Urol 1997; 158: 471-473.
22. Lala R, Canavese S, Andreo R, Vinardi S, Gesmundo R, Manenti M, De Sanctis C. *Testicular function of young men treated in childhood for cryptorchidism*. Horm Res 2001; 55: 53.
23. Dunkel L, Taskinen S, Hovatta O, Tilly JL, Wikström S. *Germ cell apoptosis after treatment of cryptorchidism with human chorionic gonadotropin is associated with impaired reproductive function in the adult*. Clin Invest, 1997, 100: 2341-2346.
24. Cortes D, Thorup J, Visfeldt J. *Hormonal treatment may harm the germ cells in 1 to 3 years old boys with cryptorchidism*. J Urol 2000; 163: 1290-1292.
25. Taskinen S, Hovatta O, Wikström S. *Early treatment of cryptorchidism, semen quality and testicular endocrinology*. J Urol, 1996, 156: 82-84.
26. Hadziselimovic F, Herzog B. *The importance of both an early orchidopexy and germ cell maturation for fertility*. Lancet 2001; 358: 1156-1157.
27. Viacava P, Spinelli C. *Aspetti istopatologici del testicolo criptorchide*. In: Spinelli C, Lima M, Signoretti P, Bertelloni S Franchi GF (a cura di) "Il Criptorchidismo. Fisiopatologia, clinica, terapia medica e chirurgica", Piccin Nuova Libreria SpA, Padova, 2001: 107-112.

# Reflusso gastroesofageo e malocclusione dentale

E. Bernkopf, F.P. Rossi\*, F. Macri\*, V. Broia\*\*

## Riassunto

Le malocclusioni dentali possono provocare, per retroposizione della lingua, quadri di OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) e, a causa delle pressioni negative dovute alle apnee, episodi GER (Reflusso Gastro Esophageo).

Il caso descritto riguarda un bambino con dimostrata allergia alimentare e portatore di malocclusione dentale (classe II secondo Angle); il bambino presenta sintomi di ostruzione nasale notturna e di malattia da GER che si sono risolti dopo correzione ortodontica

## Descrizione caso clinico

Luigi è un bambino di 4 anni, secondogenito. C'è familiarità per malattie atopiche (padre affetto da asma, fratello da intolleranza alle proteine del latte vaccino); la madre presenta sintomi di esofagite da reflusso con positività alla ricerca per *Helicobacter Pylorii* (HP).

Luigi ha avuto alimentazione al seno nei primi 3 mesi di vita e poi è stato svezzato senza problemi, lo sviluppo sia staturale che neurologico sono stati nella norma. Dalla fine del primo anno di vita ha cominciato a presentare episodi recidivanti di laringospasmo con sintomi di eruttazione, acidità, singhiozzo post-prandiale, dolori epigastrici e retrosternali. Il sospetto di GER è stato confermato dall'ecografia della giunzione gastroesofagea che evidenziava: "...4 episodi di G.E.R. con risalite di una discreta quantità di materiale gastrico e relativamente rapido tempo di clearing esofageo. Esofago addominale lievemente ridotto di lunghezza con ernia iatale intermittente da scivolamento".

Altri dati di laboratorio significativi sono stati il Rast positivo per proteine del latte vaccino, tuorlo e albume e la presenza di anticorpi sierici elevati per HP (IgG = 32.0 U/ml, IgA = 20.0 U/ml).

La dieta priva di latte vaccino e derivati e uovo e derivati non ha procurato alcun giovamento, come d'altronde anche la terapia antimicrobica (Amoxicillina e Claritromicina) in associazione a Omeprazolo praticata per l'HP, nonostante una riduzione del titolo anticorpale;

il beneficio con la terapia con procinetici (Cisapride) e antiacidi (idrossido di Alluminio) è stato solo transitorio e legato all'attualità della terapia. Luigi da circa 1 anno, presenta anche ostruzione nasale notturna con russamento ed è anche portatore di una malocclusione di II classe secondo Angle, con morso profondo e retruso. L'applicazione di una placca di riposizionamento mandibolare secondo Bernkopf utilizzata abitualmente nei bambini che presentano OSAS, è stata seguita dopo 3 mesi da una remissione pressoché totale della sintomatologia sia respiratoria che digestiva, che persiste a distanza di 9 mesi dall'inizio della terapia ortognatodontica. È risultata normale l'ecografia esofagea di controllo.

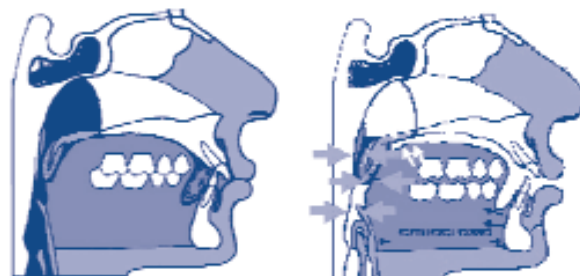


Fig.1 la malocclusione di seconda classe (secondo Angle) con morso profondo favorisce la distalizzazione della mandibola, e quindi della lingua, con ostruzione funzionale delle vie aeree nasali. Ciò determina l'acquisizione di uno schema respiratorio orale e può favorire (fig.2) l'insorgenza dell'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS). L'ostruzione a livello faringeo e la conseguente depressione inspiratoria favorisce il GER.

## Discussione

Da tempo è segnalata la correlazione tra malocclusione dentale e OSAS<sup>1</sup> e nel determinismo della sintomatologia respiratoria viene dato particolare rilievo al posizionamento della lingua che, retroposta a causa della retrusione mandibolare, andrebbe a porsi durante il sonno, a causa della fisiologica riduzione del tono muscolare, a contatto con il palato provocando l'ostacolo al passaggio dell'aria, correggibile con l'applicazione di una placca di posizionamento mandibolare<sup>2</sup>.

D'altronde altre segnalazioni in letteratura mettono in evidenza come pazienti con OSAS siano a rischio per GER<sup>3,4</sup>

Specialista in odontostomatologia, Vicenza - Roma - Parma

\* Istituto Clinica Pediatrica, Università "La Sapienza" Roma

\*\*Specialista in odontostomatologia, Parma-Roma



Fig. 3. Caso clinico di malocclusione di seconda classe con morso profondo, prima e dopo il riposizionamento mandibolare.

Fig. 4 Il riposizionamento mandibolare ripristina la pervietà delle vie nasali e consente il ripristino della respirazione nasale anziché orale e si è rivelato efficace nella terapia dell'OSAS. Anche il GER sostenuto dall'OSAS ne può trarre beneficio.



(reflusso gastroesofageo) in quanto il paziente affetto da OSAS, durante le fasi di apnea, realizza una pressione negativa a livello della cavità toracica in grado di favorire la risalita di contenuto gastrico verso il lume esofageo, anche per eventuali intermittenti scivolamenti della regione cardiaca.

Nel caso di correlazione tra i due fenomeni, sembra emergere un ruolo preponderante della prima sul secondo piuttosto che viceversa: in un recente lavoro Arad-Cohen e coll. considerando la correlazione tra apnea e GER, hanno osservato che negli episodi in cui apnea e GER coincidono, l'apnea precede il GER<sup>5</sup>, e che in questi casi l'apnea è di tipo ostruttivo. Infatti l'apnea di tipo centrale non è in relazione temporale con il GER, concetto confermato anche da Guilleminault e coll.<sup>6</sup> i quali considerano di grande importanza per un corretto inquadramento diagnostico, associare alla polisonnografia il rilevamento della pressione intraesofagea, ritenuta addirittura uno dei parametri chiave nell'OSAS nei bambini prima della pubertà. In alcuni casi, infatti il numero delle apnee e la desaturazione di ossigeno possono risultare non particolarmente significativi, pur in presenza di un quadro sintomatologico generale importante.

La centralità dell'OSAS sembrerebbe confermata anche da alcuni aspetti che riguardano la terapia: infatti il con-

trollo terapeutico dell'OSAS porta spesso alla regressione dei problemi cardiologici, neurologici e di GER, ma non accade il contrario. Ing e coll. Riferiscono infatti che la terapia antireflusso è efficace sul GER, ma non sull'OSAS nei pazienti che presentano entrambi i disturbi (4).

A parere degli stessi Autori, peraltro, il ruolo patogenetico dell'OSAS sul GER rimane comunque poco chiaro, giacché la terapia con CPAP riduce il GER sia nei pazienti con OSAS (peraltro percentualmente maggiori) che in quelli con GER senza OSAS; l'interpretazione del dato potrebbe essere fornita attribuendo il ruolo patogenetico non all'apnea ma all'ostruzione, che la pressione positiva è in grado comunque di rimuovere.

Nel caso descritto, 3 differenti approcci terapeutici rappresentati rispettivamente da dieta ipoallergenica istituita sulla base della positività del RAST positivo per proteine del latte vaccino, tuorlo e albume, terapia medica per l'HP e terapia medica per reflusso gastroesofageo, non hanno procurato miglioramento della sintomatologia dispeptica, che è stato invece ottenuto dopo l'applicazione della placca di riposizionamento mandibolare.

È quindi possibile immaginare un modello fisiopatologico in base al quale una malocclusione dentale, provocando una situazione di OSAS, possa implicare il realizzarsi di episodi di GER, rendendo plausibile il ruolo terapeutico della correzione ortognatodontica in casistiche selezionate di pazienti di età pediatrica affetti da GER e malocclusione dentaria.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Kato J, Isono S  
*Dose dependent effects of mandibular advancement on pharyngeal mechanics and nocturnal oxygenation in patients with sleep-disorder breathing.* Chest 2000, 117 (4): 1065-72
- <sup>2</sup> Villa MP, Pagani J, Bernkopf E et al.  
*A new therapeutic approach in pediatric obstructive sleep apnea syndrome.*  
6<sup>th</sup> World Congress on Sleep Apnea, Sydney march 2000
- <sup>3</sup> Teramoto S, Onga E, Matsui H et al.  
*Obstructive sleep apnea syndrome may be a significant cause of gastroesophageal reflux disease in older people.* J Am Geriatr Soc 1999 oct; 47 (10): 1273-74
- <sup>4</sup> Ing AJ, Ngu MC, Breslin AB  
*Obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux.* Am J Med 2000 Mar 6; 108 Suppl 4a: 120S-125S
- <sup>5</sup> Arad-Cohen N, Cohen A, Tirosh E  
*The relationship between gastroesophageal reflux and apnea in infants*  
J Pediatr 2000 Sep; 137(3):321-6
- <sup>6</sup> Ariagno RL, Guilleminault C, Baldwin R, Owen-Boeddiker M  
*Movement and gastroesophageal reflux in awake term infants with "near miss" SIDS, unrelated to apnea* J Pediatr 1982 Jun, 100(6):894-7

# Educazione Continua in Medicina: lo stato dell'arte

Paolo Becherucci

L'anno 2000 ha visto l'inizio di una serie di eventi che lasceranno il segno nella storia della formazione professionale del medico in Italia. In applicazione della legge 229/99 di riforma del SSN (vedi riquadro 1 per l'articolo sulla formazione) si è costituita la Commissione Nazionale per la Educazione Continua Medica, i cui compiti sono riportati nella Tabella I. Nel Settembre 2000 il Ministro, su proposta della suddetta Commissione, ha dato il via al sistema dei **crediti formativi**. Il concetto dei crediti, oltre che essere specificamente previsto dalla suddetta legge 229/99, è il cardine dei sistemi formativi di altri paesi europei ed è ampiamente dibattuto e descritto, nelle sue sfumature nazionali, nel materiale dell'UEMS (Unione Europea dei Medici Specialisti) disponibile anche in linea ([www.uems.be](http://www.uems.be)). La peculiarità del sistema italiano sta nel fatto che l'accreditamento di tutte le attività formative avverrà esclusivamente per via telematica, collegandosi all'apposito portale del Ministero della Sanità ([www.ecm.sanita.it](http://www.ecm.sanita.it)). Il tutto ha preso il via effettivo il 22 Novembre 2000, con l'apertura del sito e l'inizio della possibilità di accreditare attività formative on line.

Queste iniziative del Ministero certamente non avevano colto impreparati sia la FNOMCeO che i pediatri. Infatti le maggiori associazioni dell'area pediatrica avevano autonomamente elaborato dei propri documenti formativi (quello della FIMP è stato pubblicato sul n.2 dell'Aprile 2000 della rivista "Il Medico Pediatra"); la FNOMCeO aveva, già dall'inizio del 2000, promosso una serie di riunioni fra le società scientifiche iscritte all'apposita consulta al fine di darsi dei criteri di accreditamento sia delle società stesse che degli eventi formativi. Dopo una prima fase di riunioni plenarie, invero scarsamente produttive, perché "oceaniche", Aldo Pagni, allora presidente della Federazione degli Ordini, invitò le suddette società ad aggregarsi per area e ad elaborare dei progetti comuni. La FIMP, l'ACP e la SIP accolsero l'invito e dettero vita ad un gruppo di lavoro ad hoc. Il lavoro è stato proficuo ed ha portato alla stesura di un documento programmatico molto cogente e pragmatico che è stato approvato dai consigli direttivi delle tre società. Il testo del suddetto documento è pubblicato sul numero 6 del Dicembre 2000 de "Il Medico Pediatra" (vedi anche nella sezione Formazione/documenti del sito ufficiale della FIMP: [www.fimp.org](http://www.fimp.org)).

Tutto l'anno 2001 è stato "sperimentale" per quanto riguarda l'accreditamento delle attività all'Educazione Medica Continua; cioè i crediti accumulati frequentando le varie attività appunto "accreditate" non avevano valore legale; cioè non vi sono state quelle conseguenze, sancite anche dagli Accordi Collettivi Nazionali, per il professionista che non avesse raggiunto il numero dei crediti stabilito dalla Commissione Nazionale Formazione. Nel caso dei Pediatri di Famiglia esse sono definite dall'articolo 8 dell'ACN 2000.

**Art. 8 - Formazione continua**

....

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di pediatria di libera scelta ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, qualora nella Regione di residenza siano attivate le attività formative previste, al pediatra di libera scelta che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente le attività formative destinate a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 13 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza...

Nell'anno 2001 è stato possibile accreditare sia attività di tipo residenziale, ovvero congressi, seminari, corsi, tirocini etc., sia attività di formazione a distanza.

In questo primo anno sperimentale le attività accreditate sono state diverse migliaia, rivolte ai medici e successivamente anche agli altri attori del SSN (infermieri, tecnici, fisioterapisti...). È stata costruita dalla Commissione Nazionale Formazione una griglia di valutazione degli eventi. In base ad alcune caratteristiche diciamo cruciali, il sistema informatico assegna un punteggio base ad ogni evento. La restante parte della valutazione viene fatta da una triade di referee, sempre sulla base di alcuni criteri standardizzati; invero il compito dei referee è abbastanza riduttivo poiché essi hanno principalmente il compito di verificare la congruenza di quanto dichiarato dal provider e quanto contenuto nel programma allegato. Il margine di manovra nel determinare il punteggio da assegnare è ristretto, in quanto i punteggi sono precostituiti, da un minimo ad un massimo, ed il sistema computerizzato non accetta valori diversi da quelli stabiliti. I referee sono stati nominati dalle varie società scientifiche dei settori. Esistono dei referee per la pediatria in generale (di cui alcuni sono pediatri di famiglia) e dei referee specifici per le attività rivolte ai pediatri di famiglia, che appartengono interamente alla nostra categoria.

Nel 2001 vi sono stati moltissimi eventi diretti ai medici; in alcune branche, quali ad esempio la cardiologia, vi è un surplus di offerte formative in altre, quali la radiologia, vi è invece una netta carenza. L'offerta formativa dovrà essere amplissima per coprire anche tutte le altre categorie degli operatori del SSN: ostetriche, infermieri, fisioterapisti, tecnici...); pertanto si prospetta uno sforzo titanico che sicuramente non potrà essere gestito tutto centralmente.

La commissione Nazionale Formazione ha definito gli obiettivi formativi di interesse nazionale (vedi tabella II)

Il 20 Dicembre la Conferenza Stato Regioni ha promulgato un documento in cui si delinea (e si rivendica) meglio il ruolo delle regioni stesse nel processo.

**Compiti delle Regioni nell'ECM**  
*Dal Documento della Conferenza Stato  
Regioni del 20 Dicembre 2001*

Le singole Regioni, per quanto di propria competenza ed in coerenza con gli indirizzi nazionali e garantendo adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali, nonché delle società scientifiche salvo eventuali incompatibilità, provvederanno a:

1. analisi dei bisogni formativi
2. individuazione degli obiettivi formativi
3. accreditamento dei progetti di formazione
4. individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale (nelle formule partecipative già individuate dal DL 229/99, ovvero Conferenza Stato-Regioni).

Provvederanno, inoltre, a:

1. individuare i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento dei provider: tale fase è finalizzata a realizzare un elenco di soggetti che soddisfino i requisiti definiti dalla Commissione nazionale e gli eventuali ulteriori definiti dalle Regioni, titolati a realizzare gli eventi formativi coerenti con gli obiettivi nazionali e regionali;
2. verificare e compiere le valutazioni finali: principio di tale momento deve essere quello di superare il concetto di autoreferenzialità, evitando che ciò avvenga ad opera dei possibili provider. Esso è finalizzato a:
  - \* verificare l'idoneità dei requisiti del provider;
  - \* valutare gli aspetti gestionali degli eventi di formazione in funzione del raggiungimento degli obiettivi formativi;
  - \* verificare le ricadute sull'attività del professionista delle attività formative svolte.

Tale momento chiude, in un certo senso, il processo di formazione continua, ma allo stesso tempo finisce per essere impulso del nuovo ciclo, in ragione del fatto che i suoi risultati finiscono necessariamente per influire sull'analisi e sulla definizione dei nuovi obiettivi formativi;

3. promuovere la realizzazione di un'anagrafe, accurata e trasparente, dei crediti accumulati dagli operatori.

Nel secondo semestre dell'anno 2001 e almeno a tutto il primo semestre del 2002, non è più possibile accreditare eventi di formazione a distanza (FAD). Questo in attesa che la Commissione Nazionale Formazione definisca i criteri per l'accREDITAMENTO di tali attività. In effetti nel futuro tale tipo di formazione rappresenterà una parte rilevante del processo: nelle indicazioni ministeriali si parla di fino al 50% dei crediti formativi accumulabili attraverso tale forma. Insieme alla FAD l'altro caposaldo del piano formativo nazionale sarà il PROGETTO AZIENDALE, di cui si parlerà in seguito.

Tornando alla Commissione Nazionale Formazione, il DL n.8 del 7 Febbraio 2002, pubblicato sulla G.U. n.85 del 11 Aprile 2002, ne ha modificato la composizione, ampliandone la rappresentatività.

### Componenti della Commissione Nazionale Formazione

La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta da quattro vicepresidenti di cui uno nominato dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dalla Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, uno rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da 25 membri di cui due designati dal Ministro della salute, due dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, uno dal Ministro per gli affari regionali, sei dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, due dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici veterinari, uno dalla

Federazione nazionale dei collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, e vigilatrici d'infanzia, uno dalla Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione di cui all'articolo 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251, uno dalle associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria di cui all'articolo 3 della citata legge n. 251 del 2000, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della prevenzione di cui all'articolo 4 della medesima legge n. 251 del 2000, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei biologi, uno dalla Federazione nazionale degli ordini degli psicologi e uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei chimici."

Tale pletorica commissione dovrà promulgare appunto, fra l'altro i criteri per la FAD e, punto molto importante, i criteri per essere definito "provider" accreditato ECM. Infatti come recita la lettera del Ministro Sirchia del 5 Marzo 2002, *"LA TAPPA CONCLUSIVA DEL PROGRAMMA ECM CONCERNERÀ L'ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER (ossia delle Società scientifiche e degli altri soggetti pubblici e privati che svolgono attività di formazione continua). L'accREDITAMENTO dei provider, che costituirà l'asse portante del programma ECM, richiede tempi di realizzazione più lunghi. I requisiti, i criteri e le procedure per l'accREDITAMENTO saranno definiti nel corso del 2002; gli accREDITAMENTI potranno iniziare nel corso del 2003.*

*L'accREDITAMENTO dei provider (e la conseguente assegnazione diretta da parte degli stessi dei crediti formativi) impone, infatti, una adeguata valutazione di tutti gli aspetti che lo caratterizzano. Infatti la "delega" ai singoli provider di provvedere all'attribuzione dei crediti richiede, a fronte dell'autonomia agli stessi riconosciuta, un sistema di garanzie non tanto in materia di requisiti e di verifica della loro sussistenza nel tempo, quanto e soprattutto in materia di strumenti per la verifica della qualità dell'offerta formativa e della correttezza dei comportamenti; strumenti che sono tuttora allo studio della Commissione in quanto, fra l'altro, le esperienze degli altri Paesi sono solo in parte utili per essere trasferite nel nostro Paese".*

Poiché però le Regioni hanno attualmente un ruolo rilevante nel processo, si può ipotizzare che un notevole peso avranno strutture analoghe alla Commissione Nazionale Formazione a livello regionale, nelle quali è auspicabile vi sia un numero minore di membri. Queste commissioni avranno comunque il compito di definire gli obiettivi formativi di interesse regionale, costruire dei criteri di valutazione, accreditare i provider regionali, verifi-

care i risultati delle attività formative, forse gestire l'anagrafe dei crediti ...; un ruolo quindi molto pregnante e che condiziona pesantemente l'iter del processo in ogni singola regione.

È ipotizzabile che avremo quindi due binari paralleli per l'ECM: una **parte nazionale** gestita sempre per via informatica tramite il sito ministeriale, la rete di referee nazionali ed in futuro un numero limitato di provider accreditati che garantiranno ed erogheranno i crediti formativi, una **parte regionale** con criteri, referee, provider possibilmente anche diversi. È auspicabile che vi sia un reciproco riconoscimento dei crediti da parte dello Stato e delle Regioni. La formazione a distanza si presta naturalmente ad una diffusione capillare sul territorio nazionale.

#### *La contribuzione per accreditare un evento all'ECM nazionale*

I soggetti pubblici o privati e le società scientifiche, che chiedono l'accreditamento di specifiche attività formative promosse o organizzate dagli stessi ai fini dell'attribuzione di crediti formativi, sono tenuti al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di un contributo alle spese determinato in base ai seguenti criteri proposti dalla Commissione nazionale per la formazione continua:

- il contributo dovuto per ciascun evento formativo o per ciascun progetto formativo aziendale è stabilito da un minimo di euro 258,23 (L.500.000) ad un massimo di euro 774,69 (L. 1.500.000);
- il contributo minimo di euro 258,23 è riferito ad eventi formativi o progetti formativi aziendali che abbiano ricevuto una valutazione fino a 10 crediti;
- il contributo per gli eventi formativi o progetti formativi aziendali, che abbiano ricevuto una valutazione superiore a 10 crediti, è determinato maggiorando il contributo minimo (258,23 euro) di 12,91 euro per ogni credito eccedente i 10, fino ad un massimo di euro 774,69.

Ai fini e per gli effetti della contribuzione, per evento formativo si intende la singola attività di formazione continua residenziale o a distanza, finalizzata all'aggiornamento e al miglioramento professionale del personale sanitario. Per progetto formativo aziendale si intende un insieme coordinato e coerente di singoli eventi formativi, attinenti ad uno specifico ed unitario obiettivo nazionale o regionale, organizzato da una azienda sanitaria pubblica o privata per il proprio personale dipendente o convenzionato appartenente ad una o più categorie professionali.

Ai soggetti richiedenti l'accreditamento viene comunicata per via telematica la valutazione in crediti conseguita da-

gli eventi o progetti formativi proposti, sulla base dei criteri stabiliti dalla Commissione e dalla valutazione degli esperti, nonché l'importo del contributo dovuto. Il versamento del contributo costituisce conferma della richiesta di accreditamento ed accettazione dello stesso. L'omesso versamento ovvero il versamento in misura inferiore a quella prescritta non dà luogo all'accreditamento dell'evento o progetto formativo.

Per i progetti formativi aziendali, organizzati e svolti nel corso dello stesso anno per il proprio personale dipendente o convenzionato, le aziende sanitarie pubbliche e private sono tenute al versamento di un unico contributo per progetto secondo i criteri stabiliti sopra. Il progetto formativo aziendale è globalmente accreditato e il personale al quale è rivolto è tenuto, per conseguire i crediti, a soddisfare **almeno il novanta per cento dell'impegno formativo** che globalmente comportano le attività formative del progetto.

Le aziende sanitarie pubbliche o private sono tenute al versamento di un unico contributo anche nel caso di più edizioni del medesimo progetto formativo aziendale o del medesimo evento formativo svolte nel corso dello stesso anno, purché destinate al proprio personale dipendente o convenzionato.

Resta ferma la facoltà per il personale dipendente o convenzionato di partecipare ad altre attività formative, anche non organizzate dalle aziende sanitarie di appartenenza, nonché il diritto delle aziende sanitarie di organizzare eventi formativi per il personale estraneo all'azienda.

#### *Il progetto formativo aziendale*

Il progetto formativo aziendale è diretto a favorire la formazione in ambito aziendale ed interessa tutte le aziende sanitarie pubbliche (aziende sanitarie locali ed ospedaliere, policlinici universitari, IRCCS, ed istituti di cura pubblici o equiparati) e private (case di cura e strutture sanitarie private).

Il progetto formativo aziendale è organizzato da un'azienda pubblica o privata, o da più aziende associate, per il proprio personale dipendente o convenzionato. Il personale convenzionato delle strutture pubbliche è rappresentato dai medici di medicina generale (medici di base), dai pediatri di libera scelta e dai medici che garantiscono la continuità assistenziale o altro personale assimilato.

Il progetto formativo aziendale è articolato in una o più tipologie di attività formative, quali ad esempio seminario, consensus meeting, ecc., ed ha uno specifico ed unitario obiettivo formativo riconducibile ad uno degli obiettivi d'interesse nazionale e regionale.

Il progetto formativo può essere anche di durata annuale o frazione di esso. I partecipanti al progetto, che devono necessariamente appartenere al personale dell'azienda, **sono tenuti alla frequenza di almeno il 90% delle attività previste per lo stesso.** Tale percentuale può essere applicata all'intero progetto formativo aziendale o alle singole attività formative che lo compongono.

Il progetto formativo aziendale è destinato ad una o più categorie professionali che operano nell'azienda.

Un progetto formativo aziendale diretto a più categorie è globalmente accreditato; è quindi sufficiente effettuare un'unica richiesta di attribuzione dei crediti, a differenza di quanto previsto per eventi di altra tipologia diretti a più categorie per i quali è necessario effettuare una richiesta di accreditamento per ciascuna delle categorie coinvolte. Il numero di crediti attribuito al progetto formativo aziendale è globale, è, cioè, assegnato a tutto il progetto formativo. Il pagamento del contributo previsto corrisponde a quello indicato dal sistema in occasione dell'attribuzione provvisoria dei crediti formativi al progetto stesso.

Il progetto formativo aziendale nella sua articolazione consente una specifica risposta alle attività formative dirette a quelle discipline per le quali la vigente normativa concorsuale (D.P.R. 483/97 e 484/97) prevede l'accesso a più categorie professionali. Ad esempio la disciplina "patologia clinica" è prevista per medici, chimici e biologi, pertanto, in tali casi, il progetto formativo aziendale è indistintamente diretto a medici, chimici e biologi.

Per garantire la continuità assistenziale e, nello stesso tempo, consentire la partecipazione a tutto il personale, un progetto formativo aziendale può essere ripetuto in più edizioni. In tale caso, in sede di richiesta di accreditamento vanno indicate tutte le edizioni previste; la determinazione del contributo sarà riferita, comunque, ad un'unica edizione, a differenza di quanto previsto per eventi di altra tipologia.

#### *Quanti crediti dovremo accumulare?*

I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi **150** (come già previsto dalla Commissione nella fase sperimentale) con un obbligo progressivo di acquisizione di crediti a partire da **10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno (10-20-30-40-50)**, con un **minimo annuale di almeno il 50% del debito formativo previsto per l'anno e con un massimo annuale del doppio del debito formativo previsto per l'anno.**

Fermo restando che, nella fase a regime, anche per uniformità con i sistemi degli altri Paesi, il numero dei crediti da raccogliersi da parte del singolo operatore sarà di **150 in tre anni**, la Commissione per la formazione continua ha ritenuto più opportuno attuare, nel-

la fase di avvio, una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente in un programma quinquennale così definito:

- 2002:** crediti 10 (per un impegno temporale di 8/10 ore di formazione residenziale: 1/2 giorni di e.c.m.);
- 2003:** crediti 20 (per un impegno temporale di 15/24 ore di formazione residenziale: 2/3 giorni di e.c.m.);
- 2004:** crediti 30 (per un impegno temporale di 25/35 ore di formazione residenziale: 3/4 giorni di e.c.m.);
- 2005:** crediti 40 (per un impegno temporale di 30/45 ore di formazione residenziale: 4/6 giorni di e.c.m.);
- 2006:** crediti 50 (per un impegno temporale di 38/62 ore di formazione residenziale: 6/8 giorni e.c.m.).

La progressione dei crediti tiene conto del fatto che per l'anno 2002 la fase di acquisizione dei crediti inizia ad aprile, che la formazione a distanza sarà attivata nel secondo semestre dell'anno 2002 e che per molte categorie non esiste allo stato una offerta formativa sufficiente e che è prevedibile un progressivo adeguamento dell'offerta formativa stessa per tutte le categorie.

Il numero dei crediti, che ciascuna categoria deve conseguire ogni anno e nel quinquennio, è uguale per tutte le categorie.

#### *Chi raccoglierà e certificherà i crediti?*

La raccolta dei crediti accumulati è interesse del singolo professionista, in problema è chi terrà la cosiddetta "anagrafe" degli stessi; gli Ordini ed i Collegi professionali si sono proposti e forse sarebbero il soggetto che, per diffusione e capillarità di penetrazione sia sul territorio che fra gli operatori, sarebbero i più adatti. Anche le regioni però sembrano intenzionate ad affrontare il problema. Allo stato attuale non sappiamo chi certificherà all'ASL che abbiamo raggiunto il minimo di crediti previsti dalla Commissione Nazionale, al fine di non incorrere nelle sanzioni sopradette.

Vi è inoltre da notare che sembra nelle intenzioni del Ministro Sirchia che i crediti, oltre a dare adito a progressione di carriera, possano rappresentare la via per ottenere la ricertificazione dell'abilitazione all'esercizio professionale; questo avviene già in alcuni paesi, ad esempio negli Stati Uniti.

Per terminare dobbiamo riepilogare la **procedura di accreditamento di un evento all'ECM nazionale.**

Fermo restando che l'accredimento degli eventi formativi inizia a partire dal 1 gennaio 2002, è stato stabilito in generale che:

- le richieste di accreditamento devono essere prodotte almeno 90 giorni prima dalla data di inizio dell'evento (e non prima comunque di 180 giorni);
- la richiesta sarà pubblicata automaticamente nel sito Web ministeriale in una
- apposita sezione denominata "eventi in attesa di accreditamento";
- di norma entro un mese dalla richiesta (se il provider ha rispettato tutte le prescrizioni per l'accREDITAMENTO) l'evento sarà pubblicato nel sito Web ministeriale unitamente al punteggio attribuito all'evento in una apposita sezione denominata "eventi accreditati e crediti attribuiti";
- il provider riceve una comunicazione per posta elettronica in cui si specifica il numero dei crediti e l'importo del contributo da versare; eseguito il versamento il provider deve inserire gli estremi dello stesso nell'apposita sezione del sito;
- dopo l'esecuzione dell'attività il provider deve "rendicontare" l'evento sempre in una sezione apposita allegando l'elenco dei partecipanti e una relazione sul gradimento ed i risultati dell'attività stessa.

Successivamente dovrebbero arrivare dal ministero le certificazioni dei crediti ottenuti dal singolo partecipante.

#### *La formazione a distanza*

Per formazione a distanza (FAD), o secondo la denominazione americana e-learning, intendiamo una serie di strumenti che tendono a sostituire, integrare ed allargare la formazione tradizionale con i nuovi media elettronici. L'e-learning coniuga almeno due dimensioni: il WBT (Web based Training) ed il Collaborative Work. Il WBT si basa sulla progettazione di corsi di autoapprendimento di seconda generazione in cui vengono coniugate le varie tecnologie multimediali (audio, video, animazioni interattive) applicate ai supporti digitali mentre il Collaborative Work comprende forum, chat, visual classroom ed altri strumenti di comunità utilizzati per fini di supporto all'apprendimento.

Formazione a distanza, tutor on line, crediti virtuali, analisi dei bisogni sono la nuova frontiera dei corsi di aggiornamento per i professionisti della salute.

Attualmente si può accumulare il 50% dei crediti necessari ogni anno attraverso la FAD, in futuro forse il 70%. La Commissione Nazionale Formazione definirà nei prossimi mesi le caratteristiche dei Provider, oltre le caratteristiche della FAD.

La fase a regime della FAD inizierà forse dal 1/1/2003. Nel 2002 non è stato possibile accreditare eventi formativi a distanza.

Tabella I

#### **Compiti della Commissione Nazionale Formazione, come previsti dal DL 229/99**

La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, **gli obiettivi formativi di interesse nazionale**, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i **crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative**. La Commissione definisce altresì i **requisiti per l'accREDITAMENTO** delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e **procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi**.

Tabella II

#### **Obiettivi formativi di interesse nazionale per il quinquennio 2002/2006:**

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome sono i seguenti:

#### **GRUPPO 1**

***Obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, tutte le categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi:***

- a) qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
- b) etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale ed alla privacy
- c) sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
- d) formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali

- e) promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro
- f) miglioramento degli stili di vita per la salute
- g) miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione
- h) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli
- i) promozione di una comunicazione corretta ed efficace
- j) apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico
- k) consenso informato
- l) gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626
- m) implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale
- n) sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche
- o) formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità
- p) cultura gestionale
- q) educazione sanitaria
- r) bioetica in medicina
- s) organizzazione dipartimentale
- j) controllo delle infezioni nosocomiali
- k) innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici
- l) sicurezza degli alimenti
- m) sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale
- n) disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche
- o) implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati
- p) percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale
- q) progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta
- r) telemedicina
- s) innovazione tecnologica ed implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta
- t) formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta
- u) aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica
- v) aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche
- w) percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata
- x) utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici
- y) ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN
- z) valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali
- aa) prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odontostomatologiche e maxillo facciali.

## GRUPPO 2

*Obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, specifiche categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi:*

- a) miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche
- b) interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze
- c) formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata
- d) tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali
- e) basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate
- f) formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- g) promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo
- h) clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie d'importazione
- i) farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilanza

## La gestione del rischio clinico: un miglioramento della qualità dell'assistenza

Maria Carolina Barbozza\*, Claudio Bianchin\*\*

La gestione del rischio nei trattamenti sanitari, "*risk management*", strategia finalizzata a ridurre gli errori nelle cure mediche, ha trovato prevalente applicazione in ambito ospedaliero; tuttavia, appare evidente come questo approccio metodologico possa rappresentare un valido aiuto nel miglioramento della qualità dell'assistenza anche nelle cure primarie e quindi nella pediatria del territorio.

Il problema della "*malpractice*" inizia a manifestarsi negli usa verso la metà degli anni '70, dopo un'improvvisa delle denunce contro medici ed ospedali per danni causati da cure mediche. Il termine "*risk management*", che indicava originariamente i metodi di contenimento del rischio finanziario nelle compagnie di assicurazione, venne applicato anche ai danni causati dalle cure. Il risk management si limitava all'inizio ad analizzare casi di negligenza. Già nel 1971, tuttavia, uno studio commissionato da Nixon aveva dimostrato che i danni causati dalle cure mediche non erano necessariamente e sempre legati alla negligenza di una o più persone, ma riconoscevano varie cause diverse e concomitanti (rischi intrinseci delle nuove tecnologie, peggioramento progressivo dei rapporti medico-paziente, attese spesso irrealizzabili dei pazienti, numero crescente di professionisti coinvolti nel singolo episodio di cura ecc.).

Negli anni '70 solo poche strutture ospedaliere disponevano di una funzione specifica di risk management, nata più sotto la spinta degli assicuratori che non per un vero e proprio orientamento verso una cultura di sicurezza. Nel 1980, dopo una seconda ondata di denunce, nacque una specifica organizzazione (*american society for health care risk management*) che aveva l'obbligo di fornire assistenza specifica agli ospedali statunitensi.

Ma il rischio di danni da cure ospedaliere è stato messo sotto le luci della ribalta da quando l'*institute of medicine* (iom, un'agenzia no profit di ricerca sanitaria statunitense) ha pubblicato alla fine del 1999 lo studio intitolato "*to err is human: building a safer health system*". Da questo studio emerge che almeno un milione di americani riportano danni dalle cure che vengono loro prestate dalle strutture sanitarie e almeno 100.000 ne muoiono.

Nel febbraio 2000 è stato lanciato negli usa un piano nazionale per la prevenzione degli errori medici, basato sulla costituzione di un centro nazionale per la sicurezza dei pazienti, sull'obbligo di tutti gli ospedali di dotarsi di un sistema di prevenzione degli errori, sulla promozione della sicurezza nell'uso dei farmaci e su un sistema nazionale di segnalazione obbligatorio di tutti gli errori sanitari.

Risulta a questo punto necessario evidenziare brevemente alcuni concetti ed aspetti fondamentali del risk management.

L'analisi degli incidenti è il metodo più efficace per ridurli, in quanto porta direttamente alle strategie per migliorare la sicurezza dei pazienti. Nell'analisi delle cause degli eventi avversi, risulta rilevante la focalizzazione non sul singolo episodio, ma sull'*organizzazione*, andando a prendere in considerazione non gli errori commessi da un singolo operatore poco prima dell'evento, ma l'intero processo organizzativo. Statistiche internazionali hanno dimostrato come *le cause organizzative siano molto più frequenti di quelle attribuibili al singolo sanitario (85% contro 15%)*.

Vanno ricercate non tanto le cause immediate, ma *l'insieme delle circostanze* che hanno permesso (favorito, agevolato) il verificarsi dell'evento avverso, che vengono chiamate le "*root causes*" cioè le cause profonde, o più propriamente i "*contributory factors*". Le vere e profonde cause vanno ricercate perché si estendono oltre i singoli atti dei singoli operatori. I "*contributory factors*" si distinguono in "*specifyc*" (improbabile incrocio di sfortunate circostanze) e "*general*" (problema generale che mette in pericolo la sicurezza delle cure).

\* Pediatra Di Famiglia. S. Donà Di Piave (Ve) - Fimp Venezia

\*\* Responsabile Servizio Di Medicina Legale Asl N° 1 Belluno

È da evitare il sistema punitivo, che porta a nascondere gli errori, ma è necessario promuovere un sistema (clima) comprensivo e tollerante che porti alla segnalazione degli errori. La logica colpevolizzante della "bed apple" è inefficace e porta a nascondere gli errori e non a ridurli. Il veloce giudizio e la routinaria assegnazione della colpa ("finger pointing") comportano spesso l'occultamento di una complessa verità.

I processi di gestione del rischio vanno strutturati nel sistema organizzativo, inseriti e adottati nella pratica in modo sistematico e continuo importante è l'utilizzazione di un protocollo formale che assicuri una comprensibile ed efficiente investigazione e riduca la probabilità di semplicistiche spiegazioni ed assegnazioni superficiali di responsabilità. Normalmente vengono usate apposite griglie per guidare ad analizzare tutti i fattori che possono aver determinato l'evento avverso. Per svelare la complessità della concatenazione degli eventi che hanno condotto all'evento avverso, vanno rilevati sia degli "errori", sia i fattori del "contesto organizzativo" dove si sono sviluppati. L'utilizzazione dei supporti informatici agevola anche l'investigatore non esperto in quanto viene guidato, in modo sequenziale, nelle varie fasi della "root causes analysis". Aiuta nell'elaborazione di un'analisi esauriente e credibile e agevola ovviamente nella predisposizione di reports.

Nonostante nel territorio trovino luogo la maggior parte dei rapporti medico-paziente, per ora l'attenzione per la gestione del rischio clinico non si è molto focalizzata sulle cure primarie. Mentre le conoscenze e le esperienze sviluppate in ambito ospedaliero non sono così direttamente trasferibili nelle cure primarie in quanto realtà prevedibilmente diverse per molti aspetti, tra cui verosimilmente le condizioni di rischio di errore. La cura dei pazienti nella comunità, compresa ovviamente quella in età pediatrica, sta diventando sempre più complessa e diversi sono i fattori che concorrono in modo sinergico ad aumentare sempre più i rischi di danni involontari ai pazienti:

- L'ampiezza delle problematiche biomediche per la variabilità dei pazienti, delle patologie, di segni e sintomi difficilmente classificabili in una chiara diagnosi;
- La minore disponibilità immediata di risorse tecniche rispetto a quelle usufruibili in ambiente ospedaliero (consulenze ed accertamenti);
- Il condizionamento dei continui richiami ai limiti di budget;
- La pressione di consultazioni veloci;
- Il contestuale pesante carico burocratico;
- Un sistema di cure (gratuito) che rende difficile la selezione degli interventi con sovraccarico di lavoro "improprio", supportato anche dai mass-media e dall'"informazione scientifica" che induce a numerose visite e indagini;
- La prescrizione ed il monitoraggio di farmaci potenzialmente pericolosi;
- La natura sempre più frammentata delle cure primarie.
- Inoltre, il pediatra del territorio si deve confrontare continuamente con un'ampia variabilità di comportamenti in-

dividuali, bisogni, valori e diverse concezioni di "salute" e "malattia". A volte, la variabilità della tipologia delle famiglie, le differenze culturali tra popolazioni, la percezione dei bisogni e delle priorità di salute, possono indurre ad una consapevole variazione della pratica o ad una giustificabile deviazione dalla pratica clinica raccomandata dovendo mediare tra esperienza soggettiva di malattia e spiegazione scientifica. Ciò porta la conseguenza di rendere più complesso il definire cosa realmente c'è stato di "giusto o sbagliato".

Indubbiamente in questo campo specifico sono necessarie urgenti ricerche epidemiologiche per identificare le caratteristiche dei piccoli pazienti che più frequentemente patiscono dei danni nonché le tipologie dei relativi errori e delle (con)cause che li sottendono. Le ricerche internazionali sulla sicurezza riguardano le "primary care" in generale. Queste ed altre fonti informative indicano che le maggiori cause di danno insistono su quattro aree principali: diagnosi, prescrizione (di farmaci controindicati, di farmaci errati o ignorando note allergie ecc.), Comunicazione ("communication failure") e caratteristiche dell'organizzazione. Tuttavia, la necessità di "more research" di diretta rilevanza nel nostro campo di interesse non deve indurre all'inerzia. In particolare si ritiene che le informazioni disponibili siano già sufficienti per mirare l'attenzione in determinati ambiti quali:

*Prescrizione farmaci;* Automedicazione con antinfiammatori; Farmaci dispensati in farmacia; Non assunzione di quelli prescritti dal medico; Trattamenti con rimedi e prodotti di erboristeria.

*Comunicazione;* Comunicazione tra ospedale, territorio, servizi; Organizzazione reale della comunicazione (ambulatorio, telefono e "rumori di sottofondo"); Differenze culturali

*Adolescente;* abuso di sostanze; depressione; Compliance terapia delle patologie croniche: adolescente asmatico, diabetico.

Il metodo di analisi del risk management va visto quindi nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure, in modo positivo e non punitivo, in un sistema dove tutti, operatori sanitari e pazienti-utenti, condividano più serenamente la sicurezza nei trattamenti sanitari.

### Bibliografia

- Kohn IT et al. To err is human: building a safer health system". Washington, dc: national academy press, 1999.
- Leape LL. Error in medicine jama 1994; 272:1851-57.
- Berwick D. Not again BMJ 2001;322:247-248.
- Wilson T. Enhancing public safety in primary care BMJ 2002;324:587 (9m).
- Wilson T. Promoting patients safety in primary care" BMJ 2001;323:584-584.
- Veldhuis M. et al. Deliberate departures from good general practice: a study of motives among dutch general practitioners. Be j gen pra 1998 dec 48(437):1833-6.
- Marcon G. Errori e danni nelle cure mediche. Rischio sanità n° 1.

# Il farmaco e il suo costo

**Maria Blundo**

Nei corsi di aggiornamento qualche collega afferma: a me basta fare la diagnosi e curarlo in scienza e coscienza ... il resto è un sovrappiù.

Curare in scienza: che significa? Quale scienza? Qualunque scienza se è vera è falsificabile (Popper); le verità empiriche sono sempre *hic et nunc*, domani ... chissà. In tanti anni di professione ho visto sparire troppi farmaci innovativi, risolutivi. Studente interna di fisiologia al Direttore piaceva smontare i vari farmaci innovativi, dimostrare la loro inutilità e pericolosità (se non altro dimostrava la "bolsaggine" e l'ignoranza dei clinici che li prescrivevano). La mia prima pubblicazione da studente mirava a dimostrare l'inutilità di un farmaco allora molto usato in pediatria. Da lui ho imparato a diffidare di qualunque verità: è scritto nel testo, lo mandava in bestia. Vada a vedere l'altra letteratura, non si fidi mai. Negli anni successivi nei curricula universitari hanno introdotto l'epidemiologia, la statistica, la farmacoeconomia, come leggere un articolo, per i colleghi più giovani navigare in internet è uno sport quotidiano. Ho un programma a pagamento molto caro dedicato solo ai farmaci e alle loro interazioni e in teoria dovrei prescrivere solo EBM. Ma noi over 40 abbiamo tempo e voglia di falsificare la nostra scienza, di metterla in discussione o siamo prede facili per le multinazionali farmaceutiche che spacciano come vero processo terapeutico semplici aggiustamenti di immagine, di posologia, di eccipienti? Ricordiamo sempre che il confronto con il placebo è solo confondente: bisogna confrontare con la migliore terapia in quel momento esistente. Non sempre sappiamo come si determina il prezzo del farmaco: sa, la ricerca costa, il brevetto ... Sì, è vero, la ricerca costa, ma bisogna verificare quanto.

Le multinazionali chimico-farmaceutiche sempre più grandi e sempre meno numerose, possono ricattare i governi: quando il ministro inglese della sanità osò manifestare delle perplessità sullo Zanamivir (Relenza) la Glaxo ventilò che avrebbe "dislocato" le sue fabbriche (e quindi licenziato personale). Il ministro fece marcia indietro e col mutuo riconoscimento lo Zanamivir è stato ammesso ad alto prezzo negli altri paesi europei. Quale fiducia si può avere sull'EMA (European Agency for the Evaluation of Medicinal products) che gestisce la messa in commercio dei farmaci in Europa e non fornisce informazioni chiare e complete, tanto che nel dicembre 2000 il gruppo europeo delle ISBD (bollettini indipendenti di informazione sui farmaci, a cui aderisce Dialogo sui farmaci) ha concluso che forse le confuse e confondenti informazioni dell'EMA sono dovute al fatto che le sue spese per il 60% sono coperte dall'industria farmaceutica?

Quando vedo approvare leggi "liberali" sulla clonazione, sull'uso degli embrioni, sulle modifiche genetiche e sulla loro brevettabilità, in Inghilterra e in Nord America, dove per caso, if course, sono allocate le grandi multinazionali, mi chiedo subito quale titolo è salito o salirà in borsa. If course nel buio borsistico del 2001 gli unici fondi invariati o in lieve ribasso o addirittura in rialzo, sono stati i fondi azionari farmaceutici. Il processo di Pretoria contro le multinazionali ha squarciato parte del velario, il crollo delle torri gemelle ha rivelato a tutti la nudità del re. In nome della libertà di mercato (libertà di uccidere), della tutela della proprietà intellettuale, l'America ha brillato nella difesa delle multinazionali, minacciando ritorsioni commerciali al Brasile, India, Sud Africa e altri paesi che si erano permessi di fabbricare farmaci essenziali per i loro cittadini; le multinazionali hanno chiuso il processo di Pretoria per il timore del boicottaggio internazionale dei loro prodotti. Dopo l'11 settembre, appena si profilò il sospetto di una

guerra batteriologica col carbonchio, il ministro della sanità degli States ha comprato grossi stocks di Ciprofloxacina Bayer a basso prezzo, malgrado il brevetto vigente, minacciando l'importazione di generici: alla faccia dell'equità e del libero mercato. "Hoc volo, sic iubeo, sic pro ratione voluntas": questo voglio, così comando, la mia volontà giustifica le mie decisioni. Nel processo di Pretoria gli Stati Uniti erano il migliore alleato delle multinazionali, quando hanno avuto il sospetto minimo di aver bisogno di grosse scorte di farmaci a basso prezzo, le hanno volute e ottenute senza processo, facendo strame delle regole del libero mercato, della concorrenza e di tutti i bla bla del liberismo.

Conclusioni: nel novembre del 2001 alla riunione di Dohar nel Qatar i paesi poveri hanno ottenuto "che l'accordo sugli aspetti dei diritti della proprietà intellettuale non impedisce ai paesi membri dell'OMC di prendere delle misure per proteggere la sanità pubblica". Con questa dichiarazione l'OMC ha ristabilito la gerarchia dei valori: prima la vita, poi il profitto, come è stampato nelle T-shirt di Medici senza frontiere. L'accordo OMC del 1994, che considerava i brevetti farmaceutici alla stregua di qualunque altro brevetto, non sollevava scalpore (ignoranza? superficialità?). Successivamente esso si è rivelato il vero ostacolo all'accesso delle cure essenziali per i Paesi poveri: Joseph Stiglitz, Nobel per l'economia nel 2001, consigliere economico di Clinton per l'accordo economico del 1994, solo nel settembre 2001 ha avuto il coraggio di dire ad alta voce quello che allora diceva a bassa voce: "l'accordo del 1994 è stato fatto per il profitto dei paesi industriali ... potrebbe essere sfavorevole per l'innovazione e la crescita economica. Avevo espresso a Clinton il dubbio che una protezione eccessiva poteva impedire l'accesso alle cure dei paesi in via di sviluppo".

Che fare? Da soli nulla. Come organizzazioni nazionali e internazionali di professionisti della salute pretendere:

- A) che la regolamentazione del farmaco (brevetti, concorrenza e quant'altro) passi dalla commissione economica europea dove è trattato alla stregua giocattoli, biciclette, utensile, alla commissione della sanità, col riconoscimento pertanto che il farmaco e il presidio sanitario hanno il valore precipuo della salute umana;
- B) che le decisioni dell'EMA siano trasparenti, affidabili e pubblicate al massimo (siti internet aggiornati) e che siano fornite risposte senza indugi e imbrogli alle organizzazioni sanitarie indipendenti (Società scientifiche, SIBS, no profit, ecc..)
- C) che il budget dell'EMA sia del tutto indipendente dai finanziamenti industriali riconosciuti e riconducibili alle varie multinazionali: se proprio indispensabile ogni

paese dell'unione europea potrebbe stabilire una tassa sui profitti delle multinazionali, vincolata a finanziare l'EMA, liberandola dalla sudditanza alle multinazionali.

Nella nostra giovinezza abbiamo scelto una professione di aiuto agli altri, forse la più nobile e faticosa, soprattutto per un sogno di beneficenza: lungo la strada quel sogno forse è svanito. Molti di noi ignorano i meccanismi economici che sottendono la messa in commercio di un farmaco e sono convinti di agire liberamente in scienza e coscienza: è ora di riprendere le nostre illusioni e se possibile realizzare il nostro sogno: una globalità più giusta e solidale.

### Bibliografia

- 1 Prescrire redaction: Prix de médicaments remboursables RevPrescr 2001(21) 222,782-786
- 2 Prescrire Redaction: Prix proportionnels à l'innovation: principe raisonnable, maigres résultats Rev Prescr 2001(21) 223,859-863
- 3 Prescrire Redaction L'année 2001 du médicament Rev Prescr 2002 (22),224,54-62
- 4 Declaration de l'ISDB de 15 et 16 novembre 2001. Rev Prescr 2002(22) 225,140-145
- 4 bis testo integrale della dichiarazione dell'ISDB supplemento a Dialogo sui farmaci 2002, n°1
- 5 Prescrire Redaction Public Citizen...et La fable du charbon et del'OMC Rev Prescr 2002 (22) 225 148-149

*Si segnala l'ottimo servizio di aggiornamento svolto dal Bollettino "Dialogo sui farmaci" prodotto dalla USL di Verona e inviato ai Medici di famiglia e Pediatri del Veneto e delle Regioni limitrofe. È redatto sulla falsariga della Revue Prescrire adattato alla realtà italiana*

# Le infezioni respiratorie pediatriche oggi: da patologie cliniche a malattie sociali

Giorgio Meneghelli

## Evidenze

Nei Paesi progrediti le infezioni respiratorie dell'Infanzia hanno mutato negli ultimi decenni del Novecento molte delle caratteristiche che le avevano accompagnate per secoli. Sono rapidamente cambiate l'epidemiologia e la gravità del decorso, con caduta delle complicanze ed aumento delle auto-guarigioni. Niente di strano: le malattie dell'uomo sono da sempre cambiate a seconda dei contesti ambientali e sociali in cui l'uomo ha vissuto.

Le migliorate condizioni socio-economiche e l'avvento di nuovi mezzi terapeutici (vaccini ed antimicrobici) hanno trasformato il bambino del 2000 in un organismo più resistente a germi e virus, rimasti con una aggressività storicamente quasi immutata<sup>1, 2</sup>. Per conseguenza gli approcci di diagnosi e cura hanno subito ripetute ed ampie revisioni critiche dalla Letteratura, specie con adattamenti che si sono concretizzati nel corso degli anni Novanta<sup>3</sup>. Gli Studi di settore rilevano una Sanità corrente non del tutto preparata alla gestione dei nuovi complessi problemi comportati da queste patologie:

- i genitori dei piccoli pazienti si dimostrano confusi e spaventati a fronte di pericoli ormai irreali, adottando di routine comportamenti non razionali<sup>4</sup>. Ne è tipico evidenziatore il boom degli accessi al P.S. per le lievi patologie respiratorie delle alte vie aeree.
- i Sistemi Sanitari hanno risposto all'aumento della richiesta con una dilatazione disordinata degli interventi, dagli antibiotici a pioggia all'eccesso di visite, esami e ricoveri impropri.

## Parametri mutati: il cambiamento in sintesi

I bambini delle realtà urbane socializzano oggi cinque anni prima rispetto al passato. Le "scuole prima della Scuola" (asili nido, scuole materne) comportano il "social mixing", catalizzatore ambientale di infezioni respiratorie che a loro volta sono favorite nell'andare a segno nei soggetti in tenera età dal deficit di immuno-competenza fisiologico. In pratica un circolo vizioso quasi innocuo, ma

che fa ammalare spesso il bambino.

È il lavoro bi-genitoriale la causa che obbliga la famiglia alla scolarità precoce dei figli, tutto fila liscio fino a quando... il bambino si ammala e la mamma non sa dove "metterlo" in quanto pur lievemente disturbato (common cold, congiuntivite, OMA etc.) non può andare a scuola. Tra l'altro le puericultrici dei nidi sono sempre inflessibili: al primo puntino o prima scarica estraggono il cartellino rosso.

La bassa soglia di tolleranza dei genitori alle malattie dei figli si accresce con la mancanza in famiglia delle tradizionali figure di riferimento (nonni, zie) che nel passato consigliavano e gestivano le piccole patologie. I "genitori multimediali" non possono permettersi un bambino malato perché la loro routine di vita-lavoro diviene ingestibile anche con perdita di risorse economiche.

Il piccolo non può fare convalescenza, deve tornare subito, appena sfebbrato in comunità dove ha buone probabilità di riammalare subito. Si sviluppano ansie per poche linee di febbre, gli ambulatori territoriali come i Pronti Soccorsi sono intasati, con esigenza di prescrizioni omni-risolutive, richieste a pochi minuti dall'inizio dei sintomi: in sintesi la malattia è un imprevisto non accettato ed è imperativo che "il bambino debba guarire per ieri"<sup>5</sup>. Le infezioni respiratorie danno segni rapidi ed evidenti (febbre, tosse, otalgia etc.), vissuti come allarmanti da genitori di "figli unici, rari e tardivi", forse proprio per questo impreparati a situazioni dove un po' di attesa, pochi farmaci e spesso il "do nothing" sarebbero le strategie migliori<sup>4, 5</sup>.

La mera preoccupazione che il figlio oggi sano possa ammalare domani diventa la spinta per continue visite anche per un solo colpo di tosse, specie se ci sono di mezzo ferie e week-end.

Le malattie respiratorie, mentre scendono in gravità clinica, salgono di interesse sociale per il lievitare esponenziale delle visite, delle prescrizioni, dei ricoveri e dei costi assistenziali.

### L'esempio viene dall'OMA

La storia dell'otite media acuta (OMA) è paradigmatica. L'OMA si trascina dal passato una cupa fama per le sue complicanze gravi, dal 10 al 44% per la sola mastoidite, oggi ridotta ad incidenze omeopatiche. L'avvento degli antimicrobici ha portato la Letteratura a consigliarli in tutte le otiti, il che non fu un errore per le conoscenze e situazioni di allora. Tuttavia già dal 1981 si era compreso che il diavolo, cioè l'OMA, era in realtà molto meno cattivo di quello che sembrava <sup>6</sup>.

Con ricerche sul campo van Buchem capì che le otiti quasi sempre auto-guarivano, ne osservò il decorso con i medici di base olandesi per 4860 eventi: il 97% delle otiti arruolate si autorisolve, si intervenne con antibiotici solo in 126 OMA, si registrarono 2 mastoiditi curate facilmente per os. Critiche: van Buchem aveva arruolato bambini sopra ai 2 anni (vero) cioè con OMA meno pericolose (vero), aveva inserito le OMA con criteri diagnostici troppo larghi (vero, ma non troppo) <sup>7</sup>.

In realtà l'Autore fu innovativo guardando tutto con gli occhi realistici dell'ambulatorio, dove cioè si curano da sempre le OMA, intuendo vent'anni prima ciò che gli studi successivi avrebbero poi confermato: l'otite non si complicava più.

Nel 1994 Rosenfeld compila la più vasta metaanalisi sull'argomento. Parte da 286 lavori selezionando con criteri rigidi 33 trials: le OMA guariscono nel 90% dei casi da sole, il vantaggio dell'antibiotico riguarda solo 1 OMA su 7, sopra i 2 anni le otiti sono ancor meno pericolose <sup>8</sup>. Altre ricerche confermeranno questi dati.

Mentre crolla la gravità clinica dell'OMA le statistiche segnalano un parossistico aumento di visite, accompagnate da eccessi di terapie sia mediche che chirurgiche, da accessi impropri ai P.S. e da ricoveri ospedalieri evitabili. In USA in pochi anni l'antibioticoterapia per OMA triplica per numero di dosi e costi <sup>9</sup>. Per paradosso l'otite in Pediatria è quasi diventata evento clinico meno pericoloso della sua costosissima terapia <sup>10, 11</sup>.

In Italia si stimano circa 3 milioni di OMA curate in età pediatrica a costi variabili tra i 250 e i 500 € l'una: l'otite ha ormai a tutti gli effetti ruolo di "malattia sociale".

### Cost of illness

Quanto descritto per l'OMA si è verificato anche per le altre infezioni respiratorie.

La faringo-tonsillite riceve trattamenti antibiotici ben oltre quel 30% dei casi in cui sono giustificati dalla etiologia da SBEA, mentre quasi non si registrano più eventi di RAA (1 caso ogni 150.000 under 18 anni) né altre complicanze <sup>12</sup>.

Le infezioni respiratorie delle basse vie sono percentual-

mente oggi dominate da virus e germi "atipici" che comportano alti tassi di autoguarigione, il tutto si svolge con numeri di visite mediche e ricoveri sempre più elevati, mentre invece si sono ridotti i decorsi gravi e le complicanze. Bisogna riconsiderare i percorsi di diagnosi e terapia per ridurre i trattamenti impropri ed i costi conseguenti.

Si definisce per convenzione "cost of illness" l'analisi dei costi complessivi di una patologia calcolati in ricaduta all'interno di una popolazione. Con metodiche tipo "top down" e l'aiuto di alberi decisionali si separano i costi sanitari diretti da quelli indiretti, computati sulle perdite produttive delle famiglie causate dalle malattie dei figli (caregiver). L'obiettivo è misurare il costo totale ed analitico di una patologia per il SSN nonché il suo impatto economico per la collettività.

Visti i costi, esemplificati prima per l'OMA, si può cercare di utilizzare il progresso diagnostico con l'inserimento di elementi virtuosi nell'albero decisionale del percorso-malattia migliorando sia l'esito clinico che il costo economico della patologia.

Il rapid test per SGA evita non solo antibioticoterapie improprie, ma con la certezza della prognosi abbrevia i tempi di malattia e ne abbatte i costi indiretti <sup>3</sup>. Idem con l'otoscopia pneumatica che, introdotta per la D.D. tra vere OMA e semplici otalgie, diventa un "risparmioso" decisore di terapia e prognosi <sup>3</sup>. Ovviamente questi aiuti non portano di per sé al 100% di esattezza diagnostica, ma, se ben usati, fanno mirare (FGT) o ragionare meglio la terapia (OMA).

Applicando bene l'elemento virtuoso in malattie sociali l'impatto del singolo costo come del singolo risparmio si moltiplica verso ricadute economiche alte, ma in questo settore i medici e i SSN non hanno finora applicato le nuove potenzialità tecniche per migliorare la qualità delle cure e la resa in costo-efficienza del sistema socio-sanitario.

### Conclusioni

Nelle Cure Primarie in epoca di risorse limitate un vero razionale tra clinica ed economia non è stato finora proposto né tentato, salvo che sul versante della sola Farmacoconomia con scarso successo.

- Le infezioni respiratorie costituiscono oggi circa l'80% della patologia infantile sconfinando in forti ed improprie dosi nel secondo livello.
- Non esiste al momento una contabilità dei costi complessivi e analitici delle cure territoriali, né ci sono unità di misura di riferimento (stile DRG ospedaliero), calcolate per singola malattia.
- Non esiste al momento una presa di coscienza collet-

tiva della dilatazione della richiesta per queste patologie sociali, tanto banali quanto diffuse, né ci si preoccupa "politicamente" di controllare la domanda, salvo che per scaricarla in disordine passivo sugli operatori.

- Per problemi legati ai finanziamenti e all'organizzazione delle Cure si può affermare che il Territorio non fa al riguardo "tutto quello che potrebbe" (continuità insufficiente), l'Ospedale supplisce, ma facendo troppo spesso "quello che non dovrebbe" cioè i ricoveri <sup>13</sup>.
- Necessitano modifiche organizzative del SSN e strategie terapeutiche diverse, con nuovi approcci ad infezioni oggi molto meno pericolose del passato, ma capaci di attivare un aumento esponenziale di interventi medici con spinte verso costi assistenziali e consumi di risorse umane ed economiche oggi non più sostenibili.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Black SB et al, Costs of otitis media in a managed care population, *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:34.
- <sup>2</sup> Fadda G, La resistenza dei batteri agli antibiotici, *Tendenze nuove*, 2001; 2:47-53.
- <sup>3</sup> Schwartz B et al, Principles of Judicious use of Antimicrobial Agents for Pediatric Upper respiratory Tract Infections. *Pediatrics* 101 No 1 January 1998; 163-184.
- <sup>4</sup> Volpi R, *Figli d'Italia: quanti, quali, come alle soglie del Duemila*. Ed. La nuova Italia, 1996.
- <sup>5</sup> Bauchner H et al, Ridurre l'impiego degli antibiotici orali: una prescrizione per il cambiamento. *Pediatrics* Vol. 10 No 4 agosto 1998.
- <sup>6</sup> Buchem FL, Therapy of Otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? *The Lancet* 1981; II:883-7.
- <sup>7</sup> v. Buchem FL, Acute otitis media: a new therapeutics strategy, *Br Med J* 1986; 7:14-23
- <sup>8</sup> Rosenfeld R et al, Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials, *J Pediatr* 1994, 124:335-367.
- <sup>9</sup> McCaig et al, Trends in antimicrobid drug prescribing among office-based physicians in the United States. *JAMA*.1995; 273:214-19.
- <sup>10</sup> Paradise J, Managing Otitis Media: a time for change. *Pediatrics* Vol.196 No 4 October 1995.
- <sup>11</sup> Paradise J, Bluestone C et al, Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media, *JAMA* 1999,282/10;945-989.
- <sup>12</sup> Bisno AL, Group A Streptococcal infections and Rheumatic Fever, *N Engl J Med* 1991; 325: 783-91.
- <sup>13</sup> ASSR (inchiesta Agenzia delle Regioni), *Ricoveri Impropri*, il Sole 24 Ore Sanità, 16/2002.

# Molto grave l'epidemia di morbillo in Campania

Marta Ciofi per il coordinamento di SPES

Come sapete, quest'anno è stato segnato da una vasta epidemia di morbillo, tuttora in corso nel nostro paese. L'aumento di incidenza del morbillo è stato evidenziato da SPES nei primi mesi di quest'anno, soprattutto in Campania. Dato che in questa regione la copertura vaccinale per il morbillo è ancora molto bassa (per i bambini nati nel 1998 è stata stimata essere 53% entro i due anni, e 65% tra 2 e 3 anni), era altamente probabile che ci trovassimo all'inizio di un'epidemia di vaste dimensioni. Per questo, all'inizio dello scorso aprile è stata inviata un'alerta alle autorità sanitarie regionali della Campania, raccomandando di migliorare l'offerta delle vaccinazioni

La previsione che si stesse per verificare un'epidemia si è purtroppo rivelata corretta. Nei mesi successivi infatti i dati di SPES hanno mostrato che l'incidenza del morbillo ha continuato ad aumentare. Nel mese di aprile è stata quindi avviata in Campania un'indagine mirata a stimare il numero di casi di malattia verificatisi nella regione, ed a verificare sia il numero di ricoveri che le complicanze. I risultati di questa indagine sono riportati di seguito.

*Incidenza del morbillo in Campania; gennaio-maggio 2002.* Nei primi quattro mesi del 2002 hanno partecipato a SPES 50 pediatri campani in media ogni mese, che seguono circa 41.000 bambini tra 0 e 14 anni (cioè il 4% della popolazione regionale della stessa fascia di età). Tra gennaio e maggio il numero di casi di morbillo segnalati è andato progressivamente aumentando; in totale sono stati segnalati 981 casi, rispetto ai 18 segnalati nei due anni precedenti. In questi quattro mesi l'incidenza di morbillo stimata da SPES è stata quindi di 2.300 casi ogni 100.000 bambini fino a 14 anni di età. Applicando questa incidenza a tutta la popolazione pediatrica della Campania si ottiene una stima di circa 24.000 casi di morbillo.

L'incidenza maggiore è stata osservata nei bambini in età scolare, seguiti dai ragazzi più grandi, tra 10 e 14 anni. Si sono verificati casi anche nel primo anno di vita, anche se questa fascia di età è stata la meno colpita.

La distribuzione per provincia dell'incidenza è riportata in tabella, insieme alla copertura vaccinale per il morbillo per i nati del 1998, stimata nel 2000-2001 e rielaborata per provincia. Come si vede, l'incidenza per provincia corrisponde alle coperture vaccinali, infatti il morbillo ha colpito soprattutto le due provincie con coperture più basse (Caserta e Napoli), mentre le provincie con coperture più elevate (Benevento e Avellino) hanno osservato una minore frequenza di casi. Per quanto riguarda Avellino, va segnalato che partecipano a SPES solo due pediatri, quindi il risultato deve essere interpretato con cautela.

## *Complicanze e ricoveri*

L'analisi dei ricoveri è stata effettuata nei principali ospedali regionali che hanno reparti di malattie infettive (Ospedale Cotugno di Napoli, Ospedali di Caserta, Benevento, Avellino e Salerno), ed è aggiornata al 5 giugno 2002. Nei primi 5 mesi dell'anno, sono state ricoverate per morbillo 368 persone. Di queste, 63 hanno avuto complicanze polmonari, 13 un'encefalite e 3 sono decedute. I tre decessi si sono verificati tutti in bambini, rispettivamente di 6 mesi, 4 e 10 anni.

La maggioranza dei ricoveri (258/368) è stata effettuata al Cotugno; l'analisi dei dati di questo ospedale mostra che i ricoverati avevano un'età compresa tra 15 giorni e 68 anni, con il 17% dei ricoveri oltre i 14 anni di età.

## *Incidenza del morbillo nelle altre Regioni*

L'incidenza nelle altre regioni è stata nettamente inferiore a quanto osservato in Campania. Esclusa questa regione, l'incidenza del morbillo stimata da SPES tra gennaio ed aprile 2002 è stata in media di 77 casi/100.000.

## *Cosa abbiamo imparato*

Nel mese di maggio, la regione Campania ha raccomandato di: a) intensificare l'offerta attiva della vaccinazione antimorbillo agli esposti in ambito familiare e scolastico, b) effettuare la vaccinazione a partire dai 6 mesi di vita, rivaccinando dopo l'anno i bambini vaccinati tra 6 e 12 mesi; c) offrire la vaccinazione a tutti gli individui non vaccinati e con anamnesi negativa per morbillo. I dati preliminari di giugno indicano che l'incidenza del morbillo è in diminuzione, crediamo comunque che questa epidemia sia per tutti una importante lezione perché ci mostra chiaramente che:

1. Il morbillo è davvero grave: solo in Campania abbiamo avuto tra gennaio e maggio 3 decessi tra gennaio e maggio e 13 encefaliti. Due giorni fa, il 3 luglio, è morto a benevento un ragazzo di 28 anni e dati preliminari indicano che nelle altre regioni ci sono stati almeno altri 3 decessi. Nonostante i morti per morbillo possano sembrare pochi rispetto ad altre cause di morte, come i tumori o gli incidenti automobilistici, stiamo parlando di morti che colpiscono l'età pediatrica e sono estremamente facili da prevenire.
2. La vaccinazione antimorbillo è davvero efficace: In Campania, le province con coperture vaccinali più elevate hanno avuto un'incidenza nettamente inferiore a quella osservata nelle province a copertura vaccinale più scarsa. Nelle altre regioni, la diffusione del morbillo

lo ha seguito le coperture vaccinali, con il maggior numero di casi osservato nel centro-sud.

3. SPES è davvero efficiente: Il sistema sentinella più esaustivo e, almeno a livello nazionale, assai più tempestivo delle notifiche obbligatorie. Grazie a SPES in Campania è stata avviata un'indagine sui ricoveri e abbiamo ottenuto in tempi rapidi informazioni sulle complicitanze. Questo lavoro di raccolta di informazioni è fondamentale per far capire a tutti l'assoluta necessità di un impegno serio, a livello nazionale e regionale, per eliminare il morbillo.

L'epidemia di quest'anno è interamente attribuibile alla scarsa copertura vaccinale. Le ragioni di questa bassa copertura vaccinale sono varie. Si va infatti dalla convinzione di alcuni colleghi che il morbillo non sia una malattia grave e "vada fatta", alle difficoltà organizzative dei servizi, aggravate durante l'epidemia dalle difficoltà logistiche a migliorare l'offerta delle vaccinazioni in condizioni di emergenza. Contrariamente al lavoro clinico, che può anche essere affidato al singolo professionista, il successo delle strategie vaccinali è sempre un successo di squadra. Infatti è possibile raggiungere dei risultati solo se i pediatri e gli operatori dei servizi vaccinali condividono obiettivi e metodi dell'offerta delle vaccinazioni, e alle famiglie non arrivano messaggi contraddittori.

Da parte nostra, desideriamo ringraziarvi per il fondamentale contributo che state dando alla sanità pubblica. Stiamo pagando un prezzo molto alto, ma ci auguriamo che l'epidemia di quest'anno costituisca una spinta forte a garantire in tutte le regioni l'impegno sia politico che tecnico per raggiungere coperture vaccinali elevate.

Incidenza dei casi di morbillo e copertura vaccinale per provincia. Dati SPES regione Campania, gennaio-aprile 2002

<i>Provincia</i>	<i>Copertura 1998 vaccinale nati</i>	<i>N. pediatri SPES</i>	<i>N. bambini assistiti</i>	<i>N. casi segnalati</i>	<i>Incidenza per 100.000</i>
Caserta	61%	4	4.117	202	4.906
Napoli	63%	11	9.158	409	4.466
Salerno	67%	9	7.781	36	463
Avellino	70%	2	1.489	0	0
Benevento	84%	24	18.809	15	80
Totale	65%		41.354	662	1.601

# Novità in tema di vaccinazione anti epatite A

Ruggero Piazzolla

*Il 29 maggio 2002 si è tenuta a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) una consensus conference sull'uso del vaccino anti-epatite A in Italia.*

*Il documento di indirizzo presentato è da considerarsi un aggiornamento delle tematiche discusse nel maggio 1995 presso l'ISS. Esso discute l'epidemiologia, l'efficacia, la sicurezza del vaccino nonché il suo utilizzo nel controllo delle epidemie e la valutazione economica del suo impiego nella vaccinazione di massa e nella profilassi post-esposizione.*

*La produzione di tale documento rientra nel Programma Nazionale Linee Guida promosso dall'ISS con lo scopo di mettere in grado gli operatori sanitari di compiere scelte appropriate su presidi preventivi, terapie farmacologiche, procedure diagnostiche e cliniche.*

*Gli autori sono igienisti, epidemiologi, infettivologi, economisti, epatologi che, con un lavoro durato circa 18 mesi, hanno consultato le principali banche dati mediche per cercare le migliori prove (evidenze) e tradurle in raccomandazioni.*

*Durante tale periodo sono stati coinvolti rappresentanti delle società scientifiche rappresentative dei temi affrontati: per l'area pediatrica hanno partecipato il prof. Tancredi per la SIP e il sottoscritto per la FIMP. La finalità di detto coinvolgimento è stata quella di condividere le scelte metodologiche e, soprattutto, di divulgare il documento finale fra i propri iscritti.*

*Vediamo in sintesi il documento*

## Epidemiologia dell'infezione da HAV in Italia

L'incidenza è passata dai 10 casi per 100.000 nel 1985 a 3 casi per 100.000 nel 1999.

È stata osservata una riduzione dei soggetti naturalmente immuni con uno spostamento dell'età di massima incidenza della malattia dall'infanzia all'età giovane adulta. I fattori di rischio più frequenti in Italia sono il consumo di frutti di mare, i viaggi in aree ad alta endemia ed i contatti con soggetti itterici.

## Efficacia e sicurezza del vaccino

Nei trial esaminati l'efficacia del vaccino inattivato (con conferma di laboratorio) è risultata pari all'86%. Mai sono state segnalate reazioni avverse gravi.

## Valutazione economica

Sono state messe a confronto due strategie, vaccinazione di massa e vaccinazione dei contatti.

Sono stati costruiti due modelli economico-decisionali: il primo raccomanda la vaccinazione di massa solo in presenza di epidemie. Il secondo modello suggerisce di vaccinare senz'altro i contatti come provvedimento di routine.

### Intervento in caso di epidemie

Sono stati ipotizzati tre scenari: comunità chiusa, piccola comunità aperta e grande comunità aperta.

*Comunità chiusa* (gruppo di persone che condivide la stessa abitazione, luogo di lavoro, svago): es. scuola materna o asilo nido. Le evidenze in letteratura suggeriscono di vaccinare i familiari conviventi, i compagni di classe, insegnanti e personale direttamente a contatto dopo la segnalazione del primo caso.

*Piccola comunità aperta* (orientativamente comuni al di sotto di 5000 abitanti in cui si verificano più casi collegati di HAV in distinti gruppi familiari): si suggerisce la vaccinazione a coorti di età che sono maggiormente suscettibili, soprattutto a bambini e adolescenti. È stato osservato che questo intervento si dimostra efficace solo se si raggiungono coperture superiori all'80% della popolazione.

*Grandi comunità aperte* (del tipo di quella verificatasi in Puglia nel 1996-1997): l'offerta attiva della vaccinazione a coorti di suscettibili non è praticabile per la difficoltà di raggiungere coperture elevate in tempi brevi. La strategia alternativa praticabile è la vaccinazione di conviventi dei casi acuti combinata alle misure di controllo non immunitarie.

### Possibili gruppi a rischio

Dall'analisi dei 14 gruppi più esposti il documento suggerisce di vaccinare i viaggiatori (solo se si recano in paesi ad alta endemia), idem i militari, gli addetti allo smaltimento rifiuti, gli emofilici, i soggetti istituzionalizzati (a seconda dei contesti), i tossicodipendenti, i detenuti, gli epatopatici cronici.

Non è raccomandata negli alimentaristi, nei politrasfusi, nel personale di asili nido, negli omosessuali, nei soggetti HIV positivi.

### Profilassi postesposizione

Immunoglobuline versus vaccino. Considerata la breve durata della protezione, la variabilità e la tendenza alla diminuzione del titolo anticorpale nelle immunoglobuline, l'intervento con vaccino entro 8 giorni dall'esposizione è da considerare preferibile all'impiego delle gammaglobuline.

*Si ribadisce che tutti i suggerimenti offerti dal documento prodotto dal team di esperti sono il frutto di una revisione sistematica della letteratura sull'argomento utilizzando soprattutto Medline ed Embase, scartando i lavori di scarsa qualità e quelli non univoci in modo da ottenere evidenze.*

*Tutto il documento, compresa la corposa bibliografia, è consultabile nel sito internet <http://www.pnlg.it>.*

*In esso è consultabile anche la versione semplificata per il pubblico.*

*Carissimi Colleghi,  
come avrete notato, tutti voi che ricevete e leggete regolarmente la rivista "il medico pediatra", vi è stato un allargamento del board redazionale. Si è passati dai 19 curatori (e relative rubriche) agli attuali 26 (più una rubrica di problematiche fiscali e giuridiche con consulenti esterni). In totale 25 rubriche. Devo dire che la collega Danila Mariani, curatrice della rubrica sulle vaccinazioni, mi ha preceduto nell'idea di fare una presentazione del curatore di una rubrica (vedi Il Medico Pediatra vol. 11 n.°3 giugno 2002). Quindi vi risparmio la mia e passo subito a due argomenti che negli ultimi mesi hanno caratterizzato la discussione su Pediatria on line.*

Michele Fiore

## Consenso o "dissenso" informato-firmato?

Il tutto nasce da una lettera apparsa sul FORUM di Pediatria On Line, ma inviata al sito collegato MAMMAePAPA.it dal titolo "Liberatoria per avvenuto counselling?" In sostanza al genitore che aveva chiesto lumi al sito dedicato alle famiglie, una collega ha chiesto di firmare una dichiarazione di "avvenuto consiglio" riguardo la vaccinazione anti-morbillo. La lettera del genitore è molto "colorita", ma mette a fuoco un problema sicuramente non banale anche dal punto di vista medico-legale. Qui di seguito vi riporto la lettera del genitore ed un sunto dei commenti apparsi sul Forum di POL. Gli autori dei commenti, nel pieno rispetto della privacy, sono citati solo come pediatri o dottori. tranne l'ultimo commentatore.

### Genitore

*Cari amici*

*sono un papà che oggi si è trovato ad affrontare un problema con la pediatra delle mie figlie e volevo da voi delle spiegazioni. Non ho fatto vaccinare le bambine contro il morbillo e la vostra collega ha preteso che firmassi una dichiarazione sulla quale si specificava la mia decisione e la sua posizione di assenza di responsabilità di un'eventuale encefalite. Fatti i dovuti scongiuri, "di nascosto", ho fatto capire che, non essendo obbligatoria e non essendoci un'epidemia in atto nella mia zona, non ero tenuto a firmare niente ma lei ha insistito tanto che si rifiutava di lasciare l'abitazione, quasi in preda ad una crisi isterica, dove aveva appena visitato l'ultimogenita affetta da una banale tonsillite. Non vi nascondo che per mandarla via ho dovuto firmare. Le domande che vi pongo sono le seguenti. È stato corretto il suo comportamento? E per quale motivo la mia decisione non è stata rispettata? Quella dichiarazione ha una validità legale? Certo di una vostra pronta risposta, forse quella di cambiare pediatra, saluto cordialmente.*

*[lettera firmata] un papà incompreso.*

### Pediatra Francesco

Mi sono posto anche io lo stesso problema. Visto che poi, i "non vaccinatori", per la loro manifesta sfiducia verso ciò che il SSN propone come utile e sicuro, sarebbero i primi a suscitare grane per qualsiasi banale complicanza di un eventuale morbillo, credo che sia corretto e auspicabile far firmare una dichiarazione di dissenso informato a coloro che, ricevute le corrette ed obiettive informazioni, si rifiutino ancora di vaccinare i propri figli.

... OMISSIS

### Dottor Luigi

Personalmente detesto il "terrorismo sanitario" o medico-legale che dir si voglia, specie se condito da isterismo, il quale spesso è velato e presentato anche sotto le mentite spoglie del "consenso informato... firmato". Nella nostra Regione si è deciso di far firmare il "dissenso informato", ma con serenità e come testimonianza di un avvenuto atto medico, sia pur limitato alla sola informazione che, comunque, di per se è un momento importantissimo della nostra azione professionale... OMISSIS. Dunque, sotto un puro profilo "burocratico", ho il dovere-diritto di conoscere un avvenuto counselling, al pari di come è avvenuto un atto medico, quale la vaccinazione, attraverso la trasmissione del dato; ma mi dispiacerebbe non poco sapere se qualcuno dei miei Colleghi utilizzasse questi strumenti per compiere del "terrorismo sanitario" al solo fine di "convincere" nella più totale assenza di rispetto per le diverse opinioni!

### Pediatra Clara

Da tempo ho preparato un modulo di "dissenso informato" con l'intenzione di farlo firmare ai genitori che decidono di non vaccinare con MPR. In alcuni casi mi è sembrato che facendo firmare un modulo di questo tipo li avrei costretti a una scelta irrevocabile. D'altra parte il modulo avrebbe il solo scopo di tutelare me. È vero che una firma vale molto di più delle parole, ma credo che tutti gli altri miei pazienti potrebbero testimoniare, in caso di necessità, l'estrema importanza che io attribuisco alla prevenzione vaccinale e in particolare potrebbero riferire l'insistenza (al limite della pedanteria) con cui controllo l'anamnesi vaccinale. Insomma non so bene che posizione prendere, anche se non vedo perché il genitore in questione si indigni così tanto alla richiesta di sottoscrivere una decisione presa liberamente.

### Pediatra Alfredo

Più che un Papà incompreso, direi che la Collega è stata incompresa dal papà del suo assistito. Da un punto di visto meramente legale, non esiste al momento alcuna legge o ordinamento che imponga al Medico di imporre, a sua volta, un documento da far firmare per forza. Chi fra i Colleghi rammenta l'episodio accaduto ad un Collega che è stato condannato dal Tribunale per non aver informato una coppia di genitori( tra l'altro amici del Pediatra) dell'esistenza della vaccinazione anti-morbillo, dopo denuncia di questi a seguito di morte sopravvenuta ad encefalite post-morbillosa del proprio figliolo?

È da criticare l'operato della Collega? È criticabile solo l'insistenza, non certo l'intenzione di avvalorare il suo operato di corretta informazione. Già in alcuni Congressi si parla di "Dissenso informato", in questo caso "scritto". Il

consenso informato scritto già esiste per tante realtà ... OMISSIS

### Pediatra Rodolfo

La collega ha fatto benissimo!! È quello che io chiamo ed auspico DISSENZO FIRMATO da parte del genitore riguardo ad un consiglio medico (vaccinazione, ricovero per accertamenti, etc.). Non credo che serva a niente dal punto di vista legale, ma moralmente potrebbe servire.... OMISSIS

### Pediatra Enrico

Circa la questione del consenso o dissenso informato, sono in gran parte d'accordo con il Collega Alfredo. Ritengo che la presenza di un documento sottoscritto dal genitore, nel quale il pediatra abbia con chiarezza precisione ed obiettività riportato l'informazione che ha compiuto, sull'efficacia della prevenzione vaccinale, avrebbe sicuramente in caso di contenzioso legale, un valore molto alto. Sicuramente più alto che non la semplice annotazione sul diario clinico, cartaceo o digitale che esso sia. In merito però, mi viene in mente una riflessione di altro genere, viviamo davvero tempi difficili nella nostra professione!! ... OMISSIS. Mi rendo conto, che il timore, la delegittimazione (per usare una parola in voga) e le critiche delle quali siamo spesso ingiustamente vittime, ci inducono a compiere nella nostra pratica clinica, magari inconsciamente, atti volti solo a crearci una scappatoia medico legale in caso di contenzioso, peraltro sempre più frequente. Questo mi fa riflettere e mi costringe ad un esame di coscienza quotidiano, perché talvolta, questi atti potrebbero non coincidere perfettamente con l'interesse del piccolo paziente, ma potrebbero diventare funzionali solo al "quieto vivere". Credo che questo sia un argomento complesso e delicato, e mi accorgo di essere anche andato fuori tema.

### Pediatra Abele

Credo che da un punto di vista etico e medico legale, oltre alle raccomandazioni verbali, una nutrita presenza, alle pareti del proprio ambulatorio, di posters che invitano a praticare la vaccinazione anti-M.P.R. e che segnalano i rischi legati a tali malattie, sia sufficiente ad esimerci da eventuali responsabilità etiche e medico legali.

### Pediatra Marco

Io penso che la collega, forse, sia stata un tantino esagerata ma che nel suo credo medico abbia voluto cautelarsi per il suo futuro. Troppe volte veniamo accusati, noi PdB, e anche denunciati perché ormai c'è la moda della caccia al medico e non ti fanno passare nulla. Chi ci dice che in caso di complicanza grave di un Morbillo quel genitore non si sarebbe rivalso sulla pediatra?... OMISSIS

### Dottor Pietro

È sempre la solita storia. Credo che non si debba incitare al terrorismo psicologico (né a favore né contro le vaccinazioni), né parlare di "liberatorie" (esistono?), né di assunzione di responsabilità in caso di complicanze da malattia (per chi dissente dalle vaccinazioni) o di complicanze da vaccino (per chi acconsente). Spetta al cittadino (o ai suoi genitori, se minore) decidere. Quindi, il medico ha - semplicemente - il dovere di illustrare i pro e i contro delle vaccinazioni e le caratteristiche della malattia, comprese le eventuali complicanze. Dopo di che, il genitore decide se accettare o rifiutare la proposta terapeutica/preventiva del medico. E di tutto ciò, ne resto convinto, è bene avere documentazione scritta, non solo ai fini medico legali ma anche per sottolineare l'importanza dell'informazione e la corretta ripartizione di responsabilità fra il medico e il cittadino.

Assunzione di responsabilità delle scelte, quindi, e non mera liberatoria rispetto a "ciò che potrebbe capitare se...".

### Pediatra Giorgio

Mentre sul consenso informato non sono d'accordo per la richiesta dell'apposizione della firma da parte dei genitori, per il dissenso informato mi sembra che questa sia assolutamente doverosa. E mi sembra strano che un genitore dissenziente sia di parer contrario e metta alla berlina la dottoressa alla quale ha affidato la cura del suo bambino. Una volta di più la realtà è più fantasiosa della più fervida fantasia.

### Pediatra Pier Luigi Tucci

Nell'opuscolo sulle vaccinazioni edito dalla Regione Toscana e inviato a tutti i pediatri di famiglia e consultoriali della Regione, che sono le linee guida di indirizzo e di riferimento per tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo che porta alla vaccinazione, si parla esplicitamente che più che il consenso debba essere fatto sottoscrivere un dissenso all'atto vaccinale.

F.to Pier Luigi Tucci.

Cosa dire di tutta questa questione? Non ho trovato riferimenti di legge (ma forse non ho saputo cercare). Certo è che la questione è reale, sussiste ed è probabile che nel futuro ci troveremo sempre più spesso ad affrontarla. Mi sembra che ci sia una notevole univocità di vedute fra gli estensori delle lettere (caso raro fra noi medici), fra cui anche due colleghi dei servizi vaccinali di due regioni diverse. Il problema maggiore, a mio avviso, è quello sollevato dal Pediatra Enrico. Oggi, quanti dei nostri atti medici vengono svolti solo per evitare un problema medico-legale?

## Pediatri di campagna e di montagna

Gian Piero Cassano

I pediatri di campagna e di montagna, uso questa definizione in tono amichevole, spesso si lamentano che la loro convenzione è diversa da quella dei pediatri di città. Ed hanno ragione. Allo stato attuale delle cose, basta sfogliare i vari accordi regionali, il pediatra di città è il pediatra che più ha ottenuto in termini economici e di organizzazione del lavoro lavorando meglio e meno ed essendo pagato, e utilizza a pieno le prestazioni incentivanti, più del doppio dell'incentivo economico dato a chi fa pediatria in zone disagiate.

In tutti gli ambiti dove il rapporto ottimale permette l'insediamento di un solo pediatra, od in ambiti di scelta comprendente più comuni o frazioni distanti tra loro, le forme associative (gruppo ed associazione) e con esse le altre prestazioni incentivanti (informatizzazione, collaboratore di studio, rete) rimangono spesso mere teorie assistenziali.

Le sostituzioni diventano un problema sia nel reperire colleghi sia per garantire ad essi una adeguata retribuzione (se il compenso dato per intero al titolare in alcuni casi non è adeguato non vedo perchè lo possano essere compensi dimezzati e riferiti alla sola voce della quota fissa). Così il sistema non è equo e rende le zone periferiche non ambite e punto di partenza e non di arrivo per il pediatra convenzionato, lasciando non risolto il problema di una capillarizzazione della pediatria di famiglia.

Dobbiamo nella prossima convenzione necessariamente cercare un nuovo equilibrio retributivo, che premi chi si dà da fare sia esso pediatra di città che di campagna e comunque tale da garantire, a parità di standards assistenziali, compensi omogenei a chi fa sul serio e non per hobby il pediatra di libera scelta.

Il discorso aperto dalla FIMP Nazionale con la medicina generale sulle équipes territoriali e sulle cooperative può portare a nuove soluzioni assistenziali e di organizzazione del lavoro del pediatra. L'importante è arrivare in tempo e con idee chiare ai nuovi imminenti appuntamenti contrattuali.

## SSN & SSR, verso una sanità disomogenea?

Michele Fiore

L'argomento di cui parliamo è un "punto caldo" non solo professionale ma anche di vita comune e quotidiana. Lo spunto viene dato dal cosiddetto "delisting" cioè dal passaggio di farmaci da una classe "gratuita" ad una classe a pagamento per l'utenza. Dicevo che l'argomento sconfinava dallo stretto interesse medico. Oggi le Regioni con la loro (ormai famosa) autonomia devono fare i conti nelle proprie tasche – quindi in quella dei propri contribuenti – per affrontare il pianeta sanità. Ogni regione, partendo comunque dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) imposti dallo Stato Centrale, si regola per conto suo per pianificare la spesa sanitaria.

È stato proprio la differenza di comportamento, fra una regione ed un'altra, sulla rimborsabilità dei farmaci (ma non solo) a far nascere un Comitato(\*) Nazionale di Sostegno e Rilancio del Sistema Sanitario Nazionale, a cui ha aderito fra gli altri anche la nostra FIMP, che ha anche organizzato una raccolta di firme negli ambulatori medici e pediatrici.

Ricordo a tutti i lettori, prima di passare in rassegna le lettere, che la Costituzione Italiana individua la tutela della salute tra i *diritti fondamentali* di un cittadino. Per garantire tale diritto esiste un servizio sanitario basato su due importantissimi principi: la solidarietà e l'equità. Una diversità di cure o di prestazioni fra regione e regione disattende il principio di equità.

La discussione è nata da questa prima lettera di un collega lombardo dal titolo Antiistaminici e SSN

### Pediatra M. G.

Prima alcuni (loratadina, ...) e un mese dopo tutti gli altri (cetirizina, oxatomide,...), gli antiistaminici in Lombardia non sono più in fascia A ma in fascia C e cioè a totale carico del paziente. Volevo sapere dai colleghi se ciò è avvenuto solo in Lombardia e pertanto dobbiamo ringraziare la riforma sanitaria lombarda o anche in altre Regioni. Mi stupisce che ormai tutto ciò passi nel silenzio generale e che ormai i tagli nella sanità non facciano più notizia.

### Pediatra F. B.

In Toscana finora sono tutti in fascia A, almeno spero!

### Pediatra M.V.

Il passaggio degli antistaminici in fascia C è legato alle scelte di autonomia sanitaria delle regioni (alcune tagliano i prontoai, altre hanno reintrodotti i ticket )

### Pediatra P.L.

Qui in Veneto gli antistaminici sono ancora (per ora) in fascia A; in compenso si paga un euro a ricetta indipendentemente dai pezzi prescritti. Vorrei sapere quale è la situazione nelle altre regioni d'Italia, specialmente in meridione. Grazie

(Ndr: Devo dire che questa lettera mi ha fatto sorridere un po', perché non ho capito il riferimento al meridione. Forse il collega pensa che il ticket sui farmaci sia una questione nord-sud e non una scelta politica di economia sanitaria della Regione di appartenenza!)

### Pediatra G.M.

Caro Collega, in Basilicata i farmaci cui tu facevi riferimento sono a TOTALE CARICO del SS Regionale. Questo può voler dire che quando si vuole, con una politica sanitaria assennata, si può fare molto per non far pesare sui cittadini i costi di una sanità che tuttavia rimane iniqua. Con la "regionalizzazione" del SSN queste differenze si sono accentuate quindi, c'è da sperare, che non solo tra i colleghi ma anche e soprattutto tra chi ci governa ci sia una rivalutazione di tutto ciò, altrimenti ci sarà una divaricazione più profonda tra cittadini di serie A e di serie B.

### Pediatra F.N.

cari colleghi, fortunatamente in Campania non si paga ancora né la ricetta né il ticket sui farmaci. Ma credo che la cosa non duri molto. Quello che mi preoccupa veramente è la "regionalizzazione" di aspetti sanitari fondamentali e universalmente riconosciuti. Secondo me un farmaco che è utile (dimostrato con EBM) deve essere prescrivibile, altrimenti è sovrapponibile al placebo o a farmaci già in uso e quindi non dovrebbe essere ammesso nel prontoai, senza fasce e sottofasce. Ancora più preoccupante in questo contesto è la nostra professione: teniamoci uniti e chiediamo con forza un uguale trattamento professionale in tutto lo stato.

### MMG C.D.

Caro collega, qui nel Veneto oltre all'euro che si paga per ricetta, questi come altri farmaci sono stati classificati in fascia B2 cioè con il pagamento ulteriore di 3 euro per confezione. Uno dei punti per il quale è partita l'iniziativa Solidarietà e Salute del "Comitato Nazionale di Sostegno e Rilancio del servizio Sanitario Nazionale" è appunto un'assistenza farmaceutica garantita tramite le farmacie con regole valide in tutt'Italia. Questo affinché, insieme ad altri punti, sia garantito il diritto costituzionale ad avere tutti le stesse opportunità in ogni parte d'Italia evitando di creare cittadini diversi di fronte alla salute. Mi fa piacere che vari Colleghi, si stiano rendendo consapevoli della direzione in cui sta andando la Sanità, non più basata sulla solidarietà bensì su un liberismo esasperato che va a discapito ovviamente della popolazione più debole. Auspico anch'io che non si arrivi come sempre ad assuefazione su questi temi, forse per stanchezza e mancanza di voglia di reazione. La medicina del territorio, i MdF ed i PdF in questo senso devono mostrare collaborazione e fare sentire la propria voce

### Pediatra Ospedaliero D. P.

Prendo spunto dalla lettera del collega M.G., il cui spirito condivido pienamente, per sottolineare come il modello sanitario lombardo che sembra il ministro Sirchia voglia proporre a livello nazionale, abbia causato un buco ufficiale di 500 miliardi di lire (ma fonti ufficiose parlano di un buco molto ma molto più grande) e dal 1° gennaio 2002 un AUMENTO dell'IRPEF.

### Pediatra M.Z.

Sono d'accordo sulla omogenizzazione della Salute sul territorio nazionale, ma non vorrei che questo diventasse solo un pretesto per fini non sanitari. Non dobbiamo dimenticare che l'evoluzione dello Stato (l'attuale assetto non è stato promulgato in questa legislatura) e scelte demagogiche (abolizione dei ticket, sempre in precedente legislatura) permettono ma soprattutto obbligano le varie Amministrazioni Regionali a prendere delle misure che non sono "inventate" ma si basano su documenti e indicazioni (CUF, con le fasce A, B1 e B2) con lo scopo preciso di dare una sterzata a un andazzo che per anni tutti dichiaravano tragico ma non facevano nulla per cambiarlo. Discutiamo come migliorare le cose, lasciando da parte ideologie e partiti presi. Spero di non aver offeso alcuno con queste parole.

### La voce dell'universitario P. S.

Scusate se intervengo con spaventoso ritardo, ma del re-

sto il tema dei tagli in sanità (e peggio ancora della natura stessa dell'assistenza sanitaria) mi pare oggi purtroppo ancora più attuale.

Temo che non si tratti solo della riforma lombarda (che ha le sue colpe). Si tratta anche di un sistema un po' folle in generale, in cui al paziente toscano (che paga le tasse in Toscana e la cui regione "passa" l'antistaminico, in Lombardia non lo può ottenere, mentre il lombardo, se viene in Toscana, lo otterrà gratuitamente (e la Regione Lombardia, cui alla fine arriva il conto per quel paziente, lo dovrà rimborsare ... immagino). Il problema qui è anche della mancata scissione fra assicuratore (che incassa i premi o le tasse e paga i servizi necessari) e erogatore dei servizi (che eroga il servizio e viene pagato per questo). Da noi questa distinzione non c'è (le Regioni sono sia l'assicuratore - unico e obbligatorio - sia gestori dei servizi). Questo crea da una parte un enorme conflitto di interessi all'interno della Regione e dall'altra, con l'autonomia regionale, questo tipo di pasticci. Un secondo aspetto riguarda il fatto che i tagli sono sempre e comunque sulla spesa farmaceutica, che è solo il 12% della spesa totale. Le notizie più recenti, invece, che sembrano indicare la via verso un SSN di serie B per i poveracci e una assicurazione privata per chi se la può permettere, quelle sì mi sembrano una delle macchie più nere di questo ministro.

### Dr. F. G.

Caro P.S., vorrei riferirmi alle tue ultime tre righe e mezzo della tua mail riguardante "antistaminici e SSN". Tu dici le notizie più recenti sembrano indicare la via verso un SSN di serie B per i poveracci e un'assicurazione privata per chi se la può permettere". Se non sbaglio la proposta del ministro riguarda la possibilità - peraltro limitatamente a determinate circostanze credo - di accedere ad una assicurazione privata rinunciando al SSN. Intanto non sappiamo ancora quali potranno essere le modalità di accesso all'eventuale contratto assicurativo e quale tipo di assistenza - e a quale costo - verrà proposta. Di eliminare il SSN non se ne parla proprio. Almeno per ora. Il contratto assicurativo privato dovrebbe essere qualcosa che si aggiunge all'attuale SSN e che tu, per deduzione logica dal tuo ragionamento, consideri di serie B. Ci sono tante critiche da fare al nostro SSN, è vero. Però ci sono in esso anche tante cose positive. Non ti sembra di essere un tantino ingiusto nei confronti di alcune regioni che, tuttavia, erogano una buona assistenza sanitaria, anche sotto il profilo organizzativo? Non leggere questa mia come una polemica ma solo come una riflessione sul tuo scritto che condivido in tanti altri punti.

**P. S.**

È proprio questo il problema, il SSN così come è fatto adesso, finanziato interamente dall'erario è per forza di cose destinato a soffrire di cronica carenza di risorse, perché l'erario è tuttora caricato di un deficit gigantesco. E infatti siamo uno dei paesi europei che spende meno per la sanità, e si vede. La cosa non può che peggiorare se i cittadini benestanti se ne vanno in una assicurazione diversa: l'assicurazione dei "ricchi" avrà tutte le risorse necessarie, mentre il SSN ne avrà ancora meno, perché chi paga conti salati ad una assicurazione privata non vorrà contribuire più di tanto per "quella dei poveracci". In pratica il SSN non può coesistere con le assicurazioni private: o l'uno o le altre. L'esempio più lampante è quello, anche troppo citato, degli USA. Gran parte dell'Europa ha risolto in modo molto più equo il problema, affidandosi alla assicurazione obbligatoria. In questo modo tutti sono assicurati ma lo stato non fa l'assicuratore (che non è il suo mestiere): ognuno si affida alla assicurazione che preferisce (che può essere privata, di categoria, no profit ecc) ma che deve fornire prestazioni uguali per tutti regolate dallo stato (che quindi torna a fare il suo mestiere). Se qualcuno non può permettersi l'assicurazione, gliela paga la comunità, fra quelle disponibili. In questo modo il povero ha esattamente la stessa assicurazione e del benestante. Un sistema sanitario con più risorse, come quelli basati sulla assicurazione obbligatoria, non mi dispiacerebbe affatto anche dal punto di vista professionale. I miei colleghi olandesi, tedeschi, svizzeri ecc sono pagati meglio di me e lavorano meglio. E i loro pazienti ricevono una assistenza più equa: non dimenticare che da noi il 40% delle spese sanitarie viene pagato di tasca dai cittadini, da loro meno del 20%. Inoltre il loro sistema è anche più "pubblico": oltre l'80% delle prestazioni sanitarie in quei paesi è erogato da strutture pubbliche (ospedali locali ecc), mentre da noi solo il 60%. In pratica dove c'è l'assicurazione obbligatoria si hanno fondi privati che finanziano strutture pubbliche, mentre nel nostro SSN si ha l'opposto: fondi pubblici che sovvenzionano strutture private. Questo è particolarmente macroscopico nel Sud e in Lombardia, e rischia di estendersi.

Non era mia intenzione accendere una polemica regionalista. Come cittadino italiano la Costituzione mi garantisce lo stesso livello di assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, ed io lo aggiungo che vorrei avere gli stessi diritti anche a livello Europeo. In un percorso che porti alla cittadinanza europea, un sistema che preveda addirittura differenze di trattamento da regione a regione, all'interno dello stesso stato nazionale è un controsenso. Mi ricorda l'antico "quibus regio eius religio", per cui i cittadi-

ni di una regione europea si dovevano adattare alla religione del loro re. Così noi ci dovremmo adattare al modello di sistema sanitario che più si confà agli interessi della maggioranza politica di turno in regione. Roba da matti. Spero solo di essermi spiegato meglio.

**Pediatra R. M.**

ritengo che la pediatria di base avrebbe dovuto essere una categoria politicamente protetta nel senso che noi abbiamo (ancora per poco) il contatto capillare con l'utenza. ma per un malinteso senso di professionalità ci stiamo rinchiudendo in uno snobistico isolamento risultato:

- 1) la classe governativa prende provvedimenti per motivare l'opinione pubblica ad un malcontento e di fatto picconare le fondamenta del SSN
- 2) Il sindacato FIMP (per quello che mi riguarda) fa passare tutto in sordina, magari, per ottenere piccoli e stupidi vantaggi dei singoli vertici sindacali; e potrei portare molti esempi constatati personalmente, ma lascio ad ogni singolo di arricchire il quadro con le proprie esperienze.
- 3) Noi cosa facciamo? Proposta:

Chiediamo che la struttura assicurativa privata sia gestita da una nostra società di capitali lo stato vuole privatizzare? bene noi siamo qui! Ma esigiamo dai sindacati la trasparenza di chi c'è dietro a questo progetto di privatizzazione. Se loro non sono in grado di essere validi interlocutori organizziamoci costituiamo un nostro gruppo di ascolto.

Personalmente sono contraria ad ogni tipo di privatizzazione in ambito sanitario, la salute dei cittadini non può essere una merce di lucro, ma qui si potrebbe parlare all'infinito. Ritengo comunque che se non c'è altro mezzo non è giusto che dei professionisti che hanno dedicato i loro sforzi e le loro capacità debbano essere messi in secondo piano solo perché è stato fiutato un buon affare. Dobbiamo unirici per ottenere di restare i garanti delle nostre prestazioni professionali perché se curiamo un bambino dobbiamo poterlo fare secondo una visione medica e non di mercato. Ma se mercato ci deve essere, non possiamo e non dobbiamo essere trattati da materiale immobile dell'azienda, perché la parte che andremmo a recitare in questa farsa è appunto quella dell'attrezzatura demodè del SSN.

**P.S.** temo che il malcontento dei cittadini sia precedente ai provvedimenti governativi. E che in gran parte sia motivato proprio da quella scarsità di risorse con cui ognuno di noi si scontra ogni giorno e che è una conseguenza della struttura attuale del SSN. Purtroppo non solo i

sindacati (FIMP o altri) ma mi pare che tutta l'informazione abbia messo la sordina:-)

Non so se una struttura assicurativa privata gestita da una società di capitali risolverebbe la questione: in presenza di un SSN, qualsiasi assicurazione privata, per quanto motivata eticamente, sarebbe comunque costretta a scaricare sul SSN il lavoro "sporco" e meno remunerativo e concentrarsi su quello più lucroso. In presenza di un sistema di assicurazione obbligatoria, allora si che le assicurazioni cooperative avrebbero un ruolo essenziale di contrasto alla speculazione.

### GP. C.

Che si debba arrivare ad un federalismo equo, basato su LEA livelli essenziali di assistenza uguali in tutte le regioni e che il SSN debba rimanere a garanzia di tutti i cittadini, lo crede persino il Ministro Sirchia che si è subito precipitato a firmare il documento del Comitato Nazionale di Sostegno e Rilancio del servizio Sanitario Nazionale. Questo la dice lunga a quanto poco serve in politica ed anche nel sindacato raccogliere firme o formare comitati. Un Sindacato ha per definizione una sola arma, l'azione di massa di protesta capace di immobilizzare servizi o di negare prestazioni creando forti disagi ai cittadini e con questi a chi ci governa. Ed allora, prima di proseguire sul solito tono del "ma che fanno i sindacati?", conviene sapere e conoscere cosa farebbero i singoli medici di fronte ad una azione forte, sciopero, chiusura degli ambulatori, ricetta in bianco, sciopero burocratico. Amaro e terrificante a dirsi ma l'esperienza insegna che proprio i medici di base, pediatri compresi, sarebbero i primi a fare distinguo, a tirarsi indietro, a far finta di ... insomma continuerebbero il proprio servizio e lavoro nel nome di quel giuramento di Ippocrate che sicuramente non aveva a suo tempo tenuto conto dei rapporti con il SSN ed i vari SS regionali. Altrimenti non si spiega perché in molte Regioni ancora non si sono firmati gli accordi integrativi regionali che, ricordo, portano soldi al pediatra e nuova assistenza al bambino. Così si spiega la voglia di chi non riesce a firmare, di normare tutto in un accordo nazionale forte e vincolante per ogni regione. Quindi, purtroppo, questo elementare e condivisibile principio di non fare italiani di serie A e di serie B che traspare da chi è intervenuto nell'interessante dibattito, è oggi già ampiamente violato in nome non solo del federalismo degli antistaminici in fascia C, ma anche, ed io direi soprattutto, della nostra incapacità di dare risposte sindacali appropriate ai nostri problemi contrattuali nelle regioni che vogliono accordi capestro per il pediatra od in quelle che per nulla si preoccupano di fare una seria trattativa. Fino a quando il compromesso ed in alcuni ca-

si l'astuzia, in molti la pazienza, saranno alternativi alla propria forza che si basa sulla consapevolezza di avere iscritti pronti ad azioni sindacali autentiche, un sindacato non potrà che riempire un cinema di Roma, fare comunicati stampa o fare firmare inutili documenti ai cittadini di destra, di sinistra, di centro, etc. Per poter interagire con le cose non si può pensare di usare la forza quando non è possibile più alcuna battaglia perché il nemico ha già vinto e non si può più chiedere di cambiare quello che non esiste più. E poi non è detto che perdere in certi casi sia una sconfitta. Ma questa è una altra storia.

*Il curatore di una rubrica NON dovrebbe intervenire direttamente nel dibattito, ma questa volta vorrei direi anch'io la mia. È mia impressione, almeno a leggere le intenzioni di questo governo, che ci sia il "pericolo" di andare verso una Sanità di serie A ed una di serie B. Il problema, almeno secondo me, invece, viene da più lontano. La politica regionalista non è una invenzione di questo governo ma le basi sono state introdotte dai passati governi. A mio avviso, la politica regionalista è stata resa "ossessiva" dal governo attualmente in carica e sicuramente non ha giovato al benessere del SSN come lo intendevamo una volta. Non credo invece che esista un problema di sindacato (FIMP o altri) e trattative regionali. Al contrario di quanto sostiene GP.C., la "regionalizzazione spinta" ci porterà verso contratti diversi a seconda del colore politico della regione interessata e questo accadrà a prescindere dalla bravura dei sindacalisti di questa o quella regione. Questo è il nocciolo fondamentale per la nostra categoria di pediatri "convenzionati". Ma di fronte al problema di un possibile smantellamento del servizio Sanitario Nazionale, questa preoccupazione è ben poca cosa!*

(\*) Hanno aderito al Comitato: Anaa Assomed, Civemp, Codici-Conf Onlus, Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, FNOMCeO, Federfarma, FIMMG, FIMP, Snabi, Sumai.

# L'adolescente con malattia cronica: il ruolo dell'ospedale

V. De Sanctis, P. Farina, F. Mazzini

Diverse definizioni sono state utilizzate per definire la malattia cronica nell'età evolutiva. In particolare, vengono considerate croniche le patologie permanenti che comportano una invalidità completa o parziale e richiedono, per tutta la vita, un trattamento medico e/o riabilitativo<sup>1</sup>.

Un'altra definizione prende soprattutto in considerazione un criterio temporale e considera cronica "una condizione di malattia che interferisce con la quotidianità di vita del ragazzo/a per più di 3 mesi l'anno", coscienti che la durata di una patologia nulla ci dice della sua gravità, del livello di alterazioni funzionali, dell'impegno fisico e psichico del ragazzo/a, nonché delle problematiche che incontrerà la Sua famiglia<sup>2</sup>.

Negli Stati Uniti, almeno un milione di bambini ed adolescenti è affetto da una grave malattia cronica, ed oltre dieci milioni sono affetti da malattie croniche meno gravi<sup>3</sup>.

In Italia, i dati dell'ISTAT del 1994, indicano che una malattia cronica è presente in circa il 6.5% della popolazione pediatrica (0-18 anni) con un progressivo incremento dei soggetti con patologia cronica in relazione all'età. Si deve anche considerare che oltre l'1% dei pazienti in età adolescenziale risulta affetto da più di una patologia cronica, mentre questo evento è del tutto eccezionale prima dei 5 anni di vita<sup>4</sup> (Tab. 1).

## *I fabbisogni degli adolescenti con patologia cronica e la comunicazione*

I pazienti affetti da malattia cronica sono spesso i primi adolescenti che frequentano regolarmente un reparto pediatrico. Ciò accade perché anche durante gli anni dell'infanzia si sono stabiliti tra curanti e pazienti dei legami che nessuna delle due parti desidera o ha interesse a recidere. Gli adolescenti con malattie croniche hanno bisogni particolari diversi dai pazienti in età preadolescenziale.

I principali sono:

- a) *la necessità di comunicare direttamente invece che attraverso i genitori con il personale di assistenza.* Oggetto della comunicazione saranno non soltanto le informazioni riguardanti la diagnosi e i programmi di terapia, ma anche la discussione dei progetti per l'avvenire, delle problematiche relative all'attività lavorativa e alla vita di coppia. Nell'età adolescenziale la comunicazione assume, quindi, un particolare valore ed ha un'importanza che può essere determinante ai fini del controllo della malattia in quanto solo essa permette di avere ragione, nel tempo, degli atteggiamenti di rifiuto che primo o dopo compaiono durante l'adolescenza. L'adolescente richiede ai curanti una disponibilità molto maggiore di quella chiesta dai pazienti in età preadolescenziale. La comunicazione risulterà particolarmente importante nei casi in cui venga diagnosticato un tumore.

Tab. 1 - Malattie croniche per classe di età<sup>4</sup>

NUMERO MALATTIE CRONICHE (%)				
ETÀ	1	2	3	>3
0 - 5 anni	5	0.5	-	-
6 - 14 anni	6	1.1	0.2	-
15 - 24 anni	8.2	1.3	0.2	-

Divisione di Pediatria ed Adolescentologia  
 Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara  
 Arcispedale S. Anna

In questi casi l'International Society of Paediatric Oncology raccomanda di:

- stabilire un protocollo di comunicazione
- comunicare immediatamente alla diagnosi e di proseguire l'intervento nel tempo
- parlare separatamente con l'adolescente
- sollecitare le domande dei genitori e del ragazzo/a
- comunicare considerando le differenze culturali
- fornire informazioni sulla diagnosi ed il piano di cure
- fornire informazioni sullo stile di vita e su argomenti psicosociali
- incoraggiare tutta la famiglia a discutere e parlare della malattia.

La filosofia dell'approccio all'adolescente e ai suoi problemi deve essere uguale da parte di tutto il personale di assistenza perché l'adolescente sarebbe molto disturbato dal ricevere messaggi non coerenti. Il ruolo dell'infermiere/a nell'approccio all'adolescente con patologia cronica viene riassunto nella tabella 2. Il programma di assistenza deve essere discusso con l'adolescente e formulato tenendo conto delle sue esigenze. In ogni caso esso deve tendere alla riduzione dei tempi di ricovero e del numero di accessi in ospedale e deve essere flessibile, in modo da poter essere adattato alle esigenze dell'adolescente, man mano che esse cambiano con il trascorrere degli anni<sup>6</sup>.

- b) *riservatezza e rispetto della persona*. Anche questi fabbisogni consono esclusivi dell'adolescente affetto da malattia cronica, ma sono comuni a tutti i pazienti e, in definitiva, a tutti gli individui. Ma certamente questo ordine di esigenze è sentito in maniera particolare dagli adolescenti, il cui corpo va incontro a rapidi ed importanti mutamenti<sup>5</sup>.

Gli errori più frequentemente fatti da coloro che assistono gli adolescenti con malattia cronica sono:

- chiamare l'adolescente con il nome della malattia.

Questa abitudine può creare una immagine distorta della personalità dell'adolescente, facendola discendere non dalle sue peculiari caratteristiche ma dalla sua malattia

- dimenticare che l'adolescente con malattia cronica può avere gli stessi problemi medici e non medici, presentati dagli adolescenti in genere, che richiedono soluzioni non diverse da quelle adottate in assenza di malattia cronica
- non aiutare l'adolescente a raggiungere gli obiettivi propri della sua età
- non avere un atteggiamento di responsabile e convinto ottimismo nei riguardi della malattia<sup>6</sup>.

### *Il reparto di ricovero e il centro di riferimento*

I reparti che accolgono adolescenti affetti da malattia cronica devono rispondere alle loro esigenze, per quanto riguarda l'aspetto fisico delle strutture, gli orari di funzionamento e le libertà connesse. Particolare attenzione dovrà essere posta al momento in cui avviene l'accogliamento in reparto. Il personale medico ed infermieristico devono rendersi subito disponibili ad accogliere il ragazzo/a cercando di metterlo/a a proprio agio illustrandogli l'ambiente in cui verrà curato/a. Il concetto di salute deve essere inteso non soltanto come guarigione della malattia, ma anche come mantenimento di uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, tale da garantire il corretto svolgimento del percorso di crescita. Da queste considerazioni trae lo spunto il concetto di assistenza globale che deve coinvolgere tutte le risorse delle strutture preposte all'accoglienza dell'adolescente affetto da patologia cronica.

L'ambiente deve essere particolarmente curato sia per la scelta dell'arredamento che per il confort. Tutto ciò per cercare di imitare un ambiente domestico in cui sentirsi a proprio agio.

Tab. 2 - Il ruolo infermieristico nella comunicazione con l'adolescente

#### COMUNICAZIONE

Requisiti della comunicazione:

- Capacità comunicativa
- Motivazione personale
- Dati personali di empatia
- Disponibilità ad ascoltare

#### CONTRIBUTO INFERMIERISTICO

- Il personale infermieristico deve ascoltare, comprendere e seguire i bisogni dell'utenza in modo da soddisfarli immediatamente o in un momento successivo attraverso un rapporto personalizzato
- Il personale infermieristico deve limitare i disagi che possono nascere all'interno del rapporto tra struttura e paziente
- Il personale infermieristico collabora con il medico nel trasmettere il sapere ed il saper fare

### *La deospedalizzazione*

I pazienti affetti da malattie croniche sopportano male il ricovero in ospedale perché sono stati già ricoverati spesso ed a lungo e sanno che hanno molte probabilità di essere ricoverati numerose altre volte. Questo è un problema che deve essere affrontato dai curanti. La soluzione migliore è costituita dal ridurre al minimo i tempi di ospedalizzazione e dal fornire la maggior parte delle prestazioni in forma ambulatoriale e/o semiambulatoriale.

Abbiamo visto, curando i talassemici, che l'ospedalizzazione è accettata più facilmente se si rende la vita in ospedale meno gravosa, il che può essere ottenuto consentendo la presenza di un accompagnatore, quando ciò sia possibile dal punto di vista logistico, indipendentemente dall'età del paziente, adattando per quanto possibile le regole del reparto alle esigenze dei pazienti e, soprattutto, adottando il criterio di consentire ai pazienti di uscire dal reparto e dall'ospedale tutte le volte e in tutti i momenti nei quali la loro presenza in corsia non è necessaria. Contemporaneamente, l'orario delle visite deve essere liberalizzato. Questi provvedimenti non comportano aumenti dei costi e non impediscono l'effettuazione delle indagini e delle cure. Pertanto, si può avere l'impressione che attuarli sia estremamente semplice. Questa impressione non è corrispondente al vero, come è dimostrato dal fatto che essi sono adottati solo da una minoranza di reparti. La loro attuazione è resa difficile dal fatto che l'ospedale è una istituzione e, come tale, ha delle proprie regole che difende con impegno. Secondo la nostra esperienza, solo una lunga opera di educazione e di convincimento riesce a far accettare le regole che ho ricordato più sopra.

### *La terapia*

Le malattie croniche richiedono l'attuazione di programmi di terapia complessi. Le probabilità che questi programmi vengano attuati è maggiore quando le famiglie ed i ragazzi sono stati coinvolti nella loro pianificazione, hanno avuto modo di comprendere gli scopi e i vantaggi della terapia, hanno partecipato a trovare le soluzioni pratiche per mettere la terapia in atto. Tutto ciò è possibile solo quando tra curanti e pazienti si è stabilito un rapporto di reciproca fiducia, che viene rinsaldato in occasione degli incontri che la cura della malattia rende necessari.

L'esistenza di buoni rapporti con le famiglie e gli adolescenti è essenziale nel caso in cui si debbano sperimentare nuovi farmaci, perché essa favorisce la comprensione delle problematiche da parte dei pazienti e consente che il consenso informato sia tale anche sul piano sostanziale, non solo su quello formale.

Ancora, nel caso sia necessario disporre di nuove attrezzature, o di modificare la struttura del reparto o, comunque, di decisioni che comportano importanti investimenti, sarà più facile ottenere dagli Amministratori quanto è necessario se essi si rendono conto che le nostre richieste hanno il supporto dell'utenza. È ovvio che lo stabilire e mantenere buoni rapporti con i pazienti e i loro familiari richiede l'impiego di importanti quantità di tempo e grande disponibilità da parte dei curanti, ma gli esempi che ho fatto permettono di vedere come il tempo impiegato e gli sforzi fatti siano ben ripagati.

### *La compliance alla terapia*

L'adolescenza è il periodo della vita caratterizzato dall'insoddisfazione alle regole e, pertanto, è possibile che l'adesione alla terapia sia particolarmente bassa in questa banda di età. L'adesione alla terapia può essere migliorata dall'illustrazione delle conoscenze che sono alla sua base, dalla semplificazione dei programmi, dal rinforzo periodico del messaggio, dal controllo della quantità di farmaci consumata, dal "self management", cioè dall'educare l'adolescente a gestire autonomamente la sua malattia. Il self management può essere favorito dalla frequentazione, da parte dell'adolescente, di appositi campi di vacanza<sup>6</sup>.

### *I rapporti con la scuola e la sede del lavoro*

Nel caso in cui si decida di mettere al corrente della malattia dell'adolescente il personale scolastico o i datori ed i colleghi di lavoro, è necessario chiedere preventivamente il suo consenso e quello dei familiari, dopo aver chiaramente illustrato i motivi per i quali si considera vantaggiosa questa scelta<sup>6</sup>.

### *Il passaggio dell'assistenza dal pediatra al medico dell'adulto*

Un altro aspetto che ha reso l'assistenza ai nostri pazienti cronici (talassemici) diversa da quella prestata ad altri pazienti, in specie quelli affetti da malattie acute, è costituito dal progressivo aumento della loro età media, cosicché nel gruppo di talassemici che noi seguiamo sono ormai compresi numerosi adulti. Certamente, questo non è un aspetto peculiare della talassemia, in quanto si tratta di una problematica tipica delle strutture pediatriche nelle quali vengono curati pazienti affetti da malattie croniche che, in passato, non consentivano la sopravvivenza. Questi pazienti tendono a restare nella stessa struttura per una serie di motivi: da un lato, il desiderio di non cambiare medici e personale di assistenza; dall'altro la mancanza di strutture ad essi dedicate in sedi diverse dai reparti pediatrici. Medici e personale di assistenza hanno dovuto

cambiare il loro bagaglio culturale, il modo di rapportarsi con i pazienti ed hanno dovuto affrontare problemi completamente nuovi. Pensate, ad esempio, ad alcuni problemi che abbiamo dovuto affrontare: fertilità e gravidanza che sono bene al di fuori delle competenze del pediatra. Credo che sia possibile affermare che il lavorare con i talassemici ha cambiato il nostro modo di essere specialisti: in passato, eravamo soltanto degli specialisti trasversali, in quanto la nostra specialità riguardava non tanto un campo dello scibile ma una banda d'età; ora, alla specializzazione trasversale, ne abbiamo aggiunta una longitudinale, quella che riguarda l'assistenza ai talassemici.

In conclusione, non esistono soluzioni ben codificate. In via schematica è ipotizzabile che:

- a) il pediatra continui a trattare indefinitamente il paziente senza tenere conto della sua età. Evidentemente, questa è una soluzione che, tuttavia, può avere i suoi lati positivi;
- b) l'assistenza viene erogata in un primo tempo in tandem, dall'equipe pediatrica e da quella internistica, poi esclusivamente dalla seconda.

Una adeguata assistenza non può prescindere dal considerare altri aspetti legati alla malattia: i problemi psicologici-sociali e l'organizzazione con le strutture extra-ospedaliere.

### *Problemi psicologici*

Gli effetti psicologici delle malattie croniche sono abbastanza ben noti. Nei primi anni, l'equilibrio del bambino è disturbato soprattutto dalla ospedalizzazione e dalle cure prestate. Quando il bambino cresce, la malattia fa sentire il suo peso soprattutto perché rende il bambino un diverso e perché la terapia impone continui sacrifici. I bambini, e ancora più i ragazzi, quando si rendono conto di essere diversi dagli altri (in alcuni casi per il fatto di avere riconoscibili segni corporei della malattia; in altri più semplicemente per le limitazioni e gli obblighi che la malattia impone) tendono a rivolgere la propria affettività su altri ragazzi che dividono la stessa sorte o almeno su amici di casa. Allo stesso tempo, le frustrazioni legate alla malattia spingono il bambino a rafforzare i suoi legami con i genitori, soprattutto con la madre. Questo crea un notevole stato di dipendenza che disturberà la vita di relazione del bambino, quando egli sarà cresciuto. Dall'epoca dell'adolescenza in poi, il ritardo dell'accrescimento e le turbe della maturazione sessuale costituiscono motivi di preoccupazione o di tristezza o di isolamento per i pazienti. In specie, le ragazze sembrano disturbate dalle anomalie del flusso mestruale, che loro sentono come una grave menomazione, e come il più importante segno della malattia, anche se non conosciuto dal prossimo.

### *Effetti psicologici sulla famiglia*

Gli effetti psicologici delle malattie croniche sulle famiglie sono abbastanza bene conosciuti.

L'atteggiamento dei genitori verso la malattia è spesso discorde e questo genera divergenze.

La madre ha più spesso un atteggiamento positivo, il padre ha più spesso un atteggiamento di fuga e nega i problemi della malattia e la necessità delle cure. La vita sessuale della coppia è raramente vissuta normalmente, a causa della nozione che la malattia in alcuni casi ha basi ereditarie.

### *Effetti psicologici nel personale di assistenza*

Difficili sono i rapporti tra le famiglie e personale di assistenza. Le famiglie dipendono dai medici e si attendono da essi qualcosa che consente una immediata e radicale variazione della prognosi della malattia.

D'altro lato, guardano con sospetto alle nuove tecniche terapeutiche, che li fanno sentire oggetto di sperimentazione.

Molto spesso i sentimenti di ira causati dalla malattia sono scaricati sul personale medico e di assistenza in generale.

Tutto ciò facilita l'insorgenza nel personale di assistenza delle reazioni che compaiono tipicamente di fronte alle malattie croniche. Esse sono:

1. *frustrazione*, derivata dalla sensazione della sostanziale inutilità delle cure
2. *fastidio*, derivante dalla scarsa attitudine della famiglia e dei pazienti a seguire le prescrizioni
3. *sconforto*
4. *conflitto*, tra il desiderio di continuare la terapia e quello di non disturbare i pazienti che si trovano in una condizione senza speranza.

### *Problemi sociali della famiglia*

Un rilevante effetto sociale della malattia è costituito dal peso economico che essa costituisce per la famiglia. La necessità o almeno il desiderio di abitare in un luogo vicino all'ospedale nel quale l'adolescente viene curato limita la scelta di residenza e quindi dell'occasione di lavoro per i membri della famiglia. Questi sono soltanto alcuni esempi, del resto tutta la vita di relazione della famiglia è condizionata dalla malattia. Questo è tanto più vero quando i familiari desiderino curare il proprio ragazzo/a e risiedono in una zona dove non è agevole avere cure qualificate. Il fenomeno del pendolarismo assistenziale trova nelle patologie croniche una frequente occasione di manifestarsi.

### Problemi sociali del malato

I problemi di ordine sociale della malattia sono diversi a seconda dell'età del malato/a. Nella prima infanzia e nella prima adolescenza le limitazioni di ordine sociale imposte dalle malattie sono relativamente modeste. Di solito, infatti, la malattia non impedisce una frequenza della scuola abbastanza regolare da consentire un normale progresso degli studi. Dall'adolescenza in poi, il paziente trova grandi ostacoli nella integrazione nella società. Infatti, esso ha gravi difficoltà a trovare un partner disposto ad unirsi stabilmente con lui e a inserirsi nel mondo del lavoro. Queste ultime difficoltà derivano da tre ordini di fattori:

- molto spesso l'adolescente con patologia cronica non è stato preparato alla prospettiva di un lavoro, in quanto i genitori ritenevano che un simile traguardo fosse al di fuori del sperabile;
- la malattia, a causa delle limitazioni che impone, riduce le possibilità di scelta;
- la malattia rende il soggetto portatore di una malattia cronica meno gradito al datore di lavoro.

### Le strutture extra-ospedaliere

Nel follow-up di questi pazienti dovrebbero essere coinvolti anche i servizi territoriali, cioè la pediatria di base e gli ambulatori specialistici operanti a livello di strutture territoriali, dove è auspicabile che siano presenti, oltre al pediatra, anche lo psicologo o l'assistente sociale, in modo da formare un sistema di assistenza sociosanitaria periferica, già adatta a risolvere alcuni problemi collegati al management della malattia cronica in età adolescenziale<sup>8</sup>. Il pediatra di base potrebbe inoltre rappresentare la figura di raccordo tra la struttura centrale ed i servizi territoriali, oltre ad assicurare il controllo domiciliare dei bisogni di salute dell'adolescente con malattia cronica.

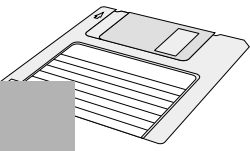
**In conclusione**, quantunque non sia facile reperire stime nazionali della diffusione delle varie affezioni croniche infantili, il miglioramento della sopravvivenza è stato registrato su tutto il territorio Nazionale. Questa assistenza, pertanto, occuperà sempre più una parte cospicua, rispetto al passato, del tempo dedicato dai pediatri alla cura dei loro pazienti. In accordo a quanto scritto da M. Green<sup>7</sup> il contributo del pediatra per l'assistenza dei pazienti con problemi cronici dovrà essere ampliato rivolgendo una particolare attenzione ai seguenti problemi:

- appropriata competenza per le problematiche dell'età adolescenziale
- adattamento del trattamento medico alle specifiche problematiche del paziente e dei genitori
- attenzione per i problemi psicosociali dell'adolescenza e della sua famiglia

- informazione del paziente e dei genitori su programmi e protocolli diagnostico-terapeutici
- assistenza multidisciplinare ed interdisciplinare
- raggiungimento delle massime capacità funzionali possibili, riducendo al massimo i problemi psicologici secondari
- attenzione degli operatori sanitari a comprendere ed affrontare le richieste del ragazzo e dei genitori.

### Bibliografia

- De Sanctis V, Urso L, Sprocati M, Govoni MR, Vullo C. *La spermatogenesi nell'adolescente con malattia cronica*. Riv Ital Pediatr 1996; 22: 687-691
- Musumeci S. *L'adolescente con malattia cronica: il ruolo dell'ospedale*. In: Manuale di Adolescentologia. V. De Sanctis (Ed); Pacini, Pisa 2002, pag. 388
- Haggerty RJ. *Le malattie croniche del bambino*. Clin Pediatr Nord Am (Ed. Italiana) 1985; 17: 451-453
- ISTAT *Stili di vita e condizioni di salute della popolazione italiana: dati 1993-1994*. ISTAT, Roma, pag. 76
- Vullo C. *Come aiutare i bimbi cronici*. Doctor Pediatría 1989; 6: 41-46
- Vullo C. *Malattia cronica in età adolescenziale*. In: Manuale di Adolescentologia. V. De Sanctis (Ed); Pacini, Pisa 2002, pag. 384
- Green M. *Problemi pediatrici persistenti: oltre la terapia farmacologia*. Clin Pediatr Nord Am (Ed. Italiana) 1983; 14: 987-993
- De Toni E, Aicardi G, De Toni T, Gastaldi R, Vaira M. *Le esigenze di salute dell'adolescente*. Riv Ital Ped 1985; 11: 252



## MEDLINE

### banca dati biomedica in Internet

Andrea Valpreda

Medline è senza alcun dubbio la più conosciuta e diffusa banca dati biomedica su Internet. È prodotta dalla National Library of Medicine che, dal 1997, ha reso pubblico l'archivio delle riviste recensite tramite il servizio on-line PubMed. Tale disponibilità di riferimenti bibliografici consente al medico universitario, ospedaliero e operante sul territorio, subordinatamente alle conoscenze degli aspetti metodologici della ricerca on-line, di recuperare informazioni la cui utilità può comportare significativi miglioramenti nell'efficienza e nell'efficacia delle cure mediche. Attualmente le riviste recensite su Medline sono oltre 4000 per un totale di più di 12 milioni di documenti, dal 1966 a oggi.

PubMed a cui si accede all'indirizzo Internet: [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/), dispone di varie modalità di ricerca:

**La ricerca semplice** è indicata quando si vogliono cercare riferimenti bibliografici riguardanti un solo autore o un singolo argomento: per iniziare è necessario introdurre il termine che ci interessa nella finestra di ricerca e cliccare sul pulsante "GO". Se il termine è composto da più di una parola PubMed combina automaticamente le parole per mezzo dell'operatore logico (o booleano) AND; se invece si desidera cercare una frase intera dovrà essere scritta tra virgolette. Gli operatori booleani permettono di associare (AND), sommare (OR) o escludere (NOT) i termini.

AND recupera solo quei riferimenti che contengono tutti i termini indicati, es. *rheumatic diseases AND pregnancy*

OR segnala i riferimenti che contengono i due termini o almeno uno di essi, es. *fever OR hyperthermia*

NOT esclude le citazioni che contengono il termine, es. *hypertension NOT pulmonary*

Gli operatori booleani AND, OR, NOT devono sempre essere scritti in maiuscolo.

**La ricerca avanzata** è indicata quando dobbiamo cercare un argomento in un campo più specifico o vogliamo porre dei limiti alla ricerca stessa

Al di sotto della finestra di ricerca troviamo alcuni strumenti come:

- *Preview/Index* che serve a presentare una lista dove un particolare termine appare, in ordine alfabetico, nel database ed il numero di records nel quale il termine compare.
- *History* che elenca e numera le operazioni effettuate, in ordine cronologico, fino ad un massimo di 100; è il metodo più semplice per confrontare e combinare differenti risultati su PubMed e di richiamare ricerche precedenti.
- *Limits*: permette di preselezionare la ricerca solo in determinate aree come ad esempio lingua, tipo di pubblicazione, data di pubblicazione, età, sesso.

Uno dei servizi collegati a PubMed, che merita senza dubbio una breve citazione è il dizionario MeSH (Medical Subject Headings), un valido sistema che consente una ricerca efficace per un tipo di letteratura, quella medica, che utilizza una terminologia diversa per lo stesso concetto. Esso contiene circa 19000 termini che sono valutati annualmente da un'apposita commissione della National Library of Medicine che stabilisce quali sono le voci da modificare, eliminare o aggiungere.

I concetti, all'interno del MeSH sono organizzati in un ordine gerarchico detto Struttura ad albero (MeSH Tree Structure) in modo che effettuando una ricerca con un termine generico si possa arrivare anche ad articoli indicizzati con termini più specifici.

# Le ali dell'infanzia

*(Il dramma del maltrattamento e dell'abuso dei bambini)*

Antonella Marchesiello

Cristina e Roberta sono due bimbe di sei anni, alle quali la vita ha riservato due destini profondamente diversi, come lasciano intravedere i rispettivi disegni. Invitate a raffigurare una immagine della propria famiglia, Roberta ci fornisce un ritratto gioioso, molto colorato del padre, della madre e di se stessa; Cristina, invece, con "quel coltello, che ferisce il suo occhio" ha voluto trasmetterci un messaggio di profondo dolore, perché è proprio negli occhi, nell'aver visto troppo orrore, che va collocato il trauma di questa bambina, che nella sua breve esistenza ha assistito già a tanti episodi di violenza, consumatisi tra le mura domestiche.

Come immaginiamo che sarà il futuro di queste due bimbe?

Se l'una riuscirà molto probabilmente a conservare il suo sorriso, guardando con gioia ed entusiasmo alla vita, grazie all'equilibrio interiore conquistato con l'amore e la dedizione dei suoi cari, l'altra guarderà con diffidenza al prossimo; la sua è stata un'infanzia "senza ali", perché le vicende drammatiche che l'hanno segnata, hanno tarpato le ali di questo piccolo passerotto, impedendole di volare.

Quante "Cristine" siamo in grado di riconoscere nei nostri ambulatori, interpretando in modo corretto i segni ed i sintomi di un abuso sessuale o di una violenza psicologica subita da un bambino?

Per quante di loro potremmo contribuire a costruire "un paio di ali artificiali", che consentano loro di ritornare a volare?

Il fenomeno dell'abuso all'infanzia è stato per lungo tempo ignorato, se non addirittura tollerato, suscitando scarso interesse da parte della società stessa e degli operatori socio-sanitari, a causa di una scarsa conoscenza del fenomeno e dalla poca considerazione che la società dimostra di avere nei confronti dei diritti dei bambini. È innegabile, inoltre, l'elevato coinvolgimento emotivo, che ciascuno di noi avverte nel momento in cui entra in contatto con la realtà intollerabile e crudele della violenza subita da un bambino. Ci sconcerta anche solo immaginare la situazione d'impotenza che il piccolo vive di fronte alla perdita di controllo di un adulto (e nel caso della violenza intrafamiliare, che è purtroppo la più frequente, l'adulto è lo stesso genitore, che dovrebbe rappresentare la principale figura di riferimento affettivo per il bam-

bino, la persona in cui riporre la sua totale, cieca fiducia).  
atori sociali e sanitari preposti alla tutela dei bambini.  
Tale atteggiamento culturale è dettato dalla Dunque, a  
causa della nostra indifferenza ed incapacità di gestire  
una situazione che ci spaventa, il bambino maltrattato di-  
venta agli occhi di tutti "UN BAMBINO INVISIBILE".  
Tuttavia, come afferma Benedetto Croce:

### La violenza non è forza, ma debolezza

Se partiamo da questo principio semplicissimo, com-  
prendiamo quanto sia errato il nostro atteggiamento ver-  
so il bambino abusato e verso la famiglia abusante. Infatti  
tra gli esperti del fenomeno si va sempre più radican-  
do l'idea che la violenza, nella gran parte dei casi, non sia  
frutto di metodi educativi errati, inadempienze o difficoltà  
momentanee dei genitori, il che porterebbe a sottovalu-  
tare alcuni comportamenti anomali tra i nostri piccoli pa-  
zienti o il cosiddetto "bambino difficile". Siamo sempre più  
convinti, invece, che la violenza sul minore derivi da vere  
e proprie modalità relazionali "deformate", "patologiche"  
e "distruttive", che si vengono a creare all'interno della fa-  
miglia. Si tratta di rapporti familiari "complessi" e comun-  
que fortemente destabilizzanti, nell'ambito dei quali i sen-  
timenti, vissuti dal bambino, di rifiuto, denigrazione, tra-  
scuratezza e, in alcuni casi purtroppo, il coinvolgimento  
sessuale determinano:

- confusione nei rapporti
- rottura delle barriere generazionali
- fragilità o assenza di norme

I genitori, portatori a loro volta di disagi personali, inscri-  
tti nella loro storia infantile, sono incapaci, da un lato, di  
relazionarsi con il proprio partner o con gli altri adulti, e  
non riescono dall'altro, a cogliere i bisogni dei figli.

Si viene così a creare una situazione in cui tutti hanno bi-  
sogno di aiuto. Ed ecco, allora, che cercare di capire i  
motivi psicologici, le cause scatenanti, le ragioni, che  
spingono un genitore ad attentare l'integrità fisica ed  
emotiva del proprio figlio è importante per aiutare, con  
l'intervento dei Servizi Sociali, le famiglie, ma anche per  
contribuire a far uscire i bambini vittime di abuso dalla  
confusione, in cui sono abituati a vivere. Inizialmente,  
quindi, bisogna sempre: tentare di modificare lo stile re-  
lazionale della famiglia, cercando di responsabilizzarne i  
vari membri, sui singoli ruoli che ciascuno deve svolgere.  
Quindi, offrire al bambino una serie di interventi extrafa-  
miliari (adozioni, affidi, comunità, etc.) qualora la famiglia  
non fosse in grado di modificarsi, praticare un'attenta va-  
lutazione psicologica della famiglia abusante, il che ci  
consente di valutare se sia in grado di migliorare il pro-  
prio stile relazionale e di aiutare il bambino a sciogliere i

complessi e patologici legami che fino a quel momento  
ha instaurato con i propri genitori. Se ciò non accade, in-  
fatti, sono destinati a fallire anche i tentativi di risolvere il  
problema con interventi extrafamiliari.

### Epidemiologia

Il maltrattamento è un fenomeno in aumento o in "emer-  
sione"?

Le segnalazioni e le denunce di casi di maltrattamento  
hanno avuto negli ultimi anni un aumento vertiginoso. Le  
reali dimensioni del problema sono però ancora ignote.  
La maggior parte degli esperti sostiene che questa cre-  
scita non vada interpretata come un maggior tasso di vio-  
lenza nella società odierna o come un preoccupante de-  
terioramento dei rapporti familiari e della stessa funzione  
educativa della famiglia; si tende ad attribuirlo, invece, ad  
una maggiore sensibilizzazione della società nel suo com-  
plesso ed all'accresciuta capacità di rilevare le situazioni  
di maltrattamento da parte di coloro che operano con i  
bambini. Negli Stati Uniti tra il 1980 ed il 1986 il numero  
delle segnalazioni si è quasi raddoppiato. In Francia i dati  
dei Servizi Nazionali parlano di 2,5 casi segnalati su 1000  
ed in Svizzera di 3 su 1000 bambini, in Inghilterra di 5 ca-  
si su 1000. In Italia i dati cittadini o regionali, provenienti  
dagli studi di popolazione o dai rapporti dei centri specia-  
listici, quantificano la prevalenza del fenomeno in valori  
che oscillano da 4 a 6 casi segnalati su 1000, con un in-  
cremento di 0,8 segnalazioni ogni anno.

Il maltrattamento dei minori è un fenomeno che colpisce  
tutte le classi sociali, tutte le etnie; avviene nelle grandi  
città, come nei piccoli centri e nelle aree rurali.

Nel nostro paese la metà circa dei reati di violenza ses-  
suale denunciati hanno per vittima un minore di 14 anni  
(Traverso ed al., 1989) e per ogni caso segnalato almeno  
50 rimangono ignoti (Alice Miller, 1990).

### Definizione

In occasione del IV Colloquio criminologico del Consiglio  
d'Europa, nel 1978 è stata adottata per il maltrattamento  
contro i minori la seguente definizione:

"...gli atti e le carenze che turbano gravemente il bam-  
bino, attentano alla sua integrità corporea, al suo svilup-  
po fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifesta-  
zioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o  
psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri  
che hanno cura del bambino".

Il primo a proporre una classificazione è stato C. Henry  
Kempe, un pediatra americano, che negli anni '70 si oc-  
cupava già di maltrattamento infantile. Egli ha individuato  
quattro categorie:

Violenza fisica  
Maltrattamento psicologico  
Incuria

Abuso sessuale  
Non bisogna trascurare, tra l'altro, l'eventualità che un bambino possa sperimentare contemporaneamente più forme di maltrattamento.

### Violenza fisica

Consiste nell'uso deliberato da parte di un adulto della forza fisica sul corpo del bambino, con conseguente provocazione di un danno, rappresentato spesso da piccole contusioni ed abrasioni, ferite in vario stadio di guarigione o ferite multiple. Scaturisce spesso da provvedimenti punitivi o disciplinari errati, adottati dai genitori nei confronti dei figli. Nel capitolo della violenza fisica si possono annoverare anche le varie forme di IPERCURIA, a cui vengono sottoposti i bambini da parte dei loro genitori, relativamente agli aspetti sanitari (eccessivi controlli, visite mediche e cure inopportune).

### Maltrattamento psicologico

È il più difficile da definire. Consiste in ripetuti attacchi all'autostima del bambino, all'immagine che egli ha di sé. Risulta da una vasta gamma di comportamenti da parte dei genitori, che non vivono con piacere, con gioia il loro ruolo di madri e di padri per cui tendono a rimproverare continuamente i propri figli, a terrorizzarli o strumentalizzarli all'interno dei propri conflitti tra coniugi, a sottoporli a ripetute umiliazioni, minacce, ingiurie.

### Incuria

Per incuria o trascuratezza si intende l'incapacità genitoriale a comportarsi adeguatamente per la tutela della salute, della sicurezza e del benessere del bambino. Si riscontrano insufficienze nutrizionali, negligenze nelle cure mediche ed igieniche, inadeguata attenzione per prevenire gli incidenti. I bambini con ritardi di crescita mostrano spesso altri segni di trascuratezza, come scarsa igiene o carenze affettive, sono poco socievoli, ritardati nello sviluppo psicomotorio.

### L'abuso sessuale

Implica il coinvolgimento di minori in attività sessuali da parte di adulti, il loro sfruttamento sessuale, la prostituzione infantile e la pornografia. La maggior parte della casistica riguarda i rapporti intrafamiliari.

### Indicatori di abuso sessuale e maltrattamento

#### Fisici

Lividi, ustioni, lacerazioni, fratture  
Lesioni traumatiche dell'apparato genitale o anale.  
Aspetto gravemente sofferente.  
Abbigliamento inadeguato.  
Denutrizione.  
Ritardo o arresto della crescita.

#### Cognitivi e comportamentali

Disturbi del linguaggio e balbuzie.  
Carenti capacità di espressione.  
Carenti capacità di attenzione.  
Crisi acute di ansia.  
Isolamento e passività  
Disturbi del sonno.  
Paure e fobie.

Quali operatori sanitari di base, anche nella prevenzione, i pediatri occupano una Posizione privilegiata, per valutare le condizioni delle famiglie dei loro assistiti; a differenza di altri operatori sanitari, quali gli assistenti sociali o gli psichiatri che si trovano a dover superare le barriere di una "stigmatizzazione" insita nella loro professione, i pediatri godono generalmente di un rapporto di fiducia e di rispetto con le famiglie, che rende maggiormente accetti i consigli impartiti ai genitori. La crescente attenzione prestata alla prevenzione dei maltrattamenti deriva anche dalla constatazione che intervenire soltanto "DOPO" l'individuazione del caso permette di ottenere scarsi risultati, in quanto in fase avanzata è spesso difficile ottenere la riabilitazione della famiglia coinvolta, mentre gli interventi istituiti nelle fasi precoci risultano più semplici ed anche meno costosi.

Possiamo distinguere 3 LIVELLI fondamentali di prevenzione: Primaria, Secondaria, Terziaria.

Il pediatra può collaborare ad un programma di Prevenzione primaria:

- innanzitutto, frequentando scuole di formazione qualificate, che l'aiutino ad individuare i casi di abuso.
- collaborando con gli altri professionisti preposti alla tutela del minore (psicologi, neuropsichiatri infantili, giudici, avvocati, assistenti sociali, organi di polizia, etc.).
- contribuendo al diffondersi di "Una cultura moderna dell'infanzia e della famiglia" e facendo in modo che i genitori acquisiscano maggiore consapevolezza del loro ruolo e delle reali esigenze dei figli.

Il momento del Bilancio di salute può rappresentare un'importante occasione per fornire ai genitori quelli che

potremmo definire "consigli anticipati", una sorta di guida per aiutare tutti i genitori (e non solo quelli a rischio psico-sociale) ad interpretare correttamente certe prevedibili manifestazioni comportamentali connesse con lo sviluppo fisiologico del bambino. Questi consigli variano secondo l'età del bambino e possono riguardare il rischio d'intossicazioni accidentali, la prevenzione di altri incidenti domestici, il "negativismo" della seconda infanzia, il modo corretto d'impartire la disciplina, etc.

È fondamentale tentare di fornire ai genitori dei modelli educativi, che favoriscano uno sviluppo armonioso della personalità infantile: in una parola tentare di "Educare chi educa". Troppo spesso i genitori sono abbandonati a se stessi, soprattutto con il primo figlio e con il fardello di un retaggio antico di modelli comportamentali non sempre idonei, che ciascuno dei due genitori porta con sé dalle famiglie d'origine. Fornire loro principi moderni, secondo i quali un'educazione dovrebbe essere impartita, non vuol dire imporre direttive specifiche o limitare la libertà degli educatori, bensì porre le regole fondamentali e i limiti "invalicabili" della loro azione, limiti sanciti anche dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia dell'O. N. U., in cui si chiarisce che la famiglia ha una sovranità limitata sui figli. E tanto più la comunità si assume la responsabilità di vigilare sugli educatori, tanto più facilmente il bambino potrà essere sottratto ai meccanismi della Patologia comportamentale, che a volte s'instaurano all'interno della famiglia. In termini pratici, quanto più noi pediatri siamo attenti ai primi segnali di disagio, che ci trasmette un bambino nel nostro ambulatorio, tanto più precocemente possiamo intervenire (magari segnalando il caso ad un neuropsichiatra infantile), per modificare l'atteggiamento violento di un genitore. È necessario insistere nel trasmettere anche MESSAGGI SEMPLICI ai genitori:

### Cosa fare

- offrire ai figli la propria attenzione
- rassicurarli
- essere autorevoli, senza essere autoritari
- proporsi, attraverso le azioni più che attraverso le parole, quali punto di riferimento, esempio per i nostri bambini.

### Cosa non fare

- non fare dell'educazione una questione di compravendita di premi e di regali
- non fare della televisione il sostituto del dialogo e del rapporto con i genitori
- leggere molto ai nostri figli, perché attraverso le fiabe possiamo inviare loro dei messaggi importanti.

Un bambino amato, rispettato, che "comunica", ha un dialogo aperto con i genitori non si lascerà facilmente attrarre da distorti simulacri d'amore, come le lusinghe di un pedofilo.

Viceversa, un bambino allevato con il ricatto materialistico del premio, del regalo e, all'estremo opposto, il bambino represso, punito spesso ed ingiustamente dai genitori rappresentano LA VITTIMA IDEALE, per il pedofilo, il quale a sua volta subisce una regressione all'infanzia ed istintivamente sa come invogliare, attraverso promesse e lusinghe, un bambino a seguirlo.

### Prevenzione secondaria

Si può attuare:

- Prestando maggiore attenzione ai primi SEGNALI DI DISAGIO dei piccoli pazienti, che se colti al loro esordio, difficilmente possono evolvere in un maltrattamento vero e proprio.

Un pediatra scrupoloso si accorge di una relazione problematica fra madre e figlio, sa riconoscere un genitore eccessivamente imperioso ed un bambino preoccupantemente "passivo", nota se i genitori manifestano sentimenti di "rabbia" o di frustrazione nei confronti del figlio. Anche una conversazione di soli 5, 10 minuti, nel corso del bilancio di salute, può consentire al pediatra d'intervenire in queste situazioni "a rischio", ad esempio, cercando di dissuadere il genitore frustrato dall'impiego delle punizioni corporali ed incoraggiandolo ad adottare metodi disciplinari più costruttivi.

- Acquisendo la capacità di "Ascoltare in modo empatico" il bambino vittima di una violenza, i che vuol dire farsi carico del dolore, di tutta la sofferenza che in quel momento il piccolo ci trasmette direttamente con le sue parole oppure attraverso il canale della comunicazione "non verbale". La violenza all'infanzia produce nei bambini, che la subiscono condizioni di "debolezza" e "d'impotenza", che la nostra mente tende a rifiutare, giacché mira piuttosto, secondo una cultura adultocentrica molto diffusa e rassicurante, al completo controllo e non al senso di destabilizzazione mentale, che caratterizza la condizione del bambino maltrattato ed abusato.
- Ricorrendo a VISITE DOMICILIARI PIÙ FREQUENTI, il che consente di vigilare su alcune situazioni familiari "a rischio". È importante sottolineare che il rischio di maltrattamento spesso nasce da un insieme di vari fattori interagenti, legati al singolo individuo e alla collettività.

- a) Nel primo caso rientrano:
- il neonato con handicap fisico e la conseguente depressione evidenziata nella madre;
  - la famiglia monoparentale;
  - la madre vittima di maltrattamenti da parte del coniuge, il che può rappresentare un ostacolo importante alla soddisfazione delle esigenze di affetto e di protezione del bambino;
  - la madre a sua volta abusata o maltrattata da bambina.
- b) Nel secondo caso, dobbiamo prendere in considerazione:
- la povertà;
  - l'inadeguatezza delle abitazioni;
  - la disoccupazione;
  - la tolleranza nei confronti delle punizioni corporali.

#### Prevenzione terziaria

Coincide con il trattamento vero e proprio del maltrattamento e si propone di offrire alla famiglie responsabili un aiuto appropriato, onde prevenire il ripetersi all'interno di esse del fenomeno. È, quindi, importante che, laddove esiste l'indicazione, i pediatri ottemperino all'obbligo legale di segnalare questi casi, non limitandosi soltanto a procedere alla denuncia, ma impegnandosi a partecipare al trattamento del bambino, dal momento che essi si pongono quali indispensabili intermediari fra i servizi sociali e la famiglia. Con i genitori ed i parenti del bambino dovrebbero continuare a coltivare un rapporto di fiducia, mostrando la loro disponibilità a seguire il bambino nel percorso riabilitativo e rinunciando al ruolo di "ACCUSATORE". L'intervento dei servizi sociali, infatti, comporta già di per sé una "stigmatizzazione" della famiglia coinvolta.

#### Obblighi legali del medico

L'obbligo di notifica all'Autorità giudiziaria, al quale sono tenuti gli operatori sanitari, si basa su due forme essenziali di segnalazione:

#### Il referto la denuncia di reato

In base all'articolo 365 del c. p. .... "Deve considerarsi destinatario dell'obbligo di referto chiunque nell'esercizio di una professione sanitaria (medici chirurghi, odontoiatri, veterinari, farmacisti, vigilatrici d'infanzia, infermieri professionali, ostetriche, assistenti sanitari, terapisti della riabilitazione) **ABBIA PRESTATO LA PROPRIA OPERA O ASSISTENZA IN CASI, CHE POSSONO PRESENTARE I CARATTERI DI UN DELITTO PER IL QUALE SI DEBBA PROCEDERE D'UFFICIO**".

In tali casi, dunque, i sanitari citati devono far pervenire il referto entro 48 ore o, se vi è pericolo, immediatamente, al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo ove è stata prestata la loro opera o assistenza. La legge, inoltre, prevede, anche per esigenze di tipo investigativo, che il referto indichi **OBBLIGATORIAMENTE E CON PRECISIONE** la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se possibile, le sue generalità, il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; esso deve, inoltre, contenere notizie riguardanti i mezzi con i quali è stato commesso il fatto e gli effetti, che ha causato o che può causare.

LA DENUNCIA DI REATO (art. 331-332 del c. p.), invece, è estesa a tutti i pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio, che nell'esercizio delle loro funzioni, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio. Ugualmente, dovranno trasmettere la denuncia senza ritardo al Pubblico Ministero o ad un ufficiale di polizia giudiziaria. Tuttavia, poiché per costoro non vi è obbligo di referto come per i sanitari, la denuncia dovrà contenere gli elementi essenziali del fatto e, quando è possibile, le generalità della persona alla quale il fatto è attribuito. Si osservi, quindi, come il legislatore abbia voluto investire di una maggiore responsabilità i sanitari, attraverso il doppio obbligo di denuncia e di referto.

Certo non è facile per un medico stabilire con certezza se la lesione cui si trova di fronte sia stata causata da un comportamento illegittimo, doloso o colposo che sia, o se si tratta più semplicemente di un fatto di natura accidentale (ad esempio il bambino che si presenta nel nostro ambulatorio con l'occhio livido, è veramente caduto dalle scale, come dice la mamma, o potrebbe essere vittima di un maltrattamento da parte dei genitori?). Tra i motivi di reticenza del medico a denunciare i casi di maltrattamento di minori, vi è anche il timore per se stesso di POSSIBILI CONSEGUENZE GIUDIZIARIE, nel momento in cui le sue affermazioni si rivelino poi infondate. Tuttavia, soprattutto per i casi di violenza intrafamiliare, l'inerzia degli operatori sanitari è legata al timore che, nel dubbio di trovarsi di fronte ad una reale situazione di abuso, la sua denuncia possa creare ulteriori ed inutili traumi nella vita del bambino, dal momento che la sola segnalazione del caso, trattandosi di una violenza intrafamiliare, provocherebbe la inevitabile stigmatizzazione della famiglia e quindi del bambino stesso. Ma, al di là delle suddette motivazioni, la reticenza dei medici è talvolta dovuta ad una scarsa capacità di riconoscere il caso di abuso, il che evidenzia la necessità di istituire corsi di formazione specifici per gli operatori e di inserire, ad esempio, il

tema del bambino maltrattato tra le lezioni del corso di laurea, come avviene da molti anni negli U. S. A. oppure in alcune Università d'Italia (vedi corso di Pediatria dell'Università di Udine, diretta dal Prof. A. Tenore).

Troppo spesso accade ancora che il medico dinanzi ad un caso di sospetta violenza ad un bambino, viva la cosiddetta "SINDROME DEL BURN-OUT" O "ABBANDONO DI CAMPO", determinata da una sorta di demotivazione e di scoraggiamento, che nascono a loro volta dalla constatazione di una mancata integrazione tra le funzioni di controllo del maltrattamento, con quella altrettanto necessaria di aiuto e sostegno, tra l'intervento dell'autorità giudiziaria ed i servizi sociali.

Da un'indagine effettuata su un campione di 166 operatori di Medicina Scolastica della città di Milano, durante gli anni 88-90, è risultato che il 79% del campione in esame ha affrontato almeno un caso di abuso o di grave trascuratezza nel corso della propria attività professionale. Di questi, tuttavia, solo il 31% (50 operatori) ha dichiarato di avere effettuato la denuncia o il referto all'autorità giudiziaria. Il timore di provvedimenti inadeguati ed esclusivamente repressivi nei confronti delle famiglie abusanti è dimostrato anche dal fatto che circa il 61% degli operatori ha preferito segnalare il caso di abuso o di sospetto abuso in modo meno formale, ad assistenti sociali delle A. S. L. di competenza territoriale o a centri specialistici come il C. A. F. o il C. B. M. di Milano.

### Rete integrata di servizi socio-sanitari

Un obiettivo fondamentale è la creazione di servizi di rete, nell'ambito dei quali collaborino le diverse figure professionali preposte alla tutela dell'infanzia (pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, insegnanti, responsabili dell'ufficio Minori della Questura, giudici del Tribunale dei Minorenni e del Ministero di Grazia e Giustizia), con il fine di abbattere le barriere dell'isolamento, in cui sono abituati ad operare, e di superare le contraddizioni, la sovrapposizione di ruoli e di competenze, favorendo in tal modo il sorgere di un linguaggio e di un "agire" comune. Il futuro della lotta all'abuso è nell'istituzione di EQUIPE TERRITORIALI INTEGRATE costituite da un rappresentante di ciascuna delle professionalità sopra citate, la quale svolgerebbe una funzione di coordinamento degli interventi sul territorio oltre che di monitoraggio del fenomeno "abuso" (osservatorio, raccolta dati, rapporti istituzionali). Il modello della rete garantisce maggiore efficacia al processo d'intervento nei casi di abuso. Le diverse figure professionali, che operano con i minori sono coinvolte tutte nel percorso che va dalla rilevazione di una situazione di sospetto maltrattamento al trattamento psicologico della famiglia.

### SITI INTERNET CONTRO L'ABUSO

- 1) Centro Nazionale di documentazione ed Analisi per l'infanzia e l'Adolescenza.  
<http://www.minori.it>
- 2) Coordinamento italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia.  
<http://www.minori.it/coordinamento>
- 3) Telefono azzurro.  
<http://www.azzurro.it>
- 4) The Child Abuse Prevention Network.. The World Wide Internet Nerve Center for Professionals in the Field of Child Abuse and Neglect.  
<http://child.cornell.edu/index.htm>
- 5) Child Abuse: Statistics, Research and Resources.  
<http://www.jimhopper.com/abstats>
- 6) Maltrattamento dei Minori-Child Abuse  
<http://www.mix.it/childabuse/>
- 7) The National Committee to Prevent Child Abuse  
<http://www.childabuse.org/>
- 8) Centro Studi e Intervento Infanzia Violata.  
<http://infanziaviolata.scuolaromanarorschach.org/>

### Bibliografia

- 1 Claudio Foti: "I BAMBINI INVISIBILI", maltrattamento all'infanzia e scuola. Franco Angeli-Editore
- 2 D. Dettore, C Fulligni: "L'abuso sessuale sui minori"- Mc Graw Hill Editore
- 3 Paola Di Blasio: "Psicologia del bambino maltrattato"-Il Mulino Editore
- 4 C. Foti, C. Rocca: "L'abuso sessuale sui minori (Educazione sessuale, prevenzione, trattamento) -Ediz. Unicopli.
- 5 C. Colesanti, L. Lunardi: "Il maltrattamento del minore (Aspetti medico-legali, giuridici e sociali) Giuffrè Editore-Milano.
- 6 A. Oliverio Ferrarsi-B Graziosi: "Pedofilia"-Ed. Laterza
- 7 S. Vecchia: "Ladri d'innocenza" (Un missionario contro i pedofili). Ed. Monti.
- 8 N. Bressan: "Sulla loro pelle" (Il dramma della prostituzione infantile nel mondo) Il Segno di Gabrielli-Editore.
- 9 Melita Cavallo: "Ragazzi senza" (disagio, devianza, delinquenza) -Bruno Mondadori.
- 10 La Clinica Pediatrica Del Nord America: "Maltrattamenti"-vol. 24-n°6 Piccin Editore
- 11 Finkelhor D. et al.: "Sexual abuse in a national survey of adult men and women. -Child Abuse and neglect 14:19, 1990.
- 12 Kempe CH. et al.: "The battered child syndrome. Jama 181:17, 1962.

*Da alcuni articoli e lanci di agenzie di stampa*

## Medicina alternativa: no della SIP

Tosse, allergia, asma, ecc sono guai frequenti nei bambini. Spesso sono trattati con omeopatia o altre medicine alternative. Ma Francesco Tancredi, Presidente della SIP, contesta la "moda" e non teme di spaventare le migliaia di genitori convinti dell'utilità dei rimedi naturali. «È pericoloso utilizzarli, possono essere dannosi», accusa. «Non c'è nessuna garanzia sulla mancanza di tossicità e sull'efficacia». Secondo una recente indagine Istat il 10% della popolazione infantile tra 3 e 5 anni riceve prodotti di origine vegetale, minerale o animale.

In un articolo pubblicato dal *Corriere della sera* in giugno il nefrologo Giuseppe Remuzzi ha duramente criticato l'apertura della Federazione degli Ordini dei medici a nove discipline cosiddette dolci, incluse l'ayurvedica e la cinese. Secondo il documento firmato da 103 ordini provinciali dovranno essere praticate però solo da laureati in medicina e odontoiatria. Remuzzi ha trovato sostegno in un «cartello» di accademici, fra i quali i premi nobel Dulbecco e Montalcini: «Non si possono accettare cure non corroborate da test scientifici condotti seriamente». Le stesse conclusioni sono contenute in un editoriale comparso sul prestigioso *New England Journal of Medicine*. Gli editorialisti Marcia Angell e Jerome Kassirer accusano l'altro «partito» di aver rifiutato la sperimentazione: «È ora di finirla di dare a queste cure il biglietto gratis».

Il Presidente della SIP, Tancredi, non è meno intransigente: «Si è visto che l'omeopatia produce vantaggi psicologici. Chi ci crede ha la sensazione di guarire. Sui bambini non esiste neppure questo vantaggio». Sono affermazioni che amareggiano profondamente Simona Bernardini, della Società italiana di omeopatia e cure integrate, pediatra. Non vuole scendere in polemica. Invita anzi i colleghi, tutti quanti, «... a cercare un dialogo corretto. Il nostro patrimonio non può essere buttato via. Cerchiamo un'integrazione nella speranza che un giorno si possa parlare di una sola medicina».

In Parlamento è stato avviato il lavoro per arrivare ad un testo di legge unificato, frutto delle proposte di Verdi, An, Fi e Ds. Il sottosegretario del ministero della Salute, Cesare Corsi, è vicino alla tesi degli Ordini: «Le cure alternative dovranno essere gestite dal medico con formazione qualificata. Lo stesso vale per altre figure sanitarie, che si occupano di shiatsu o agopuntura. Manca l'evidenza di efficacia? Nessuno ha mai provato che siano dannose».

Dopo l'esclusione dai Lea (Livelli essenziali di assistenza, che definiscono le prestazioni rimborsate dal sistema pubblico) delle cure non convenzionali, le Asl che le concedono stanno verificando i loro costi. Al San Camillo-Forlanini, maggiore azienda sanitaria di Roma, funziona un ambulatorio per agopuntura e omeopatia. Il cittadino paga rispettivamente 15 euro e 8,5 euro per una visita o applicazione: «Il servizio è stato avviato in seguito alla grande richiesta - dice il direttore generale Guido Pugliesi -. Ma certo se i costi non risultassero contenuti, dovremmo abolirlo».

# Agopuntura e auricoloterapia

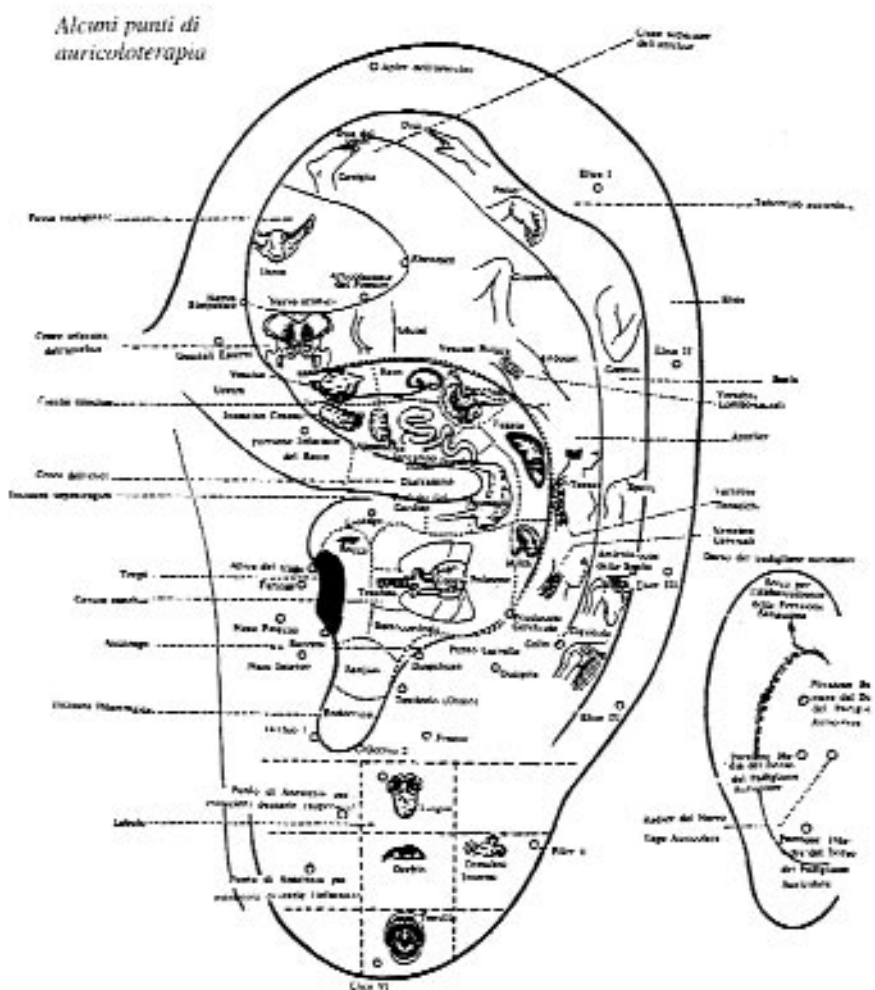
Luciano Andreoli

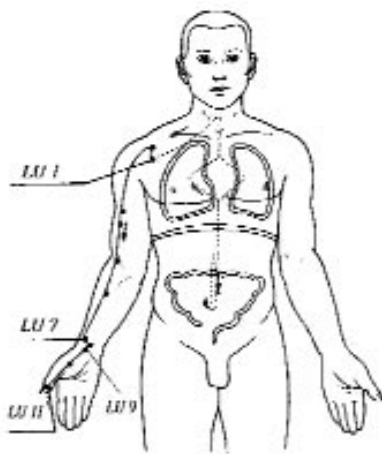
Fra tutte le medicine definite complementari un posto di primaria importanza è tenuto dall'agopuntura e più precisamente dalla medicina tradizionale cinese (M.C.T.). L'agopuntura è una delle metodiche delle tecniche mediche orientali, che comprendono anche il tuina (massaggio cinese) dell'adulto e pediatrico, la moxibustione (terapia con calore sui punti di agopuntura) e la vastissima farmacologia cinese (terapia effettuata con formule di preparati fitoterapici).

In Cina esistono due corsi di laurea in medicina. Il corso della durata di sei anni prepara lo studente alla professione di medico secondo le metodiche terapeutiche occidentali. Il corso di medicina tradizionale cinese è della durata di 5 anni ed in esso lo studente viene preparato con le basi di medicina occidentale, con particolare riguardo alle tecniche diagnostiche di laboratorio moderne, ma ovviamente vengono soprattutto affrontati gli argomenti essenziali per apprendere le metodiche orientali, curando con particolare riguardo la semeiologia cinese, di primaria importanza per la comprensione delle diagnosi secondo la M.T.C..

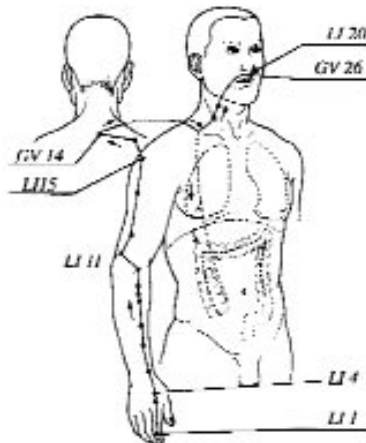
Attualmente in Cina la M.T.C. sta attraversando un periodo di crisi. Con l'avvento delle medicine occidentali sempre più cinesi si stanno avvicinando all'utilizzo della nuova metodica terapeutica, non tralasciando però l'uso dell'agopuntura e della fitoterapia per un numero considerevole di patologie, in particolare croniche. In Cina esistono ospede-

dali di indirizzo occidentale, con reparti "affiancati" a reparti di agopuntura dove medici di estrazione occidentale praticano, anche solo saltuariamente, terapie con aghi a seconda delle necessità del paziente. Per i medici laureati in medicina occidentale è possibile conseguire la laurea in M.T.C. con una integrazione di 2 anni di studi. Attualmente molti medici seguono questa opportunità per poter meglio trattare le patologie più frequenti. In Cina esistono corsi di M.T.C. per studenti stranieri:

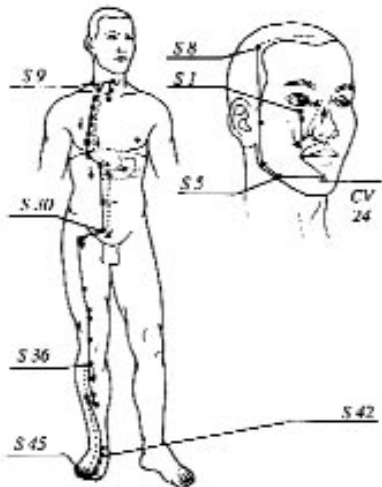




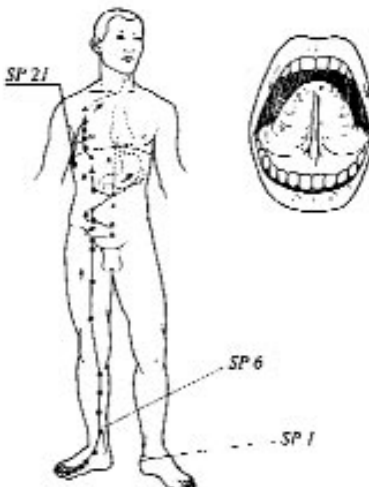
CANALE PRINCIPALE DEL POLMONE



CANALE PRINCIPALE DELL'INTESTINO CRASSO



CANALE PRINCIPALE DELLO STOMACO



CANALE PRINCIPALE DELLA MILZA

cune considerazioni anche filosofiche riferite alla cultura orientale.

Secondo la concezione della M.T.C. le malattie sono dovute a una alterazione "energetica" dello stato di benessere dell'individuo. Varie sono le cause di questo scompensamento, vi sono cause esterne, come i fattori climatici meteorologici stagionali, e cause interne, come i disturbi emozionali.

A questo secondo fattore di disturbo la medicina tradizionale cinese rivolge molta importanza, considerandolo una delle cause principali di malattie croniche. Per giungere a una diagnosi clinica e per impostare l'opportuna terapia è necessario conoscere la semeiologia cinese, che si basa sull'osservazione del paziente, con una attenta anamnesi, con l'osservazione della lingua e la valutazione del polso "cinese". La raccolta di tutti questi dati permette al medico l'inquadramento del paziente in una "sindrome". Con questo termine si identifica il disturbo energetico in eccesso o difetto a carico di uno specifico organo e quindi il o i meridiani di agopuntura da trattare per riportare il paziente allo stato di salute. In pediatria i trattamenti di agopuntura si effettuano con aghi definiti pediatrici, oppure con laser a bassa potenza.

Molto più pratica, anche perché meno fastidiosa, è l'*auricoloterapia*. Questa metodica terapeutica è di origine fran-

questi corsi di vario livello di apprendimento e durata prevedono uno studio teorico e pratico di agopuntura e farmacologia con frequenza ospedaliera. Alla fine dei corsi, dopo un esame, viene rilasciato un diploma ufficiale della repubblica popolare cinese che attesta la frequenza ai corsi. In Italia esistono corsi di agopuntura della durata di quattro anni che, secondo la FISA (Federazione Scuole Agopuntura Italiana), garantiscono un livello di insegnamento quantitativamente e qualitativamente uniforme secondo le direttive europee. L'Organizzazione Mondiale della Sanità recentemente ha riconosciuto l'efficacia terapeutica dell'agopuntura per svariate patologie acute e croniche.

Comprendere l'agopuntura provenendo da una cultura medica occidentale è molto difficile e sono necessarie al-

cese ed è stata scoperta dal medico Nogier; è stata importata in Cina agli inizi del '900 e qui, con alcune varianti, è stata ben accettata e attualmente è molto praticata.

Si basa sul principio che sull'orecchio esistono alcuni punti che corrispondono ad altre zone sul corpo. Questi punti vengono stimolati con dei "semi di vaccaria" o con degli aghi da auricoloterapia, che vengono posizionati per alcuni giorni sui punti che si ritengono utili. Il risultato di questa terapia è molto efficace, anche se di breve durata. Solitamente viene utilizzata per la terapia di patologie croniche.

I trattamenti di agopuntura si effettuano con frequenza quotidiana e/o settimanale, a seconda dell'urgenza della patologia. Generalmente si concentrano con cadenza

settimanale per patologie acute, mentre per le croniche si dilatano anche con frequenza mensile e per lunghi periodi.

### Caso clinico

M.C., anni 12, secondogenito, presenta enuresi dall'età di quattro anni. È un bambino tranquillo, molto attivo a livello scolastico e sportivo, dove ottiene ottimi risultati. L'accrescimento è sempre stato regolare e attualmente è nella norma per l'età. Costituzionalmente presenta un fisico compatto, con ossa lunghe e dita affusolate, spalle strette e masse muscolari poco sviluppate. È un bambino particolarmente freddoloso, con tendenza a piedi e schiena freddi, presenta lieve pallore cutaneo con lingua pallida con punta arrossata, polso lento e "profondo". Questi sono segni tipici della semiologia cinese. La mamma riferisce solo una particolare agitazione nel momento di andare a letto, con una marcata paura per la salute di tutti i familiari. L'enuresi si manifesta quotidianamente anche 2 volte durante la notte, con emissione di urina pallida; le ore in cui più si concentra problema sono dalle 3 alle 7. Secondo la medicina cinese l'enuresi "yi niao" è dovuta a un "vuoto di rene yang" o a un "vuoto di qi della milza e del polmone". In questo caso, dai dati in possesso, il paziente viene inquadrato in un deficit di Rene yang. Di conseguenza vengono utilizzati in sequenza i punti che, secondo il caso, devono essere stimolati:

20 D.M. BAHUI, 6 R.M. QIHAI, 4 R.M. GUANYUAN (punti dei meridiani straordinari), 6 M.P. SANYINJYAO, 36 STOMACO (ZUSANLI), 3 FEGATO (TAICHONG), 3 RENE (TAIXI), 1 EX YINTANG extra SISHENCONG, MOXA su 4 D.M. MINGMEN, 34 VESCICOLA BILIARE (YANGLINGQUAN), 7 CUORE (SHENMEN)

*Auricoloterapia:* punto shenmen-punto endocrino, punto rene.

A questi trattamenti viene associata terapia erboristica con formula di fitoterapici "cinesi" suo quan wan", rimedio specifico per l'enuresi. Tale terapia viene iniziata alla fine del ciclo di agopuntura e protratta per i venti giorni seguenti.

Dopo 3 trattamenti di agopuntura, effettuati a giorni alterni, gli episodi di enuresi si manifestano con minor frequenza e, dopo altri 3 trattamenti a cadenza settimanale, non si presenta più il problema.

Attualmente, dopo sei mesi dal primo trattamento, il bambino gode di buona salute e non ha più ripresentato recidive.

## XXVI CONGRESSO NAZIONALE FIMP

Palazzo dei Congressi, Grado 10-13 ottobre 2002

# Si sta costruendo il bambino federalista! Il bambino ci guadagna?

### Giovedì 10 ottobre

- 15.30 Apertura Segreteria e registrazione partecipanti
- 16.00 Benvenuto ai partecipanti  
dr.ssa Bruna Ferroli PdF segretario provinciale  
FIMP – Udine
- 16.15 *“Collaborazione Università e PdF”*  
prof. Alfred Tenore, Università degli Studi - Udine
- 16.30 TAVOLA ROTONDA  
*Il pediatra di famiglia e le nuove vaccinazioni:  
varicella, epatite A, pneumococco,  
meningococco*  
Moderatore: dr. Giampietro Chiamenti, PdF,  
Verona – Referente Nazionale FIMP Vaccini  
dr.ssa Stefania Salmaso, (Istituto Superiore di  
Sanità) Roma  
dr. Ruggero Piazzolla, PdF, Barletta (Ba)  
dr. Giorgio Meneghelli, PdF, Venezia  
dr. Giovanni Vitali Rosati, PdF, Firenze  
dr.ssa Maria Rita Munizzi, Presidente MOIGE,  
Roma
- 18.30 COMITATO CENTRALE
- 18.30 Simposio satellite  
*Studio Pueris 2001 “Gestione della gastroenterite  
acuta in Pediatria di Famiglia”*  
prof. Alfredo Guarino, Dipartimento di Pediatria  
Università Federico II, Napoli  
dr. Raffaele Arigliani, PdF, Benevento
- 19.30 *Chiusura dei lavori*
- 20.00 *Cocktail di benvenuto*

### Venerdì 11 ottobre

- 09.00 Insediamento Ufficio di Presidenza del Congresso  
*Inaugurazione del Congresso*  
dr. Giuseppe Montanari, Segretario Regionale  
FIMP FVG

### *“Ricordo di Gian Cesare Lamberto”*

dr. Giorgio Capitelli, PdF, Torino  
*Saluto delle Autorità*  
Presidente Regione FVG, Assessore Sanità FVG,  
Sindaco di Grado, Presidente Ordine dei Medici  
Udine

- 10.00 *Relazione del Presidente Nazionale*, dr. Pier Luigi  
Tucci  
*Relazione del Segretario Nazionale*, dr. Giuseppe  
Mele  
*Relazione del Tesoriere Nazionale*, dr. Claudio  
Colistra
- 11.30 *Coffee Break*
- 11.45 *Dibattito sindacale, discussione e approvazione  
delle relazioni*
- 13.30 *Colazione di lavoro*
- 15.00 TAVOLA ROTONDA: *Regionalizzazione e sanità*  
Moderatore: dr. Giuseppe Montanari, Segretario  
Regionale FIMP, FVG  
Interventi programmati: politici, amministrativi,  
sindacalisti, rappresentante del Tribunale del  
Malato
- 17.30 *Coffee Break*  
SIMPOSI SATELLITE
- 17.45 *“Importanza del lavaggio nasale nelle affezioni  
delle vie aeree superiori ed inferiori”*  
dr. Michel Seppy, Specialista ORL e Allergologia  
ed Immunologia Clinica, Losanna (CH)
- 18.15 *“Novità in antibiotico terapia”*  
dr. Federico Marchetti, Clinica Pediatrica, Trieste
- 18.45 *“La dermatite atopica”*  
dr. Furio Poli, Allergologo Pediatra, Clinica  
pediatrica Trieste
- 19.30 *Chiusura dei lavori*

## Sabato 12 ottobre

- 09.00 *Moderatori*  
prof. Alessandro Ventura, Clinica Pediatrica, Trieste  
dr. Salvatore Curto, PdF, Lecco  
*L'educazione alla salute nell'ambulatorio del PdF*  
dr. Leo Venturelli, PdF, Bergamo  
*Il self-help diagnostico nell'ambulatorio del PdF*  
dr. Gian Piero Cassano, PdF, Lucca
- 11.00 *Coffee Break*
- 9.30. *Il counselling in pediatria di famiglia*  
*Moderatori*  
dr. Dino Faraguna, Dipartimento di Pediatria Ospedale di Gorizia  
prof. Sandro Angeloni, PdF, Chieti  
*Relatori*  
dr. Michele Gangemi, PdF, Verona  
dr. Paola Cremonese, Psicologa, Milano
- 09.00 – 13.00  
Riunioni dei Responsabili di Settore con i Referenti Regionali Riunione della Consulta Interregionale
- 13.30 *Colazione di lavoro*
- 15.30 Tavola rotonda:  
*Le forme associative in pediatria di famiglia*  
*Moderatore:* dr. Antonio Palma, PdF, Roma  
*Pediatria di Gruppo:* dr. Antonio Gurnari, PdF, R.C.  
*Associazione:* dr. Luigi Nigri, PdF, Bisceglie (BA)  
*Cooperativa:* dr. Fiorenzo Corti- Segretario Regionale FIMMG Lombardia  
*Equipe territoriale:* dr. Nico Sciolla, Pd, Torino
- 17.30 *Coffee Break*
- 17.45 Tavola rotonda:  
*Carta dei servizi in pediatria di famiglia*  
*Moderatore:* dr. Adolfo Porto, Pd, Messina  
*La carta delle istituzioni* - dr. Antonio Improta, PdF, Napoli  
*La carta del pediatra* - dr. Luigi Greco, PdF, Bergamo  
*La carta dei diritti del bambino assistito dal pediatra di famiglia*
- 19.30 *Chiusura dei lavori*
- 20.30 *Cena di gala*

## Domenica 13 ottobre

- 09.30 *“La storia e l'organizzazione della Pediatria di Famiglia in Italia”*  
dr. Giuseppe Di Mauro, PdF, Caserta
- 10.00 *Presentazione, discussione e votazione delle mozioni*
- 12.00 *Chiusura del Congresso*
- Segreteria scientifico-organizzativa*  
dr.ssa Bruna Ferroli, Segretario Provinciale FIMP, Udine  
dr. Giancarlo Besoli, Segretario Provinciale FIMP, Gorizia  
dr. Franco Cuttini, Udine  
dr.ssa Gabriela De Carolis, Udine  
dr. Andrea de Manzini, Grado (GO)  
dr. Mario Devetta, Udine  
dr.ssa Lorena Loschi, Udine  
dr.ssa Stefania Sansotta, Udine  
dr.ssa Angela Tarchino, Udine
- Segreteria Organizzativa*  
QUICKLINE, via S.Caterina da Siena n. 3, 34122 Trieste  
tel.: 040/773737 – 040/363586;  
fax: 040/7606590  
cell. aziend.: 333-5223519;  
[e-mail: info@quickline.it](mailto:info@quickline.it)
- In riferimento alla richiesta di accreditamento dell'evento n. 734 - 17903 dal titolo “XXVI CONGRESSO NAZIONALE FIMP”
- Le comunichiamo che i crediti formativi proposti dalla Commissione nazionale per la formazione continua sono 8 (otto)

## Corso di aggiornamento:

### Malocclusione dentaria e struttura cranio-mandibolare nella patologia di interesse pediatrico

Edoardo Bernkopf specialista in odontostomatologia Vicenza-Roma

Vanna Broia specialista in odontostomatologia Parma-Roma

Interventi su specifici argomenti pediatrici verranno svolti da esperti del settore:

"Il reflusso gastroesofageo in età pediatrica": Francesco Macri Dirigente I livello Servizio Malattie Respiratorie Clinica Pediatrica Università "La Sapienza" Roma

"L'apnea ostruttiva nel sonno: il punto di vista dello pneumologo" Renato Cutrera

Responsabile dell'Unità Operativa di Broncopneumologia Ospedale Pediatrico Bambin Gesù-Roma

"L'apnea ostruttiva nel sonno: il punto di vista dell'ORL" Giancarlo De Vincentiis Ospedale Pediatrico Bambin Gesù - Roma

Roma, Sabato 23 Novembre

Sede: Hotel Midas Via Aurelia 100

Tel. 06 66396

Sono stati richiesti i crediti ECM

**Segreteria organizzativa: Promoden Via Campo Sportivo Scolastico 10 Viterbo**

Tel. 0761/251248 Fax 0761/352087

Quota di partecipazione € 95 + IVA

Si consiglia la prescrizione: il modulo di iscrizione può essere richiesto telefonicamente

Nella patogenesi di alcuni quadri clinici di interesse pediatrico viene spesso sottovalutata la componente strutturale, cioè la tipologia scheletrica e posturale del singolo paziente, parte integrante di quell'organismo che "accoglie" la malattia, la quale, senza un terreno predisposto e facilitante, spesso non sarebbe in grado di manifestarsi clinicamente.

Molte malocclusioni dentarie, attraverso la malposizione mandibolare che comportano e i conseguenti aggiustamenti posturali di compenso, possono contribuire all'insorgenza di cefalee, di problemi alla colonna, di otalgie e otiti ricorrenti, di disturbi respiratori.

Il mancato inquadramento interdisciplinare e soprattutto strutturale (e occlusale in particolare), finisce spesso per classificare questi quadri come patologie primarie di pertinenza specialistica, con la conseguente attuazione di terapie specifiche che, non rimuovendo la vera causa del problema, a volte non ottengono apprezzabili risultati, o li ottengono con un più alto prezzo biologico.

## Programma

Ore 9: inizio lavori

### *Il paziente come struttura*

Classificazione delle Malocclusioni secondo Angle la patologia con componente strutturale dalla culla all'età geriatrica

Intercettazione occlusale e conferma diagnostica

### *La malocclusione nelle patologie di usuale interesse otorinolaringoiatrico*

Otite Media Acuta Ricorrente

Rinosinusite e Ostruzione Nasale Cronica

Ipertrofia Adeno Tonsillare

Parotidite ricorrente e calcolosi salivare

### *La malocclusione nelle patologie di usuale interesse pneumologico*

Tosse cronica e respirazione orale

Laringospasmo e broncospasmo

Approccio occlusale con le malattie respiratorie con screezio allergico

Roncopatia notturna e Apnea Ostruttiva nel Sonno (OSAS)

Ore 11: Tavola rotonda: L'Apnea Ostruttiva nel Sonno (OSAS) in età pediatrica

L'apnea ostruttiva nel sonno: il punto di vista dello pneumologo" (Renato Cutrera)

L'apnea ostruttiva nel sonno: il punto di vista dell'ORL (Giancarlo De Vincentiis)

"Il reflusso gastroesofageo in età pediatrica (Francesco Macri)

Apnea ostruttiva nel sonno: il punto di vista del dentista (Edoardo Bernkopf)

Ore 13 pausa

Ore 14,30: ripresa dei lavori

Complicanze cardiocircolatorie dell'Apnea Ostruttiva nel Sonno

Cefalee primarie e cefalee da malposizione mandibolare: diagnosi differenziale

Costituzioni e postura: aspetti occlusali

Il torcicollo cronico

Il lavaggio del naso con soluzione idrosalina calda

Logopedia e trattamento miofunzionale

Analisi dei costi e risparmio delle risorse biologiche e economiche

Gestione del colloquio anamnestico, multidisciplinarietà, escalation diagnostica e terapeutica

Ore 17,30: fine lavori

Approfondimenti nel sito internet [www.intersoft.it/sirio](http://www.intersoft.it/sirio)

Per comunicare con il relatore: [edber@intersoft.it](mailto:edber@intersoft.it)

## XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

### II Neonato e l'Adolescente

13-15 Dicembre 2002

Grand Hotel Vanvitelli - Caserta

Venerdì 13 Dicembre

Simposi Satellite

- 14.30 (Sala Francesco I)  
*Infettivologia pediatrica e antibioticoterapia*  
Moderatori: G.P. Bisson, V. Cappello  
*L'infezione da virus respiratorio sinciziale: come prevenirla*, P. Giliberti  
*Nuove prospettive sulla profilassi e sulla terapia dell'influenza*, S. Esposito  
*La diagnosi e la terapia delle polmoniti in comunità*, N. Principi
- 14.30 (Sala Murat)  
*Asma e Allergia*  
Moderatori: M. Miraglia del Giudice, P. Vicinanza  
*L'ipotesi infezione - asma*, A.F. Capristo  
*La terapia di fondo dell'asma: gli antileucotrieni*  
M. Miraglia del Giudice jr  
*La gestione delle associazioni farmacologiche*  
F. Decimo  
*La nuova terapia delle allergopatie*, F. Santamaria
- 16.00 (Sala Francesco I)  
*Le vaccinazioni del terzo Millennio*  
Moderatori: C. Bove, M. Trabucco  
*La vaccinazione anti pneumococcica*  
G.P. Chiamenti  
*La vaccinazione anti varicella*, R. Arigliani  
*La vaccinazione anti meningococcica*, L. Tarallo
- 16.00 (Sala Murat)  
*L'alimentazione del lattante e del bambino*  
Moderatori: A. Cappello, G. Parisi  
*I probiotici e i prebiotici nell'alimentazione*  
A. Guarino  
*La terapia dietetica per risolvere alcuni problemi "minori" del lattante*, A. Staiano  
*Come, quando e perché dei latti speciali*  
G. Biasucci
- 17.30 *Inaugurazione*  
A. Rubino, F. Tancredi, V. De Sanctis, F. Macagno, L. Falco  
*Lecture magistrali*  
*Nascere: crescere e vivere con noi*, T. Noema  
*Il lavoro minorile*, L. Pomodoro  
*La Reggia di Caserta*, J. Milanese, C. Montinaro  
*Premiazione dei poster presentati al XIII Congresso SIPPS - Siena 2001*
- 20.30 Cena Sociale  
22.30 Spettacolo

Sabato 14 Dicembre

- 09.30 "Il Neonato e....."  
Moderatori: G. Rondini, G. Faldella  
..... l'infezione perinatale da streptococco del gruppo B, G. Corsello  
..... le apnee, F. Macagno  
..... la diagnostica strumentale, A. Chiara
- 11.30 "L'adolescente e....."  
Moderatori: M.A. Castello, G.C. Mussa  
..... il linguaggio del corpo, T. De Toni  
..... l'alcool, S. Vialeto  
..... i modelli estetici attuali, D. Petrelli
- 13.30 Colazione di Lavoro
- 14.30 Sala Francesco I  
Corso interattivo a sessioni parallele  
*"Il Pediatra e le problematiche emergenti nel 1° mese di vita"*  
Moderatori: I. Barberi, S. Angeloni  
*L'ittero*, M. Pezzati, F.F. Rubaltelli  
*Il soffio*, L. Rosti  
*La crescita*, A. Balzarini
- Discussione
- Sala Murat  
*"Il Pediatra e le problematiche emergenti dell'adolescente"*  
Moderatori: M. Giovannini, G. Saggese  
*L'approccio ambulatoriale*, E. Franceschini  
*I disturbi mestruali*, G. Weber  
*Varicocele e ginecomastia*, T. Arrigo  
Discussione
- 20.30 Cena di Gala
30. Spettacolo

Domenica 15 Dicembre

- 08.30 *Assemblea dei Soci*
- 09.30 *Discussione guidata dei Poster*  
M. Lanari, P. Marchisio, G.F. Rondanini, L. Silvestro, S. Vendemmia, M.G. Zanelli
- 11.00 "Il bambino e il genitore"  
Moderatori: G.P. Salvioli, R. Marinello  
*Il bambino iperattivo: diagnosi e terapia*  
V. Nuzzo  
*Il bambino che non dorme*  
F. Bianchi di Castelbianchi  
*Il genitore in crisi*, P. Bregani
- 12.30 *Test di autovalutazione finale*, L. Pavone
- 13.00 Conclusioni
- 13.30 Colazione di Arrivederci

**Segreteria Organizzativa**  
iDea Congress

Via della Balduina, 260 - 00136 Roma  
Tel. 06 35402148 - Fax 06 35402151  
E-mail: info@ideacpa.com www.ideacpa.com

## Poster e Comunicazioni

Per coinvolgere i colleghi più giovani è prevista una Sessione Poster in cui potranno presentare le loro esperienze più innovative. I lavori dovranno essere inviati per posta elettronica alla Segreteria Scientifica: weber.giovanna@hsr.it entro il 31 ottobre 2002.

Le decisioni della Segreteria Scientifica in merito all'accettazione (per la presentazione o la sola stampa) saranno comunicate agli Autori entro il 20 Novembre 2002.

I testi dovranno essere inviati in formato.doc Microsoft Word, preferibilmente con carattere Times New Roman non inferiore a 10 punti, con giustificazione di cm. 21x15 e interlinea singola.

Per eventuali allegati sono richiesti i formati Power Point per i grafici e le tabelle e JPG per le immagini.

Si raccomanda di rispettare la forma classica di presentazione – Titolo, nome e cognome degli Autori (sottolineando il nome del primo Autore), ente di appartenenza, testo, bibliografia – e di riportare tutti i recapiti dell'Autore di riferimento.

I poster selezionati verranno esposti in un'area apposita.

Le relazioni e gli abstract verranno pubblicati su "Minerva Pediatrica".

Per ogni Comunicazione o poster accettato è necessario che almeno uno degli Autori sia regolarmente iscritto al Congresso.

Per qualunque chiarimento si prega di contattare la Segreteria Organizzativa.

I tre migliori poster presentati da giovani medici (età inferiore ai 30 anni) verranno premiati col pagamento della quota di iscrizione, del soggiorno e delle spese di viaggio.

## Informazioni Generali

### Sede

Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli  
Viale Carlo III - 81020 S. Marco Evangelista (Caserta)

### Come raggiungere la sede

La sede congressuale dista circa 5 minuti dall'uscita Caserta Sud delle autostrade A1 e A30; 5 minuti dalla Reggia di Caserta e dalla Stazione FS; 15 minuti dall'Aeroporto di Napoli e dal Centro Direzionale; 20 minuti dal porto e dal centro storico di Napoli.

### Periodo

13 - 15 dicembre 2002

### Quota di iscrizione

Soci SIPPSS € 200,00 (+ IVA 20%)  
Non soci SIPPSS € 250,00 (+ IVA 20%)

L'iscrizione dà diritto a:

- Partecipazione ai lavori
- Kit Congressuale
- Attestato di partecipazione
- Libro degli Atti
- 3 Colazioni di lavoro (13-14-15 dicembre)
- Cena sociale
- Cena di gala
- Angolo caffè
- Due spettacoli

Quota di iscrizione accompagnatore

€ 200,00 (+ IVA 20%)

L'iscrizione dà diritto a:

- 3 Colazioni di lavoro (13-14-15 dicembre)
- Cena sociale
- Cena di gala
- Angolo caffè
- Due spettacoli
- Tre visite guidate di Caserta e dintorni

Si ricorda che i moduli per l'iscrizione e prenotazione alberghiera sono presenti anche in rete alla pagina: [www.ideacpa.com](http://www.ideacpa.com)

*Il congresso è in corso di autorizzazione presso il Ministero della Salute per l'attribuzione dei crediti di "Educazione Continua in Medicina" (ECM).*

## 7° Convegno Pediatrico Congresso Nazionale di Pediatria Pratica

### Argomenti:

Approccio all'ipertensione nel bambino  
L'aspettativa di vita del bambino con tumore  
Il pediatra di famiglia ed il bambino oncologico  
L'anafilassi: quali provvedimenti?  
Pediatria "insieme": un possibile modello di lavoro?  
Una pediatria a 4, 8, 12 mani  
Provvedimenti per il bambino che viaggia  
La ricerca e la sperimentazione dei farmaci in pediatria di famiglia  
Vaccini senza rete  
La lettura dell'emocromo ed altro  
L'ebm nelle convulsioni febbrili  
La gestione del lattante febbrile: decidiamo cosa fare  
Il bambino "basso"  
I disturbi della marcia  
Audiometria ed impedenzometria  
La podoscopia  
Quali metodiche di imaging per quali patologie?

### Quando:

8/9 novembre 2002

### Dove:

Firenze – Sheraton Hotel

### *Segreteria Scientifica*

Airone:

Giorgio Bartolozzi

Paolo Becherucci

Monica Pierattelli

segreteriascientifica@airone-team.it

### *Segreteria Organizzativa*

Progetti di Congress Studio S.r.l.

P.le Turr 5 20149 Milano

Tel. 02.3196951 Fax 02.33604939

E-mail: info@airone-team.it

Visualizza il programma completo e le schede di iscrizione su: [www.airone-team.it](http://www.airone-team.it)