

# il Medico Pediatra

PERIODICO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

## Direttore

Pier Luigi Tucci

## Direttore responsabile

Guido Brusoni

## Consiglio 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  
Valdo Flori  
Antonio Improta  
Milena Lo Giudice  
Danila Mariani  
Giorgio Meneghelli

## Redattori

Valdo Flori  
Federica Fontini

## Comitato dei garanti

Pier Luigi Tucci  
Pino Mele  
Claudio Colistra

## 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

VOLUME 11 - NUMERO 3 - GIUGNO 2002

# BOARD REDAZIONALE

<i>Politiche sindacali</i>	Antonio Improta - <a href="mailto:centrostudi@fimp.org">centrostudi@fimp.org</a>
<i>Informative sindacali e ministeriali</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>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 di settore</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

*Un triste lutto per tutti i pediatri italiani* - Pier Luigi Tucci

## ATTUALITÀ

### INFORMATIVE SINDACALI E MINISTERIALI

*I contenuti che ci riguardano e la posizione della FIMP* - Valdo Flori

*Ecco come correggere le incongruenze del Piano Sanitario Nazionale*

*Il nuovo scenario ed i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale*

*Ulteriore stralcio di accordo integrativo in Regione Lombardia*

*Accordo Integrativo Regionale FIMP/Regione Lombardia*

### DIBATTITO

*I rischi della devolution*

*È la sanità il buco nero della spesa delle regioni: 15,8% di spesa totale*

*"A voce de' criature" il Pediatra visto... dai bambini* - Vincenzo Di Crosta

*Quale futuro per la Pediatria di Famiglia?* - Patrizia Gallo

*Idee per un addestramento al front-line* - Ugo Pennacino

## LETTERE

*Lottiamo assieme contro la SIDS* - Paolo Turchi

*... ancora a proposito di acido niflumico*

## FORMAZIONE PERMANENTE a cura di Daniele Venier

*La normativa più recente sulla Formazione Continua (ECM)*

*Risposte a frequenti domande su ECM* - Paolo Becherucci

## MEDICINA BASATA SULL'AMBIENTE a cura di Patrizia Gallo

*Progeria: un caso clinico* - Patrizia Gallo

## BIOETICA a cura di Milena Lo Giudice

*"Maxima debetur puero reverentia"* - Vincenzo Di Crosta

## RICERCA E SPERIMENTAZIONE a cura di Raffaele Arigliani

*Strumento di programmazione aziendale* - G. Gregori, R. Sacchetti

*In aumento il morbillo in Italia* - Marta Ciofi degli Atti, Stefania Salmaso

*Epidemia di morbillo: "È dal 1987 che lanciamo allarmi purtroppo inascoltati"*

*Il vaccino per la varicella* - Raffaele Arigliani, Milena Lo Giudice

## ECONOMIA SANITARIA a cura di Giorgio Meneghelli

*Farmaci generici: limiti e opportunità* - Giorgio Meneghelli

## GRUPPO, ASSOCIAZIONE, RETE a cura di Gianni Caso

*Lavorare in gruppo oggi* - Giuseppe Quattrone, Orlando Filardo

## IL PEDIATRA E L'ENPAM a cura di Mario Marrassini

*Novità ENPAM* - Pietro Fusilli

## ASSISTENZA a cura di Stefano Del Torso

*Health promoting policies and child health in Europe: evidence and experience*

## VACCINAZIONI a cura di Daniela Mariani

*Un nuovo redattore, una nuova rubrica* - Danila Mariani

## MEDICINE NON CONVENZIONALI a cura di Luciano Andreoli e Antonio Bersezio

*Uso delle Medicine non Convenzionali* - Gianfranco Trapani, Cesare Barbato,

Luisella Zanino, Alfonso Del Giudice, Antonio Liverani

## CONGRESSI

### APPROFONDIMENTI

*La Podoscopia* - G. Barneschi, G. Maranzana, M. Pierattelli, L. Biancalani,

A. Marini, G. Bonini, V. Flori

*L'esame del riflesso rosso nei bambini*

## BAMBINO ARTE & STORIA a cura di Maria Antonietta Filipponio Marinello

*Bambino con disegno (1520 ca.)*

pag. 173

» 174

» 175

» 176

» 186

» 187

» 191

» 193

» 195

» 196

» 197

» 198

» 200

» 202

» 205

» 209

» 211

» 212

» 216

» 217

» 218

» 219

» 222

» 223

» 224

» 226

» 228

» 236

» 241

» 244

» 254



## 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.*

Per comunicare cambi di indirizzo o mancato ricevimento della rivista  
si prega di inviare un fax: 050 3130300; oppure un'e-mail: [abbonamenti@pacinieditore.it](mailto:abbonamenti@pacinieditore.it)

## Un triste lutto per tutti i pediatri italiani

P i e r L u i g i T u c c i

*Cari colleghi,*

*è con profondo dispiacere che vi comunico la notizia della morte del Dr. Gian Cesare Lamberto, avvenuta nella notte tra il 12 e il 13 maggio a Torino.*

*Lamberto è stato il fondatore della FIMP, il pediatra che ha per primo riconosciuta la necessità che i bambini italiani avessero diritto ad essere assistiti dal loro medico, il pediatra.*

*Per dare forza a quest'impegno etico ed organizzativo, decise di costituire un apposito sindacato, la FIMP, che portasse avanti questo progetto a livello politico e organizzativo.*

*Primo Presidente per numerosi anni della FIMP, ha costituito per molti di noi, che attualmente ricoprono cariche di responsabilità nazionali, regionali e provinciali, un esempio di quanto attraverso il sindacato si riesca a costruire qualcosa che vada al di là dagli esclusivi interessi economici.*

*Lo ricordiamo in particolare per la capacità dialogica di prospettare le sue tesi, specie agli inizi della nostra vita sindacale, quando era necessario crearsi un proprio spazio separato dalla medicina generale e accettato in modo stabile dalle controparti, che negli anni si sono succedute nella stipulazione degli Accordi Collettivi Nazionali.*

*A Lui, tutti i pediatri di famiglia italiani devono, quindi, la riconoscenza a chi ha aperto una strada, e l'obbligo di incrementare sempre più i valori professionali e sindacali per i quali Gian Cesare ha speso la sua lunga milizia sindacale.*

## Anteprima del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

# I contenuti che ci riguardano e la posizione della FIMP

Valdo Fiori

Il Ministero della Salute ha presentato lo schema del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004. Il documento è una specie di decalogo di proposte per ridurre le liste di attesa, migliorare l'assistenza territoriale, sviluppare le cure a domicilio, potenziare i Pronto Soccorso, promuovere l'uso corretto dei farmaci.

Per quanto riguarda l'area pediatrica viene evidenziato che, rispetto ad altri paesi europei, è presente una "iperτροφica" rete pediatrica ospedaliera, ma la presenza del pediatra è garantita solamente dal 50% degli ospedali e il Pronto Soccorso Pediatrico è presente solo nel 30% degli ospedali. L'attuale organizzazione ospedaliera e la mancanza di una continuità assistenziale sul territorio viene ritenuta la causa principale di un tasso di ospedalizzazione doppio (119‰) rispetto ad altri paesi Europei.

Questa analisi trova concorde la FIMP, come riportato dal Presidente Pier Luigi Tucci nel comunicato stampa nazionale diffuso all'indomani della pubblicazione del PSN:

*La necessità, non più eludibile, di ridurre l'iperτροφica rete ospedaliera pediatrica, responsabile di una quota parte dell'eccesso di ricoveri, l'ottimizzazione del numero dei punti nascita con la garanzia della presenza del pediatra 24 ore su 24, il richiamo a ricondurre nell'area pediatrica il 30% di bambini ricoverati in reparti per adulti, l'opportunità di riconvertire i piccoli reparti di pediatria più periferici in servizi di osservazione breve in funzione delle necessità diagnostiche e terapeutiche del pediatra di famiglia, sono punti che la FIMP ha costantemente sollecitato negli ultimi anni, e che con soddisfazione vediamo presenti e riaffermati come impegno politico.*

Le soluzioni che il documento prospetta (ospedalità a domicilio e strutture residenziali) sembrano però *più adatte alla tipologia dell'assistenza dell'anziano che non del bambino*, come afferma il Comunicato della FIMP Nazionale.

Per cercare di risolvere il problema degli accessi impropri ai Pronto Soccorso, vengono prospettate varie soluzioni:

- il pagamento di un ticket per accessi "impropri"
- l'apertura di ambulatori collegati con i Pronto Soccorso per le prestazioni differibili
- l'apertura degli studi medici sul territorio 12 ore al giorno e 7 gg su 7 anche attraverso gli studi associati.

L'ultima delle tre ipotesi è stata considerata del tutto *inappropriata* dal Presidente Nazionale della FIMP, Tucci, in quanto *difficilmente applicabile ai pediatri di famiglia per il loro numero e per la loro dispersione sul territorio nazionale*.

Senza considerare anche che una soluzione del genere non è sicuramente di basso costo e comporterebbe un *ampio investimento economico a carico delle Regioni*,

Nelle prossime pagine pubblichiamo un'ampia sintesi dello schema del Piano Sanitario Nazionale e il Comunicato Stampa del Presidente Nazionale, Dott. Tucci, al riguardo. Chi fosse interessato al testo completo, può reperirlo al sito della FIMP Nazionale ([www.fimp.org](http://www.fimp.org)).

*Comunicato Stampa della Presidenza Nazionale FIMP*

## “ Ecco come correggere le incongruenze del Piano Sanitario Nazionale ”

La FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri), presa visione dello schema del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004, osserva che, pur intravedendo nello stesso molti punti condivisibili, permangono alcune zone d'ombra per quanto attiene alla salute del neonato, del bambino e dell'adolescente, ed in particolare risultano di difficile attuazione alcune proposte, stante l'assetto organizzativo della pediatria di famiglia italiana.

I pediatri di famiglia italiani, infatti, ai quali lo Stato e le Regioni affidano il compito della tutela sanitaria dell'infanzia e dell'età evolutiva, guardano con favore a tutte le iniziative che permettano loro di seguire al meglio i loro assistiti, e di poter usufruire nei modi e nei tempi più opportuni e appropriati dei servizi di consulenza di secondo e terzo livello, e delle strutture ospedaliere.

La necessità, non più eludibile, di ridurre l'ipertrofica rete ospedaliera pediatrica, responsabile di una quota parte dell'eccesso di ricoveri, l'ottimizzazione del numero dei punti nascita con la garanzia della presenza del pediatra 24 ore su 24, il richiamo a ricondurre nell'area pediatrica il 30% di bambini ricoverati in reparti per adulti, l'opportunità di riconvertire i piccoli reparti di pediatria più periferici in servizi di osservazione breve in funzione delle necessità diagnostiche e terapeutiche del pediatra di famiglia, sono punti che la FIMP ha costantemente sollecitato negli ultimi anni, e che con soddisfazione vediamo presenti e riaffermati come impegno politico.

Di questo compiacimento si fa portavoce il Presidente Nazionale FIMP Dott. Pier Luigi Tucci, che rileva, peraltro, come nel Piano Sanitario Nazionale, l'assistenza al cronico e al disabile sia vista solo in funzione dell'anziano, come se, nell'età pediatrica, la cronicità, che ha una sua definizione diversa da quella dell'adulto, e la disabilità, non abbiano un impatto socio-assistenziale rilevante, e non richiedano quella specificità assistenziale cui era stata data risposta nell'ultimo ACN per la Pediatria di famiglia attraverso l'applicazione di un modello organizzativo, peraltro sostanzialmente disatteso in molte Regioni.

In pediatria c'è molto meno bisogno di ospedalità a domicilio o di strutture residenziali funzionalmente legate agli ospedali, come recita il Piano, molto più di percorsi assistenziali in cui il bambino con malattia cronica sia seguito a

domicilio e in ambulatorio dal proprio pediatra di famiglia. L'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, citata come un esempio di non equità del sistema sanitario italiano, non trova nello schema del Piano Sanitario Nazionale adeguate risposte. La comunicazione istituzionale, da valorizzare, non sembra prendere in considerazione l'aspetto decisivo dell'educazione dei cittadini al corretto uso dei servizi e dei professionisti, al riconoscimento che una sanità equa si fonda su di un patto tra diritti e doveri, che il principio etico e deontologico dell'autonomia del cittadino nella gestione della sua salute non può essere scisso da una sua maggiore responsabilizzazione.

Proposte quali quelle di far pagare i cittadini per prestazioni non urgenti e bypassanti i servizi territoriali, se non collegate a ripetute campagne di informazione e di educazione comportamentale, non sono in grado da sole di far cambiare i comportamenti. Così come è inappropriata la proposta di apertura degli studi medici per 12 ore al giorno e per sette giorni la settimana, che, oltre ad essere assai difficilmente applicabile ai pediatri di famiglia per il loro numero e per la loro dispersione sul territorio nazionale, potrebbe risolvere in modo molto parziale il problema dell'accesso improprio al pronto soccorso, e all'opposto ampliare l'accesso improprio agli studi dei pediatri di famiglia. Ciò senza considerare l'ampio investimento economico necessario a carico delle Regioni, che forse potrebbe essere rivolto in modo più fruttuoso verso il potenziamento della qualità organizzativa e diagnostico-assistenziale degli studi dei pediatri di famiglia, comprensiva anche dell'ampliamento concordato e retribuito dell'orario di apertura degli stessi, ma non solo e non prevalentemente di questo.

La FIMP rimane ovviamente in attesa del testo completo e del susseguente progetto materno-infantile per esprimere un parere più articolato sul Piano.

In conclusione, com'è stile della FIMP, il Dott. Tucci si fa garante dello spirito collaborativo dei Pediatri di Libera Scelta ribadendo la più ampia disponibilità alla modernizzazione e razionalizzazione del SSN soprattutto per quanto riguarda la tutela della salute psicofisica dei bambini e degli adolescenti.

## Schema di Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

# Il nuovo scenario ed i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale

Lo schema di Piano Sanitario 2002-2004 è radicalmente differente dai piani che l'hanno preceduto. Le ragioni di questo cambiamento risiedono nelle modificazioni sociali e politiche che sono intervenute in questi ultimi anni. Già la stessa modificazione del nome del Ministero da Ministero della Sanità a *Ministero della Salute* è significativo. Infatti, anche se il Servizio Sanitario Nazionale è un importante strumento di salute, non è l'unico; il benessere psicofisico si mantiene se si pone attenzione agli stili di vita, all'ambiente, all'alimentazione, evitando gli stili che possono risultare nocivi. Per quanto riguarda lo scenario politico istituzionale, il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione. È quindi naturale che il Piano Sanitario Nazionale, coerente con questi cambiamenti, si trasformi da atto programmatico per le Regioni in progetto di salute, condiviso ed attuato con le Regioni in modo sinergico ed interattivo.

Compito fondamentale dello Stato è assicurare per quanto possibile l'etica dei sistemi operativi e quindi dare garanzia ai cittadini che i loro diritti costituzionali sono rispettati. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, pur essendo mediamente soddisfacente, non sempre riesce a garantire equità al sistema; basti pensare a questo proposito al problema delle liste d'attesa per le patologie che non possono attendere, al doppio canale di pagamento delle prestazioni generato dalla libera professione *intramoenia* negli Ospedali, alle differenze quali-quantitative nei servizi erogati nelle varie aree del Paese, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, all'insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani.

Lo schema di Piano Sanitario attuale si apre quindi con un forte richiamo all'etica del sistema e ai *sette principi di Tavistock* che costituiscono un punto di riferimento, cui la Nazione nel suo Servizio Sanitario deve tendere. Gli obiettivi strategici del Piano vengono discussi nella Parte Prima, mentre la Parte Seconda illustra gli Obiettivi Generali.

### PARTE PRIMA

#### I Progetti Obiettivo

#### Progetto 1 "Attuare l'Accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza"

Il primo di essi riguarda i *Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza*, la loro manutenzione e soprattutto l'uniformità

della loro realizzazione sul territorio nazionale. I Livelli Essenziali di Assistenza sono il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 e hanno appunto il compito di garantire su tutto il territorio nazionale uguali prestazioni ai cittadini. Essi includono per la prima volta il concetto di garanzia dell'assistenza erogata e di appropriatezza. Infatti le prestazioni per essere considerate essenziali devono essere appropriate e questa appropriatezza deve essere periodicamente verificata dalle Regioni.

...

Per i prossimi tre anni gli obiettivi saranno quelli di sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio dell'applicazione dei LEA, aggiornare con cadenza periodica i livelli essenziali di assistenza in termini di indicatori di appropriatezza e di tipologia delle prestazioni tramite un'apposita Commissione Nazionale nominata dalle Regioni e dal Ministero della Salute, rendere pubblici i tempi di attesa per le prestazioni appropriate, filtrando quelle non appropriate e ponendo in priorità quelle relative alle patologie più invalidanti ed urgenti.

#### Progetto 2 "Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"

Il secondo importante obiettivo è quello di creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

...

#### Progetto 3 "Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche"

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi e incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

La normativa ISO 9000 progettata anche per la sua applicazione in sanità, dopo il successo ottenuto nell'industria e negli altri servizi, definisce un insieme di regole, che includono l'organizzazione aziendale, le responsabilità, la analisi

minuziosa dei processi, la formazione del personale e le verifiche esterne da parte di soggetti accreditati, con rilascio della certificazione.

...

Gli obiettivi per i prossimi tre anni.

Nel corso dei tre anni saranno perseguiti i seguenti obiettivi, cui corrispondono altrettante azioni:

- promuovere all'interno di ogni Azienda Sanitaria la costituzione di un *Servizio della Qualità* con l'obiettivo di portarlo alla certificazione secondo la norma ISO 9000;
- assegnare al Servizio della Qualità una valenza strategica, tramite la sua collocazione in staff ai vertici dell'azienda e collegare il Servizio ai singoli Reparti operativi della struttura attraverso referenti di Reparto;
- sostenere i Servizi della Qualità nella redazione di un Manuale della Qualità;
- rivedere l'attuale normativa sull'accreditamento;
- promuovere la nascita dell'*Osservatorio per la Qualità*, che proceda alla progettazione e realizzazione di un sistema articolato di monitoraggio e *reporting*;

#### Progetto 4 "Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità"

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti.

...

#### Progetto 5 "Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità"

Il recente accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito in maniera positiva la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi. Il rationale sotteso a questo approccio è evidente: nel momento in cui si afferma la centralità del paziente e muta il contesto dell'assistenza, con la nascita di nuovi protagonisti e con l'emergere di una

cultura del diritto alla qualità delle cure, risulta impraticabile la strada di una formazione elitaria, limitata ad una o a poche categorie professionali, e diviene obbligo morale la garanzia della qualità professionale estesa trasversalmente a tutti i componenti della équipe sanitaria, una utenza di oltre 800.000 addetti delle diverse professioni sanitarie e tecniche.

#### Gli obiettivi per i prossimi tre anni

La necessità di coinvolgere una utenza di oltre 800.000 professionisti impone gradualità nell'introduzione e nell'attuazione del sistema. Alla luce di ciò, e delle considerazioni sopra riportate, si ritiene che gli obiettivi raggiungibili nei prossimi tre anni siano i seguenti:

- a) avvio della fase a regime (dal 2002), con apertura di un sito Internet dedicato, che accetterà la registrazione di eventi formativi i cui crediti, assegnati secondo griglie predisposte dalla Commissione Nazionale e valutata da *referees* anonimi indicati dalle Società Scientifiche, saranno oggetto di certificazione ufficiale ai sensi della Legge;
- b) attuazione (dal gennaio 2002) della formazione intraziendale, come base per garantire una adeguata offerta formativa, in grado di soddisfare tutte le categorie professionali interessate;
- c) graduale applicazione dell'obbligo formativo, definito in dieci crediti per il 2002, venti crediti per il 2003 e trenta crediti per il 2004;
- d) attuazione della formazione a distanza per tutti gli operatori, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i liberi professionisti, mediante approvazione ed accreditamento delle piattaforme di *e-learning* e dei loro contenuti da parte della Commissione Nazionale tenendo conto del fatto che i medici di medicina generale hanno già sviluppato un sistema di informazione dei loro componenti mediante trasmissione di dati e immagini per via satellitare e simili iniziative sono state intraprese anche da altre Associazioni professionali;
- e) definizione dei criteri per il passaggio dall'accreditamento degli eventi formativi a quella dell'accreditamento dei *providers*, mediante la delega ai soggetti previsti dalla Legge ed in possesso di requisiti di idoneità, alla produzione di eventi formativi ed all'attribuzione dei relativi crediti;
- f) implementazione di un sistema di controllo sulla qualità degli eventi, dei *providers* e del programma generale di Educazione Continua in Medicina (ECM) affidato prevalentemente alle Società Scientifiche e alla loro Federazione;
- g) attuazione di un programma di verifica e di adeguamento "*in progress*", allo scopo di portare il sistema alla piena funzionalità alla fine del triennio;
- h) utilizzazione dei crediti per la conferma della validità dell'esame di abilitazione professionale e loro valorizzazione come titoli di carriera.

**Progetto 6** *“Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali”*

Per molti anni l’Ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l’Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

... la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

... occorre che le Regioni sappiano realizzare uno strategico e coraggioso ridisegno della loro rete ospedaliera, superando anche resistenze di settore o interessi di parte, ed è anche necessaria una forte azione di comunicazione con la popolazione interessata per la quale può essere utile il coinvolgimento dei Sindaci delle aree metropolitane, che dispongono oggi di notevoli poteri.

**Progetto 7** *“Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza”*

Le *Linee Guida 11 aprile 1996 n. 1*, forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle Unità operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA) di I e II livello. Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

- un sistema di allarme sanitario assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale (118);
- un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;
- una rete di servizi e presidi funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Un aspetto che necessita un approfondito esame è relativo al problema di disincentivare gli accessi “impropri” al Pronto Soccorso, da parte di cittadini che vi accedono di propria iniziativa, saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali.

Per perseguire questa finalità si può ipotizzare il pagamento per le prestazioni richieste in Pronto Soccorso, ma non urgenti. Alcuni propongono che tutti i cittadini possano accedere al Pronto Soccorso di qualsiasi Ospedale, sottoponendo al pagamento delle prestazioni i pazienti che non ricadano nelle seguenti fattispecie:

1. pervenuti a bordo di un'ambulanza per emergenza;
2. inviati dalla Guardia Medica Territoriale;
3. inviati dal proprio medico di medicina generale;
4. inviati da uno specialista ospedaliero o del territorio.

È però anche necessario adeguare le potenzialità assistenziali dei Pronto Soccorso migliorando la risposta del terri-

torio alle esigenze dell'acuzie sanitaria.

Per raggiungere questo scopo si può prevedere la collocazione di un ambulatorio di continuità assistenziale nei pressi del Pronto Soccorso con organico dedicato (medici di continuità assistenziale, medici di emergenza territoriale o altri sanitari opportunamente addestrati). L'ambulatorio viene alimentato dal *triage* del Pronto Soccorso, riguarda le prestazioni differibili e proprie del territorio, deve essere aperto negli orari del servizio di continuità assistenziale, e nei DEA di 2° livello per 24 ore al giorno.

In questo contesto è anche opportuno promuovere l'apertura di studi medici di medicina generale sul territorio, che assicurino la presenza del medico per 12 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana, da attuare anche attraverso gli studi medici associati.

**Progetto 8** *“Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari”*

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati ci spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Alla luce di tutto questo, aver mantenuto la spesa pubblica italiana per la ricerca tra le più basse in Europa, rispetto al prodotto interno lordo nazionale, ha rappresentato un grave danno per il nostro Paese.

...

**Progetto 9** *“Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute”*

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita. Infatti:

- a) oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una *alimentazione non corretta*. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e carenza di iodio. Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio.
- b) Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, *l'attività fisica* riveste un ruolo fondamentale.
- c) Il fenomeno del *tabagismo* è molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualità di vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) o soggetti passivi (non fumatori).

...

### Progetto 10 "Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza"

L'impiego razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute.

L'attuazione del *Programma Nazionale di Farmacovigilanza*, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul *buon uso del farmaco*.

Gli obiettivi strategici nel settore del *buon uso del farmaco* possono essere così definiti:

- offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla *Legge 405* del 2001;
- attuare il *Programma Nazionale di Farmacovigilanza* per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'Educazione Continua in Medicina (ECM); rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini; promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi.

## Gli obiettivi generali

### 1. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Nella prima parte "*La promozione della salute*" vi sono i Capitoli "*Vivere a lungo*", "*Vivere bene*", "*Combattere le malattie*". Tra le malattie da combattere figurano al primo posto le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari che rappresentano ancora il 43% dei decessi registrati in Italia, ed i tumori che, malgrado i progressi fatti, ancora costituiscono il 28% circa della mortalità complessiva.

#### I tumori

Le morti prevenibili da tumori sono legate ad una modificazione di alcuni stili di vita e ancora vi è spazio per agire per prevenire il fumo, il consumo di alcool, le abitudini alimentari scorrette e l'esposizione a particolari fattori di rischio. Altro tema sul quale è necessario concentrare più sforzi sono gli screening di comprovata efficacia e in particolare il pap-test, la mammografia, la ricerca del sangue occulto nelle feci.

... si intendono perseguire in Italia una serie di iniziative, d'intesa con le Associazioni per la ricerca e per la lotta con-

tro il cancro, finalizzate a:

- realizzare un Progetto-modello di Centro Oncologico traslazionale (IRCCS);
- affiancare agli IRCCS esistenti una serie di Centri Ospedalieri, creando così una rete oncologica in grado di soddisfare le richieste emergenti dal territorio, di favorire la collaborazione tra Enti e l'uso di protocolli avanzati, di costituire un' "*Alleanza contro i tumori*", allargando la partecipazione anche alle Associazioni e al volontariato;
- realizzare un progetto di formazione del personale anche attraverso scambi di conoscenze ed esperienze e il rientro di personale dall'estero.

#### Le cure palliative

Lo sviluppo delle cure palliative è legato, ad alcuni fattori di fondamentale importanza. Tra questi: la possibilità di un maggior controllo del dolore cronico maligno attraverso il ponderato uso di analgesici comuni, inclusi gli oppiacei, ed il riconoscimento che i disturbi neuro-psichici richiedono un trattamento aggiuntivo con anticonvulsivanti o antidepressivi; un miglior controllo degli altri sintomi presenti; un maggior rispetto della volontà del paziente circa la propria morte; una miglior comprensione del ruolo dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale nei pazienti terminali; un rifiuto dell'accanimento terapeutico.

...

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative è necessario quindi:

- rivedere alcuni aspetti normativi riguardo all'uso di farmaci antidolorifici, migliorando la disponibilità degli oppiacei, semplificando la prescrizione medica, prolungando il ciclo di terapia e rendendone possibile l'uso anche a casa del paziente;
- individuare precise Linee Guida in materia di terapia antalgica per prevenire gli abusi ed orientare il medico nella prescrizione;
- promuovere una maggiore diffusione dei Centri ed una maggiore integrazione tra l'Ospedale ed il domicilio del malato;
- avviare la formazione dei medici e del personale sanitario con l'istituzione di insegnamenti di medicina palliativa, analogamente a quanto avviene negli altri Paesi europei.

#### Il diabete e le malattie metaboliche

...

Vi è oggi ampia evidenza che il *counselling* individuale finalizzato a ridurre il peso corporeo, a migliorare la dieta (riducendone il contenuto di grassi totali e di grassi saturi e aumentandone il contenuto in fibre) e ad aumentare l'attività fisica, riduce il rischio di progressione verso il diabete del 58% in 4 anni.

In questo settore, gli interventi devono essere orientati a sviluppare:

- sistemi di sorveglianza per definire meglio e monitorizzare la dimensione della malattia diabetica;
- *counselling* individuale ad opera dei Centri per il diabete finalizzato al miglioramento degli stili di vita; tali Centri potrebbero assumere anche il ruolo di Centri per la lotta all'obesità;
- programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);
- strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria.

### *Le malattie respiratorie e allergiche*

Si rende necessario migliorare, tramite sistemi di sorveglianza mirati, la conoscenza della epidemiologia dell'asma e delle patologie allergiche e del ruolo etiologico di fattori genetici, personali ed ambientali, nonché dell'efficacia dei metodi per la riduzione dell'esposizione agli allergeni nell'ambiente e negli alimenti e la valutazione dell'impatto di tali metodi sulla salute. È necessario inoltre promuovere campagne di educazione e formazione per il personale sanitario, e per i pazienti e le loro famiglie.

### *Le malattie reumatiche ed osteoarticolari*

Tali patologie rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa del 27% circa delle pensioni di invalidità attualmente erogate in Italia. Il numero delle persone affette è stimato in circa 6 milioni, pari al 10% della popolazione generale.

...

### *Le malattie rare*

Le malattie rare costituiscono un complesso di oltre 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano il 10% delle patologie che affliggono l'umanità. Malattie considerate rare nei Paesi occidentali sono, a volte, molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo.

### *Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione*

Ottimi risultati si sono registrati recentemente in Italia in termini di controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni.

Occorre procedere con decisione nella direzione della attuazione degli obiettivi adottati dall'OMS per questo gruppo di malattie:

- entro il 2007 il morbillo dovrebbe essere eliminato ed entro il 2010 tale eliminazione deve essere certificata in ogni Paese;
- entro l'anno 2010 tutti i Paesi dovrebbero avere un'incidenza inferiore ad 1 per 100.000 abitanti per parotite, pertosse e malattie invasive causate da *Haemophilus influenzae* di tipo B.

Essendo disponibili per queste malattie vaccini efficaci, questi risultati possono essere conseguiti attraverso una serie di iniziative che consentano il raggiungimento di appropriate coperture vaccinali. In tale quadro è anche importante:

- individuare ed effettuare indagini rapide riguardanti gli eventi epidemici;
- sorvegliare la frequenza di eventi avversi associabili a vaccinazione;
- sorvegliare le infezioni nosocomiali e quelle a trasmissione iatrogena;
- controllare le patologie infettive acquisite in occasioni di viaggi;
- diffondere le informazioni sulla frequenza e prevenzione delle malattie infettive;
- partecipare efficacemente al sistema di sorveglianza epidemiologico per il controllo delle malattie infettive dell'Unione Europea;

### *La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale*

...

le azioni prioritarie da attuare sono:

- il miglioramento della sorveglianza e del monitoraggio dell'infezione da HIV;
- il contrasto della trasmissione dell'HIV e degli altri agenti infettivi;
- il miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV;
- la riduzione di comportamenti sessuali a rischio e la promozione di campagne di promozione della salute specialmente nella popolazione giovanile;
- lo sviluppo del vaccino con interventi a favore della ricerca che prevedano il co-finanziamento pubblico-privato;
- il reinserimento sociale dei pazienti con infezione da HIV.

L'inserimento sociale delle persone affette da AIDS trattate precocemente e la cui attesa di vita è molto prolungata, è un problema che dovremo affrontare con maggior energia nel prossimo futuro.

### *Gli incidenti e le invalidità*

I dati relativi agli incidenti stradali, indicano un incremento a partire dalla fine degli anni '80, soprattutto nel Nord dell'Italia, con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti. Il fenomeno costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

Gli interventi principali di prevenzione riguardano:

- la utilizzazione del casco da parte degli utenti di veicoli a motore a due ruote;
- gli standard di sicurezza dei veicoli;
- l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (cinture e seggiolini);

- le migliori condizioni di viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità) nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali;
- la promozione della guida sicura mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocità e della segnaletica stradale nonché alla riduzione della guida sotto l'influsso dell'alcool;
- il potenziamento del trasporto pubblico.

Anche il fenomeno degli incidenti domestici e del tempo libero mostra un andamento in continua crescita, con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno, che coinvolgono soprattutto ultrasessantacinquenni e donne. Si stima che circa la metà di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici).

### *Le lesioni cerebrali*

Tra gli obiettivi strategici va considerato quello di realizzare sul territorio nazionale una rete di presidi per il trattamento delle lesioni cerebrali,

...

### *La medicina trasfusionale*

Gli obiettivi primari dell'autosufficienza regionale e nazionale, i più elevati livelli di sicurezza uniformi su tutto il territorio nazionale e la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza trasfusionale possono essere ottenuti attraverso un nuovo modello di sistema trasfusionale, il cui quadro organizzativo sia di tipo dipartimentale con criteri di funzionamento e di finanziamento definiti sulla base:

- delle attività di produzione, comprendenti la selezione ed i controlli periodici del donatore, la raccolta, la lavorazione, la validazione, la conservazione ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, comprese le cellule staminali da sangue periferico e placentare (sangue da cordone ombelicale), nonché la raccolta di plasma da destinare alla preparazione degli emoderivati;
- delle attività di servizio, quali l'assegnazione e la distribuzione del sangue e dei suoi prodotti, anche per l'urgenza.

### *I trapianti di organo*

...

Per il prossimo futuro... occorre procedere a:

- ridurre il divario fra le Regioni in termini di attività di reperimento donatori per raggiungere il numero delle 30 donazioni per milione di abitanti;
- prevedere sistemi di verifica sull'efficacia dell'attività dei coordinatori locali, contestualmente al riconoscimento di incentivi;
- prevedere che in tutte le rianimazioni si attuino procedure per reperire tutti i potenziali donatori e sia disponibile la commissione per l'accertamento della morte;
- predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento di morte, un supporto psicologico e di aiuto;
- valutare e rendere pubblici i risultati delle attività di prelievo e trapianto di organi;

- rendere sempre più oggettivi e trasparenti i criteri di ammissione del paziente al trapianto.

## 2. L'AMBIENTE E LA SALUTE

### *L'inquinamento atmosferico*

Secondo una serie di studi e valutazioni condotte dalle agenzie ambientali europee e nazionale, il trasporto su strada contribuisce mediamente in Europa al 51% delle emissioni degli ossidi di azoto, al 34% di quelle composti organici volatili e al 65% di quelle del monossido di carbonio.

I due principali inquinanti secondari, le polveri fini e l'ozono, che sono prodotti, attraverso una serie complessa di reazioni chimiche, dai tre inquinanti prima citati, sono pertanto imputabili, anch'essi in misura preponderante, al traffico su strada.

...omissis...

Recenti studi epidemiologici indicano che l'inquinamento atmosferico nell'ambiente esterno delle 8 maggiori città italiane ha un impatto sanitario rilevante in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri per cause cardiovascolari e respiratorie e prevalenza di malattie respiratorie (WHO-ECEH, 2000).

Per quanto riguarda gli aspetti essenziali di prevenzione e protezione ambientale nelle aree urbane è prioritario assicurare il rispetto delle vigenti normative in materia di livelli consentiti di inquinanti atmosferici e adoperarsi per abbattere ulteriormente i livelli del PM10 e degli altri inquinanti. Il conseguimento di questo obiettivo richiede una serie complessa di interventi essenzialmente relativi al traffico automobilistico e agli impianti di riscaldamento.

In particolare, è importante:

- ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti mobili, utilizzando strumenti legislativi e fiscali, migliorando le caratteristiche tecniche dei motori dei veicoli e la qualità dei carburanti;
- ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e cambiando i combustibili.

A causa della struttura particolare delle città italiane, questi due tipi di interventi dovrebbero prevedere restrizioni severe e regolamentazione del traffico nelle aree urbane, tenendo in considerazione tutte le tipologie di veicoli esistenti compresi i ciclomotori. Questi ultimi contribuiscono significativamente all'aumento delle concentrazioni di inquinanti pericolosi, come il benzene.

### *L'amianto*

E' prioritaria una più idonea strategia per la bonifica dei siti dove si lavorava amianto e una verifica della presenza di residui di amianto nelle vicinanze degli stessi.

È necessario, poi, elaborare ed adottare d'intesa con le Regioni, Linee Guida che indirizzino l'attività delle strutture sanitarie a fini di prevenzione secondaria e sostegno psico-sociale delle persone esposte in passato ad amianto.

**Il benzene**

Per quanto riguarda il benzene, nota sostanza cancerogena per l'uomo, l'esposizione avviene principalmente nell'ambiente esterno urbano a causa degli scarichi dei motori a combustione a benzina.

...

Inoltre, il fumo di sigaretta contiene quantitativi di benzene significativi e considerevolmente variabili.

L'obiettivo di ridurre l'esposizione al benzene è stato conseguito con successo attraverso la riduzione del benzene nella benzina, ma è indispensabile continuare con determinazione gli sforzi intrapresi.

**La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento**

In Italia solo i due terzi della popolazione riceve quantità sufficienti di acqua per tutto l'anno, circa il 13% degli Italiani non riceve sufficienti quantità di acqua per un quarto dell'anno e circa il 20% per due-tre quarti dell'anno. Queste proporzioni non sono ugualmente distribuite in tutto il Paese. La maggior parte delle popolazioni del Sud e delle isole non riceve quantità sufficienti di acqua per almeno un quarto dell'anno.

...

**Le acque di balneazione**

La normativa italiana relativa al controllo delle acque di balneazione ha fissato, per gli indicatori microbiologici di contaminazione fecale, valori limite più restrittivi rispetto alla direttiva europea attualmente in vigore. Inoltre, la normativa italiana considera "acque di balneazione" le acque nelle quali la balneazione è espressamente autorizzata dalle Autorità e non vietata,

...

**L'inquinamento acustico**

Per quanto riguarda gli ambienti di vita, la limitazione del traffico veicolare è soltanto uno degli strumenti per migliorare la qualità ambientale, e deve essere integrata con altre azioni individuabili a livello locale, nazionale, comunitario:

...

**La medicina del lavoro**

Per quanto riguarda l'esposizione negli ambienti di lavoro, quattro sono i livelli di azione da intraprendere per ridurre l'incidenza sulla salute di questo fattore di rischio:

- migliorare gli standard di sicurezza e tutela aziendali tramite una più corretta e puntuale applicazione della vigente legislazione;
- incrementare l'azione di vigilanza a livello territoriale sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia, in particolare destinando almeno l'1% del personale sanitario della ASL alla vigilanza e alla prevenzione, come previsto da "Carta 2000";
- completare l'emanazione dei decreti attuativi previsti dal

*Decreto Legislativo 15 agosto 1991 n. 277;*

- attuare una politica di incentivazione e di sostegno alle aziende che vogliono attuare interventi di riduzione della rumorosità negli ambienti di lavoro.

I macrosettori produttivi ai quali dovrebbero essere indirizzati i maggiori sforzi sono quello metalmeccanico, quello edile e quello estrattivo.

**I campi elettromagnetici**

Negli ultimi anni si è verificato un aumento senza precedenti del numero e della varietà di sorgenti di campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici utilizzate a scopo individuale, industriale e commerciale. Tali sorgenti comprendono, oltre le linee di trasporto e distribuzione dell'energia elettrica, apparecchiature per uso domestico, personal computers (dispositivi operanti tutti alla frequenza di 50 Hz), telefoni cellulari con le relative stazioni radio base, forni a microonde, radar per uso civile e militare (sorgenti a radio frequenza e microonde), nonché altre apparecchiature usate in medicina, nell'industria e nel commercio. Tali tecnologie, pur di grande utilità, generano continue preoccupazioni per i possibili rischi sanitari della popolazione.

Un recente rapporto scientifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1999) ha evidenziato che, secondo la letteratura scientifica oggi disponibile, non sussiste alcuna prova convincente del fatto che l'esposizione a campi di radio-frequenza (RF) possa abbreviare la vita dell'uomo o promuovere l'insorgenza del cancro.

...

Secondo il recente "Libro Bianco" sull'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza (*documento redatto nel novembre 2001 da un gruppo di studio coordinato dal Prof. Angelo Bernardini dell'Università La Sapienza di Roma*), l'analisi delle principali ricerche e studi scientifici effettuati in campo internazionale consente di pervenire alle seguenti considerazioni:

- le uniche basi scientifiche a supporto della scelta di un criterio per la limitazione delle emissioni elettromagnetiche a radiofrequenza sono quelle indicate dall'ICNIRP (*International Committee for Non-Ionizing Radiation Protection*);
- anche in considerazione dell'aumento dei livelli di esposizione della popolazione legato allo sviluppo di sistemi di telecomunicazione, occorre che vengano proseguiti studi e ricerche atti a fornire elementi per la valutazione di eventuali rischi non ancora accertati che consentano di ridurre l'attuale grado di incertezza scientifica;
- allo stato attuale, in assenza di risultati scientifici certi, è possibile fare ricorso a politiche cautelative a condizione che valutazioni di rischio e limiti di esposizione siano fondati su basi scientifiche e non su considerazioni improprie e arbitrarie;
- in base a quanto emerge dalla letteratura scientifica, non appare giustificato il ricorso alla definizione di nuovi va-

lori rispetto ai limiti indicati dall'ICNIRP; l'unico approccio cautelativo attualmente applicabile consiste nell'imporre criteri di progettazione degli impianti volti a minimizzare i livelli di emissione.

La normativa a tutt'oggi vigente in Italia – in attesa di una nuova generale regolamentazione di tutto il settore – (*la Legge Quadro 22 febbraio 2001 n. 36* prevede infatti espressamente l'emanazione di specifici decreti attuativi) è rappresentata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 aprile 1992, recante i limiti massimi di esposizione ai campi elettrici e magnetici generati alla frequenza industriale nominale (50 Hz) negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno e il *Decreto Interministeriale 10 settembre 1998 n. 381*, recante "norme per la determinazione dei tetti di radiofrequenza compatibili con la salute umana".

Con la suddetta *Legge Quadro n. 36*, in materia di protezione dalle esposizioni a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici, sono stati previsti, fra l'altro, l'adozione di limiti di esposizione, valori di attenzione e obiettivi di qualità, la misurazione e rilevamento dell'inquinamento elettromagnetico nonché la fissazione di parametri per la previsione di fasce di rispetto per gli elettrodotti, in applicazione dell'art. 4, comma 1, lettere a), e) e h).

Questi adempimenti si scontrano con notevoli difficoltà di ordine pratico, essendosi nel frattempo autorevoli consessi scientifici espressi a favore di una maggiore coerenza della normativa italiana con gli orientamenti formulati nella Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 12 luglio 1999, relativa alla limitazione della esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici da 0 Hz a 300 GHz. Le preoccupazioni espresse da più parti si riferiscono al timore che alcuni degli approcci previsti nella citata Legge Quadro n. 36 del 2001 possano portare a decisioni non rispettose del principio costo-beneficio. L'obiettivo prioritario è quello di orientare in modo più scientificamente valido le politiche di protezione sanitaria e ambientale in questo settore, anche alla luce degli sviluppi nella valutazione del rischio e nella conoscenza scientifica.

#### Lo smaltimento dei rifiuti

Il rischio per la salute si manifesta anche quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto delle norme sanitarie rigorose previste dalle norme vigenti. La mancata raccolta dei rifiuti costituisce una causa importante di deterioramento del benessere e dell'ambiente di vita. I rifiuti, qualora non vengano adeguatamente smaltiti, possono contaminare il suolo e le acque di superficie.

I principali obiettivi in questo settore sono:

- l'adozione di un regime di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali, che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;

- l'attivazione di azioni educative per ridurre la produzione dei rifiuti;
- l'incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti, con particolare riferimento al riciclaggio;
- l'incremento delle attività di tutela ambientale per l'individuazione delle discariche abusive e delle altre forme di smaltimento non idonee;
- il monitoraggio accurato delle emissioni inquinanti degli impianti di incenerimento.

#### Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici e di altra natura

Negli ultimi anni, ed in particolare nel corso del 2001, si è presentato in forme nuove la minaccia del terrorismo con uso di armi non convenzionali. Gli episodi di bioterrorismo sono diventati un rischio più plausibile per molti Paesi occidentali, ivi inclusa l'Italia.

Fra le iniziative più importanti assunte immediatamente a ridosso dei tragici eventi dell'11 settembre 2001:

- è stata costituita, con *Decreto Ministeriale 24 settembre 2001* un'apposita *Unità di Crisi* che, fra l'altro, ha elaborato il protocollo operativo per la gestione della minaccia terroristica derivante da un eventuale uso del bacillo dell'antrace;
- sono stati individuati, d'intesa con le Regioni, l'ISS e l'ISPEL, come Centri di consulenza e supporto, rispettivamente, per gli eventi di natura biologica e chimico-fisica e per gli ambienti di lavoro; l'Ospedale L. Sacco di Milano, l'IRCSS L. Spallanzani di Roma, il Policlinico di Bari e il Presidio Ascoli Tomaselli di Catania, quali Centri nosocomiali di riferimento per il supporto clinico nonché l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Foggia quale centro di riferimento per il controllo analitico del materiale sospetto (alla data del 15 febbraio 2002 sono stati analizzati 1876 campioni di materiale sospetto);
- è stato istituito un numero telefonico verde dedicato tanto agli operatori sanitari quanto ai singoli cittadini che, alla data del 15 febbraio 2001, ha dato riscontro a 4.239 richieste pervenute;
- si è provveduto al reperimento dei vaccini e altri medicinali ritenuti essenziali;
- si è fattivamente collaborato in sede UE e G8 al necessario coordinamento per la costruzione di una elevata capacità di risposta sanitaria.

Contestualmente, si è reso necessario predisporre altre misure sanitarie utili per far fronte ad altre situazioni ipotizzabili, stabilendo l'idonea pianificazione degli interventi.

In linea con il Piano Nazionale di difesa da attacchi terroristici di tipo biologico, chimico e radiologico, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato, perciò, redatto un documento di Piano che si articola in due parti: nella prima è presa in considerazione la minaccia biologica; nella seconda, è trattata la minaccia chimica e radiologica.

Conseguentemente, le principali azioni da realizzare sono:

- predisporre piani operativi regionali, articolati in ciascuna Azienda Sanitaria, che individuino le funzioni da esperire, specifichino le modalità di svolgimento ed identifichino i diversi livelli di responsabilità;
- approntare adeguate attrezzature, risorse e protocolli per affrontare i diversi scenari di emergenza;
- adottare procedure operative standard per la risposta a falsi allarmi;
- intensificare l'aggiornamento e la formazione di operatori sanitari;
- sviluppare le indagini epidemiologiche e potenziare il collegamento e l'integrazione tra diversi sistemi informativi.

### 3. LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITÀ VETERINARIA

...

### 4. LA SALUTE E IL SOCIALE

#### *Le fasce di povertà e di emarginazione*

Numerosi studi hanno documentato che la mortalità in Italia, come in altri Stati, cresce con il crescere dello svantaggio sociale. Alcuni studi mostrano che le disegualianze nella mortalità non si riducono nel tempo, anzi sembrano ampliarsi, almeno tra gli uomini adulti.

Effetti diretti della povertà e dell'emarginazione sono misurabili sulla mortalità delle persone e delle famiglie assistite dai servizi sociali per problemi di esclusione (malattie mentali, dipendenze, povertà, disoccupazione), che in alcune zone presentano uno svantaggio nella aspettativa di vita di 13 anni per gli uomini e 7 per le donne, rispetto al resto della popolazione.

Si richiamano qui, in quanto rilevanti, integralmente le analisi e le proposte sviluppate nel presente Piano in materia di: (i) malati cronici, anziani e disabili (Parte I, Sezione 2.2); (ii) stili di vita salutari, prevenzione e comunicazione pubblica sulla salute (Parte I, Sezione 2.9); (iii) salute mentale (Parte II, Sezione 4.3); (iv) tossicodipendenze (Parte II, Sezione 4.4); e (v) salute degli immigrati (Parte II, Sezione 4.6). Prezioso in tale ambito e specialmente per l'assistenza dei senza fissa dimora, è la collaborazione tra le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e le Organizzazioni del volontariato che dispongono di una maggiore flessibilità e capacità di integrazione con questo gruppo di emarginati. La messa punto di incentivi a carattere settoriale ed intersettoriale per facilitare azioni congiunte è fortemente auspicabile.

#### *La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente*

Dal 1975 ad oggi il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) in Italia è sceso di più del 75%, dal 20,5 del 1975 al 5,47/1.000 del 1997. Si tratta di uno dei più significativi miglioramenti registrati

nell'Europa occidentale durante questo periodo. Tuttavia vi sono ancora notevoli differenze tra le Regioni italiane: in alcune Regioni meridionali (Sicilia, Basilicata, Campania) il tasso di mortalità infantile nel 1997 era di 7,57/1000 nati vivi, rispetto al 3,86 delle Regioni con il tasso di mortalità più basso (Veneto, Lombardia). La mortalità neonatale (entro le prime quattro settimane di vita, ed in particolare entro la prima) più elevata nelle Regioni del Centro-Sud, è responsabile della maggior parte di tale mortalità.

Nella valutazione dello stato di salute della popolazione infantile un importante indicatore è il peso alla nascita dei neonati a termine. Esso è influenzato dallo stato sociale e da altri fattori come il fumo. In Italia il tasso di basso peso alla nascita nel 1995 era del 4,7% (4,1% maschi e 5,3% femmine, dati ISTAT). L'incidenza di basso peso alla nascita non è cambiata in maniera significativa nel corso degli ultimi 15 anni. La rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 493 nel 1999, mentre la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita nel 50% degli Ospedali, ed il pronto soccorso pediatrico è presente nel 30% degli Ospedali. La guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei punti nascita è ancora molto elevato, 605 in strutture pubbliche o private accreditate: tra queste poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nelle Regioni del Sud del Paese.

L'attuale organizzazione ospedaliera, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999 un tasso di ospedalizzazione del 119‰, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51‰) e la Spagna (60‰).

Malgrado la Convenzione Internazionale di New York e la Carta Europea dei bambini degenti in ospedale (con la risoluzione del Parlamento Europeo del 1986), ancora più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica. L'area pediatrica è "l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente".

Gli obiettivi per i prossimi tre anni:

- pianificare l'assistenza perinatale attraverso la centralizzazione delle gravidanze a rischio in Ospedali dotati di Terapia Intensiva Neonatale;
- attivare il Servizio di trasporto di emergenza neonatale in ogni Regione;
- ridurre il tasso di ospedalizzazione con l'obiettivo di ridurre del 10‰ per anno;
- incrementare l'adozione di strutture socio-sanitarie alternative, quali l'ospedalità a domicilio ed in strutture residenziali funzionalmente collegate con gli Ospedali;

- articolare gli interventi di Guardia Pediatrica e di Pronto Soccorso, secondo un modello interdisciplinare, che sia in grado di differenziare il luogo della accoglienza e della assistenza all'utenza da quello di ricovero, mediante la creazione, in ogni unità operativa pediatrica, di un'area di osservazione temporanea, opportunamente regolamentata;
- diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con valori medi degli altri Paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativi;
- rendere disponibile in almeno parte delle strutture il cosiddetto parto indolore;
- ottimizzare il numero di punti nascita, riducendone il numero ed incrementandone la qualità.

### La salute mentale

...

### Le tossicodipendenze

...

**In conclusione** si possono identificare i seguenti obiettivi prioritari:

- promuovere e attivare una verifica sistematica e in costante aggiornamento delle esperienze realizzate sui vari territori, tramite le Regioni e gli Enti Locali;
- promuovere e attivare la piena realizzazione della parità di prestazione tra sistema pubblico e privato sociale accreditato – attraverso l'ulteriore evoluzione del modello organizzativo dipartimentale della assistenza – prevedendone il diretto coinvolgimento a livello delle Aziende Sanitarie Locali, anche in fase di programmazione delle risorse;
- promuovere la partecipazione delle associazioni delle famiglie sin dal momento programmatico, prevedendone il coinvolgimento nella logica dell'integrazione interistituzionale;
- inserire nel programma di abbattimento dell'uso e dell'abuso, oltretutto le sostanze illegali, anche la tematica della prevenzione dell'alcoolismo (soprattutto giovanile) e del tabagismo e estendere l'azione anche a settori innovativi di intervento come le dipendenze comportamentali (es.: gioco d'azzardo);
- attivare programmi di prevenzione e informazione nella scuola;
- migliorare la presa in carico, da parte dei SerT e degli interventi privati accreditati, dei soggetti inviati dalle prefetture per l'attuazione di programmi terapeutici, valorizzando l'approccio multidisciplinare e gli strumenti propri della valutazione multidimensionale, allo scopo di attivare progetti assistenziali e riabilitativi personalizzati e coinvolgenti il nucleo familiare;
- promuovere e attivare sperimentazioni e ricerche su ef-

fetti, danni e patologie derivati da uso e abuso di sostanze stupefacenti;

- produrre Linee Guida e protocolli terapeutici per gli interventi in campo sociale e sanitario;
- attivare sinergie con le Forze dell'Ordine sia sulla repressione del fenomeno sia, soprattutto, sul loro ruolo fondamentale di prevenzione attraverso le informazioni, le analisi e i collegamenti internazionali;
- attivare il monitoraggio delle informazioni e della comunicazione dei mass media e delle campagne della stampa quotidiana;
- utilizzare gli spazi normativi già esistenti (Legge 45/99, DPR 309/90) e quelli fortemente innovativi in corso di perfezionamento (revisione del Decreto Ministeriale 444/90) per provvedere alla rivitalizzazione dei SerT, alla riformulazione dei profili e/o della formazione delle figure professionali coinvolte (medici, psicologi, psichiatri, operatori, educatori), alla sperimentazione integrata sul territorio, con le Regioni e col privato sociale, delle opzioni farmacologiche e dei trattamenti e garantendo, in particolare:
  - a) costante attenzione alle condizioni di salute, sia fisica che psichica;
  - b) l'offerta, a livello territoriale, qualunque sia la struttura pubblica o privata accreditata di accesso alla rete dei servizi, di trattamenti di disintossicazione e l'avvio e il monitoraggio di programmi socio-riabilitativi condotti in condizioni "drug free".

### La sanità penitenziaria

...

### La salute degli immigrati

Al 1° gennaio 2001 gli stranieri ufficialmente registrati dal Ministero dell'Interno erano in Italia 1.338.153. Se si aggiunge ad essi i richiedenti il permesso di soggiorno, il numero complessivo di stranieri regolarmente presenti sul territorio risulta di 1.686.606 persone, pari a circa il 2,9% dell'intera popolazione italiana (la media europea è del 5,1%).

Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti.

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

...

- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;

...

# Ulteriore stralcio di accordo integrativo in Regione Lombardia

Roberto Marinello

In data 23 Maggio la FIMP Lombardia ha firmato l'Accordo Regionale Integrativo per il 2001 relativo alle forme associative, che non era stato possibile inserire nell'Accordo Regionale firmato il 28/12/2001.

Riteniamo si tratti di un buon accordo che, al di là dei contenuti economici non modificabili rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, favorisce una maggiore diffusione delle forme associative e limita alcuni vincoli normativi che ne rendevano difficile l'applicazione. In sintesi gli elementi più significativi sono:

- La individuazione di temi clinici ed assistenziali sui quali si dovranno confrontare i membri delle singole forme associative, con frequenza prefissata, per la valutazione ed applicazione di linee guida a livello locale
- La possibilità di superamento delle percentuali e delle quote previste dall'A.C.N. in caso di numero di gruppi e associazioni superiori a quanto indicato nell'Accordo Nazionale con attribuzione a tutti (in presenza dei requisiti previsti) dei relativi incentivi
- La possibilità di deroga (per gli associati) alla apertura giornaliera di uno degli studi fino alle 19 (chiusura alle 18 ma con orario minimo di 6 ore)
- Garanzia di incentivo di collaboratore di studio a tutti i pediatri in gruppo, legato all'orario di effettiva presenza del collaboratore e con tetto massimo pari alla somma delle entità economiche realmente erogate al/ai collaboratore/i
- Conferma del "bonus" per le ore aggiuntive del 2001 (anche se di entità leggermente inferiore al 2000), con impegno a mantenere il progetto "continuità assistenziale diurna" ed a riconoscere tale "bonus" a tutti i pediatri che ampliaranno l'orario minimo. Ricordo che nel 2000 erano 155 i medici che in forma associata avevano garantito orari di apertura giornaliera superiore alle 5 ore, per un totale di 322 ore aggiuntive settimanali. Ora il numero di medici e di ore saranno più alti ed il bonus fisso di 300.000 Euro da suddividersi tra tutti in base alle ore aggiuntive garantite risulterà ancora più basso del 2000.
- Riconoscimento dell'indennità di collaboratore anche oltre il tetto percentuale previsto dall'A.C.N., ma nel limite delle risorse destinate complessivamente agli istituti incentivanti previsti dall'art. 41 dell'A.C.N.
- Vincolo della possibilità di costituire forme associative di singoli PLS con MMG (le forme miste sono consen-

tite tra gruppi/associazioni di PLS e gruppi/associazioni di MMG)

Vi sono altri importanti aspetti normativi che sono inseriti nel documento di accordo che Vi invito a leggere con attenzione.

Il lavoro della delegazione FIMP è stato intenso ( incontri settimanali in Assessorato ) ed ha potuto anche giovare dell'apporto propositivo e di esperienza dei colleghi FIMP aderenti all'ApeG (Brienza e Caso). Un grazie particolare a Bianchi, Curto ed Elio che hanno con il sottoscritto condotto la trattativa regionale. Il dibattito in Consiglio Regionale è stato molto vivace e ciò testimonia l'interesse per la tematica e il confronto tra la visione tradizionale di una pediatria olistica ed individuale (valore che tutti comunque condividiamo) ed i nuovi modelli organizzativi della professione che avanzano prepotentemente.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale, deliberato il 15 Marzo 2002, prevede, per la medicina primaria, promozione attiva ed incentivazioni per le forme associative e sperimentazioni avanzate dei Gruppi di Cure Primarie (definiti come "unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche di 1° livello"). Viene però anche affermato che "l'introduzione sperimentale di nuove modalità organizzative nell'ambito delle Cure Primarie dovrà comunque salvaguardare il rapporto individuale di fiducia tra cittadino e MMG/PLS, la libera scelta del medico e la personalità dell'erogazione delle prestazioni professionali mediche".

Pertanto sarà probabile che, dai prossimi Accordi Regionali, molte risorse vengano spostate sul finanziamento delle attività svolte in forma associata. E qui il sindacato dovrà operare sfruttando tutte le opportunità economiche senza però penalizzare i colleghi che per scelta o per necessità vorranno hanno deciso di lavorare in modo individuale.

Ricordo infine che in Lombardia al 31/12/ 2001 i pediatri operanti in forma associata risultano essere 210 (su 958 pediatri convenzionati) pari al 22% del totale. Di questi 57 (6%) operano in gruppo , mentre 153 (16% ) sono in associazione. In alcune realtà (es. Milano Città ) è prevalente il fenomeno dell'associazionismo (58% dei PF opera in associazione pediatrica), mentre in altre (Bergamo, Brescia) è prevalente la pediatria di gruppo (rispettivamente il 20% e l'11% dei PF operanti nelle singole ASL).

*Accordo Integrativo Regionale FIMP/Regione Lombardia  
firmato a Milano il 23/5/2002*

## Forme di esercizio associato della pediatria di libera scelta

I pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di libera scelta della Regione Lombardia possono volontariamente e paritariamente concordare e realizzare forme di lavoro associato secondo le modalità previste dal presente accordo.

Al fine di conseguire un più elevato livello di prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e pediatra di famiglia le parti concordano di garantire la diffusione dell'esercizio in forma associata della pediatria di libera scelta anche mediante il superamento delle percentuali e delle quote previste dall'A.C.N..

Si concorda che i PLS componenti la singola forma associativa si riuniscano tra loro periodicamente al fine di verificare gli obiettivi raggiunti. Ogni anno i PLS della singola forma associativa si confrontano tra pari, per minimo tre sedute, per individuare, programmare e verificare l'applicazione di almeno due linee-guida, inerenti problematiche rilevanti per la pediatria di famiglia, scelte nell'ambito del seguente elenco, non esaustivo:

- Patologie indicate negli Accordi regionali per l'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica
- Patologie respiratorie acute e recidivanti
- Educazione alla salute
- La febbre nel lattante
- Vaccinazioni non obbligatorie
- Gli screening correlati ai bilanci di salute
- Bisogni di salute dei bambini immigrati ed e degli adolescenti
- Counselling in pediatria
- Rapporti PLS-Medicina specialistica
- Rapporti PLS-Ospedale
- Rapporti PLS-MMG
- Bisogni specifici relativi all'area pediatrica emersi nel distretto di appartenenza.

Le linee guida sono occasione di confronto tra i PLS e tra i PLS e il distretto, non strumento di verifica.

La definizione, esplicitazione e adozione di percorsi privilegiati per i bambini con cronicità, all'interno della forma associativa, in accordo con quanto previsto dagli accordi per l'assistenza al cronico, per ciò che riguarda accesso al servizio, educazione alla salute mirata, presa in carico e trattamento per problemi, controlli di salute specifici, interazione coi servizi e con le strutture di secondo livello, saranno messe a disposizione, tramite il Distretto di tutti i Pediatri di libera scelta al fine di capitalizzare know-how e non disperdere esperienze.

L'utilizzo di linee guida è propedeutico alla messa in campo di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PD-TA) integrati ed alla definizione d'obiettivi di programmazione e controllo della gestione, oggetto di specifica contrattazione a livello di Comitato Aziendale.

Si concorda di consentire forme associative miste, contenenti più tipologie di associazione, con un numero massimo di dieci aderenti, discusse dal Comitato Aziendale ed autorizzate dall'Azienda Sanitaria Locale.

Si concorda che debba essere garantita ai cittadini la conoscenza della accessibilità, con regole e limiti, a ciascun pediatra della forma associativa, allo scopo di erogare le prestazioni sanitarie ambulatoriali non differibili.

Altre forme di integrazione possono essere previste dall'accordo che costituisce la forma associativa, liberamente concordato tra i medici.

La disponibilità all'erogazione di prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste dagli accordi nazionali, regionali e aziendali è caratteristica obbligatoria di ogni forma associativa.

La prestazione sarà liquidata al pediatra che concretamente la esegue, anche qualora la forma associativa sfrutti l'opportunità di strutturare momenti diagnostici, terapeutici, di presa in carico in cui uno o pochi medici mettano a disposizione le proprie competenze specifiche a favore di tutti i bambini assistiti dai pediatri partecipanti alla forma associativa.

L'attività ambulatoriale di ciascun pediatra è erogata per cinque giorni la settimana. La riduzione a quattro giorni la settimana per impegni previsti dall'Accordo Nazionale (consulti con gli specialisti, accessi ai luoghi di ricovero, partecipazione ad incontri o convegni formativi, attività sindacali), non deve rappresentare la norma e deve rientrare in una programmazione, distinta dalle assenze per motivazioni personali.

**La riduzione deve essere programmata per tempo e tendenzialmente essere limitata alle giornate in cui il pediatra riceve su prenotazione.**

Gli altri pediatri della forma associativa, il cui reperimento da parte del cittadino andrà facilitato con chiare comunicazioni, saranno disponibili a svolgere nei propri orari e studi l'attività ambulatoriale, in favore degli assistiti del medico assente.

Il coordinamento organizzativo delle attività ambulatoriali, in modo tale da prevedere la migliore disponibilità assistenziale sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza di uno o più pediatri della associazione, è caratteristica obbligatoria di ogni forma associativa.

La costituzione del Pediatra in forma associata non comporta la deroga all'obbligo del mantenimento, come requisito minimo per la congruità della attività ambulatoriale di ciascun pediatra, dell'apertura settimanale dello studio di almeno un'ora e mezza ogni cento assistiti (ridotta a quarantacinque minuti nel periodo estivo), su cinque giorni settimanali, con minimo di due aperture pomeridiane.

Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici della forma associativa, salvo il periodo dal 15 Giugno al 15 Settembre, per garantire la complessiva disponibilità di accesso di cinque ore giornaliere, si intendono fissate, per la mattutina, dalle otto alle tredici e, per la pomeridiana, dalle tredici alle diciannove; si concorda di garantire un minimo di due ore per fascia.

Qualora un solo pediatra garantisca, in una particolare giornata, l'apertura pomeridiana, è dovere e responsabilità dei medici dell'associazione garantirne sempre e comunque la sostituzione, per un minimo di due ore.

I pediatri della forma associativa, così come il pediatra singolo, ai sensi dell'Art. 31 comma 6, devono obbligatoriamente garantire l'apertura degli studi nelle giornate prefestive, se in quel giorno lo svolgono ordinariamente al mattino.

Gli orari degli studi di tutti i pediatri della forma associativa sono comunicati alla Azienda Sanitaria Locale ed esposti in tutti gli studi dei medici associati.

Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'azienda.

L'atto costitutivo della forma associativa deve essere redatto in carta semplice e depositato all'ASL e all'Ordine dei Medici e comporta implicitamente l'accettazione di quanto previsto dal presente accordo.

Il patto costitutivo della forma associativa deve avere congrua evidenza presso gli assistiti, a cura del medico e, a cura dell'Azienda, nelle sedi e nelle procedure di scelta/revoca.

La costituzione della forma associativa deve mantenere e garantire l'effettiva accessibilità degli studi in rapporto alle esigenze della popolazione assistita.

**In ogni ambito territoriale di scelta deve essere garantita la libera scelta del cittadino tra almeno due gruppi di pediatri operanti in forma associata o pediatri singoli con capienza.**

Eventuali problemi che l'applicazione di questi principi dovessero causare in particolari ambiti elementari di scelta, saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Aziendale e di decisioni da parte dell'Azienda Sanitaria Locale. In questi casi è facoltà dell'Azienda, per rendere compatibili la libera scelta del cittadino e la volontà di associarsi dei pediatri, derogare, con atto motivato, ai requisiti minimi previsti dal D.P.R. 272/2000, così come modificati dagli accordi regionali, eventualmente estendendo singole forme associative su ambiti di distretti limitrofi.

Si condivide che il finanziamento alle forme associative sia vincolato all'impegno delle stesse ad aderire ad almeno uno degli accordi aziendali, quando stipulati, fermo restando il pagamento di attività professionali aggiuntive alle previsioni dell'A.C.N.

Ciascuna associazione, qualora già costituita, entro 60 giorni dalla firma del presente accordo, ovvero, entro 60 giorni dalla data di costituzione è tenuta a redigere una carta dei servizi delle prestazioni rese da mettere a disposizione degli assistiti secondo un modello concordato a livello di Comitato Regionale e da esporre in studio.

Ogni modifica della forma associativa che comporti il venir meno dei requisiti minimi, previsti dall'A.C.N. o presente accordo, ne provoca la "ricostituzione".

Eventuali variazioni della forma associativa vanno comunicate all'azienda competente per territorio.

### Pediatria di gruppo

La sede del gruppo è punto di riferimento assistenziale ed associativo e deve prevedere almeno due locali visita se il gruppo è costituito da due, tre pediatri, e un numero di sale visita inferiore di un'unità al numero dei pediatri, costituenti il gruppo, se di consistenza superiore. Deve essere dotata di almeno una linea telefonica per pediatra in entrata e di una linea telefonica comune in uscita, segreteria telefonica, fax e/o e-mail.

Il gruppo deve garantire una risposta telefonica diretta (non mediata da segreterie telefoniche o risponditori) almeno per le ore di presenza del personale di studio.

I Pediatri associati in gruppo, purché assicurino l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere (ridotte a tre nel periodo estivo), distribuite nel mattino e nel pomeriggio, possono operare in altri studi del medesimo ambito territoriale.

Un gruppo non può essere costituito da più di sei pediatri. Ciascun pediatra può partecipare ad un solo gruppo.

È consentita la partecipazione al gruppo anche ai pediatri con massimale limitato non inferiore a 600 scelte.

Non possono effettuarsi variazioni di scelte all'interno del gruppo senza autorizzazione del pediatra scelto dall'assistito.

Si ritiene opportuno che i pediatri in gruppo:

- Definiscano, esplicitino ed adottino modalità per l'individuazione e il follow up di situazioni di rischio psico sociale e di disagio infantile;
- Condividano protocolli diagnostico terapeutici comuni;
- Adottino linee guida di educazione alla salute condivise;
- Adottino linee guida interne comuni per l'esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il compenso forfetario anno di Euro 3,62 (€ 7.000) per ciascun assistito in carico al singolo pediatra costituente il gruppo viene erogato con cadenza mensile con lo stipendio del mese successivo.

L'attribuzione delle quote per il collaboratore di studio va confermata a tutti i pediatri operanti in gruppo a condi-

zione che il collaboratore sia presente per un orario complessivo non inferiore ad almeno 18 ore settimanali nel caso di due medici, 24 ore settimanali nel caso di tre medici, 30 ore settimanali nel caso di quattro medici, a tempo pieno nel caso di un numero maggiore di medici

La presenza del collaboratore con qualifica di infermiere professionale deve essere garantita per un orario pari al 50% almeno di quello determinato come sopra.

L'indennità liquidata per il collaboratore non può comunque eccedere la spesa effettivamente sostenuta.

Qualora i pediatri facenti parte del gruppo decidano di costituirsi, ai fini della suddivisione delle spese dello studio, nell'associazione professionale denominata "studio associato", su richiesta dei singoli pediatri l'ASL provvederà a versare una parte o la totalità degli emolumenti del medico all'associazione, fermo restando il versamento individuale della contribuzione ENPAM.

Ciascun pediatra facente parte del gruppo comunicherà all'ASL la somma da accreditare mensilmente allo studio associato.

Tale impegno avrà la durata di un anno tacitamente rinnovabile, fatti salvi i casi di scioglimento dello studio associato o di riduzione, per qualsiasi motivo, della retribuzione dei pediatri al di sotto della somma di cui era previsto l'accredito allo studio associato stesso. In tal caso l'impegno verrà immediatamente revocato e si provvederà ad una revoca degli accordi.

L'ASL provvederà a fornire ai singoli pediatri la distinta dei versamenti effettuati per loro conto allo studio associato.

La gestione dello studio associato è regolamentata secondo quanto liberamente pattuito dai pediatri facenti parte del gruppo. La costituzione dei pediatri del gruppo in "studio associato" non comporta la trasformazione giuridica dello studio in "poliambulatorio".

### Pediatria in associazione

L'associazione può essere costituita da un minimo di 2 PLS. Ciascun PLS può partecipare ad una sola forma associativa. Al fine di estendere il più possibile le forme associative è consentito che PLS che operano singolarmente si associno ad un gruppo già costituito.

Non possono effettuarsi variazioni di scelte all'interno dell'associazione senza autorizzazione del pediatra scelto dall'assistito.

Deve essere assicurata dai medici dell'associazione assi-

stenza complessiva, nelle varie sedi, per almeno 5 ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio con l'apertura di almeno uno studio fino alle ore 19, oppure per almeno 6 ore giornaliere con l'apertura di almeno uno studio fino alle ore 18.

Il compenso forfettario anno di Euro 3,10 (€ 6.000) per ciascun assistito in carico al singolo pediatra costituente la forma associativa viene erogato con cadenza mensile con lo stipendio del mese successivo.

I pediatri in associazione partecipano alla incentivazione della "copertura assistenziale diurna", cui sono riservati i fondi non utilizzati del plafond determinato dagli Accordi Regionali per le forme associative, garantendo orari giornalieri superiori alle cinque ore, con l'apertura di almeno uno studio fino alle ore 19, oppure superiori alle sei ore, senza prolungamento fino alle 19.

Relativamente al 2001 partecipano, ad esaurimento, al riparto del fondo di € 299.697,54, riservato alla copertura assistenziale diurna, anche i pediatri in gruppo.

Le parti si impegnano a rivedere per il 2002 il progetto "copertura assistenziale diurna", con il riconoscimento di incentivi a tutti i pediatri che ampliassero l'orario giornaliero di apertura dell'ambulatorio.

### Pediatria in rete

La pediatria in rete si caratterizza quale modulo complementare non sostitutivo rispetto alla pediatria di gruppo ed in associazione e ad esse collegato per consentire:

- un livello superiore di comunicazione di dati ed informazioni sanitarie tra pediatri e tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o ospedaliere pubbliche ed accreditate;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione.

Sono previsti i seguenti requisiti:

- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;
- gli studi in rete sono collegati fra loro con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

- utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e disponibilità ad un'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi;

Ai PLS individuati dalla regione sentito il comitato regionale di cui all'articolo 12 dell'ACN, che svolgono la propria attività associativa aderendo alla pediatria in rete, è corrisposto un compenso forfettario annuo aggiuntivo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 1.55 (€ 3.000) corrisposte con cadenza mensile con lo stipendio del mese successivo.

### Dichiarazione congiunta

Si concorda che il delegato della forma associativa, previsto dal DPR 272/2000, non riveste un ruolo di coordinatore, ma svolge funzioni di raccordo funzionale e professionale e di rappresentanza organizzativa nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei Medici.

Norma finale

Sono confermate, fino a diverso accordo tra le parti, tutte le forme associative già in essere ad oggi, fatta salva la necessità di adeguarsi ai requisiti del presente accordo entro tre mesi dalla comunicazione alle ASL (dodici mesi per l'adeguamento dei requisiti strutturali).

I compensi previsti dal presente accordo sono corrisposti per le nuove costituzioni di forme associative a far data dal deposito dell'atto costitutivo presso l'ASL. Per le forme associative già in essere i compensi sono corrisposti a partire dal 01/01/2001.

Al fine di promuovere la capillarizzazione delle forme associative e la qualificazione dell'attività ambulatoriale del pediatra si concorda di garantire l'erogazione dell'indennità di collaboratore di studio ai pediatri in forma associata e non anche oltre le percentuali previste dall'A.C.N. nei limiti delle disponibilità economiche complessive previste dagli istituti di cui all'art. 41 DPR 272/2000.

### Forme associative PLS-MMG

È possibile in via sperimentale, costituire forme associative miste tra gruppi/associazioni di PLS e gruppi/associazioni di MMG nel rispetto dei compiti previsti dai rispettivi AA.CC.NN., previo parere favorevole dei Comitati Aziendali.

# I rischi della devolution

*Alla resa dei conti la devolution sanitaria, se non governata con equità, rischia di compromettere gravemente il diritto dei cittadini a ricevere una buona ed uniforme qualità delle cure su tutto il territorio nazionale.*

*Ci sono sembrati di particolare interesse, su tale argomento, sia parte del rapporto Censis, sia alcuni commenti ad esso pubblicati su Repubblica, che vi proponiamo.*

## **Dal rapporto CENSIS**

### **Il rischio di disparità nella devolution sanitaria**

“...Il sistema sanitario si è caratterizzato come il principale laboratorio di sperimentazione della *devolution* nel nostro Paese e, tuttavia, l'ipotesi di un suo potenziamento si scontra con il rischio di un'accentuazione della tradizionale differenziazione territoriale dei livelli di offerta.

Se la sanità continua a catalizzare le preoccupazioni e le aspettative di cambiamento degli italiani (il 34,2% degli intervistati ritiene opportuna una riforma urgente e radicale della sanità), il 52,6% valuta non positivamente l'impatto della regionalizzazione sulla qualità della sanità nella propria regione (anche se c'è una spaccatura tra il Nord che ha un giudizio positivo ed il Centro-Sud negativo). Inoltre, gli utenti esprimono una maggioritaria voglia di equità poiché il 93,6% degli intervistati ritiene che le Regioni dovrebbero fornire tutte le stesse prestazioni sanitarie, il 75,8% è contrario ad una differenziazione regionale nei costi delle cure, il 73% non ritiene opportuno pagare un contributo aggiuntivo (ad es. l'1% in più sulle tasse regionali o ticket maggiorati) per avere in cambio maggiori prestazioni sanitarie nella propria regione.

Gli indicatori di disparità territoriali dell'offerta sono evidenti: l'analisi dell'indice di dotazione tecnologica evidenzia come nel Nord-Est l'indicatore è pari a 22,5, nel Nord-Ovest a 18,6, al centro è pari a 18,5 mentre al Sud-Isole risulta pari a 13,7 e anche gli indicatori relativi all'accessibilità (orari di accesso alle Asl, durata media delle file), ai reclami degli utenti con i Pit, alla soddisfazione per i servizi ospedalieri, all'efficacia e all'appropriatezza relativi ai ricoveri per acuti, consentono di fare un quadro dell'offerta sanitaria chiaramente penalizzante per gli utenti del Centro e, soprattutto, delle Isole.

Anche in relazione ai nuovi e più articolati fattori di segmentazione della domanda di salute (come la quantità e la qualità delle informazioni accumulabili, le potenzialità di investimento privato e la capacità di autogestire la propria salute mediante attività di prevenzione primaria) la disparità territoriale è forte. Ad esempio al Centro (30,8%) ed al Sud (32,3%) è molto più consistente la percentuale di utenti, rispetto al Nord-Ovest (13,3%) ed al Nord-Est (6,1%), che ritiene insoddisfacenti le informazioni fornite dal personale sanitario nel corso di una malattia e qualità delle informazioni che ottengono dai servizi sanitari. In termini di spesa sanitaria privata si passa da 285.411 mila lire di spesa media mensile effettivamente sostenuta dalle famiglie al Nord-Ovest a 203.186 mila lire nelle Isole...”.

*“La Repubblica”, 8 Aprile 2002 pagina 18*

### **I poteri delle Regioni e la deriva della sanità**

“L'impatto congiunto del prevalere della Destra e della sciagurata riforma federalistica, propugnata anche dalla Sinistra, sta sfasciando una delle poche, grandi conquiste sociali del nostro Paese, quel Sistema sanitario nazionale, alla cui base vi era il principio di garantire a tutti i cittadini la prevenzione e la cura delle malattie, addossandone il costo, tranne qualche modesto ed utile correttivo, all'Erario, attraverso il prelievo fiscale, proporzionale al reddito. Vale la pena di ricordare questi principi elementari perché la loro applicazione corrispondeva a criteri di

eguaglianza, di giustizia distributiva e di solidarietà, almeno per quanto riguarda il diritto a cure analoghe per ricchi e poveri, per i cittadini delle metropoli industriali del Nord e per quelli del più povero quartiere delle periferie meridionali. Alla base del sistema vi era la constatazione, ampiamente corroborata dalle statistiche e dai confronti internazionali, della impossibilità per la stragrande maggioranza della popolazione di affrontare privatamente i costi crescenti di una diagnostica sempre più raffinata e di una terapia a spettro sempre più vasto e sofisticato, soprattutto col prolungarsi dell'età media e col conseguente aumento del numero degli anziani. Si tratta di considerazioni al limite della banalità, eppure esse vengono soppiantate e rimosse dalla vulgata privatistica, che scarica sugli individui e le famiglie costi crescenti, non sempre affrontabili, se non dai più ricchi.

Nel contempo viene buttata nella pattumiera, come un'inutile residuo, il patrimonio prezioso dell'unità solidale della Nazione, in nome della cosiddetta devoluzione alle Regioni. Così nelle zone dove il reddito medio è più alto gli abitanti potranno sperare (forse) di conservare un decente livello di prestazioni, mentre laddove risulta più esiguo, ci si dovrà rassegnare a cure sanitarie decrescenti.

"In cinque minuti siamo tornati all'Italia preunitaria, ma nessuno, però, sembra accorgersene", mi ha detto, affranto, un medico di famiglia.

Eppure per avvertirsene basta sfogliare l'ultimo Rapporto del Censis dove si legge che "con il processo di trasferimento delle competenze e dei poteri sanitari alle Regioni appare elevato il rischio di una accentuazione della tradizionale differenziazione territoriale dei livelli di offerta... con nuovi fattori di diseguaglianza sanitaria". I cittadini, peraltro, debbono già essersene resi conto, se, a pochi mesi dalla devoluzione alle Regioni, il 52,6% fornisce una risposta negativa sull'esito dell'autonomia regionale in campo sanitario. Se, poi, si disaggrega il sondaggio Censis per aree territoriali "si evidenzia una spaccatura netta tra Nord e Centro Sud", dove il 66% risulta contraria. Ancor più significativo il dato che vede federalisti e anti-federalisti uniti – al 93,6% – nell'opinione secondo cui le Regioni dovrebbero fornire tutte le stesse prestazioni sanitarie, mentre il 75,8% è contrario a una differenziazione regionale dei costi delle cure e il 73% non ritiene opportuno pagare contributi fiscali o ticket aggiuntivi in cambio di maggiori prestazioni regionali.

Ecco come un giornale non sospetto di simpatie a sinistra, "Il Sole-24 Ore" (11 marzo scorso) descrive la situazione: "Aggirandosi tra ticket che rinascono, farmaci retrocessi di classe, balzelli locali... e dulcis in fundo... il tentativo di ridurre i posti letto e dunque i ricoveri... il fai-da-te regionale per contenere la spesa sanitaria... è un guazzabuglio in continua evoluzione... che al momento vede soprattutto le Regioni governate dal Centro-destra tra le più aperte al ricorso ai ticket e alle tasse". Per capire come queste decisioni di carattere generale incidano sui singoli individui è consigliabile scorrere quei brani di vita vissuta, riportati, talvolta, dalle "lettere al direttore" di qualsiasi quotidiano. Ne scegliamo una dalla "Stampa" del 28 marzo, dove la signora Viviana Peretti racconta come suo padre, operato all'intestino, abbisogni, per le necessità fisiologiche, di appositi sacchetti applicabili alla cute, dal costo di 450 euro ogni tre mesi. "Mio padre è un pensionato e finora ci pensava il Ssn. Con la nuova legge regionale, il 50% della spesa sarà a suo carico. Ma quel che mi ha fatto ancor più indignare è la pretesa di far pagare totalmente ai malati terminali le cure palliative per alleviare il dolore. Questi signori dovrebbero provare sulla loro pelle cosa significhi. Pensavo di vivere in un Paese civile in cui la dignità della persona fosse al primo posto".

*Dal Comunicato ANSA del 7 giugno  
Corte dei Conti: di 17.614 milioni di euro il debito 2001*

## È la sanità il buco nero della spesa delle regioni: 15,8% di spesa totale

“...La sanità si conferma, anche per il biennio 2001-2002, il buco nero della spesa delle regioni e l’obiettivo di risparmio e contenimento della spesa corrente, sia ordinaria che sanitaria, “non può dirsi realizzato”.

Lo afferma la Corte dei Conti nella relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni presentata il 7 giugno, che giudica “allarmante” il tasso di crescita del fabbisogno sanitario... Per il 2002 a preoccupare i giudici di viale Mazzini sono soprattutto “l’inusitata effervescenza della spesa farmaceutica”, già evidente nei primi tre mesi dell’anno (+ 14-15%), l’aumento del costo del personale del comparto e gli effetti che si determineranno per le scelte del governo “in tema di riduzione delle liste di attesa”.

Ma dall’analisi economica della spesa sanitaria emerge che “componenti di maggiore peso percentuale” sono: personale, beni e servizi, ospedaliera convenzionata, che nel 2000 e 2001 rappresentano rispettivamente il 37%, il 22,5% e l’11,4% del totale, mentre la farmaceutica pesa percentualmente del 12,5% nel 2000 ma assorbe maggiore margine di composizione nel 2001 con il 15,8%. Prevale la spesa ospedaliera (circa il 49% della spesa totale), segue il costo delle prestazioni in ambito distrettuale (40%) mentre resta al palo la prevenzione (3%). A rischio, secondo la magistratura contabile, il “raggiungimento degli obiettivi di stabilità” previsti dall’accordo governo-regioni dell’agosto 2001. A “rimettere in discussione gli obiettivi indicati” è l’emergere di una “ulteriore lievitazione nei disavanzi 2001 per oltre 5.600 miliardi di lire (2.892,25 milioni euro) rispetto alla già avvenuta integrazione di 6.608 miliardi (3.412,74 milioni euro), come pure i risultati peggiorativi dell’anno 2000 (deficit di 10.001 miliardi a fronte di 7.080 previsti).

Se le previsioni pessimistiche dei controllori della spesa pubblica verranno confermate, ad intervenire sarebbe “la sanzione”, da applicare inevitabilmente per riportare il tasso di crescita della spesa al 3,5% e che metterebbe “a rischio la stessa possibilità di garantire quei livelli essen-

ziali di assistenza (LEA) che il governo centrale intende assicurare ma per i cui costi è stata riconosciuta l’esigenza di un finanziamento pari nel 2001 a 138.000 miliardi di lire”.

L’anno nero della sanità rimane comunque il 2000, che ha segnato il picco più elevato (+ 9%) del tasso medio di crescita registrato nel quadriennio 1998-2001.

È soprattutto la spesa farmaceutica pubblica a mettere a dura prova i bilanci delle regioni. Ecco alcuni “numeri” contenuti nella relazione che la Corte dei Conti ha presentato oggi.

### Spesa farmaceutica pubblica

Ha assorbito nel 2001 il 15,8% della spesa corrente totale segnando un + 3,8% rispetto all’incidenza dei due anni precedenti. Con un aumento del 34,2% il 2001 è l’anno nel quale questa voce di spesa raggiunge un picco elevato e tocca i 22.476 miliardi di lire con un incremento di 5.729 miliardi sul 2000.

Tra le cause principali l’aumento dei consumi, l’incremento dei prezzi, lo spostamento delle prescrizioni verso farmaci nuovi e più costosi “che si coniuga spesso – scrive la Corte dei Conti – con l’invecchiamento della popolazione ed esigenze di cura più mirate”. Cresce poi il numero di ricette pro-capite che nel 2001 sale a + 20,6% rispetto all’anno precedente (+ 72 milioni di ricette). Anche per le ricette si registrano differenze tra le regioni: con una spesa netta per ricetta, in media nazionale, di 53.145 lire, i magistrati contabili mettono in cima alla lista dei virtuosi l’Umbria (47.263 lire), la Toscana (47.547 lire), l’Emilia-Romagna (48.818 lire) e la Basilicata (48.983). L’Italia, del resto, “è tra i paesi europei quello che fa registrare l’incremento maggiore” per questa spesa. Nel 2001 ha segnato il record di + 34% rispetto al 2000.

### Costo personale

è la voce che pesa di più, in termini percentuali: cresce a partire dal 2000 per gli accordi contrattuali sui quali non risulta vi sia "il monitoraggio richiesto dalla Corte dei Conti in tema di copertura. Quella del personale, inoltre, è una spesa diversa da regione a regione: rispetto al peso percentuale medio del 37,2% nel 2000, livelli superiori si registrano in quelle regioni dove la componente dei ricoveri convenzionati equiparati pubblici è meno estesa o inesistente: così in Umbria (44,4%), Calabria (42,4%), Toscana (42,6%), Emilia-Romagna (39,6%) e Veneto (38%). Risultato opposto, per quelle regioni dove la presenza di Istituti a carattere scientifico, Policlinici universitari è forte e il costo del personale "è incluso in altra voce economica". Ad esempio in Lazio (31,7%), Lombardia (33,2%), Puglia (34,5%) e Campania (33,9%).

### Spesa beni e servizi

"Mancato l'obiettivo" di contenimento della spesa per beni e servizi nonostante i provvedimenti assunti già dal 1994. Misure di razionalizzazione per questo capitolo di spesa sono contenute nella finanziaria 2000: l'esito del 2000 "conferma l'andamento in crescita (+14,4%). Maglia nera, perché "sopra la media nazionale" sono la Campania (28,6%), la Calabria (23,2%), il Lazio (19,2%), l'Umbria (20,3%) e la Liguria (19,1%).

#### Ospedaliera convenzionata

Grafico in salita anche per questa voce: La Lombardia dichiara per il 2000 una crescita percentuale "pari a oltre il 50% della spesa registrata nel '99". Crescono anche i costi della Calabria (+30,6%), dell'Umbria (+16,3%) e del Lazio (+9,4%). Complessivamente la spesa ospedaliera "assorbe il 49% della spesa totale.

### Assistenza ospedaliera

In soli tre anni, a partire dal 1997, la spesa ospedaliera è cresciuta del 15%. Nel 2000 – scrivono i magistrati contabili – l'aumento rispetto al '99 è pari a 5.892 miliardi con un incremento percentuale del 9,8% "assai superiore al tasso di evoluzione della spesa sanitaria corrente complessiva (+62%). Anche in questo caso è il costo del personale ad incidere in modo significativo (51,8%).

### Esportare pazienti paga

La massiccia "esportazione di pazienti dal Sud-Isole al Centro-Nord" fa sì che le prime possono dichiarare una spesa media pro-capite inferiore alla media nazionale. Naturalmente il problema è solo spostato geograficamente, infatti, sono le regioni del Nord a dover sopportare un aggravio maggiore.

La Corte dei Conti ha comunque evidenziato, nel variegato quadro delle regioni, i casi "particolari" di Lazio, Lombardia e Emilia-Romagna. La regione Lazio vanta il primato del disavanzo: 1.701 miliardi di lire nel 2001: alta l'incidenza della spesa ospedaliera (cresce più della media nazionale); notevole il ricorso all'ospedalità privata (98 case di cura accreditate). A penalizzare Lombardia ed Emilia-Romagna è invece "l'incidenza della popolazione anziana (oltre 65 anni). Diversa comunque la situazione: in Lombardia la piena parità pubblico-privato, senza applicazione di abbattimenti tariffari per prestazioni eccedenti, ha determinato una elevata risposta sanitaria con riduzione dei tempi di attesa ma incremento della spesa del 6,7%. Giudicata invece "vincente" dai magistrati di viale Mazzini in termini di controllo della spesa "la linea dell'Emilia-Romagna" che ha un tasso di crescita della spesa sanitaria di "appena" il 2,3%.

### Ricerca su cause lievitazione costi: analizzati modelli e strumenti delle regioni

Le Regioni, nel settore della sanità, usano strumenti e metodi di lavoro diversi. Sta forse in questo la spiegazione del fatto che Regioni omologhe (ovvero che operano in condizioni simili) abbiano approcci diversi in materia di spesa sanitaria. È per chiarire i motivi di tali dissimili comportamenti che la Corte dei Conti ha chiesto alle sue sezioni regionali di effettuare una ricerca sulla spesa farmaceutica. Una ricerca che, ha detto il presidente della Corte dei Conti, Staderini, non intende stilare "pagelle o graduatorie", ma "solo richiamare l'attenzione degli amministratori, degli esperti e anche della stampa per avviare un riflessione laddove in certe Regioni si sono conseguiti risultati più deludenti rispetto a Regioni in situazioni similari, e quindi avviare autocorrezioni".

"È la prima volta che in Italia – ha detto ancora Staderini – che si avvia una indagine del genere, a livello ufficiale, non da parte di istituti di ricerca privati". Staderini ha, in proposito, parlato dei "modelli" Lombardia ed Emilia Romagna, il primo ispirato ad un modello liberista, il secondo che privilegia le strutture pubbliche. "Ed entrambe queste Regioni – ha sottolineato – si collocano a livelli di eccellenza".

## La virtù della metafora

# “A voce de’ creature” il Pediatra visto ... dai bambini

Vincenzo Di Crosta

Edita da Giuseppe De Nicola, l'opera raccoglie una parte dei numerosissimi disegni dei bambini invitati a rappresentare il proprio pediatra – a onor del vero a seguito di un'iniziativa del dr Antonio Improta, segretario della provincia di Napoli della Federazione Italiana Medici Pediatri, fu bandito un concorso, ormai terminato a seguito del quale vi sono stati anche vincitori e relativi premi esattamente un anno fa – con la sapiente guida di Annamaria Improta e di Perla Maria Fiumani, rispettivamente psicopedagogista e psicologa. I disegni dei bambini sono stati suddivisi dalle due autrici per fascia d'età (4-6 aa, 7-9 aa, 10-12 aa e 13-14 aa) e per categorie interpretative secondo la costante individuata nel disegno (La “figura” del pediatra, Il pediatra in “azione”, Metafore, Contesto, Fumetti e Ironiche – con un po' di humor ...).

Nella Presentazione, le autrici sottolineano l'intenzione con cui fu avviato il concorso “Disegna il tuo dottore ...”, e cioè l'interesse innanzitutto di cogliere “a voce de’ creature”, ma anche di invitare la categoria dei pediatri a stimolare la propria utenza a descriverla, a fornirne perciò un'immagine percepita dall'altro, lontano da quella troppo spesso rassicurante e narcisistica offerta dallo specchio nelle mura domestiche. L'adesione della categoria all'invito è dunque un evidente segno di maturità, se è vero, com'è vero, che il miglioramento dell'individuo beneficia del continuo confronto con l'altro.

Sebbene, per rigore metodologico nonché per semplicità espositiva, le autrici abbiano individuato la costante “metafora” soltanto nel terzo gruppo di disegni, ci piace sottolineare le qualità del tutto metaforiche insite nell'espressione del bambino, soprattutto sul versante del disegno. La capacità di intuire, percepire, vedere e rappresentare (con il disegno e/o con il linguaggio) *altre* realtà nell'oggetto/soggetto con il suo contesto che ci sta innanzi è un dono di madre natura, che ha consentito alla specie uomo, secondo la maggior parte degli studiosi dell'evoluzione – per esemplificazione citiamo un'opera di Terrence W. Deacon, professore associato di antropologia biologica presso il McLean hospital alla Harvard Medical School di Boston dal titolo molto significativo “La specie simbolica” – il vantaggio selettivo decisivo nei confronti delle altre specie animali. Ebbene, lo stupore della maggior parte dei pediatri di famiglia è dinanzi all'indubbia dote metaforica dei bambini e dei ragazzi ! Il bambino intravede nel pediatra ciò che supera la figura istituzionale e professionale, cui, invece, troppo spesso il pediatra di famiglia stesso desidera assomigliare e da qui, se-



condo noi, origina la sua meraviglia! La facilità della metafora nel bambino e lo stupore dell'adulto dinanzi ad essa - tangibile segno di assenza di domestichezza con la metafora da parte dell'adulto – alludono, forse, ad un'inversione di tendenza sul piano dell'ontogenesi di ciò che nella filogenesi è accaduto nel corso dei millenni? Nello sviluppo dell'essere umano, dall'infanzia all'età matura, nell'era contemporanea c'è forse qualcosa che determina dal ridimensionamento alla scomparsa delle capacità metaforiche, ossia quelle capacità simboliche, in virtù delle quali ci differenziamo nettamente dalle altre specie animali e che sembrano relegate ormai soltanto all'*individuo artista*? Che Giuseppe, un ragazzo di 9 anni, abbia immaginato – inconsapevolmente? – il proprio pediatra come un van Gogh in erba è forse significativo che dall'orizzonte dell'infanzia la *specie simbolica* non è scomparsa?

Le virtù metaforiche dei bambini inducono alla constatazione, non meno importante, dell'aspettativa fiduciosa da parte dell'infanzia dinanzi la realtà, in quanto il superamento della figura istituzionale e professionale del pediatra di famiglia è significativo della possibilità, sempre aperta, di accogliere elementi di similitudine e di risonanze di *altre* realtà. D'altra parte, il disegno del bambino, simbolismo di uno stato emotivo più che di un gusto estetico – così come le due autrici sottolineano – esprime un'interiorità, il cui equilibrio non sempre è l'oggetto delle cure assistenziali. Se il bambino esprime con il disegno le virtù irrinunciabili della metafora, la sua pittura obbliga quanti chiamati per natura e per professione alla sua assistenza allo sforzo della comprensione di un'interiorità, il cui equilibrio è lo sfondo del ben-essere.

L'interpretazione del disegno infantile è già materia per specialisti dello sviluppo, eppure “a voce de’ creature” è una sfida lanciata al pediatra di famiglia. Il disegno del bambino e del ragazzo risuona della loro interiorità, e in una visione olistica della medicina la disponibilità ad accogliere elementi che riflettano lo stato emotivo dell'essere umano deve divenire esperienza comune di quanti intendano assistere il bambino nella sua crescita.

2° Congresso FIMP Napoli

## Quale futuro per la Pediatria di Famiglia?

Ovvero ITACA...l'isola che non c'è.

Patrizia Gallo

Si è svolto a Napoli dal 17 al 19 Maggio il 2° Congresso FIMP Napoli.

Presenti alla inaugurazione il Presidente FIMP Pier Luigi Tucci, il Segretario Nazionale Giuseppe Mele, il Presidente SIP Francesco Tancredi e in rappresentanza delle Istituzioni Andrea Losco, Alfredo Ponticelli ed Enzo Del Vecchio, rispettivamente per il saluto di Regione, Comune e Ordine dei Medici di Napoli.

Il Congresso, in linea con il progetto che la FIMP Napoli porta avanti dal febbraio 2000, anche in questa occasione ha avuto un preciso obiettivo: dare alla pediatria di famiglia napoletana (e di riflesso italiana) il prestigio e la dignità che le compete in un momento nel quale si respira un'aria di grande incertezza sul suo futuro. I grandi cambiamenti del nostro tempo, con le riforme annunciate, la devolution, i nuovi scenari del SSN imponevano una attenzione particolare che il Congresso ha cercato di fornire attraverso le sessioni propriamente sindacali, ma anche attraverso quelle scientifiche svolte con *taglio* molto pratico.

Tutto ciò ha portato alla realizzazione di un Congresso pensato e realizzato da e per i Pediatri di Famiglia, con contenuti formativi che non sono stati solo cultura statica ma si sono integrati nella realtà e nella pratica quotidiana. Ciascun Pediatra di Famiglia relatore in sede congressuale ha portato la propria esperienza maturata sul campo, oltre che la propria bravura di relatore, e l'ha offerta ai colleghi con la massima semplicità e spontaneità.

Proprio questa spontaneità ha reso speciale l'evento congressuale, insieme alle ottime capacità di interazione con il pubblico dei nostri Pediatri di Famiglia.

Si è parlato e discusso quindi di modelli associativi, di

qualità della vita dei Pediatri ed in particolare delle Pediatre di famiglia, di farmaci e controllo della spesa sanitaria, e ancora di alimentazione e di ipoacusia, di self-help chirurgico ambulatoriale.

Ne è derivato un Congresso piacevole, seguitissimo dai partecipanti, sia per i contenuti formativi che per quelli sindacali che sono risultati perfettamente armonizzati tra loro.

Tra i momenti più simpatici di questo Convegno c'è stata la presentazione del libro "A voce de' creature", nato da un'iniziativa del Segretario Provinciale Antonio Improta in occasione del 1° Congresso FIMP Napoli. Il libro è una raccolta di disegni di bambini sul tema: "Disegna il tuo dottore...". I bambini, liberamente e senza remore, hanno potuto vivere, attraverso il disegno, il Pediatra come figura amica o come colui del quale avere timore, ma anche realizzare, mediante il disegno, uno spaccato del proprio vissuto emozionale.

Lunedì 20 maggio a Roma, il libro è stato presentato al Sottosegretario di Stato On. Antonio Guidi ed al Ministro della Salute On. Girolamo Sirchia da Pier Luigi Tucci, Raffaele D'Errico ed Antonio Improta.

Arrivederci al prossimo Congresso augurandoci di continuare a navigare alla volta di Itaca!

*Nota:*

*Gli Atti del Congresso e il libro rassegna "A voce de creature" possono essere richiesti a:*

*FIMP Napoli, Corso A. Lucci 121- 80142 Napoli*

*Tel.: 081.563.30.30 Fax.: 081.563.09.29*

*E-mail: [sede@fimpnapoli.org](mailto:sede@fimpnapoli.org)*

*Il percorso non medico nello studio pediatrico:  
i suggerimenti di un assistente di studio*

## Idee per un addestramento al front-line

Ugo Pennacino\*

*“Se hai un servo fedele, trattalo come un fratello, poiché ne hai bisogno come della tua vita” Ecclesiastico 33/32 TR.A.SISTI.*

<b>Soccorso</b>	<i>Teoria</i>	“il primo soccorso” del Dott. F. Coraggio Essebiemme Editore “I traumi del bambino” dei Dott. Di Marchi e Messi, ed Percorsi Editoriali. “Le intossicazioni acute” del Dott. Canari, ed Percorsi Editoriali.
	<i>Pratica</i>	Brevetto F.I.N. Federazione Italiana Nuoto. Corso Volontario Croce Rossa. Aggiornamento da programmare con corsi Distrettuali, per aiutare il medico nel Triage e nelle prestazioni professionali aggiuntive. Self-Help.
<b>Amministrazione</b>	<i>Teoria</i>	Sistema Operativo Window 98 o XP. Software Fimed Infanzia o Junior Bit Sosepe. Prenotazione visite specialistiche in rete. Lingua inglese per selezionare stampa articoli medici da Internet. “Vademecum per la medicina generale” di A. Bahous Ed. MDR S.a.s. per ricette, impegnative, certificazioni. Nozioni di Medicina Legale. Nozioni di Farmacologia.
	<i>Pratica</i>	Gestione del Triage Telefonico mediante protocolli concordati. Servizio di reception per i genitori. Servizio di segreteria per il medico.
<b>Sicurezza</b>	<i>Teoria</i>	Prevenzione e Protezione dello Studio Medico Normativa sulla sicurezza L. 626/94.
	<i>Pratica</i>	Piani di evacuazione ed utilizzo degli estintori.
	<i>Teoria</i>	Prevenzione e protezione del medico. Tecnica di comunicazione e gestione del confronto. “Bliz defence” di K. Kernspecht Ed. Wushu “Close Protection” VHS di Jesus Eguia, rivista Budo International
	<i>Pratica</i>	corso di difesa personale.

È utile e qualificante un collegamento in rete con il Distretto Sanitario, il Sindacato Pediatri e l'Ospedale infantile di zona.

L'assistente dello studio è persona di fiducia ed al Vostro servizio. Non fatelo diventare una specie in via di estinzione. Buon lavoro!

\* Assistente di studio da cinque anni, figlio di un Pediatra del Piemonte

## Lottiamo assieme contro la SIDS

Scudo ha tutti i diritti riservati. È un marchio registrato.



*Chiar.mo Presidente della Società Italiana di Pediatria  
Chiar.mo Presidente Federazione Italia Medici Pediatri  
Chiar.mo Presidente Società Italiana di Neonatologia  
Chiar.mo Presidente Società Italiana Pediatria Preventiva e Sociale  
Chiar.mo Segretario Nazionale Federazione Italiana Medici Pediatri*

Chiar.mo Presidente,

Le scrivo non come collega ma come Presidente di un'Associazione che da anni cerca di arginare il dramma SIDS, in tutti i suoi aspetti e manifestazioni.

Dall'assistenza alle famiglie colpite dall'evento, al cercare di fare informazione corretta su un tema così inquietante, al finanziare la ricerca, al cercare, infine, di fare prevenzione, colmando un vuoto assoluto in questo campo. Vuoto lasciato dalle istituzioni e non mi riferisco solo al Ministero della Sanità, che recentemente ha fatto comunque passi ufficiali e importanti per la prevenzione della SIDS, ma anche e, soprattutto, alle Società Scientifiche.

Come certamente saprà la SIDS è ancora oggi la prima causa di morte nel primo anno di vita. Probabilmente lo è anche in Italia dove tuttavia non sono disponibili dati ufficiali. Una delle poche certezze acquisite nel campo della prevenzione è che basterebbe attuare **3 semplici raccomandazioni da dare ai genitori dopo il parto:**

**posizione supina nel sonno, evitare l'ipertermia e il fumo di sigaretta pre e post partum) per fare una prevenzione efficace.**

L'effetto delle "back to sleep campaigns" in termini di riduzione del rischio di SIDS (40-60% in meno di mortalità' specifica in tutti i paesi dove queste campagne sono state effettuate) non penso che meriti particolari commenti, essendo già stato ampiamente discusso e documentato da dati epidemiologici inconfutabili contenuti nella vastissima letteratura dell'ultimo decennio.

Campagne come queste in Italia non erano mai state condotte ma, dopo un percorso estremamente complesso, nel cui merito non entro, da qualche mese è partita la campagna anche in Italia, da noi promossa e finanziata, patrocinata dalla società Pubblicità Progresso e appoggiata direttamente dalla SIP e dalla FIMP, dalla Commissione Affari Sociali della Camera e, indirettamente, dal Ministero della Sanità. Tale campagna, basata su un breve spot trasmesso prima dalle reti Mediaset e da Telemontecarlo e poi, recentemente, dalla Rai, si può dire che abbia avuto un impatto forte sulla popolazione, a giudicare dal numero di chiamate che sono arrivate alla nostra segreteria. Queste chiamate ci hanno però messo di fronte a una realtà finora solo sospettata e accertata in modo frammentario e disomogeneo: **in Italia i bambini continuano a morire di SIDS in posizione prona.** Questo avviene un po' dappertutto, anche laddove i bambini nascono in centri universitari di fama, ed escono con la raccomandazione fatta ai genitori di

La FIMP concorda pienamente con i contenuti e i suggerimenti della lettera che il Presidente della Associazione Semi per la SIDS ha inviato al nostro Presidente Tucci e invita tutti i pediatri di famiglia a fare una campagna serrata contro la SIDS attraverso un'informazione scientificamente corretta ed efficace nei confronti dei genitori dei nostri piccoli pazienti. Non stanchiamoci perciò di suggerire loro:

- posizione supina nel sonno
- evitare l'ipertermia
- evitare il fumo di sigaretta pre e post-partum



Scientifiche vi sia anche quello di dare ai propri soci un indirizzo clinico, una linea guida cui attenersi. Un'informazione che viene dalla televisione può essere recepita da una mamma, difficilmente lo sarà da un pediatra che è convinto di fare già bene il suo mestiere. Ma quando quella mamma andrà dal pediatra a chiedere chiarimenti e si sentirà dire che sono solo mode del momento e che, anzi, mettere il bambino a pancia in su espone al rischio di rigurgito, non solo non avremo fatto prevenzione, ma avremo generato una confusione che getterà solo discredito a tutti coloro che cercano di fare prevenzione mediante informazione e alla pediatria stessa. Anche in ambito pediatrico il dibattito, che ho avuto modo di seguire in questi giorni anche tramite forum di discussione su Internet, è ampio e la confusione esprime la mancanza di posizioni ufficiali forti.

*Quello che mi permetto pertanto di chiederLe è di esprimere una posizione ufficiale della Società che presiede, sulla questione, raccomandando ad ogni vostro socio, mediante una lettera personale, le tre norme di prevenzione.*

*Mi permetto anche di chiederLe che in questa lettera venga segnalato che la posizione prona nel sonno è certamente un fattore di rischio forte per SIDS e, allo stato attuale delle evidenze scientifiche non ci si può permettere di "non crederci". Mettere i bambini in posizione supina non li salverà tutti. Molti di loro continueranno a morire per SIDS e, inoltre, il meccanismo protettivo della posizione è ancora fonte di dibattito. Ciononostante la modificazione di questa abitudine dovrà provocare anche in Italia una decisa riduzione dei casi di SIDS anche prima di riuscire a spiegarne il perché. Mettere un lattante a dormire in posizione prona dunque sarà una pratica rischiosa e da evitare.*

Certo che questa mia lettera riceverà la Sua personale attenzione e quella del Consiglio Direttivo cui la sottoporrà, la saluto cordialmente

Paolo Turchi

Per saperne di più sul Congresso:  
 Associazione Semi per la SIDS  
 Piazza SS.ma Annunziata, 12  
 50122 - Firenze  
 Tel/Fax 055 2345036  
 e-mail [posta@sidsitalia.it](mailto:posta@sidsitalia.it)/congress  
 web site: [www.sidsitalia.it](http://www.sidsitalia.it)

mettere i loro figli a dormire a pancia in giù o, quando va bene, sul fianco.

Non c'è dubbio pertanto che nel nostro Paese molti bambini "sani" muoiono di SIDS in buona parte perché ci sono ancora colleghi che ritengono la posizione supina nel sonno una moda transitoria, piuttosto che un efficace strumento di prevenzione.

I pediatri italiani danno ai neo genitori le informazioni ottenute dalle fonti istituzionali di informazioni credibili: l'Università e le società scientifiche. Lo so che basterebbe che ciascuno di loro si aggiornasse, leggesse e tenesse in considerazione gli opuscoli sulla prevenzione e c'è chi, onestamente, lo fa. Ma stiamo parlando di iniziative personali e casi isolati. Ci sono membri della nostra Associazione che hanno proposto di denunciare alla magistratura per "malpractice" medica ogni pediatra di bambino morto per SIDS in posizione prona, laddove sia chiara la raccomandazione del pediatra in questo senso. Questa linea, così dura, ha aperto un ampio dibattito interno, dal quale è scaturita la decisione di scrivere questa lettera.

Credo che tra i doveri istituzionali delle Società

## ... ancora a proposito di acido niflumico

Spettabile Redazione,

Abbiamo letto su Il Medico Pediatra di dicembre 2001 un documento redatto dalla commissione APREF per la ricerca nel quale si fanno alcune osservazioni e si propongono alcune riflessioni in merito allo "Studio sull'incidenza delle Sindromi mucocutanee in pediatria a seguito dell'assunzione di acido Niflumico".

Proprio nell'ottica, auspicata nel documento, di una maggiore collaborazione tra pediatri e ricercatori riteniamo doveroso e importante chiarire alcuni aspetti che evidentemente non sono risultati molto chiari dalla lettura del protocollo da noi proposto (e non da una "società privata di Servizi a carattere commerciale" che ha solo un ruolo operativo).

Lo studio in questione nasce da una esigenza confermata sia dall'Istituto Superiore di Sanità che dal Ministero della Sanità di valutare se esiste un rapporto tra la somministrazione di farmaci contenenti acido Niflumico nei bambini e la comparsa di sindromi mucocutanee.

I risultati di un recente studio caso controllo su bambini afferenti ad un servizio di pronto soccorso pediatrico ospedaliero hanno evidenziato un'associazione tra sindromi mucocutanee e assunzione di acido niflumico/morniflumato (d'ora innanzi chiamato "acido niflumico") o antibiotici (*Menniti Ippolito, Arch Dis Child 2001*)<sup>1</sup>. Dal momento che uno dei criteri per giudicare se esiste un rapporto causa-effetto in presenza di associazioni statisticamente significative è la persistenza delle associazioni in studi indipendenti<sup>2</sup>, è d'obbligo proporre un secondo studio che possa fornire elementi per confermare o confutare i risultati già ottenuti.

Al fine di rendere più comprensibile la nostra risposta, articoliamo questa lettera riportando (in corsivo e sottolineato) alcuni punti sollevati nel documento APREF con di seguito i nostri commenti.

**1) Non vi è alcun coinvolgimento dei ricercatori nel pensare e formulare il protocollo dello studio e tanto meno nell'esplicitazione del "bisogno" di una ricerca di questo tipo.**

Per la elaborazione del protocollo sono richieste competenze epidemiologiche che i pediatri generalmente non possiedono. Sarebbe poco professionale e non scientifico fare elaborare il protocollo da persone diverse da quelle che hanno la competenza tecnico-scientifica – in tutti i campi, non solo quello epidemiologico. Secondo

noi è quindi corretto che il protocollo sia stato elaborato centralmente peraltro in stretta collaborazione con pediatri sia universitari che di famiglia.

Per quanto riguarda "l'esplicitazione del bisogno", questa consiste nei risultati dello studio dall'ISS che toccano da vicino i pediatri e non si possono ignorare nella nostra pratica. Dovremmo forse svolgere studi sulle reazioni avverse da farmaci solo ed unicamente se nascono dalle segnalazioni dei pediatri?

**2) Il concetto di "rete" è inteso solo in senso unidirezionale, cioè dai singoli ricercatori al gruppo di coordinamento. Infatti ciascuno di noi riceve per posta elettronica l'invito e il protocollo, non conosce gli indirizzi degli altri ricercatori, partecipa individualmente alla ricerca, riceve le informazioni di rimando alla fine della stessa, non sa nulla di quello che pensano e rilevano gli altri.**

Malgrado questo sia attualmente vero, è da considerare che siamo nella fase iniziale del progetto, in cui non si conoscono ancora i nomi (e gli indirizzi) dei partecipanti che formeranno la rete e, logicamente, le loro opinioni. Alla fine di questa fase, quando si conosceranno i partecipanti, sarà costituito e formalizzato il gruppo (o rete) e a tutti i partecipanti sarà inviato l'elenco dei colleghi (che poi è quello che figurerà nel report e in eventuali pubblicazioni). Successivamente, a tutti i pediatri partecipanti verranno inviate le analisi descrittive riguardanti la totalità dei partecipanti e, se possibile a fine studio, la propria situazione. Le analisi verranno quindi discusse con i pediatri (presenza di anomalie, quadro coerente con le aspettative, valenza clinica dei dati, spunti da approfondire ecc.) le cui opinioni saranno preziose nella stesura delle pubblicazioni.

**3) L'impegno personale nella ricerca è ridotto al minimo: un programma ad hoc estrae tutti i dati che interessano, senza permettere allo stesso ricercatore di conoscere la propria situazione prescrittiva, cosa che dovrebbe essere possibile autonomamente e in ogni momento per chi utilizza un software per la gestione dell'ambulatorio.**

Nella fase della raccolta materiale dei dati l'impegno personale del pediatra è giustamente ridotto al minimo – e questo è stato uno degli obiettivi principali che si sono posti gli ideatori dello studio e che ha richiesto anche un notevole impegno "tecnologico" – per non imporre al pe-

diatra un aggravio di lavoro per una operazione che non porta ad alcuna crescita culturale o scientifica. D'altra parte il pediatra già adesso è in grado di analizzare la sua situazione prescrittiva mediante l'utilizzo della funzione "statistiche 2" presente nel programma JB95.

*D'altra parte, lo scopo principale di queste ricerche non sembra essere quello di accrescere la cultura e la formazione dei Pediatri di famiglia, ma di utilizzarne le potenzialità, mettendole di volta in volta a disposizione di qualche interesse particolare, talora anche senza una valida impostazione scientifica, purché probabilmente ben remunerato. In tal senso riteniamo che l'immagine della Pediatria di Famiglia a lungo andare, possa essere danneggiata da ricerche di questo tipo.*

Queste affermazioni ci trovano in totale disaccordo e riteniamo che vadano al di là dell'intenzione degli scriventi. In generale, lo scopo di qualsiasi ricerca è quello di aumentare la conoscenza di un problema, mentre l'accrescimento della cultura e della formazione dei medici sono un risultato collaterale, irrinunciabile ma secondario e derivante dall'obiettivo principale.

Utilizzare le *potenzialità* del pediatra ci sembra un fattore positivo in quanto significa che questi hanno un valore e possono contribuire all'avanzamento della conoscenza. Se i pediatri non avessero niente da offrire in termini di validità della loro pratica clinica e di disponibilità di dati organizzati, nessuno vorrebbe utilizzarne la potenzialità.

L'affermazione *"mettendole di volta in volta a disposizione di qualche interesse particolare, talora anche senza una valida impostazione scientifica, purché probabilmente ben remunerato"* è sicuramente un refuso perché non si può neanche lontanamente riferire allo studio in questione. Infatti, l'interesse perseguito dallo studio è quello di salvaguardare la salute dei bambini, accertando l'esistenza di reazioni avverse al niflumico e, se vi sono, salvaguardandoli dall'uso di questo farmaco, totale o improprio. Lo studio ha una impostazione scientifica valida che le critiche qui portate non scalfiscono. La remunerazione è appena sufficiente, e la partecipazione dei pediatri ci sembra nascere soprattutto dal loro desiderio di essere parte attiva in una ricerca con importanti ricadute in termini di Sanità pubblica e sulla salute dei bambini, come evidenziato dal notevole interesse sull'argomento specifico dimostrato dalla CUF e dall'Istituto Superiore di Sanità.

**4) Il primo obiettivo dello studio ("descrivere l'uso di acido niflumico in un campione rappresentativo di bambini italiani dalla nascita all'età di 14 anni, seguiti da pediatri di libera scelta"), più che un interesse culturale dei pediatri di famiglia, sembra essere un interesse pratico della ditta che produce il farmaco e sponsorizza la ricerca.**

L'obiettivo generale dello studio è quello di "stimare l'incidenza delle reazioni avverse gravi ai bambini cui è stato prescritto l'acido Niflumico e il Morniflumato" (pag. 6 del protocollo 1 paragrafo) Nel paragrafo "obiettivi" l'ordine in cui sono elencati si riferisce alle fasi temporali dello studio e non alla loro importanza.

L'affermazione contenuta nel documento è contraddetta da quanto esposto nel paragrafo seguente, (punto 5) dove viene giustamente riconosciuta l'utilità di questo studio nell'aumentare la conoscenza dei pediatri sull'uso dei FANS nella pratica clinica pediatrica (*"...un vero bisogno di conoscenza dei pediatri di famiglia italiani è piuttosto una rilevazione delle motivazioni che inducono all'utilizzo degli antinfiammatori non steroidei e un'indagine sulla reale efficacia di questi farmaci per le patologie per le quali vengono usati, peraltro in modo spesso ingiustificato. Infatti, mentre studi di questo tipo in area pediatrica sono molto scarsi se non del tutto assenti..."*). Infatti il poter analizzare il rischio di eventuali effetti collaterali per diverse categorie di pazienti (diagnosi, co-prescrizione, regione ecc.) è essenziale per poter identificare eventuali situazione di maggior rischio di comparsa degli effetti collaterali, e lo studio da noi proposto offre questa importante opportunità.

Speriamo di aver fornito i chiarimenti necessari alla comprensione dello studio e sulla sua validità scientifica, e di avere rassicurato i colleghi della commissione Apref sul ruolo attivo dei Pediatri partecipanti.

Siamo sempre a disposizione per eventuali altri chiarimenti purché la loro natura non sia pretestuosa, ma volta a contribuire positivamente al progresso scientifico e formativo della nostra categoria.

*Luigi Cantarutti - PLS, Coordinatore del progetto*

*Carmelo Bucolo - PLS*

*Carlo Giaquinto - Dipartimento di Pediatria, Padova*

*Salvatore Mannino - Osservatorio Epidemiologico e flussi informativi, ASL Lodi*

*Alfredo Nicolosi - Dipartimento di Epidemiologia e Informatica Medica, I.T.B., Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano*

*Miriam Sturkenboom - Department of Epidemiology and Biostatistics, Erasmus University Medical School, Rotterdam*

#### Bibliografia

- Menniti Ippolito F., Sagliocca L., Da Cas R., Saggiomo G et al. Niflumic acid and cutaneous reactions in children., Arch Dis Child 2001, 84: 430-431.
- Susser M. Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies in epidemiology. New York, Oxford University Press 1973:142

Ministero della Salute

## La normativa più recente sulla Formazione Continua (ECM)

CIRCOLARE 5 marzo 2002, n. 448 - G.U. 110  
del 13.5.2002

Dal 1 gennaio 2002 è iniziata, per tutti gli operatori sanitari, la fase a regime della formazione continua disciplinata dagli articoli 16-bis, 16-ter e 16-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

La Commissione nazionale per la formazione continua è stata costituita con decreto ministeriale 5 luglio 2000; è in corso il decreto di ricostituzione della stessa a seguito del decreto-legge 7 febbraio 2002, n. 8, che ne ha modificato la composizione.

La Commissione nazionale, sentiti gli organismi federativi degli ordini e collegi professionali, le società scientifiche, le associazioni professionali, le organizzazioni sindacali di categoria e quelle confederali, nonché esperti del settore della formazione, ha elaborato un programma nazionale per la formazione continua (E.C.M.) tenendo conto anche delle esperienze degli altri Paesi dell'Unione europea e degli Stati più avanzati.

Il programma, completamente informatizzato, opera tramite l'apposito sito Web ministeriale E.C.M. ([ecm.sanita.it](http://ecm.sanita.it)).

Il programma è stato sperimentato per oltre un anno ed ora ha iniziato ad essere pienamente operativo limitatamente agli eventi formativi residenziali.

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale, individuati dalla Commissione nazionale, sono stati definiti in un accordo fra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che è stato sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 20 dicembre 2001. L'accordo è pubblicato nel sito ministeriale.

I criteri per la definizione del contributo alle spese previsto dall'art. 92, comma 5, della legge n. 388/2000 sono stati stabiliti con decreto del Ministro della salute 27 dicembre 2001, in corso di perfezionamento.

Il decreto è riportato nel sito ministeriale.

Il programma ECM può, pertanto, ritenersi ormai delineato e disponibile per tutti gli operatori sanitari, anche se l'esperienza e le ulteriori fasi sperimentali certamente contribuiranno a meglio definirlo in tutti i suoi aspetti.

Si riassumono brevemente gli aspetti più rilevanti del programma ECM.

**Le fasi del programma** - Per agevolare la realizzazione del programma ECM la Commissione ha ritenuto essenziale un passaggio graduale dalla attuale formazione autogestita (ossia rimessa alla responsabilità del singolo professionista e non vincolata ad obiettivi nazionali e regionali) a quella disciplinata dal decreto legislativo n. 502/1992 e finalizzata ad obiettivi predefiniti.

Pertanto, considerata la estrema complessità e rilevanza del programma ECM, il numero dei soggetti ai quali è destinato e le sue caratteristiche che peculiari, che non hanno corrispondenza in nessun Paese, la Commissione ne ha previsto la realizzazione attraverso "tappe autonome e progressive", che sono parti dello stesso progetto.

La prima "tappa" del programma è riservata agli eventi formativi residenziali, per i quali è stata già effettuata una sufficiente sperimentazione (oltre un anno).

La seconda "tappa" del programma concernerà le "attività formative a distanza". L'inizio della tale fase a regime è stato differito al secondo semestre del 2002 in quanto la formazione a distanza necessita di una ulteriore specifica fase sperimentale. Tale fase sperimentale potrà essere congruamente avviata nel primo semestre del 2002 in modo da concluderla nel secondo semestre dell'anno.

La "tappa" conclusiva del programma 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.

**Inizio "fase a regime" della formazione residenziale** - La prima tappa del programma è stata circoscritta alla formazione residenziale che è patrimonio comune di tutte le categorie professionali e che è quella più sperimentata. La data di inizio formale della fase a regime per gli eventi residenziali è stata fissata al 1 gennaio 2002 con riferimento alle richieste di accreditamento degli eventi normativi che si svolgeranno a partire dal 1 aprile 2002.

**Soggetti coinvolti** - A partire dal 1 gennaio 2002, il programma dell'ECM è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o libero professionisti) e cioè a circa 800.000 professionisti. È escluso dall'obbligo dell'ECM il personale sanitario che frequenta, in Italia e all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria professionale di appartenenza (corso di specializzazione, corso di formazione specifica in medicina generale, dottorato di ricerca, master, laurea specialistica) per tutti gli anni compresi nell'impegno formativo. Sono esclusi, altresì, dall'obbligo dell'E.C.M., i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

#### Procedure

Fermo restando che l'accreditamento degli eventi formativi inizia a partire dal 1 gennaio 2002, è stato stabilito in generale: che le richieste di accreditamento devono essere prodotte almeno novanta giorni prima dalla data di inizio dell'evento (e non prima comunque di centottanta giorni); che la richiesta sarà pubblicata automaticamente nel sito Web ministeriale in una apposita sezione denominata "eventi in attesa di accreditamento"; che 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".

#### Crediti formativi

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 più avanzati 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, nella 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 di 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.

**Valutazione eventi** - La valutazione degli eventi residenziali e delle altre forme di attività formativa sarà effettuata con i criteri pubblicati nel sito Web del Ministero della salute.

#### Contribuzione

Il contributo previsto dall'art. 92, comma 5, della legge n. 388/2000, è necessariamente correlato alle varie tipologie di eventi e attività formative (eventi e attività residenziali o a distanza, ecc.) e dei provider (aziende sanitarie pubbliche e private, società scientifiche, ecc.). La Commissione ha, quindi, ritenuto di definire i criteri per la determinazione dei contributi contestualmente alla disciplina di accreditamento dei vari eventi e attività formative nonché dei provider.

Conseguentemente in questa fase, nella quale sono accreditati esclusivamente i singoli eventi formativi residenziali, la Commissione nazionale si è limitata a definire i criteri per la determinazione dei contributi per gli eventi residenziali.

Per gli eventi residenziali il contributo è stato fissato in rapporto al numero dei crediti formativi attribuiti all'evento partendo dalla misura minima fissata dalla legge, Euro 258,23, pari a L. 500.000, fino alla misura massima di Euro 774,69, pari a L. 1.500.000.

#### Centri formativi ECM

La Commissione nazionale per la formazione continua ha ritenuto che, per la realizzazione del programma ECM, sia essenziale il ruolo delle aziende sanitarie (pubbliche e private) e la contestuale creazione di una rete territoriale di centri di formazione. La necessità di disporre di un numero di eventi formativi sufficiente a soddisfare le esigenze formative di circa 800.000 utenti rende, infatti, urgente la disponibilità di un numero adeguato di sedi di formazione, quanto più possibile articolate nel territorio, così da ridurre al minimo gli spostamenti dal luogo di lavoro, i disagi correlati ed i relativi oneri economici.

È importante che ogni azienda ospedaliera, distretto sanitario o struttura sanitaria di consistenza adeguata e, comunque, ogni struttura pubblica o privata che sia interessata alla erogazione

di eventi formativi, e che quindi sia disposta a chiederne l'accreditamento alla Commissione nazionale, predisponga: le sedi ove fare svolgere le attività seminariali, di gruppo, di discussione, di lezione relative alla formazione continua; un programma plurimensile (con cadenza almeno trimestrale) che garantisca a tutte le categorie di personale dipendente o comunque, anche se non dipendente, interessato, e soprattutto residente nel territorio vicinore, di poter accedere alle diverse attività e di ottenere quindi i relativi crediti formativi.

I vantaggi di questa "territorializzazione" della formazione continua sono evidenti:

- il personale dispone di attività formative in loco;
- si attua un considerevole risparmio nel rimborso di spese di viaggio e di soggiorno;
- le attività formative si svolgono nell'ambito delle ore obbligatorie di formazione previste dai contratti di lavoro;
- le attività formative possono essere offerte dalla azienda ad altre strutture che potrebbero essere interessate all'acquisto di pacchetti predisposti in altre sedi e da altre strutture;
- le competenze per le attività formative, sia di docenza che tutoriali, possono essere in buona parte reperite tra il personale stesso;
- i programmi possono corrispondere più direttamente ai bisogni formativi del personale, il quale può bene contribuire alla individuazione dei bisogni formativi e delle forme di aggiornamento ritenute più utili o urgenti;
- diverse aziende vicinore possono consorziarsi, suddividendosi i compiti della produzione di eventi formativi, e condividendoli per i loro utenti;
- il controllo della qualità della formazione diviene più agevole.

I centri formativi aziendali ossia l'organizzazione intraaziendale della formazione continua anticiperà, così, il passaggio alla terza fase del sistema nazionale di formazione continua, nella quale saranno accreditati dalla Commissione nazionale non più i singoli eventi, ma i provider, ai quali sarà delegata la assegnazione dei crediti formativi.

La attivazione della rete territoriale della formazione continua offrirà enormi vantaggi anche per le regioni, in quanto proprio in questi centri territoriali si svolgerà la formazione relativa agli obiettivi formativi regionali previsti dalla legge.

Per favorire l'attivazione della rete territoriale è stato previsto che i Centri di formazione aziendale possano utilizzare lo strumento del "progetto formativo", costituito da più eventi, anche di diversa tipologia, caratterizzati da uno specifico ed unitario obiettivo e dai medesimi destinatari.

Infine, va ricordato che la attivazione dei centri territoriali di formazione non esclude, ove ritenuto opportuno, la sopravvivenza delle forme più tradizionali di formazione (congressi, ecc.).

Ciò premesso, si ritiene opportuno, anche per evitare errate interpretazioni delle determinazioni finora assunte dalla Commissione nazionale e per assicurare la massima regolarità nello svolgimento del programma ECM a garanzia sia degli organizzatori che degli operatori, ribadire alcuni aspetti dell'attuale fase di attuazione del programma ECM:

- la fase sperimentale relativa agli eventi formativi residenziali ed a distanza si è definitivamente conclusa il 31 dicembre 2001;
- per gli eventi formativi residenziali la fase a regime è inizia-

ta il 1 gennaio 2002; la possibilità di acquisizione dei crediti è iniziata con gli eventi formativi residenziali che si svolgeranno a partire dal 1 aprile 2002;

- per gli eventi formativi a distanza la fase a regime inizierà dopo una ulteriore fase di sperimentazione, limitata ad alcune aziende sanitarie, che si concluderà nel secondo semestre del 2002;
- la data della fase di inizio a regime della formazione a distanza, che non è stata ancora fissata dalla Commissione, sarà tempestivamente comunicata nel sito ministeriale;
- nella fase sperimentale conclusa nel 2001 sono stati accreditati esclusivamente gli eventi residenziali e le specifiche attività formative a distanza e non anche gli organizzatori degli eventi e delle attività (provider);
- anche nell'attuale fase a regime continuano ad essere accreditati esclusivamente i singoli eventi formativi residenziali e non anche gli organizzatori degli stessi;
- la "registrazione dell'organizzatore", ossia la procedura prevista per ottenere la utenza e la password è finalizzata a consentire esclusivamente l'accreditamento degli eventi e delle attività formative da parte dell'organizzatore stesso;
- la "registrazione dell'organizzatore" non è assimilabile a nessun effetto all'"accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati" disciplinato dall'art. 16-ter del decreto legislativo n. 502/1992;
- lo "accreditamento" dei provider sarà possibile solo dopo che la Commissione nazionale per la formazione continua avrà stabilito, come prescrive la legge, i requisiti per l'accreditamento dei provider e dopo l'accertamento del possesso dai parte dei provider stessi dei predetti requisiti;
- la "registrazione" e la partecipazione di un organizzatore di eventi e attività formative al programma di formazione continua (fase sperimentale e fase a regime) non conferisce all'organizzatore stesso alcun diritto o pretesa a chiedere ed ottenere successivamente lo "accreditamento" come provider;
- i crediti attribuiti nella fase sperimentale (sia alle attività formative residenziali sia ad alcune attività formative a distanza) non sono validi ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi prescritti per il primo quinquennio del programma ECM (2002/2006), anche se, ovviamente, possono essere richiamati nel proprio curriculum professionale o documentati ad altri fini.

Gli organizzatori di eventi formativi devono far presente quanto suesposto anche nelle loro iniziative promozionali e nei rapporti con i singoli utenti. Eventuali comportamenti in contrasto costituiscono motivo ostativo all'accreditamento degli eventi residenziali proposti ed al successivo accreditamento degli organizzatori stessi.

Per quanto concerne il controllo sulla qualità degli eventi dei providers e del programma degli eventi stessi, esso verrà realizzato da appositi referees appartenenti alle società scientifiche rappresentative delle diverse professioni, sia singole che associate in strutture di tipo federativo, quali la FISM (Federazione delle società medico-scientifiche italiane).

Nel futuro prossimo i crediti saranno necessari per valicare l'esame di abilitazione professionale e come titolo di carriera.

*Il Ministro: Sirchia*

# Risposte a frequenti domande su ECM

Paolo Becherucci

## Nuova gestione delle edizioni

Per "edizione" di un evento formativo si intende la ripetizione dell'evento, registrato riportando tutte le indicazioni richieste dal programma di Educazione continua in medicina (per es. responsabile scientifico, numero di partecipanti, numero di ore destinate alla formazione, programma didattico, ecc.) rispetto al quale l'unica variazione consentita è la data di inizio dell'edizione ed, eventualmente, il luogo. Pertanto, al fine di favorire l'organizzazione di edizioni ulteriori per eventi formativi che hanno ottenuto crediti ECM, sono state definite nuove modalità operative per la gestione del contributo dovuto ai sensi del D.M. 27 dicembre 2001. In particolare:

a) **Non è più necessario, in fase di richiesta di accreditamento di un evento, indicare tutte le edizioni che si intende svolgere nell'anno solare.**

L'organizzatore richiede l'accREDITamento di un evento formativo indicando la data di inizio e fine (domanda 3) per l'edizione base (coerentemente con la tempistica prevista dei 180-90 giorni prima) e, se lo desidera le ulteriori edizioni che è già certo di realizzare; **ha comunque facoltà di aggiungere in qualsiasi momento edizioni successive alla prima.**

A tal riguardo si rammenta l'importanza di articolare il file che contiene il programma in modo da risultare valido anche per le eventuali successive edizioni che si intenderà presentare.

Si ricorda che tutte le informazioni contenute nel programma sono utili e necessarie per la valutazione dell'evento al fine dell'attribuzione dei crediti, e significative per la verifica in loco effettuabile da un osservatore designato dalla Commissione nazionale per l'educazione continua. Inoltre il programma è consultabile dagli operatori sanitari nella banca dati di ECM: pertanto le informazioni contenute dovranno essere riferibili anche a più edizioni.

b) **Il pagamento del contributo previsto ai sensi del D.M. 27 dicembre 2001 va effettuato per singola edizione.** Il messaggio di posta elettronica con il quale vengono comunicati il numero di crediti ECM proposti per l'evento conterrà l'indicazione del contributo da versare su apposito conto corrente postale: **tale importo si riferisce ad ogni singola edizione nella quale si articola, eventualmente, l'evento.**

Per comunicare l'avvenuto pagamento sarà necessario accedere al sistema ECM con le proprie credenziali di accesso; attivare la sezione "Gestione versamenti" scegliere quindi l'evento per il quale si intende comunicare gli estremi del versamento.

– Se l'evento non prevede edizioni o se non si ancora provveduto a comunicare gli estremi del versamento riferito all'edizione base (indicata nel sistema con progressivo 0), il sistema richiede direttamente l'inserimento degli estremi del pagamento: si sottolinea che per eventi articolati in più edizioni è sempre necessario effettuare il versamento del contributo per l'edizione base.

– Se per l'evento sono previste più edizioni, inserite anche successivamente all'accREDITamento dell'evento, il sistema presenta l'elenco delle edizioni presenti (ciascuna edizione è identificata da un numero progressivo): va effettuata quindi la scelta dell'edizioni per la quale si intende comunicare gli estremi del versamento effettuato.

Pertanto, nel caso l'evento si articoli in più edizioni, dovrà essere effettuato un distinto versamento per ognuna di esse: **la causale del versamento dovrà riportare anche l'indicazione dell'edizione a cui tale versamento si riferisce.** L'edizione è individuata per mezzo del numero progressivo che la caratterizza: tale numero è assegnato dal sistema e può essere verificato per mezzo della funzione "Gestione versamenti". L'importo dovuto per ciascuna edizione è pari all'importo indicato nel messaggio di proposta dei crediti ed è possibile visualizzarlo nella sezione "Eventi formativi - Interrogazione".

Resta inteso che :

- nella sezione "eventi accREDITati" vengono visualizzate solo le edizioni per le quali è stato effettuato il versamento del contributo dovuto; pertanto solo tali edizioni consentono l'attribuzione dei crediti ECM ai partecipanti;
- le edizioni per le quali non è stato effettuato il versamento del contributo alle spese (art. 92, comma 5, Legge 388/2000) potranno essere sempre cancellate dal responsabile dell'evento formativo, mentre quelle per le quali è stato già effettuato il versamento del contributo, potranno essere annullate.

## Modifica della data e del luogo di svolgimento

Come è noto, è possibile apportare modifiche ai dati di un evento o di un progetto formativo aziendale solo prima di effettuare l'operazione di **validazione**. Per ovviare a eventuali problemi organizzativi, da oggi è possibile **modificare** la data di inizio, la data di fine e il luogo di svolgimento di un evento o di un progetto formativo aziendale già validato, nel rispetto dell'intervallo temporale 90-180 giorni. Come è noto, infatti, per richiedere l'accreditamento di un evento o di un progetto formativo aziendale è necessario che la **validazione della richiesta** sia effettuata almeno 90 giorni prima della data di inizio e non prima comunque di 180 giorni.

Ad esempio, se si effettua la validazione di un evento il **19 aprile**, l'evento deve avere la data di inizio compresa tra il **17 luglio** ed il **14 ottobre**: questo intervallo temporale (90-180 giorni successivi alla data di validazione) resta memorizzato nel sistema. Pertanto, se è necessario posticipare per motivi organizzativi la data di inizio dell'evento, tale spostamento può solo essere compreso tra il **17 luglio** ed il **14 ottobre**, indipendentemente dal giorno in cui tale modifica viene effettuata. In questo modo resta salvaguardata la coerenza della richiesta con il rispetto della tempistica prevista dalla Commissione nazionale per la formazione continua.

## Che valore hanno i crediti formativi conseguiti all'estero?

Gli eventi formativi che si svolgono all'estero devono essere preventivamente accreditati dalla Commissione E.C.M. a cura della corrispondente società scientifica, associazione professionale, ordine o collegio professionale italiani.

## Quali sono gli eventi e i progetti formativi aziendali che consentiranno di acquisire crediti utili per l'anno 2002?

La fase a regime del programma di educazione continua in medicina – iniziata dal primo gennaio 2002 con la richiesta di accreditamento di eventi e progetti formativi aziendali – prevede l'attribuzione di crediti formativi, validi ai fini ECM, per eventi e progetti che iniziano a partire dal 1 aprile 2002. Gli eventi e i progetti formativi aziendali che consentiranno di acquisire crediti utili per l'anno 2002 saranno disponibili nella sezione "EVENTI ACCREDITATI" di questo sito. Per evitare disagi a carico degli operatori sanitari si rammenta che i crediti acquisiti nelle fasi sperimentali – oltre agli eventi del periodo 1 gennaio/31 marzo 2002 – non sono validi ai fini certificativi.

## È possibile acquisire crediti ECM partecipando in qualità di docente o relatore ad un evento o ad un progetto formativo aziendale accreditato?

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM,

entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare (per il 2002 massimo 5 crediti riferiti ad attività di docenza).

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi).

I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM: non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

## Sono ammesse assenze durante la partecipazione ad un evento o ad un progetto formativo aziendale?

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza degli operatori sanitari interessati effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale, mentre, ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.M. 27/12 /2001 la presenza effettiva degli operatori sanitari interessati al progetto formativo aziendale è del 90%. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'Organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento finale essendo unico responsabile dell'evento residenziale o del progetto formativo aziendale.

## Posso spedire la domanda di accreditamento degli eventi formativi utilizzando la posta elettronica o il servizio di posta tradizionale?

L'erogazione dei crediti ECM avviene da parte del Ministero della Sanità, solo attraverso le funzioni disponibili su questo sito. Non inviare lettere o fax, né domande di accreditamento in posta elettronica.

## Come faccio a trasmettere i dati a consuntivo dell'evento formativo al Ministero?

Per mezzo dell'apposita funzione disponibile nei servizi dedicati ad organizzatori di eventi formativi.

## Come posso ricevere aiuto se ho difficoltà di tipo tecnico-operative?

Per informazioni e difficoltà di tipo tecnico-operative, è possibile chiamare l'Help Desk del Ministero al numero **06-4324393** nei seguenti orari:  
da lunedì a venerdì: 8.30 - 18.30  
sabato: 8.30 - 13.00

## Ho inserito degli eventi, come faccio a sapere se sono stati accreditati?

La Commissione comunica i crediti assegnati all'evento per e-mail. Per verificare lo stato degli eventi inseriti è di-

sponibile la funzione di interrogazione eventi nei servizi dedicati ad organizzatori di eventi formativi.

### Quali sono le condizioni indispensabili affinché un evento venga accreditato?

La Commissione ha al momento definito, che sono elementi indispensabili per l'accREDITamento i seguenti:

- **lo statuto, o atto costitutivo** che deve essere trasmesso in formato elettronico da tutte le tipologie di provider a cui il sistema lo richiede;
- **il programma dell'evento** completo, per ciascun metodo di insegnamento dichiarato, dell'elenco degli argomenti previsti, con l'indicazione dei giorni, dell'orario e della sede (specie per le attività tutoriali) di rispettiva trattazione e dei relativi relatori/docenti; per questi ultimi è indispensabile un breve profilo.

### Quali sono i criteri di valutazione adottati dalla Commissione?

In atto la Commissione sta operando secondo criteri provvisori e, in rapporto alla sperimentaltà dell'attuale fase di organizzazione del sistema di formazione continua, tali criteri sono sottoposti a continuo affinamento, determinato dall'acquisizione delle informazioni raccolte in questa fase, anche attraverso i quesiti pervenuti. Al momento i criteri adottati sono disponibili nella sezione organizzatori di attività formative - informazioni alla voce griglie di valutazione.

1. La domanda di accREDITamento di un evento residenziale deve essere presentata (inserita e validata per mezzo delle apposite funzioni "on line") almeno 90 giorni prima della data di inizio dell'evento (e non prima comunque di 180 giorni). La richiesta sarà pubblicata automaticamente nell'apposita sezione denominata "Banca dati - eventi in attesa di accREDITamento" e, da tale momento, non sarà possibile effettuare alcuna modifica sui dati inseriti. Di norma, entro un mese dalla richiesta (se l'organizzatore ha rispettato tutte le prescrizioni per l'accREDITamento, ivi compreso il pagamento del contributo previsto) l'evento sarà pubblicato, unitamente ai crediti attribuiti all'evento, nell'apposita sezione denominata "Banca dati - eventi accREDITati".
2. Se un evento formativo è destinato a più di una professione, è necessario ripetere la richiesta di accREDITamento per ciascuna professione (salvo gli eventi destinati a tutte le professioni per tematiche di carattere generale nonché quelli destinati a professionisti di discipline alle quali accedono più categorie). Ad esempio, per un evento destinato a infermieri ed ostetriche, l'organizzatore dovrà richiedere due accREDITamenti: una richiesta di accREDITamento sarà riferita all'evento destinato agli infermieri, l'altra richiesta riferita alle ostetriche. Per tali casi è stata prevista una procedura semplificata per l'inserimento delle richieste di accREDITamento successive alla prima. Il pagamento del

contributo è riferito a ciascun evento e potrà risultare differenziato in rapporto ai crediti attribuiti. Per un evento destinato indistintamente a tutte le categorie su materie di interesse generale l'accREDITamento è unico, il contributo dovuto è unico e lo stesso credito viene attribuito a tutti i partecipanti. Analogamente l'accREDITamento e il contributo sono unici e lo stesso credito è attribuito a tutti partecipanti, per le discipline ad accesso riservato, in base alla vigente disciplina concorsuale della dirigenza sanitaria del S.S.N., a più di una categoria professionale (es. patologia clinica, psicoterapia, genetica, ecc.).

3. Per un evento articolato in più edizioni (destinato quindi a partecipanti diversi per ciascuna edizione) la richiesta di accREDITamento è unica e prevede l'indicazione delle varie edizioni. Il contributo è dovuto per ciascuna edizione.
4. I **master organizzati dalle Università**, ai sensi del **decreto MURST 3 novembre 1999 n. 509** rilasciano titoli accademici e non sono accREDITabili ai fini dei Crediti formativi E.C.M.
5. Gli eventi formativi di **durata superiore alle 50 ore sono accREDITabili fino a 50 ore**. Pertanto si consiglia di presentare eventi contenuti entro 50 ore formative.

In ogni caso, gli eventi di durata superiore alle 50 ore sono valutati in base alle ore dichiarate (quindi anche superiori a 50) ma il numero dei crediti che saranno attribuiti all'evento è proporzionalmente rapportato a 50 ore.

**Ad esempio**, un evento articolato su 70 ore formative viene valutato nel suo insieme temporale; il computo dei punti attribuiti nella valutazione è riferito all'intero evento (70 ore formative); i crediti formativi – che scaturiscono dal punteggio assegnato dalla valutazione, ma anche dall'impegno orario a cui sono chiamati i partecipanti – sono comunque rapportati al valore temporale massimo di 50 ore. Pertanto, l'evento, ancorché presentato con un impegno formativo pari a 70 ore, otterrà un numero di crediti proporzionalmente inferiore ad un evento di qualità equivalente che presenta un impegno formativo orario inferiore a 50 ore.

Si suggerisce, pertanto, di contenere gli eventi entro le 50 ore d'impegno formativo, oppure di suddividere l'evento in due o più eventi distinti, ciascuno riferito a segmenti o blocchi di attività autonomi, razionalmente definiti con criteri di propedeuticità, di completezza formativa per obiettivi formativi parziali, di autonoma rilevanza scientifica-culturale.

Inoltre si sottolinea che, per favorire l'avvio graduale del sistema, la Commissione nazionale per la formazione continua ha determinato che il numero di crediti che ciascun operatore deve conseguire negli anni è così definito:

- 2002: 10 crediti (con un minimo di cinque ed un massimo di 20)
- 2003: 20 crediti (con un minimo di 10 ed un massimo di 40)

- 2004: 30 crediti
- 2005: 40 crediti
- 2006: 50 crediti

Il valore massimo indica il numero di crediti che ciascun operatore può conseguire al più ogni anno. In particolare per l'anno 2002 ciascun operatore non può vedersi riconosciuti più di 20 crediti indipendentemente dall'averne acquisiti di più.

Pertanto, l'invito ad organizzare eventi di durata più breve è mirato a raggiungere più scopi: favorire l'organizzazione di più eventi (uno di durata superiore alle 50 ore può essere suddiviso in due di durata inferiore fruibile da platee distinte di partecipanti) e consentire agli operatori di acquisire solo i crediti necessari a coprire l'obbligo dell'anno. 6. Non sono attribuibili più di 50 crediti E.C.M. ad un evento formativo.

**Nel programma sono previste solitamente quote differenti per i SOCI e NON SOCI. Viene inoltre definita una DEADLINE (chi si iscrive prima di una certa data ha diritto ad una quota inferiore a chi si iscrive dopo tale data). In questo caso, quale sarà la quota da indicare nella SCHEDA DI INSERIMENTO?**

Nella scheda d'inserimento la quota da indicare sarà quella dei NON SOCI prima della data "DEADLINE". Infatti, la quota riservata ai Soci può essere interpretata come "sconto" e prefigura un finanziamento da parte di un'Associazione cui aderiscono i soci, la "DEADLINE" definisce la data ultima per effettuare le iscrizioni, oltre la quale è previsto il pagamento di una ulteriore quota (tipo sovratassa).

**Viene indicato che può essere richiesto l'accREDITAMENTO di una sola singola parte di un evento. Ciò significa che, all'interno di un congresso, al fine di ottenere l'attribuzione dei crediti per ciascuna sessione è necessario compilare la scheda più volte, cioè tante quante sono le sessioni? Oppure la scheda permette di inserire il titolo di ciascuna sessione sempre all'interno dello stesso modulo?**

Per un congresso, spesso articolato in sessioni parallele, e quindi difficilmente frequentabili da uno stesso partecipante, è opportuno accreditare singole sessioni. Infatti, all'interno di queste è possibile effettuare la verifica dell'apprendimento e della presenza – elementi indispensabili per ottenere l'accREDITAMENTO –, verifiche altrimenti difficilmente realizzabili per il congresso nel suo insieme. Operativamente è necessario compilare una scheda per ciascuna sessione, anche se è allo studio una semplificazione operativa.

**In un congresso solitamente ci sono diverse figure: coordinatori (coloro che contattano i relatori dell'evento e programmano il contenuto scientifico del congresso);**

**relatori (coloro che tengono la lezione). Quali bisogna considerare responsabili del programma formativo? Inoltre solitamente sono più di 10 e la SCHEDA d'inserimento permette di inserirne solo 3. Come ci si deve comportare?**

Il responsabile o i responsabili del programma formativo, e non del contenuto delle singole relazioni, sono coloro che definiscono e programmano il contenuto scientifico del congresso e, quindi, nel suo caso i coordinatori. Se sono più di tre, è possibile indicarne l'elenco completo di nome, qualifica e breve curriculum nel file da allegare comprendente il programma.

**Devono essere rilasciati crediti ECM ai docenti/relatori di un evento o di un progetto formativo aziendale che ha ottenuto l'accREDITAMENTO?**

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accREDITATI ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare (per il 2002 massimo 5 crediti riferiti ad attività di docenza).

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi).

I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM; essi non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

L'organizzatore è, come sempre, responsabile della corretta attestazione dei crediti.

**Qual è la "tolleranza" prevista per il tempo di presenza del partecipante all'evento residenziale o al progetto formativo aziendale entro la quale è concedibile l'attestato dei crediti?**

Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza degli operatori sanitari interessati effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale, mentre, ai sensi dell'art.1, comma 4, del D.M. 27/12 /2001 la presenza effettiva degli operatori sanitari interessati al progetto formativo aziendale è del 90%.

Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento finale essendo unico responsabile dell'evento residenziale o del progetto formativo aziendale.

*Evidence Based Medicine: la metodologia*

# Progeria: un caso clinico

Patrizia Gallo

*I limiti dell'Evidence Based Medicine (EBM) sono più evidenti quando si discute di malattie rare: la scarsità di studi può non essere dirimente per il quesito clinico che il paziente offre. Ma la metodologia della ricerca delle evidenze davanti ad un paziente con malattia rara resta la stessa: quesito clinico, ricerca delle prove su Internet, validazione critica delle stesse, applicazione dei risultati nella pratica clinica, quando ciò è possibile.*

*La Progeria o Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome (HGPS) è una condizione estremamente rara che rientra tra le Premature Aging Syndromes. Il pattern di ereditarietà non è chiaro, essendo stati proposti sia il modello autosomico dominante che autosomico recessivo.*

*Il bambino sviluppa nel corso della fine del primo anno di vita o nelle precoce infanzia le caratteristiche fenotipiche di alopecia, bassa statura, alterazioni cutanee, dentarie e ungueali, naso a becco, perdita di grasso sottocutaneo, ridotto accrescimento staturale-ponderale.*

*Successivamente si sviluppano alterazioni ossee, renali, oculari e cardiache. La morte sopraggiunge nella maggioranza dei casi nella seconda decade di vita a causa della degenerazione delle strutture cardiovascolari.*

## Il caso clinico

La piccola T.S., che attualmente ha tre anni, è portatrice di Stiff Skin Syndrome e di Progeria. Alla nascita, avvenuta peraltro senza eventi patologici di rilievo, la bambina presentava cute diffusamente "secca" e lieve indurimento cutaneo a livello degli arti inferiori. Verso la fine del primo mese di vita all'esame obiettivo si rilevava, oltre ad una lieve subcianosi periorale, un edema duro della cute dell'addome, degli arti superiori e degli arti inferiori con difficoltà alla palpazione degli organi addominali e dei movimenti attivi e passivi degli arti.

Un prelievo biotipico della cute e sottocute evidenziava un ispessimento fibroso del derma profondo, dei setti di tessuto sottocutaneo e della fascia accompagnato da scarsi depositi di mucina e notevole riduzione delle fibre elastiche nelle aree di fibrosi.

Solo un lievissimo miglioramento si raggiungeva con l'uso di vitamina E e olii vegetali.

Già alla fine del primo anno di vita si rilevava scarso accrescimento staturale-ponderale (peso < 3° percentile, statura 5° percentile, cc al 50° centile), era presente cianosi periorale, cute dell'addome e degli arti inferiori anelastica, lucida con aspetto ad acciottolato.

Una valutazione dell'età scheletrica sui venti nuclei di ossificazione di polso e mano sinistra all'età cronologica di 11 mesi mostrava un'età scheletrica di 18 mesi.

I controlli cardiologici effettuati fino all'età di 2 anni escludevano complicanze cardiovascolari. Un nuovo controllo, eseguito all'età di 2 anni e 8 mesi evidenziava ipertrofia ventricolare sinistra con particolare impegno del setto. La pressione arteriosa era ai limiti alti per l'età.

## Quesito diagnostico

L'uso di aspirina a basse dosi (intervento) in pazienti con Progeria (malattia/condizione) può ridurre il rischio di STROKE? (esito clinico).

Decido di effettuare una mia *ricerca delle prove*.

Vado, attraverso Internet, a ricercare le mie prove di efficacia su Medline.

Poiché la Progeria appartiene al gruppo delle Premature Aging Syndromes provo a cercare con questa terminologia.

Purtroppo, data la rarità della Progeria, trovo prevalentemente articoli sulla Sindrome di Werner o sulla S. di Cocheyne.

Cerco allora, utilizzando il vocabolario di termini di indicizzati, MESH Progeria. Trovo 621 articoli, ma zero lavori che mi parlino dell'azione antitrombotica dell'aspirina nella Progeria.

Gli articoli più recenti che trovo digitando Hutchinson-Gilford Syndrome mi parlano di alti livelli urinari di acido ialuronico, di osteoporosi, di manifestazioni oculari senili, ma non di un uso protettivo antitrombotico dell'aspirina.

Cerco allora, adoperando l'operatore booleano AND: Cardiovascular Abnormalities and Progeria. Trovo 140 citazioni, nessuna delle quali risponde al mio quesito.

### Contatto l'esperto

Un amico cardiologo, da me consultato, conferma l'utilità dell'aspirina nella prevenzione degli STROKE, mi suggerisce l'uso nel caso specifico ma non può, data la rarità dei casi di Progeria, offrirmi dati relativi ad esperienza personale.

Prendo contatti con la Progeria Research Foundation, una fondazione americana i cui scopi sono il miglioramento della qualità di vita dei bambini affetti da Progeria attraverso raccomandazioni di comportamento ai familiari e ai medici dei piccoli pazienti.

I medici che vi fanno capo suggeriscono caldamente l'uso di aspirina a basse dosi, per la grande incidenza di eventi cardiovascolari in questi pazienti anche in presenza di normali ECG.

Gli studi negli adulti hanno dimostrato che i benefici di basse dosi di aspirina aumentano con l'incremento del rischio cardiovascolare e le raccomandazioni della Fondazione sono estrapolate da questi studi. Gli specialisti della Progeria Foundation suggeriscono l'uso di 3-5 mg/kg di acido acetilsalicilico, una volta al dì.

Questo dosaggio viene ritenuto di aiuto nella prevenzione di eventi aterotrombotici, inclusi attacchi ischemici transitori (TIA) e infarto.

Le più recenti casistiche nella malattia in esame parlano di ricorrenza di infarto ed emorragia cerebrale già all'età di 4 anni.

### Bibliografia

- 1 Ackerman J, Gilbert-Barness E. *Hutchinson-Gilford progeria syndrome: a pathologic study*. *Pediatr Pathol Mol Med* 2002 Jan-Feb. 21.
- 2 Jablonska S, Blaszczyk M. *Scleroderma like indurations involving fascias: an abortive form of Congenital Fascial Dystrophy (Stiff Skin Syndrome)*. *Pediatric Dermatology*, 2000;17(2):105-110.
- 3 Rosman NP, Anselm I, Bhadelia RA. *Progressive intracranial vascular disease with strokes and seizures in a boy with progeria*. *J Child Neurol* 2001;16(3):212-5.
- 4 Delahunt B, Stehbens W. *Progeria kidney has abnormal mesangial collagen distribution*. *Pediatr Nephrol* 2000;15:279-285.
- 5 Stehbens WE, Wakefield SJ, Gilbert-Barness E, Olson RE, Ackerman J. *Histological and ultrastructural features of atherosclerosis in progeria*. *Cardiovasc Pathol* 1999;8(1):29-39.
- 6 Patrono C. *Drug therapy: Aspirin as an antiplatelet drug*. *N E J of Medicine* 1994;330(18):1287-1294.

## "Maxima debetur puero reverentia"

Vincenzo Di Crosta

Scritta in collaborazione da Salvino Leone e da Milena Lo Giudice (dei quali in copertina si leggono le note bibliografiche scientifico-culturali) e pubblicata dall'Istituto Siciliano di Bioetica nella collana Conchiglie, l'opera come già enunciato nel sottotitolo – "una bioetica per la promozione dell'infanzia", ha il notevole pregio, attraverso la stimolazione di una riflessione pressoché continua di quanti per la professione o per natura siano chiamati a cimentarsi con l'assistenza del bambino, di promuovere l'universo dell'infanzia, così come suggerito nella Prefazione – "Non solo parlare di *bioetica in pediatria*, anche se questo sarebbe già stato tanto, ma da questo e con questo prospettare un universo culturale che faccia dell'infanzia e del suo profondo rispetto il punto di partenza per la costruzione di ogni futuro". "Maxima debetur puero reverentia", (Giovenale), deve essere intesa nello spirito con cui gli autori la hanno concepita; e ciò nonostante, nel corso della trattazione dei diversi argomenti, la riflessione possa divenire particolarmente complessa, come ad esempio nel capitolo **Problematiche assistenziali** in riferimento al rapporto costi/benefici, e sembrare allontanarsi dall'obiettivo primo.

Per ribadire l'orizzonte in cui si muovono, proprio all'inizio del testo nel capitolo 1 - **Neonatologia** - gli autori invitano ad una riflessione su il "*riconoscimento del neonato*" molto interessante, poiché evocatrice di un universo antropologico-culturale - al quale la modernità è raramente abituata - estremamente ricco di significato - "Presso molte culture ... vi è una dissociazione esistenziale tra l'inizio dell'esistenza 'biografica' e quello della semplice esistenza 'biologica'. La prima subentra alla seconda solo quando il bambino-spirito cessa di esistere come tale e diventa bambino-uomo. A operare tale rito di passaggio non è l'evento del parto bensì il riconoscimento da parte del padre ... In realtà, anche nel contesto tecnologico e occidentalizzato della nostra cultura esiste qualcosa di simile. La presenza del marito in sala parto, infatti, costituisce oltre che una valida insostituibile sicurezza affettiva, anche una moderna rivisitazione del rito riconoscitivo. La madre che ha tenuto in sé (e quindi 'per sé') il bambino, partorendolo lo presenta al padre, ricongiungendo così il suo ruolo di madre a quello di moglie. Il padre, d'altra parte, che fino allora non ha mai visto né sentito in sé il figlio, lo conosce per la prima volta ricongiungendo il suo ruolo di marito a quello di padre. I coniugi, nel figlio, si scoprono genitori e da nuovi genitori riconoscono il frutto della loro coniugalità". Così, le relazioni tra gli individui, alla luce di una continua riflessione, ri-assumono valenze si latenti eppure in grado, comunque, di fertilizzare un orizzonte valoriale sempre più nascosto agli occhi della modernità; è evidente che la relazione medico-assistenziale con il bambino e la sua famiglia, nutrita di un sistema di valori progressivamente crescente, dovrà necessariamente determinare una realtà di senso incompressibile. L'insistenza su una riflessione permanente alla base della relazione medico-assistenziale con il bambino e la sua famiglia, capace di considerare senza soluzione di continuo la molteplicità degli aspetti evidenti e celati e di valutare vantaggi e svantaggi di un qualsiasi atto (diagnostico, terapeutico, gestionale, ecc.) non deve d'altra parte dare l'impressione di una sempre possibile paralisi dell'azione. Se è vero che "Se Dio ci fornisse un'idea chiara della solidarietà che ci lega reciprocamente nel bene e nel male, non potremmo più vivere in effetti", come scriveva Georges Bernanos in "Diario di un parroco di campagna" alla fine degli anni trenta, gli autori, citando "il fondamentale asserto kantiano sulla *universabilità dei giudizi etici*" tentano con coraggio di superare la possibilità dell'*impasse* teorico-pratica. Gli autori, dopo essersi addentrati in difficili e tortuosi sentieri - valgano come esempi il capitolo **Malattie genetiche e malformative**, il capitolo **Psicologia dello sviluppo**, con le due interessanti sezioni *L'abuso alimentare* e *L'abuso mediatico*, e il capitolo **Problematiche farmacologiche** - hanno allegato all'opera in una preziosa appendice la **Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia** proclamata dall'ONU il 20/11/1989 con la seria intenzione di fornire a se stessi, prima ancora che agli altri, un orizzonte di valori quanto più ampiamente condiviso, entro il quale misurare riflessioni ed azioni, al fine di promuovere l'infanzia quale valore imprescindibile per un progressivo miglioramento del mondo intero.

Scrivendo G. Bernanos nell'opera già citata: "Per quale ragione gli anni della prima infanzia ci sembrano tanto dolci, splendidi? Un bambino soffre come chiunque altro e in fin dei conti è del tutto disarmato contro il dolore, la malattia. L'infanzia e la vecchiaia estrema dovrebbero essere le due grandi prove per l'uomo. Ma è del sentimento della propria debolezza che il bambino ricava umilmente il principio stesso della sua gioia. Confida nella madre, capisci? Presente, passato, futuro - tutta la sua vita intera è racchiusa in uno sguardo, e questo sguardo è un sorriso". Aggiungendo noi: forse soltanto uno sguardo altrettanto infantile dell'adulto, perfettamente speculare al sorriso fiducioso del bambino, capace di sperare senza equivoci, potrà essere adeguato alle aspettative di uno spirito infantile, irrinunciabile ad ogni età?

## La ricerca epidemiologica in pediatria di base Strumento di programmazione aziendale

G. Gregori, R. Sacchetti\*

Hanno collaborato P. Armani, G. Boiardi, R. Boccellari, M.P. Bolla, P. Bocchia, D. Chitti, M. Corna, A. Galli, M. Ghisoni, M.P. Libè, C. Marenghi, R. Marzolini, L. Perazzelli, O. Righi, L. Suzzani, F. Touchi, A. Turni, M. Vercesi, L. Zanolli

### Riassunto

**Obiettivo.** Dimostrare le potenzialità che la ricerca epidemiologica pediatrica sul territorio offre per le scelte di programmazione aziendale oltre che per scopi di carattere scientifico.

**Materiali e metodi.** I pediatri di libera scelta operanti nel territorio della provincia di Piacenza hanno raccolto su apposita scheda i dati clinici relativi a tutti i nuovi casi di interesse chirurgico da loro osservati nell'arco di 12 mesi, che non necessitavano a loro giudizio di ricovero immediato.

**Risultati.** I 21 pediatri partecipanti allo studio hanno osservato nell'arco di 12 mesi 122 pazienti di potenziale interesse chirurgico su una popolazione seguita di 15.565 pazienti.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti hanno consentito di formulare una richiesta motivata per disporre di uno specialista in chirurgia infantile presso la nostra AUSL allo scopo di ridurre la mobilità passiva in questo campo e di offrire un servizio più adeguato alle esigenze del nostro territorio. È stato inoltre possibile effettuare valutazioni di carattere clinico ed epidemiologico sulle patologie d'interesse chirurgico osservate.

### Premessa

In Italia la ricerca sul territorio in pediatria, pur avendo fatto notevoli passi, avanti è ancora per certi aspetti una risorsa poco valutata ed un'attività meno praticata rispetto ad altri paesi occidentali (1): gli studi che prevalgono per consistenza e attendibilità sono mirati a problemi di carattere epidemiologico in campo infettivologico, come il progetto SPES (2), a ricerche di carattere microbiologico (ruolo di alcuni patogeni in specifiche patologie), a valutazione di protocolli diagnostico-terapeutici. La legislazione non ha finora permesso l'attuazione di vere sperimentazioni farmacologiche (possibili in fase III a partire dal 1° gennaio 2002). Quasi mai il protocollo delle singole ricerche è stato discusso con i pediatri di libera scelta (pdf) il cui ruolo alla fine si è limitato ad una attività di osservatore e di registratore di eventi.

La ricerca in pediatria di base di regola non viene utilizzata per interventi di programmazione sanitaria aziendale.

Il lavoro intrapreso ha avuto come principale obiettivo quello di quantificare il carico di lavoro in una specifica branca specialistica collegata alla pediatria (Chirurgia infantile) in un preciso ambito territoriale che ne è sprovvisto (la provincia di Piacenza) per documentare la necessità di colmare o meno questo vuoto. Lo studio epidemiologico sul territorio è stato predisposto, effettuato e gestito autonomamente dai pdf della provincia di Piacenza.

Obiettivi secondari sono stati:

1) Verificare l'adesione allo studio da parte dei pdf, l'attendibilità dello studio e la "maturità" dei

\*FIMP Piacenza

pdf a fare ricerca in una realtà non ancora sensibilizzata a proposte di questo tipo

2) Valutare la possibilità di utilizzare i dati raccolti anche per fini scientifici e didattici.

#### Materiali e metodi

Il territorio della nostra azienda comprendeva all'inizio dello studio una popolazione pediatrica di circa 27.600 bambini da 0-14 anni. Sono presenti sul territorio 29 pdf che hanno in carico 21.635 pazienti. Sono presenti 2 Div. Pediatriche e 5 Div. di Chirurgia generale. Non esiste tra il personale dipendente o convenzionato della nostra AUSL la figura del chirurgo pediatrico.

Tra il 01/07/2000 e il 30/06/2001 tutti i pdf della provincia di PC sono stati invitati a compilare una scheda contenente dati anamnestici e clinici (vedi tabella 1) relativi a pazienti che in tale arco di tempo avessero presentato per la prima volta un problema di tipo chirurgico che richiedesse una consulenza chirurgica infantile: sono state prese in considerazione tutte le situazioni che potevano, a giudizio del curante, richiedere una valutazione di tipo ambulatoriale, dilazionabile di almeno 24 ore dalla visita del pdf.

Erano esclusi da questa analisi casi di interesse ORL, Oculistico, Neurochirurgico, Maxillo-Faciale ecc.

Oltre ai dati anagrafici, si chiedeva di formulare un'ipotesi diagnostica iniziale e l'iter diagnostico seguito.

La scheda ha avuto un duplice scopo:

- 1) quantificare il carico di lavoro ambulatoriale prevedibile in un anno per uno specialista in chirurgia-infantile nel nostro bacino d'utenza
- 2) fare una verifica sull'incidenza attuale di singole patologie di interesse chirurgico e cercare di esaminare criticamente i dati raccolti.

La scheda è stata elaborata e proposta ai 29 colleghi operanti sul territorio della provincia di Piacenza con 2 mesi di anticipo sulla data d'inizio della ricerca.

Due colleghi hanno comunicato da subito la loro indisponibilità a partecipare alla ricerca.

Ogni 2 mesi, in occasione di comunicazioni scritte di carattere sindacale e in occasione di incontri d'aggiornamento obbligatorio, è stata sempre stressata la necessità di continuare a compilare le schede.

La raccolta delle schede è terminata il 30 settembre 2001: dati raccolti dovevano comunque considerare solo i casi arrivati all'osservazione entro il 30 giugno.

La popolazione pediatrica 0-14 era di 27.600 bambini.

La popolazione assistita da pediatri era di 21.635 bambini

La direzione amministrativa dell'AUSL ci ha messo a disposizione i dati relativi ai ricoveri extra-aziendali per i pazienti di età pediatrica <15 anni riguardanti reparti di chirurgia infantile avvenuti nel medesimo periodo giugno 2000-2001.

#### Risultati

Alla fine di un anno di raccolta dati le schede consegnate sono risultate 136, di cui 122 idonee allo scopo dello studio (14 casi si riferivano a sospette appendiciti inviate con urgenza indifferibile). I 122 casi esaminati appartenevano a 21-27 pediatri inizialmente resisi disponibili e cioè ad una popolazione pediatrica di circa 15.565 bambini (72% degli assistiti e 56% della popolazione pediatrica totale). Sei pediatri non hanno di fatto collaborato alla ricerca pur avendo dato la loro disponibilità.

Sulla base dei casi osservati in rapporto alla popolazione pediatrica seguita, si è stimato che il numero presumibile di nuove prestazioni ambulatoriali di chirurgia infantile necessarie per l'intera popolazione pediatrica residente nel nostro territorio sia di 220-230/anno.

In 45/122 casi la famiglia ha scelto di far effettuare la prima valutazione del caso in regime di libera professione. In 71/122 casi la prima valutazione si è svolta al di fuori della provincia di residenza (6 differenti provincie).

I reparti di chirurgia infantile coinvolti in attività diagnostica e/o operatoria derivante dall'attività ambulatoriale considerata sono risultati 4.

Nella tabella 2 sono riportate nel dettaglio le ipotesi diagnostiche formulate dai pdf (sono state individuate 25 diverse tipologie).

Le diagnosi errate o incomplete poste dal medico curante sono state 18 su 122, soprattutto per patologie a carico del canale inguinale, 6 delle quali hanno comunque comportato la necessità di intervenire chirurgicamente.

In base ai dati ottenuti:

L'incidenza di nuovi casi/anno di criptorchidismo è risultata di 1/860 maschi (attesa globale: 0.8%) (3, 4, 5)

di varicocele 1/180 maschi da 10 a 14 anni (attesi nell'arco della vita 10-15%, cioè 18-24 casi/180 maschi) (3, 4, 6)

di ipospadia 1/2000 maschi (attesa 3/2000) (3, 4)

di cisti del dotto tireoglossale 1/4000 casi di ernia inguinale 1/500 casi (attesi nell'arco dell'intera età pediatrica 1-3% dei bambini) (4).

Tabella 1. Scheda di rilevazione dei dati clinico-anamnestici-amministrativi

Iniziali paziente			
Età	Anni	Mesi	Giorni
Sesso	M		F
Sospetto diagnostico iniziale			
Confermato	Si		No
Se non confermato si trattava di			
Inviato con urgenza		Inviato ambulatorialmente	
Città sede del primo contatto			
Modalità della visita	SSN	Libera	Professione

Tabella 2. Sospetto diagnostico iniziale del pdf per la proposta di valutazione da parte del chirurgo infantile

Sospetto diagnostico	Numero casi	Commento
Ernia inguinale*	30	7 femmine, 2 casi non confermato
Idrocele**	13	
Appendicite	12	4 casi non operati
Varicocele	11	Età >10 anni
Fimosi	11	Età 2-8 a., 1 caso "fisiologico"
Criptorchidismo	9	Età 1-3 anni
Torsione idatide del Morgagni	4	
Cisti dotto tireoglossa	4	
Ipospadi	4	Età 6 mesi-2 anni
RVU	4	2 casi con IVU ricorrenti
Testicolo mobile	3	2 casi "fisiologici"
Perionichia suppurata	2	
Emorroidi	2	
Cisti del funicolo**	2	
Reflusso G-E	1	
Sinechie piccole labbra	1	
Ernia epigastrica	1	Non confermata
Cisti	1	Granuloma da corpo estraneo
Ernia ombelicale	1	
Fistola cong. Del collo	1	
Ipertrofia testicolo	1	
Idronefrosi	1	
Ascesso perianale	1	
Massa addominale di NDD	1	Cisti mesenterica
M. di Hirschprung	1	Diagnosi dapprima negata dal ch. inf. e poi confermata dopo biopsia.
<b>Totale</b>	<b>122</b>	

\* in alcuni casi è risultata associata ad idrocele-cisti del funicolo

\*\* in alcuni casi è risultata associata ad ernia

Nella tabella 3 sono riportati i dati relativi all'attività dei reparti di chirurgia infantile extra-aziendali rivolta ai pazienti della nostra AUSL di età inferiore a 15 anni nel corso del periodo esaminato. In tale arco di tempo sono stati 140 i ricoveri programmati in queste strutture.

### Commento

La ricerca avviata e conclusa dopo 1 anno sul fabbisogno di prestazioni ambulatoriali di chirurgia-infantile ha integrato quanto l'AUSL è in grado di conoscere attraverso i suoi report relativi ai ricoveri per la stessa branca.

Le spese relative alla mobilità passiva (pazienti in cura in altre AUSL) rappresentano nel bilancio di ogni AUSL una voce che a volte non è possibile correggere in una logica di rapporti tra costi-efficienza-efficacia dei servizi offerti dal SSN. Per molti servizi inerenti la salute (centri trapianti, divisioni di neurochirurgia, reparti di dialisi ecc.) è ben noto oggi quale possa essere il rapporto ottimale con la popolazione residente.

È anche vero che esistono forme di collaborazione tra AUSL che consentono di rendere meno onerosa una presta-

zione sanitaria a quelle Aziende che non sono in grado di fornirla direttamente e contemporaneamente di ridurre il disagio per gli utenti. Nel caso specifico il fabbisogno di visite per i soli nuovi casi d'interesse chirurgico è stato quantificato in circa 230/anno (senza tener conto delle visite di controllo necessarie per pazienti cronici o per il post-operatorio). Ciò rende a nostro avviso utile avere a disposizione uno specialista in chirurgia infantile con cadenza regolare, a fronte di un'attività ambulatoriale programmata consistente (consulenze settimanali e/o quindicinali). Inoltre i dati relativi ai ricoveri per interventi programmabili (140/anno) dà a nostro parere anche la possibilità di effettuare almeno una parte di questo lavoro in sedute operatorie specifiche che utilizzino le strutture aziendali disponibili.

È chiaro che un problema di politica gestionale aziendale come quello portato ad esempio non può essere valutato e risolto dai medici del territorio che però possono contribuire a "pesarlo". Quello che ci preme sottolineare è mostrare quali siano i potenziali della ricerca sul campo anche per aspetti che hanno una minor rilevanza clinica rispetto a temi più classici (l'incidenza di patologie infettive, effica-

Tabella 3. Ricoveri effettuati presso strutture ospedaliere extra-aziendali di chirurgia infantile per le patologie prese in esame dai pdf.

DRG 163 Interventi per ernia	60
DRG 340 Interventi sul testicolo	35
DRG 341 Interventi sul pene	14
DRG 343 Circoncisione	3
DRG 305 Interventi su rene, uret. e vescica	6
DRG 156 Interventi su esofago, stomaco, duodeno	6
DRG 291 Interventi su dotto tireoglossale	3
DRG 143-144 Interventi su tenue e crasso retto e ano	7
DRG miscellanea	6
<b>Totale</b>	<b>140</b>

cia di terapie antibiotiche) e quanto possa essere importante la collaborazione tra medici del territorio e le amministrazioni sanitarie.

Per quanto riguarda gli aspetti più clinici della ricerca a nostro avviso i pediatri hanno dimostrato un approccio sostanzialmente corretto ai problemi di carattere chirurgico. La visita chirurgica è stata richiesta in modo tempestivo, se si eccettua 1 caso di criptorchidismo (3 anni). In un caso la prima visita chirurgica ha escluso erroneamente una patologia sospettata correttamente dal medico curante che solo successivamente è stata riconsiderata e confermata. La percentuale di diagnosi errate o incomplete è del 15%. Per altro alcune di queste diagnosi sono state chiarite solo in fase operatoria soprattutto per patologia del canale inguinale (idrocele e cisti del funicolo associate o meno ad ernia inguinale).

Il monitoraggio di un anno non permette di fare valutazioni di tipo epidemiologico attendibili sull'incidenza di singole patologie di interesse chirurgico. Tuttavia, ipotizzando di mantenere sotto controllo la medesima popolazione nel corso di tutta l'età pediatrica fino al 18° anno di vita, emergerebbe riguardo il varicocele una certa discordanza tra l'incidenza osservata in questo lavoro e i dati segnalati dalla letteratura. La sottostima del varicocele, per altro già nota in varie casistiche (6), acquista maggiore importanza se si tiene anche conto che tra breve verrà a mancare il controllo medico previsto nel 18° anno di vita in occasione della visita di leva, il cui obbligo è stato abolito.

Sicuramente nell'ambito dei corsi di formazione e di aggiornamento si cercherà di fare tesoro di quanto emerso nel corso della ricerca, cercando di sensibilizzare tutti i pdf a migliorare l'efficacia dello screening per il varicocele.

Riguardo la generica disponibilità dei pdf verso la ricerca crediamo che il traguardo raggiunto di 70% di partecipazione da parte dei pdf sia più che buono (trattandosi del primo esperimento locale svolto in quest'ottica), forse perché l'obiettivo esplicitato nella ricerca aveva una valenza professionale piuttosto sentita. Tale partecipazione ha per

altro consentito di rendere la raccolta dei dati significativa al punto di poterla considerare rappresentativa della situazione della nostra provincia.

### Conclusioni

Questo lavoro, prendendo spunto dall'analisi di un bisogno emergente dalla pratica quotidiana dei pediatri di famiglia, si è posto principalmente l'obiettivo di sensibilizzare coloro che si occupano di gestione delle risorse sanitarie affinché sia colta l'opportunità che offre la ricerca epidemiologica sul territorio anche su temi di programmazione dell'uso delle risorse stesse.

Oggi il monitoraggio epidemiologico è ancor più praticabile grazie al diffondersi sul territorio di sistemi di rilevamento informatizzati: è necessario che sia dato il giusto riconoscimento professionale a questo aspetto del nostro lavoro, verosimilmente sempre più importante nei prossimi anni, utilissima fonte di dati e possibile strumento per misurare meglio l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

### Bibliografia

- 1 Tamburlini G. *Ricerca epidemiologica in pediatria di base*. Prosp in Ped 1989;75:207-212.
- 2 Ciofi Degli Atti M, Salmaso S. *Una rete sentinella nazionale per il monitoraggio delle malattie infettive*. Vaccinazione 2000;62:6-7.
- 3 Ottolenghi A. *Malformazioni dei genitali*. Collana di Chirurgia Pediatrica Ed Bi & Gi 1993.
- 4 Behrman RE. *Nelson Trattato di Pediatria*, Edizione Italiana 1993, Edizioni Minerva Medica.
- 5 Guglielmi M, Pocecco R. *Criptorchidismo, fimosi, varicocele*. Med Bamb 1997;9:573-76.
- 6 Gattuccio F, Gagliardo A, Li Voti G. *Problemi di competenza andrologica dell'adolescente*. The Italian Journal of Pediatrics 2002;7(26):824-827.

# In aumento il morbillo in Italia

Marta Ciofi degli Atti<sup>1</sup> e Stefania Salmasso<sup>1</sup> per il gruppo di coordinamento SPES\*

In Italia il vaccino antimorbillo è stato immesso sul mercato nel 1976 ed è raccomandato dal Ministero della Sanità dal 1979. Negli anni '60, immediatamente precedenti all'introduzione della vaccinazione, venivano notificati circa 74.000 casi per anno, corrispondenti ad un'incidenza di circa 150 casi per 100.000 abitanti. Dall'introduzione della vaccinazione il numero di casi notificati è progressivamente diminuito, con un'incidenza media di 81 casi per 100.000 negli anni '80 e di 41 casi per 100.000 negli anni '90.

L'ultimo anno epidemico è stato il 1997, con circa 41.000 notifiche, il 95% delle quali nella fascia di età 0-14 anni. In particolare, nel 1997 l'incidenza stimata in questa fascia di età è stata di 473 casi per 100.000. Nel 1998 le notifiche sono bruscamente diminuite a 4.000 e da allora sono andate ulteriormente diminuendo. Nel 2000, l'incidenza stimata nei bambini fino a 14 anni di età è stata di 15 casi per 100.000; è stato quindi raggiunto sia il minimo storico del numero di notifiche annuali, sia la durata massima del periodo interepidemico, che in precedenza non aveva mai superato i 3 anni.

Sebbene la notifica sia obbligatoria, è noto che i casi di morbillo spesso non vengono segnalati, e che la sottotifica è maggiore al sud rispetto al nord del paese. Per effetto di questo fenomeno, dalle notifiche obbligatorie emerge che il morbillo è paradossalmente meno frequente al sud, dove la copertura vaccinale è più bassa, che non al nord, dove le coperture vaccinali sono più elevate<sup>1</sup>.

Per monitorare in modo accurato e tempestivo l'andamento del morbillo e di altre malattie prevenibili da vaccino, nel gennaio 2000 è stata attivata la rete SPES, un sistema di sorveglianza sentinella basato sui pediatri di libera scelta<sup>2</sup>. I pediatri partecipanti segnalano i casi su base mensile e, come nel sistema di notifica obbligatorio, la definizione di caso è esclusivamente clinica. La popolazione in sorveglianza include i bambini tra 0 e 14 anni assistiti dai partecipanti, e nel 2000 corrispondeva al 4%

circa della popolazione nazionale della stessa fascia di età. I risultati vengono pubblicati mensilmente su sito web ([www.spes.iss.it](http://www.spes.iss.it)).

Dai dati SPES emerge che nel 2000 l'incidenza mensile del morbillo non ha mai superato i 15 casi per 100.000, mentre nel 2001 non ha mai superato i 5 casi per 100.000. Nei primi due mesi del 2002, tuttavia, l'incidenza è aumentata rapidamente, superando a febbraio i 20 casi per 100.000. Sia a gennaio che a febbraio le regioni più colpite sono state il Lazio e la Campania; in quest'ultima regione è stata osservata a febbraio un'incidenza di 123 casi per 100.000. La maggioranza dei casi si è verificata in bambini tra i 5 e i 9 anni di età.

Nonostante la copertura vaccinale per il morbillo sia andata progressivamente aumentando, nel 2000 la percentuale di bambini vaccinati entro i 24 mesi era ancora inferiore all'80%, ed in molte regioni del sud non raggiungeva il 60% ([http://www.sanita.it/malinf/CertVacc/cop\\_vacc/cop\\_vacc.htm](http://www.sanita.it/malinf/CertVacc/cop_vacc/cop_vacc.htm)).

Questi valori di copertura hanno lasciato una gran parte di bambini suscettibili all'infezione, che costituiscono il potenziale per il verificarsi di una nuova epidemia. Per contrastare questo pericolo è assolutamente necessario attuare un programma interregionale che garantisca in tutta Italia sia un aumento delle coperture vaccinali dei nuovi nati che un recupero dei bambini più grandi non vaccinati in precedenza, in accordo con le raccomandazioni emanate nel 1999<sup>3</sup>. Secondo quanto previsto sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che dal Piano Sanitario nazionale, queste raccomandazioni prevedono per i nuovi nati il raggiungimento di coperture vaccinali pari o superiori al 95% entro i due anni di età. Per il recupero dei bambini più grandi non vaccinati in precedenza e l'offerta di una eventuale seconda dose sono invece previste strategie differenti a seconda del livello di copertura vaccinale raggiunto entro i due anni. In particolare vengono distinte le aree a copertura vaccinale inferiore all'80% da quelle che invece hanno superato questo li-

\* Gruppo di coordinamento SPES: Raffaele Arigliani<sup>2</sup>; Antonino Bella<sup>1</sup>; Guido Brusoni<sup>2</sup>; Giampiero Chiamenti<sup>2</sup>; Vincenzo Calia<sup>2</sup>; Patrizia Carbonari<sup>1</sup>; Stefano Del Torso<sup>2</sup>; Michele Gangemi<sup>2</sup>; Milena Lo Giudice<sup>2</sup>; Vitalia Murgia<sup>2</sup>; Silvana Parrocchini<sup>1</sup>; Alberto Eugenio Tozzi<sup>1</sup>; Giovanni Vitali Rosati<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Reparto Malattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica; Istituto Superiore di Sanità

<sup>2</sup> Pediatria di libera scelta

vello. Nelle prime, viene sottolineata la necessità di vaccinare i bambini i più grandi ancora suscettibili, attraverso due possibili linee di intervento: 1) utilizzare tutte le occasioni di contatto con i servizi vaccinali per verificare lo stato vaccinale dei bambini e ragazzi fino a 18 anni di età, ed offrire la vaccinazione a tutti coloro che non sono stati già vaccinati ed hanno un'anamnesi negativa per morbillo, oppure 2) organizzare delle campagne speciali in cui nell'arco di un breve periodo di tempo (per esempio alcune settimane) la vaccinazione viene offerta attivamente a tutti i bambini di età superiore ai 2 anni che non risultano essere stati vaccinati. Nelle regioni in cui la copertura vaccinale entro i 2 anni ha raggiunto l'80% e la percentuale di suscettibili oltre i 2 anni è inferiore al 10%, è invece raccomandata l'introduzione di una seconda dose all'età di 5-6 anni o a 11-12 anni. Con l'aumentare della copertura vaccinale ed il diminuire dell'incidenza diventa inoltre sempre più importante la sorveglianza della malattia. Anche un singolo caso infatti costituisce un'occasione per verificare lo stato vaccinale dei contatti (per esempio i familiari, o i compagni di scuola) e vaccinare chi è ancora suscettibile.

#### Bibliografia

- <sup>1</sup> Salmaso S, Gabutti G, Rota MC, Giordano C, Penna C, Mandolini D, Crovari P, and the Serological Study Group. *Pattern of susceptibility to measles in Italy*. Bulletin of the World Health Organization 2000;78(8):950-955.
- <sup>2</sup> Ciofi degli Atti ML per il gruppo di coordinamento SPES. *Sorveglianza pediatrica sentinella: i risultati del 2000*. BEN Notiziario ISS 2001:14.
- <sup>3</sup> Ministero della Sanità. Circolare n. 12 del 13 luglio 1999 "Controllo ed eliminazione di morbillo, rosolia e parotite attraverso la vaccinazione"

*Comunicato stampa della presidenza FIMP  
del 6 giugno*

## Epidemia di morbillo: " È dal 1987 che lanciamo allarmi purtroppo inascoltati "

"L'epidemia di morbillo – dichiara il dott. Tucci – preoccupa noi pediatri di famiglia. E' dal 1987 che denunciavamo che contro il morbillo, malattia che nell'immaginario collettivo è ritenuta erroneamente non grave, occorre una massiccia politica vaccinale. Siamo ben lontani da quel 90-95% della copertura vaccinale che dà una sufficiente tranquillità riguardo alla diffusione della malattia. L'Italia è indietro anche rispetto a Paesi non evoluti come il nostro. In Italia un bambino su quattro non è vaccinato. Non siamo stati ascoltati. Bisogna ammettere che non si è raggiunta una sufficiente cultura della vaccinazione nei confronti del morbillo, a livello della popolazione, a livello delle Regioni e delle Asl e anche fra coloro che dovrebbero convincere i genitori a far vaccinare i figli". Ma perché c'è resistenza? Il Dott. Tucci cita a questo proposito l'indagine ICONA, dove emerge che nel 28% i genitori non vaccinano i figli perché il bambino ha una malattia; nel 48,4% per carenza di informazione della madre; nel 7,4% per la mancata conoscenza del vaccino; nel 6,5% per il timore di effetti collaterali; nel 10,1% per la convinzione che sia meglio contrarre la malattia; nel 16,1% per contrarietà sulla strategia vaccinale; nel 5,2% perché la vaccinazione è sconsigliata dal Pediatra; nel 2,5% per la non gratuità del vaccino.

Il Dott. Tucci ricorda che la FIMP nel 1987 chiese che la vaccinazione divenisse obbligatoria per legge come lo erano la polio, la difterite e il tetano. Un messaggio non ascoltato come non vennero ascoltati interventi a livello parlamentare. Poi nel Piano Vaccini nel 1999/2000 la vaccinazione contro il morbillo divenne raccomandata. "Un'ottima decisione -afferma Tucci-, ma paradossalmente controproducente, perché il termine *raccomandato* fa ritenere a molti genitori, pur sollecitati dal pediatra, che la vaccinazione non sia poi così importante visto che è solo raccomandata. Non dimentichiamo che molti genitori prestano orecchio ai messaggi di quanti si dichiarano contrari alle vaccinazioni". Il presidente della FIMP sottolinea che le epidemie di morbillo erano cicliche ogni 2-3 anni, e che in seguito alla vaccinazione le epidemie sono rallentate, l'ultima risale al 1995.

L'attuale situazione impone di cambiare comportamenti e di correre al più presto ai ripari, intensificando in tutto il paese la lotta contro il morbillo e, in via prioritaria, praticando un'efficiente opera di "ripescaggio" dei non vaccinati."

## Soddisfare i bisogni reali del bambino e della famiglia

# Il vaccino per la varicella

Raffaele Arigliani, Milena Lo Giudice

Il vaccino per la Varicella sta per essere immesso sul mercato. Come in ogni cosa della vita è ben difficile che il bene stia solo da una parte ed il male interamente dall'altra, così anche questo nuovo vaccino è sicuramente una opportunità che pur tuttavia si accompagna a possibili problemi. Abbiamo rispetto a questo vaccino e alla relativa strategia da perseguire per la sua introduzione in Italia, delle certezze, degli interrogativi, delle istanze da sostenere.

### Iniziamo dalle certezze:

- Deve esserci *univocità nelle informazioni* che giungeranno all'utenza dalle diverse agenzie accreditate come esperte all'opinione pubblica: i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (ASL, servizi vaccinali, ISS, ecc...) ed il mondo della Pediatria e particolarmente dei Pediatri di famiglia. Il passato ci ha ampiamente dimostrato (vedi vaccinazione per la pertosse con vaccino cellulare, vaccino anti-morbillo, ecc...) che quando non vi era accordo sulla teoria e soprattutto sulla prassi vaccinale le strategie vaccinali scelte, teoricamente efficaci, venivano smentite dalla realtà.
- Questo vaccino è *sicuro ed efficace* per il singolo paziente che si vaccina. La sua vita oramai più che ventennale, l'esperienza americana degli ultimi anni e la letteratura univocamente ce lo confermano.
- Abbiamo oggi delle informazioni accurate e capillari sulla epidemiologia della varicella in età pediatrica in Italia. Di ciò dobbiamo ringraziare soprattutto il progetto SPES-pediatri sentinella ([www.iss.spes.it](http://www.iss.spes.it)), che è attivo da oltre 2 anni ed è realizzato grazie ad una collaborazione via e-mail tra pediatri di famiglia italiani e Istituto Superiore di Sanità. Questa rete di pediatri sentinella sarà fondamentale per capire cosa avverrà realmente dopo l'introduzione del vaccino. Potrebbe essere ulteriormente utilizzata per avere più dettagliate informazioni anche su altri aspetti della vaccinazioni (effetti collaterali, accettabilità, ecc...) e della malattia stessa.

### Gli interrogativi

- Immaginiamo, quali pediatri di famiglia, alcuni probabili scenari al momento dell'introduzione del vaccino. Alla riapertura delle scuole inizierà l'epidemia di varicella. Ogni qualvolta succede i familiari dei bambini compagni di scuola chiedono al pediatra se vi è un intervento sicuro ed efficace per evitare che il figliolo prenda la varicella, malattia che forse non fa eccessivamente paura alla

maggioranza delle famiglie ma che da tutti è percepita come estremamente fastidiosa (almeno per il prurito e il disturbo che arreca al bambino, per le possibili sequele cutanee, per la lunga assenza da scuola, per i problemi che crea all'organizzazione familiare, ecc...). Il pediatra di famiglia avrà l'obbligo deontologico di consigliare il vaccino, sicuro ed efficace, e mi sembra assai probabile che la richiesta di essere vaccinati si allargherà a macchia d'olio. Chi comprenderà il vaccino e chi lo praticherà? È giusto che l'intero onere di ciò sia a carico delle famiglie?

- I pediatri di famiglia sono operativamente in condizione di vaccinare nel loro ambulatorio tutti i loro assistiti, che tra l'altro vengono visti periodicamente nei cosiddetti "bilanci di salute". Cadrebbero in questo modo alcune delle difficoltà operative che sono state evidenziate nelle discussioni cui abbiamo assistito e l'offerta vaccinale potrebbe essere estesa a tutti i bambini che non hanno avuto la varicella. L'efficienza dell'intero sistema potrebbe essere facilmente e rapidamente monitorata proprio perché siamo a conoscenza degli assistiti di ogni pediatra, ulteriormente stratificabili per fasce d'età.

### Le istanze

Diamo atto all'ISS ed ai vertici della Sanità pubblica di avere fino ad oggi coinvolto una rappresentanza qualificata della pediatria di famiglia italiana nei momenti di riflessione e discussione sulle strategie più opportune da tenere per questo nuovo vaccino. È stato già richiesto al Ministro Sirchia dal Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri Prof. Pier Luigi Tucci che, anche quando la discussione si sposterà in Consiglio Superiore di Sanità e poi nella Conferenza Stato Regioni per passare ad una fase conclusiva, sia data ai pediatri di famiglia la possibilità di dare il proprio fattivo contributo di conoscenze e di sensibilità.

Crediamo che sempre più dobbiamo avere coscienza che oggi il bisogno di salute del bambino e della famiglia debba essere inteso secondo i dettami dell'OMS (carta di Ottawa del 1986): guardare il bambino e le sue possibili patologie come un insieme dinamico e flessibile, in cui il biologico è strettamente connesso allo psico-sociale. La discussione sulla più opportuna strategia da adottare per questo nuovo vaccino ci sembra stia anche diventando un'occasione per confrontarci alla luce di questa sempre più forte sensibilità, parlando e operando in modo pragmaticamente, ma ben radicati e coscienti della prospettiva bio-psico-sociale su cui leggere il senso stesso dell'essere medici e operatori di Sanità Pubblica.

# Farmaci generici: limiti e opportunità

Giorgio Meneghelli

## LE REGOLE DEL GIOCO

L'Organizzazione Mondiale del Commercio (OCM) considera il nuovo farmaco alla stregua di un qualsiasi prodotto da vendere con tendenza a proteggerlo con brevetti lunghi (25 anni prima del 1994, 20 anni dal 1994). Sono in atto riduzioni dell'EMEA (CEE) e del SSN sulle coperture brevettali (D.L. 15/04/2002 n. 63) che ora garantiscono un periodo di esclusività in Italia di 10 anni. Il monopolio dei brevetti è in mano all'Industria Farmaceutica, l'unica in grado di affrontare gli elevati costi di produzione dei medicinali.

Per produrre un nuovo farmaco si parte da circa 10.000 molecole, servono 10-12 anni di tempo, si spendono 500 miliardi in ricerca e 250 miliardi per la promozione-notificazione. Solo una molecola su quattro otterrà alla prova dei mercati un successo economico-prescrittivo. È pertanto giustificata una protezione brevettuale per garantire i costi di ricerca e sfruttarne i diritti di produzione.<sup>1, 2.</sup>

A brevetto scaduto, chiunque può riprodurre il principio attivo e commercializzarlo a costi inferiori rispetto al cartello dei Produttori usando il nome scientifico della molecola seguito da quello della Ditta venditrice. Si costruisce così un "generico" (*interchangeable multisource pharmaceutical product*) che prima deve superare i test di bio-equivalenza rispetto all'*originator*, cui bisogna risulti identico per efficacia, tolleranza, bio-disponibilità. Può essere veicolato da eccipienti diversi, possono variare le caratteristiche organolettiche (compresse più grandi o più piccole, palatabilità delle sospensioni ecc.).

La ricaduta economica dei generici è rilevante in mercati costosi ed in espansione come quelli dei farmaci. Nel 2000 la vendita di medicine nelle farmacie dei primi 12 mercati del mondo ha determinato introiti per 221,6 miliardi di dollari, più 9% rispetto al 1999<sup>3.</sup>

Multinazionali come la Merck & Sharp Inc. hanno attrezzato linee produttive per generici: la Merck Generics è attiva in 13 Paesi, imitata da altre Aziende.

## PANORAMA INTERNAZIONALE

I farmaci generici costano in media dal 20 al 50% meno dei "brevettati", l'uso è stato introdotto per motivi economici. Gli Stati Uniti sono partiti per primi (1984), sotto la spinta delle Assicurazioni e, sul loro mercato, i generici occupano ora il 43% della prescrizione. In Gran Bretagna coprono 3 prescrizioni su 4, mentre in Germania e Danimarca rappresentano il 40% della spesa. L'Italia compare in questo campo con forte ritardo sulle prime direttive CEE (1965).

## SITUAZIONE NAZIONALE

In Italia i generici raggiungevano fino al 2001 il 3% delle confezioni vendute e solo lo 0,4% del fatturato totale. Per risparmiare sulla crescente spesa farmaceutica del SSN, la Legge Finanziaria 2001 (art. 85, comma 26-28) ha concluso un lungo iter dando il via all'operazione "generici" in data 01/09/2001 con complicate disposizioni poi modificate in devolution regionale <sup>4</sup>.

La Legge 405/2001 ha recepito il D.L. 347(18/09/01) e disposto dal 01/12/01 quanto segue:

i medicinali non coperti da brevetto vanno rimborsati al farmacista al prezzo più basso del generico corrispondente del ciclo distributivo delle tabelle regionali.

Il farmacista non può sostituire il farmaco di marca col generico quando:

- il medico appone in ricetta le diciture "sic volo" o "farmaco non sostituibile".
- il paziente rifiuta la sostituzione.

In questi casi la differenza è a carico dell'assistito. L'operazione comporterà un risparmio per il SSN calcolato in circa 550 miliardi £/anno. Le molecole interessate sono 37 per un totale di 1040 confezioni, ma solo il 62% è reperibile (vedi recente protesta del Ministro Sirchia), di altri 17 principi si attende l'arrivo a breve <sup>5</sup>.

La ricaduta di mercato è stata importante con ribasso dei costi-vendita dell'80% dei farmaci sotto minaccia "generica" (OSMED).

## OBBLIGHI PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Nonostante l'impegno del Ministero della Sanità e di alcune associazioni come Altroconsumo, Cittadinanzattiva ecc., gli utenti e gli addetti ai lavori sono poco informati. L'84% dei cittadini conosce poco delle nuove norme di rimborso e il 67% ignora l'esistenza dei generici. In pratica *no brand? not known* <sup>6</sup>. La Legge Finanziaria 2001 obbliga il medico ad informare il paziente sulla disponibilità di farmaci integralmente rimborsati dal SSN, qualora il curante decida per medicine con prezzo superiore e con differenze a carico dell'assistito. Quindi per il medico vi è obbligo di informazione, non di prescrizione, fermo restando per il pediatra di famiglia l'impegno di ottimizzare i costi per i pazienti.

## GENERICI E QUALITÀ DELLE CURE

I generici sono farmaci consolidati e ben noti per proprietà terapeutiche ed effetti collaterali. Il tempo li ha resi

affidabili ed indipendenti da campagne promozionali dell'Industria.

Nel 2001 in Italia erano in vendita oltre 9000 specialità farmaceutiche. Troppe, perché i principi attivi che garantiscono *efficacy and safety* sono molti di meno e circolano così numerose e costose molecole varianti dell'*originator*: spesso farmaci inutili o di dubbia efficacia <sup>1</sup>. Nel solo 1994 partendo da 23 prototipi, il mercato ha prodotto 199 molecole "*me-too*" ripetitive, commercializzate in 716 diversi prodotti, prescrivibili a carico del SSN <sup>7</sup>. Tutti i 716 farmaci sono identici ai 23 capostipiti. Una semplificazione generico-mediata sarebbe salutare.

## MEDICAL ACT 90 DI NELSON MANDELA

Questi gli argomenti di casa nostra, ma l'impiego dei generici nei Paesi poveri porta verso realtà e decisioni drammatiche sul piano umanitario ed etico.

Il Sudafrica e il territorio sub-Sahariano sono zone divorate dall'AIDS. Qui vive il 70% dei sieropositivi di tutto il mondo (33,6 milioni) e il 95% di essi non ha accesso alle cure. Dal 1996, quando è stata commercializzata la "tripla terapia" anti-AIDS, negli Usa i decessi si sono dimezzati (da 19.000 a 10.000) mentre in Africa sono raddoppiati (da 1,5 a 2,4 milioni). La "tripla terapia", coperta da brevetto multinazionale, costa 5000 dollari/anno per malato ... nessun africano potrà mai acquistarla <sup>8</sup>.

In Sudafrica vivono 41 milioni di individui di cui 5 milioni sono sieropositivi, tra cui il 23% delle donne gravide, muoiono ogni anno di AIDS 440.000 minori di 15 anni <sup>9</sup>. Il Governo di Pretoria ha deciso nel 1997, con il Medical Act 90, di non rispettare il brevetto dei farmaci anti-AIDS e di rivolgersi al mercato generici di Brasile e India, ove la "tripla terapia" costa 350 dollari/anno per malato. Le 39 multinazionali del farmaco hanno promosso una causa presso l'Alta Corte del Sudafrica contro il Governo per violazione delle norme internazionali dell'OMC. Il 19 aprile 2001 l'avvocato delle multinazionali, F. Cilliers, ha annunciato il ritiro delle 39 aziende dalla causa, lasciando via libera ad un accordo che consente al Sudafrica di realizzare il Medical Act 90. Contemporaneamente Glaxo-Smith Kline, Merck, Pfizer, ecc., si sono impegnate a fornire farmaci anti-AIDS ai Paesi poveri ai costi di produzione. I diritti del profitto cedono il passo al diritto dei malati e, senza sindacare sui perché, quel 19 aprile 2001 è stata una data positiva per tutti.

## PILLOLE E MILIARDI

Torniamo in Italia. La manovra "generici" è di limitata portata rispetto all'economia esplosiva del "pianeta farmaco". La spesa farmaceutica pubblica nel 2001 è salita del 32,4% vs il 2000 con uno sfioramento di 5.500 miliardi<sup>10, 11</sup> ed occupa il 16% del finanziamento Sanità<sup>11</sup>. In altre cifre, la spesa del SSN è passata dai 14.714 mld del 1999 ai 22.442 mld di £ del 2001 (+ 50%). In Italia rispetto agli altri Paesi OCSE si registra una maggiore accelerazione dei consumi: più di 7 ricette pro capite con aumento della ricettazione complessiva del 20% in un solo anno<sup>11</sup>. È in rosso pure il 2002 con un previsto aggravio di spesa del 14% verso 2001<sup>12</sup>.

Il governo francese ha rivoluzionato il settore per incrementi omeopatici rispetto ai nostri. Da noi troppi decisori politici confondono una coerente programmazione sanitaria con scelte tese al consenso, adottando decisioni contraddittorie<sup>13</sup>. Il boom di spesa-farmaci nel 2001 era scontato, le cause arcinote e prevenibili. Perché meravigliarsi ora se la spesa farmaceutica è in rosso? Bastava eseguire semplici addizioni e sottrazioni prima di porre in atto interventi amministrativi che pesano da soli per il 60% degli aumenti<sup>12</sup>.

I medici. Da loro dipende una causa di aumento dei costi: l'effetto mix, cioè lo spostamento delle prescrizioni terapeutiche verso le molecole più recenti e costose, non sempre giustificato dalle evidenze scientifiche. L'effetto mix incide per aumenti del 5% anno<sup>12, 14</sup>.

Ultimi tentativi: il Governo ha da poco imposto una riduzione del prezzo di tutti i medicinali del 5% al netto di IVA (D.L. n. 63, 15/04/02) mentre le Regioni hanno avviato il "delisting" cioè il passaggio in classe C di farmaci di classe A (record all'Emilia Romagna con 98 medicinali retrocessi)<sup>12</sup>.

## CONCLUSIONI

Tutti i motivi accennati sono vettori di spesa capaci di polverizzare la manovra "generici" che, buona nelle intenzioni, non ha brillato in Italia per tempi e modalità esecutive. La prima direttiva CEE sui generici è stata la n.65/1965, recepita in Italia 26 anni dopo con D.L. 178/1991, traslata nella Finanziaria 1998, ma eseguita sul campo solo con la Finanziaria 2001. Mancano per ora i dati nazionali OSMED sulle vendite.

Nel frattempo ... presso il National Health Service inglese, che pure di questi tempi non se la passa molto bene, il 71% dei farmaci prescritti dal *general practitioner* sono "generici" e, fattore importante, essi pesano solo per il 22% sul totale della spesa farmaceutica<sup>15</sup>.

Per il SSN sono due dati da confrontare e meditare, quando finalmente saranno disponibili i conti.

### Bibliografia

- 1) Cagliano S, Liberati A. *I Farmaci*, 2001, Ed. Il Mulino.
- 2) Agenzia Sanitaria Italiana, Cenni sulla ricerca farmaceutica, 1997;19:5.
- 3) *Il mercato farmaceutico mondiale nel 2000*, Bollettino sui farmaci, Ministero Sanità, 2001; 2: 86.
- 4) Rimborsabilità dei Farmaci, Bollettino sui Farmaci, Ministero Sanità, monografia, giugno 2001.
- 5) Fonte Dati: Assogenerici (Medico e Paziente n°10/2000).
- 6) Fonte Dati: Studio Federfarma e Fofi (Sole 24 ORE Sanità, 2001; Speciale Farmaci/all.25: pag.20).
- 7) Farmaci Me-Too, Quaderni ACP 1996; 6:18.
- 8) Siracusano F, L'industria dei farmaci anti-AIDS contro il Sud-Africa, Quaderni ACP 2001;3:38.
- 9) Fonte Dati: UNAIDS, report al 01/12/2000.
- 10) Tutte le spese fuori budget, Il Sole 24 Ore Sanità, 2001; 27:1.
- 11) Fonte Dati: Federfarma, Il Sole 24 Ore Sanità, 2002; 7:10.
- 12) Fonte Dati: OSMED, Il Sole 24 ore Sanità, 15/04/2002.
- 13) Borgonovi E, Decisori confusi tra politiche e scelte, Il Sole 24 Ore Sanità, 2001; all. 25: 3.
- 14) Traversa G, Quel boom così prevedibile, Il sole 24 Ore Sanità, 2001; 25:6.
- 15) Farmattualità, Dicembre 2001.

# Lavorare in gruppo oggi

Giuseppe Quattrone - Orlando Filardo

L'evoluzione delle conoscenze e le mutate esigenze di salute della popolazione infantile, negli ultimi venti anni, ha indotto gli operatori del settore a ricercare modelli assistenziali rivolti al bambino in maniera globale.

La presenza capillare dei PdF su tutto il territorio nazionale ha centrato uno di questi obiettivi elevando la qualità della crescita dei bambini italiani.

Il ricambio generazionale, le mutate esigenze di salute e le evoluzioni politiche rendono necessario, oggi, un adeguamento delle cure primarie ed in particolare del servizio di Pediatria di famiglia.

La filosofia che ha accompagnato negli anni il PdF e che vedeva come esigenza primaria il soddisfacimento delle richieste delle famiglie, oggi consente agli stessi di strutturarsi per rendersi disponibili ed ancor più impegnati nel soddisfacimento delle reali esigenze delle famiglie attraverso la ricerca di un modello assistenziale di qualità.

La qualità assistenziale dipende dal livello culturale di base degli operatori e dalla organizzazione intrinseca del servizio stesso. Una adeguata organizzazione consente di far percepire il servizio come soddisfacente, utile e indispensabile. La qualità non può prescindere da un adeguato e costante confronto tra pediatri, con una continua messa in discussione del sapere. D'altra parte il confronto porta alla crescita culturale e non può essere limitato alle occasioni di incontro collettivo, ma deve essere costante, giornaliero e verificabile.

Il gradimento percepito dall'utenza è un criterio importante per la verifica della qualità.

La qualità del servizio atteso dalla famiglia è legata alla qualità dell'offerta. In carenza di qualità l'utente è indotto a rifiutare il servizio e, paradossalmente, ad utilizzare servizi alternativi che nella fattispecie erogano prestazioni ad alto costo e spesso impropri.

Per quanto sopra, e non solo, sono sorte in Italia spontanee aggregazioni di Pediatri di famiglia che hanno sentito l'esigenza di lavorare assieme, cioè in gruppo in un'unica sede, costituendo di fatto dei punti di riferimento per le famiglie, offrendo un servizio allargato e sforzandosi di elaborare un modello assistenziale gratificante per gli operatori e per le famiglie.

Si è sentita l'esigenza di riunirsi in Coordinamento nazionale per un confronto costruttivo e si è arrivati, dopo cinque anni di studio, alla costituzione di una **Associazione delle Pediatrie di Gruppo (APeG)** che ha tra i suoi obiettivi, tra l'altro, il confronto, l'elaborazione e la verifica delle esperienze nazionali di assistenza pediatrica territoriale.

Il **V° Congresso delle Pediatrie di gruppo - I° Congresso APeG** che si tiene il **18 e 19 maggio 2002 a Reggio Calabria**, oltre a sancire la nascita dell'APeG, mette a confronto le aspettative dell'utenza attraverso un dibattito tra rappresentanti delle famiglie e gli operatori del settore. La tavola rotonda prevista vede confrontarsi rappresentanti di Altro Consumo e del Tribunale per i diritti del Malato, rappresentati dai Pediatri di famiglia nella persona del Presidente Nazionale della FIMP Dr. Pierluigi Tucci, dei Pediatri operanti in gruppo e della Parte pubblica. La mediazione, affidata al Prof. Franco Panizon, cercherà di individuare "La qualità percepita in Pediatria di famiglia tra attese e risposte".

Si pensa che tale iniziativa possa aprire un dibattito che stimoli chi crede nella pediatria di famiglia e che si possano elaborare i presupposti culturali e normativi che facilitino lo sviluppo di una pediatria territoriale moderna ed adeguata alle rinnovate esigenze di cure dei bambini italiani.

# Novità ENPAM

Pietro Fusilli

Nell'ultima seduta del Comitato Consultivo del Fondo dei Medici di Medicina Generale sono state prese delle importanti decisioni, per venire incontro alle numerose istanze dei Colleghi.

Vediamo le più importanti.

## Riscatto del servizio militare o civile

Numerosi medici ed odontoiatri hanno sollecitato l'introduzione, anche nei regolamenti dei Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam, in analogia a quanto previsto dagli enti previdenziali pubblici, del riconoscimento ai fini previdenziali dei periodi di servizio militare o civile.

La Commissione per i Regolamenti di previdenza, nella seduta del 20/12/2001, considerando che lo svolgimento del servizio militare o civile, nella quasi totalità dei casi, comporta una riduzione degli anni di contribuzione effettiva e quindi ha effetti penalizzanti sulla posizione contributiva dell'iscritto, ha introdotto nei regolamenti dei Fondi Enpam l'istituto del riscatto del servizio militare o civile.

Questo riscatto deve essere effettuato mediante versamento di un contributo di importo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa del periodo da riscattare. La riserva matematica, com'è noto, si calcola moltiplicando il valore della maggior quota di pensione conseguibile con il riscatto per il coefficiente di capitalizzazione relativo all'età ed anzianità contributiva raggiunte dall'iscritto alla data della presentazione della domanda.

Anche in questo caso è possibile la deducibilità integrale dei versamenti dall'imponibile fiscale.

A tale riscatto può essere ammesso l'iscritto che non abbia già presentato analoga domanda presso altre gestioni previdenziali obbligatorie diverse dai Fondi Enpam.

Il riscatto dei periodi di servizio militare o civile non deve coincidere con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata.

Questo riscatto si va, quindi, ad aggiungere al riscatto degli anni di laurea, specializzazione e perfezionamento necessari per conseguire i titoli richiesti per svolgere l'attività professionale, nonché al corso di formazione di medicina generale o titolo equipollente. Tutti questi periodi non possono superare i 10 anni.

Non appena si avrà l'approvazione del Governo, anche questo riscatto entrerà in vigore.

## Riforma dei trattamenti di invalidità assoluta e permanente

Per rafforzare la tutela previdenziale nei casi di invalidità assoluta e permanente e di premorienza, con particolare riferimento agli iscritti che possono contare su posizioni previdenziali di entità ridotta, è stata approvata la proposta di dare un trattamento minimo a partire dall'anno 1998 pari ad almeno 10.845 euro; tale tetto viene indicizzato annualmente nella misura del 100% dell'indice ISTAT.

Il trattamento per invalidità assoluta e permanente spetta all'iscritto che, prima della cessazione del rapporto con gli Istituti del SSN o prima del 65° anno di età, divenga inabile in modo assoluto e permanente all'esercizio dell'attività professionale e cessi dal rapporto professionale. Tale pensione è reversibile ai superstiti.

Ai fini della determinazione dell'eventuale incremento erogabile a ciascun interessato, si calcola la pensione di invalidità assoluta e permanente o di premorienza in base alle norme dei regolamenti in vigore dei singoli Fondi dell'Enpam; se la somma di dette pensioni risulta inferiore a 10.845 euro complessive, questa viene incrementata della differenza.

Al fine del raggiungimento di tale minimo, si dovrà tenere conto non solo delle pensioni erogate dall'Enpam, ma anche di ulteriori pensioni di previdenza obbligatoria.

## Equiparazione ai figli legittimi e legittimati dei nipoti a carico di iscritti ai fini dell'erogazione dei diritti ai superstiti

Alcune sentenze della Corte Costituzionale hanno incluso nel nucleo familiare dell'ascendente, ai fini dell'erogazione del trattamento pensionistico ai superstiti, i nipoti viventi a carico del "de cuius" al momento del decesso, anche se non formalmente a lui affidati dalle autorità competenti.

Alla luce di queste sentenze e considerando che le situazioni sinora accadute sono pochissime, la Commissione per i regolamenti ha ritenuto opportuno equiparare ai figli legittimi e legittimati, ai fini del trattamento pensionistico a superstiti, i nipoti minori legalmente affidati e viventi a carico dell'iscritto al momento del decesso.

*I tre punti sopraesposti sono stati approvati all'unanimità dal Comitato Consultivo del Fondo di MMG di cui fanno parte anche i Pediatri di Libera scelta, come tutti sapete.*

# Health promoting policies and child health in Europe: evidence and experience

A Trieste si è svolto il convegno sulle politiche europee di promozione della salute infantile organizzato dall'Unità di ricerca per i servizi sanitari e la salute internazionale del IRCCS Burlo Garofolo in collaborazione con l'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, la Società Europea di Pediatria Sociale (ESSOP) e l'Unione Internazionale per la promozione della salute e formazione (IUHPE).

Hanno partecipato rappresentanti dei paesi della Unione Europea e rappresentanti di Croazia, Slovenia e Ungheria.

Gli obiettivi generali del convegno erano l'analisi delle politiche attuali di promozione della salute, e la possibilità di scambio di informazioni tra operatori, nell'ottica di suggerire priorità strategiche sulla base delle evidenze scientifiche disponibili in base alle esperienze svolte in vari contesti europei.

Numerose sono le strategie sviluppate a livello europeo per la promozione della salute in gravidanza, in età perinatale, nell'infanzia e adolescenza: rimangono comunque molto importanti le differenze nei vari paesi europei in relazione alle diverse realtà socio economiche. In Europa i più poveri hanno una probabilità 10 volte superiore della popolazione più ricca di morire prima dei 14 anni.

La valutazione dell'impatto delle strategie di promozione della salute necessita però di analisi estremamente diversificate in quanto spesso una valutazione scientifica positiva di una politica di promozione della salute non si correla con una sufficiente riproducibilità degli stessi interventi in situazioni diverse da quelle originali. Questo può influenzare in modo importante le differenze di strategia nelle varie realtà europee, modificando la durata di un intervento e quindi anche l'analisi economica.

La pianificazione della salute è influenzata da complessi eventi multifattoriali con bassa riproducibilità. Al termine di un intervento, molte volte è assente una valutazione rigorosa dei benefici ottenuti e dei potenziali danni emergenti, nonché del rapporto costi-benefici, specie se analizzato considerandola stratificazione sociale di chi fruisce dei benefici stessi (analisi di equità). I gruppi sociali con un livello sociale, economico e culturale più alto traggono maggiori vantaggi rispetto alla popolazione socialmente più debole.

Anche nel campo della promozione della salute la letteratura mondiale soffre per un'epidemia di pubblicazioni, a cui però negli ultimi 20 anni non sono seguite variazioni altrettanto importanti nei campi più importanti di prevenzione, quali tabacco, rischio cardiovascolare o incidenti.

Dal punto di vista metodologico è ormai certo che gli studi RCT non sono adatti per la valutazione di efficacia di interventi strategici nel campo della promozione della salute, ma sono necessarie valutazioni che tengano in considerazione l'ampia variabilità multifattoriale: l'obiettivo finale di una valutazione è di influenzare successive decisioni e la complessità dell'analisi dipende da chi dovrà prendere le decisioni e da che decisioni dovranno essere prese in base ai risultati del progetto. Dovranno quindi essere considerati da una parte gli indicatori di interesse quali l'utilizzazione dei servizi, la copertura e la misura dell'impatto, dall'altra la definizione di

adeguatezza (si sono verificate le modifiche previste) di plausibilità (gli effetti non sono dovuti a influenze esterne) e di probabilità (esiste una differenza di risultati statisticamente significativa).

Le strategie programmatiche devono essere diversificate per sviluppare progetti diversi in base alle condizioni socioeconomiche di una nazione, scegliendo tra interventi mirati con effetti limitati alle popolazioni a rischio rispetto a un approccio più universale con ricaduta a cascata su tutte le fasce sociali.

L'ufficio regionale dell'OMS intende promuovere un intervento coordinato multisettoriale in quanto è evidente che interventi nel campo dell'educazione, degli affari sociali e della comunicazione possono influenzare e quindi devono integrarsi con progetti di promozione della salute.

Nel corso del Convegno sono stati presentati i risultati di un questionario inviato a d alcuni rappresentanti dei paesi europei ed alcuni esempi di progetti nazionali di promozione della salute.

Il questionario, pur riportando solo il parere personale dei rappresentanti interpellati e non una posizione ufficiale, ha rivelato che nella maggior parte dei paesi esistono dei progetti di promozione della salute. Gli argomenti sono i problemi di salute più importanti del bambino e dell'adolescente: salute prenatale, incidenti (Svezia), tabacco, allattamento materno, salute perinatale, trasporto (Italia), nutrizione e progetto generale (Irlanda [www.besthealthforchildren.com](http://www.besthealthforchildren.com)), interventi scolastici integrati nell'ambito dell'European Network of Health Promoting Schools (Slovenia, Islanda), progetto generale (Danimarca), Salute materna e del neonato, adolescenza (Gran Bretagna), Incidenti (Grecia), pianificazione familiare e educazione sanitaria nelle scuole (Spagna).

Questa analisi ha dato chiare indicazioni su alcuni punti: lo sviluppo e la diffusione dei progetti varia notevolmente da nazione a nazione, la valutazione dell'efficacia dei progetti viene effettuata raramente, esiste la necessità di

progetti integrati e ad ampio spettro, l'importanza della promozione della salute ambientale e' scarsamente riconosciuta.

Attualmente è in corso un progetto volto a definire gli indicatori delle politiche di promozione della salute: la analisi di tali indicatori e il loro utilizzo può dare agli esperti e alle comunità degli strumenti per valutare l'impegno "politico" e gli eventuali progressi di una campagna di politica sanitaria.

Le possibili applicazioni di questi indicatori possono adattarsi sia a singoli argomenti (abusi di sostanze, nutrizione, incidenti), sia a situazione logistiche (famiglia, scuola, posto di lavoro, servizi sanitari) e anche a situazioni che si sviluppano nel tempo (periodo perinatale, età scolare, adolescenza). La scelta del campo di interesse comporta implicazioni strategiche che indirizzano verso l'integrazione orizzontale tra i vari operatori del campo favorendo programmi multi settoriali, per esempio nelle politiche di promozione della salute primaria, mentre i programmi legati a situazioni logistiche definite sono tipicamente multifattoriali.

Gli argomenti principali sono la casa, l'igiene, l'acqua, l'aria, il trasporto, l'educazione la convivenza sociale. Le sedi ideali per promuovere progetti di promozione della salute sono la famiglia, le scuole, i punti di ritrovo o di lavoro, in particolare per gli adolescenti, i servizi sanitari e le residenze comunitarie. Le priorità strategiche rimangono ancora la salute prenatale, la genitorialità, l'allattamento materno, la nutrizione, l'esercizio fisico, l'abuso di sostanze, la prevenzione degli incidenti, l'attività sessuale e riproduttiva e la consapevolezza ambientale.

In conclusione è risultato evidente che per intraprendere interventi efficaci di promozione della salute di respiro europeo si debba raggiungere un chiaro consenso sulla natura delle attività di promozione da svolgere, stabilire un accordo su quali metodi di analisi e quali criteri di efficacia debbano essere usati nella valutazione e intraprendere un lavoro specifico mirato alla creazione di indicatori di promozione della salute europei.

*Carneade... chi é costui? (o costei?)*

## Un nuovo redattore, una nuova rubrica

Danila Mariani

*Ho riflettuto a lungo se fosse necessario, o quantomeno auspicabile, una mia presentazione: capirai, ho pensato, entrerà nella vita della stragrande maggioranza dei Pediatri italiani che, quando leggeranno il mio nome nel comitato di redazione di questa rivista, cercheranno disperatamente nei recessi della loro memoria un aggancio per capire chi sono, invano.*

*Infatti io sono solo una di noi: la quarantina passata da poco (ma illusa, come cita un noto complesso musicale, di essere "ancora e sempre diciassettenne"), un marito, due figli ed una professione, scelta una ventina d'anni fa e portata avanti con uno spirito un po' retrò, forse non molto manageriale, ma con tanta passione.*

*Ed una visione del sindacato un po' romantica: "qualcuno lassù mi pensa!". Mentre lavoro nel mio studio, mentre le visite domiciliari si susseguono, mentre spiego lo schema dello svezzamento, mi conforta sapere che da qualche parte qualcuno si impegna anche per i miei diritti, che qualcuno pianifica la mia formazione, che posso telefonare ad un amico, referente per la mia provincia, che mi traduce il "burocratese" e conosce i miei problemi e può risponde alle mie domande.*

*Eppure ora vi parlo da qui, mi è stata data questa opportunità: una mattina di marzo a Pisa mi sono trovata catapultata in una realtà completamente diversa, seduta al tavolo con il "gotha" della pediatria di famiglia, nomi conosciutissimi per i loro scritti, il loro impegno.*

*Risultato: per un attimo salvezza azzerrata (tale e quale quando il commercialista, e non la segretaria, ti telefona a casa), una nuova rubrica, che si occuperà di vaccinazioni, ed un contatto con voi lettori più stretto. Insomma mi presento, sono Danila Mariani, Pediatra di famiglia, e non mi par poco!*

*Ed ora al lavoro. Ho accettato volentieri di occuparmi di una rubrica che trattasse il tema delle vaccinazioni. Ci sono infiniti buoni motivi per riflettere su questo tema: è un argomento che ottiene sempre un'ottima audience nei congressi, è al top nelle richieste per approfondimento e aggiornamento anche nelle sedi più periferiche, forse è il più sentito e trattato nei forum pediatrici nostrani ed internazionali.*

*Senza contare che rappresenta il primo, vero contatto e, in qualche raro caso, "scontro" con la famiglia del nostro assistito ed è forse l'unico "lavoro di squadra" con gli uffici vaccinali delle ASL o con i consultori. Certo, abbiamo a disposizione siti dedicati, riviste prestigiosissime, alcuni veri e propri "testi sacri" che chiariscono, sottolineano, informano.*

*Perché anche Il Medico Pediatra, allora?*

*Siamo proprio sicuri di pensarla allo stesso modo, nel modo migliore, di comportarci in maniera univoca, di favorire le vaccinazioni con ogni mezzo a nostra disposizione e nel rispetto del consenso informato e dell'etica professionale?*

*Oppure tra il nostro comportamento e quello ottimale c'è ancora un ampio margine di miglioramento, di idee, di voglia di fare?*

*Per rispondere a ciò attendiamo i vostri contributi: speriamo di raccogliere le vostre domande, casi di particolare interesse, proposte, relazioni su situazioni territoriali diverse, per diventare, o per lo meno tentare di diventare, più informati, incisivi, attivi, veri protagonisti anche in questo campo.*

*Ricordate di scrivere anche le vostre critiche: vi promettiamo di accettarle tutte, non solo le benevole, come spesso succede.*

*Abbiamo iniziato una collaborazione editoriale con il Network Italiano dei servizi di Vaccinazione (NIV), che ha attivato il sito [www.levaccinazioni.it](http://www.levaccinazioni.it). L'iniziativa è coordinata da Giovanni Gallo, della regione Veneto, e ad essa collaborano numerose ASL, servizi vaccinali di diverse regioni, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della salute, Università e associazioni scientifiche. Vi segnaliamo da questo sito (e non solo) le più importanti novità in campo vaccinale che siano di interesse per il pediatra di famiglia.*

*Linee di indirizzo della FIMP*

## Promozione delle vaccinazioni

Pier Luigi Tucci

Come abbiamo più volte sottolineato, sta diventando sempre più importante il nostro ruolo nelle vaccinazioni, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Vaccini. Come sindacato abbiamo più volte riconfermato la necessità di farci ufficialmente carico del problema vaccinazioni soprattutto adesso che sempre nuovi vaccini vengono immessi nel mercato, con conseguenti calendari che sempre più rapidamente si modificheranno, anche ai fini di una maggior visibilità concreta del nostro ruolo di tutela del bambino. Ci stiamo muovendo a livello nazionale affinché la Commissione Nazionale Vaccini, nella cui composizione sono presenti quasi esclusivamente igienisti, sia integrata dalla presenza di almeno un pediatra di famiglia.

Avevo richiesto ai Segretari Regionali se nelle singole realtà fosse presente una Commissione Regionale Vaccini e se in questa partecipasse di diritto la pediatria di famiglia. Le poche risposte arrivate confermano che anche in questo ambito siamo poco rappresentativi. Ne discende che devono essere rapidamente attuate alcune linee di indirizzo operativo:

- 1) richiedere la costituzione, nelle regioni nelle quali non è ancora prevista, della Commissione Regionale Vaccini
- 2) garantire la presenza dei pediatri di famiglia nelle Commissioni Regionali già istituite e in quelle da costituire
- 3) nel caso la normativa regionale preveda la costituzione di Commissioni Aziendali Vaccini, garantire la presenza del pediatra di famiglia
- 4) sia che la Commissione Regionale Vaccini sia costituita o meno, ogni segretario Regionale deve urgentemente comunicare alla Segreteria Nazionale uno o più nominativi di referenti regionali per le vaccinazioni. Questi possono essere scelti anche tra i componenti della Commissione Regionale Vaccini, anche tenendo conto che questi colleghi saranno i primi attori nella loro regione per un'opera di sensibilizzazione culturale e di azione politica rispettivamente verso i colleghi e la società civile, e verso le istituzioni.

Questi colleghi devono essere ovviamente motivati, perché su di loro ricadrà probabilmente in futuro un ruolo pubblico più visibile nell'azione di promozione delle vaccinazioni. Devono essere colleghi aperti e sensibili al tema in oggetto, e disponibili e attenti a promuovere in particolare la conoscenza e l'adesione ai programmi vaccinali che coinvolgono i nuovi vaccini. In aggiunta a ciò questa operazione permetterà di poter ancor più evidenziare l'impegno della FIMP nella promozione delle vaccinazioni e quindi facilitare i rapporti anche con i movimenti dei genitori che spingono a favore delle vaccinazioni, e con le aziende farmaceutiche che producono i vaccini.

Ricordo da ultimo che nel prossimo Congresso Nazionale la prima sessione scientifica riguarderà proprio i nuovi vaccini e le nuove politiche vaccinali e ad essa parteciperà anche il Presidente del MOIGE ( movimento italiano genitori ), con il quale la FIMP ha fatto un accordo di partnership nello specifico settore che sarà evidenziabile anche attraverso un link specifico nel nostro sito.

## Che cos'è il NIV

Giovanni Gallo

Il Network Italiano dei servizi di Vaccinazione (NIV) è una struttura funzionale che unisce i servizi di vaccinazione presenti nelle diverse regioni del Paese impegnati in un comune progetto di miglioramento della protezione vaccinale. Attualmente sono circa 100 le ASL che compongono il Network.

Il Network si avvale inoltre della collaborazione di altre Istituzioni che sono interessate all'attività di vaccinazione: Regioni e Province Autonome, Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità e numerose Università e Associazioni scientifiche.

L'obiettivo principale consiste nell'assicurare alcune attività utili a quanti sono impegnati nella attuazione e promozione degli interventi vaccinali.

Le principali linee di impegno sono:

- la realizzazione e l'aggiornamento del sito WEB: [www.levaccinazioni.it](http://www.levaccinazioni.it) che prevede una parte di informazione a carattere divulgativo per i genitori ed una, specificamente rivolta agli operatori;
- la predisposizione di alcuni materiali comuni (guida alle controindicazioni, modello per l'anamnesi prevaccinale, materiali di informazione, ecc.);
- la conduzione di una attività di consulenza per l'ammissione alle vaccinazioni;
- la pubblicazione e l'invio di una News letter settimanale (oggi già inviata a quasi 2000 medici);
- la preparazione di materiali per la formazione;
- la traduzione in italiano di documenti di organizzazione e associazioni scientifiche.

Il Network Italiano dei Servizi di Vaccinazione vuole essere uno strumento importante per aiutare, attraverso un confronto scientifico tra pari e la partecipazione a comuni programmi di attività, il miglioramento dei livelli di protezione che devono essere uniformemente assicurati a tutti i cittadini del nostro Paese.

*Nella popolazione pediatrica dell'Italia Nord-Occidentale*

# Uso delle Medicine non Convenzionali

Gianfranco Trapani<sup>\*</sup>, Cesare Barbato<sup>\*\*</sup>, Luisella Zanino<sup>†</sup>,  
Alfonso Del Giudice<sup>\*\*\*</sup>, Antonio Liverani<sup>\*\*\*\*</sup>

## Introduzione

Le *Medicine Non Convenzionali (MNC)* vengono definite nella letteratura anglosassone come *Medicine Complementari*, per meglio chiarire il loro ruolo di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive che svolgono un ruolo di supporto e di complemento alla *Medicina Convenzionale (MC)*<sup>1</sup>.

Il dibattito sull'uso delle terapie non convenzionali, negli Stati Uniti ed in Europa, è molto vivace e ricco di spunti critici e di riflessione. L'orientamento che prevale è quello di utilizzare il termine di *Medicina Integrata (MI)*, per comprendere nella stessa definizione le MNC e la Medicina Convenzionale. Nella pratica quotidiana sono sempre più frequenti le metodiche terapeutiche e diagnostiche che nell'ambito dei metodi ortodossi di diagnosi e terapia, introducono tecniche innovative e complementari, tipiche delle MNC<sup>2 3 4</sup>

Molti pazienti cercano nelle MNC la risposta ai loro problemi di salute, per avere un approccio più globale e condividere con il medico le scelte per la tutela del proprio benessere psicofisico oltre ad un controllo della malattia, enfatizzando al massimo le capacità di autodifesa dell'organismo umano<sup>2 5 6</sup>.

Purtroppo il problema è molto complesso, anche perché non sono molti i professionisti, adeguatamente qualificati e preparati, in grado di rispondere a questa domanda di salute.

Nel nostro paese è in corso un grande equivoco che porta eminenti studiosi ed associazioni scientifiche qualificate a scrivere su quotidiani<sup>7</sup> e partecipare a trasmissioni televisive<sup>36</sup> confondendo l'improvvisazione e la magia con le pratiche mediche che, pur agendo con meccanismi che sfuggono alla nostra razionalità, apportano un effettivo benessere globale ai pazienti. Mentre nel mondo la ricerca scientifica si sta impegnando per dare una risposta a queste domande con importati ed attendibili ricerche, su varie malattie come riniti allergiche, asma, osteoartrosi, sindrome premestruale<sup>8 9 10 11</sup>, nel nostro paese si assiste solo ad aggressioni ingiustificate e strumentali. Occorre uno sforzo per favorire il dialogo con chi rappresenta la Medicina Convenzionale ed una ricerca scientifica sempre più attenta e credibile anche nel definire nuovi criteri per capire i meccanismi di azione e quantificare i risultati delle MNC.

In Gran Bretagna, una commissione per la Scienza e la Tecnologia, in un recente rapporto alla Camera dei Lord<sup>12</sup> ha descritto un notevole incremento in questi ultimi anni dell'uso delle terapie non convenzionali, stimando che almeno il 40% dei medici generici prescrive ed utilizza farmaci e tecniche terapeutiche delle MNC.

In Olanda, un'intervista condotta fra i medici generici dimostra che oltre il 47% dei professio-

<sup>\*</sup> Responsabile Ricerca Scientifica Società Medicina Bioterapia SMB Italia

<sup>\*\*</sup> Azienda Sanitaria Locale MI 1, Dipartimento di Prevenzione, Distretto n. 3 di Corsico

<sup>†</sup> Docente di Omeopatia SMB Italia, Scuola di Torino

<sup>\*\*\*</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

<sup>\*\*\*\*</sup> Prof. Associato di Informatica Medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano

nisti utilizza regolarmente le MNC, ed oltre il 90% degli stessi invia qualche volta i propri pazienti da colleghi che utilizzano la MNC<sup>13</sup>.

In Israele le MNC, in particolare la medicina omeopatica, stanno conoscendo un notevole sviluppo e crescita, oltre il 34,6% dei pazienti intervistati utilizza regolarmente rimedi omeopatici per la cura dei propri disturbi<sup>14</sup>.

In Europa i dati disponibili indicano che la percentuale dei pazienti che utilizza le MNC oscilla dal 65% della Germania, al 48% della Francia, al 35% del Belgio, al 30% della Svezia, al 20% della Gran Bretagna<sup>1</sup>. In Giappone il 60% degli abitanti di Tokio afferma di utilizzare le MNC, mentre in Australia il 30% della popolazione afferma di consultare regolarmente professionisti di MNC<sup>26</sup>.

In tutti questi Paesi, sia europei che extraeuropei, la grande maggioranza di coloro che utilizzano le MNC ricorrono allo stesso modo anche alla Medicina Convenzionale meglio definita come Medicina Integrata (MI). Questo dato deve essere tenuto in grande considerazione alla luce delle recenti proposte di integrazione diagnostica e terapeutica<sup>1 2 4</sup>.

I dati sull'uso delle MNC in pediatria sono pochi. Un pregevole articolo di K. Kemper del Center for Holistic Pediatric Education and Research Children Hospital di Boston, spiega che l'uso delle MNC in Pediatria negli USA è comune ed in continuo aumento<sup>15</sup>. In Canada i dati sono pochi, uno studio di Spigelblatt su un campione di circa 200 bambini dimostra che almeno l'11% utilizza regolarmente le MNC e che l'84% utilizza la medicina omeopatica<sup>16</sup>.

Negli Stati Uniti l'uso delle MNC dimostra un trend in continuo aumento e, come in altri lavori di ricerca, si dimostra che sono le famiglie con più alto livello culturale ad utilizzare questo tipo di terapie<sup>17 18</sup>.

La diffusione tra i pazienti in età pediatrica è di circa il 30%<sup>18 19</sup> e l'uso delle MNC tra gli adolescenti aumenta fino al 75%<sup>19 20</sup>.

Anche tra i pazienti con malattie gravi come artrite reumatoide, fibrosi cistica, asma, la percentuale di persone che si rivolge alle MNC è veramente molto alta, tra il 30% ed il 70%<sup>21 22</sup>.

Armishaw J. del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Auckland in Nuova Zelanda ha condotto uno studio interessante e singolare. Ha studiato la frequenza e l'uso delle MNC, o medicine complementari, ed il loro impatto sui risultati clinici nei bambini ospedalizzati per malattie acute. La proporzione tra coloro che venivano ricoverati dopo essere stati trattati con MNC rispetto a coloro che erano trattati con MC era del 39% contro il 59%. Le conclusioni sono state che: sebbene una parte notevole dei bambini ospedalizzati con malattie acute avesse ricevuto

trattamenti di MNC, queste terapie venivano aggiunte piuttosto che sostituite alle cure convenzionali. In sostanza queste terapie non hanno dimostrato nessun effetto negativo sulla prognosi dei bambini ricoverati per malattie acute<sup>23</sup>.

Di fronte ad un panorama così vasto ed articolato i dati più recenti disponibili per l'Italia sono le stime derivanti dall'indagine Multiscopo sulle "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" condotta dall'ISTAT<sup>24</sup>, che ha modificato profondamente i dati già disponibili in una precedente indagine<sup>25</sup>.

Con un campione di 70.000 individui, l'indagine 1999-2000, ha dimostrato che dal 1991 al 1999 è quasi raddoppiata la quota di persone che utilizzano i principali trattamenti non convenzionali. Nel 1999 gli italiani che hanno dichiarato di aver utilizzato metodi di cura non convenzionali, nei tre anni precedenti l'intervista, sono circa 9 milioni, pari al 15,6% della popolazione italiana. Tale incremento è dovuto alla maggior diffusione dell'omeopatia: il numero di persone che vi hanno fatto ricorso è più che triplicato passando dal 2,5% all'8,2%<sup>24</sup>.

In tutti i casi anche i lavori più recenti<sup>26 30</sup> non forniscono dati precisi e particolari sulla diffusione delle MNC in Pediatria.

Solo uno studio specifico, condotto in Veneto da Fusco et al.<sup>27</sup> fornisce dati più attendibili in Pediatria. Il 39% delle famiglie intervistate utilizza le MNC contro il 61% che non le utilizza. Di questi il 61,6% utilizza regolarmente la medicina omeopatica. I motivi per i quali sono richiesti l'uso delle MNC sono le patologie otorinolaringoiatriche, 25,5% e le malattie respiratorie 21,2%. Come anche in altri studi,<sup>24 25 26 28 29</sup> i genitori dei bambini che utilizzano le MNC hanno un livello di istruzione più elevato degli altri. La mancanza di dati specifici per la Pediatria e la notevole diffusione di queste discipline nell'Italia settentrionale, ha spinto la SMB Italia, Scuola Superiore di Omeopatia e Bioterapie, ad organizzare un'indagine epidemiologica nelle tre sedi della Scuola: Milano, Genova e Torino.

## Metodi

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'uso delle MNC per la cura delle malattie dei bambini nell'Italia del nord ovest.

A questo scopo abbiamo coinvolto le strutture didattiche della Società Medica di Omeopatia e Bioterapie (SMB Italia), nelle tre sedi di Milano, Genova e Torino.

Attraverso i medici che frequentavano queste scuole, ed altri esterni che hanno contribuito, sono state coinvolte diverse province delle tre Regioni: Liguria (Imperia, Genova, La Spezia), Piemonte (Torino, Alessandria, Novara, Cuneo) Lombardia (Milano, Brescia, Como, Varese, Verbania).

Sono stati coinvolti 41 medici. Di questi 4 utilizzavano quotidianamente rimedi omeopatici, 22 erano Pediatri di base, 2 Ortodontisti, 1 Veterinario, 12 Medici di Medicina Generale (uno di questi lavora presso l'Azienda Sanitaria Locale MI 1, Dipartimento di Prevenzione n. 3 di Corsico). Questo Medico ha distribuito casualmente i questionari alle famiglie che si recavano presso il locale ufficio di Igiene.

Il questionario utilizzato conteneva dodici domande ed era diviso in due parti. La prima composta di domande di carattere generale ed uguale per tutti, mentre la seconda parte doveva essere compilata solo da coloro che utilizzavano, per la cura dei propri figli, le MNC.

Ad ogni medico che ha partecipato alla ricerca, sono state consegnate da 50 a 100 questionari rigorosamente anonimi, contenuti in una busta aperta, che sono stati distribuiti casualmente alle famiglie con figli che si presentavano in studio il lunedì, il mercoledì ed il venerdì

L'ordine di distribuzione è sempre stato casuale, ad esempio lunedì primo, terzo, quinto, ottavo paziente, mercoledì secondo, terzo, quinto e così via. In pratica è stato chiesto di non seguire un ordine logico, nella consegna del foglio, ma assolutamente occasionale ed ogni volta diverso.

Di solito, per evitare l'eccessiva dispersione dei questionari, abbiamo consigliato di chiedere alla famiglia di compilarli in loco, valutando prima la comprensione dell'insieme delle domande. I genitori, in ogni caso lo dovevano compilare lontano dal medico, di solito nella sala d'attesa, e lo restituivano in busta chiusa.

A questo punto, il medico doveva semplicemente raccogliergli e senza aprire le buste consegnarli al responsabile locale della ricerca, il quale li doveva poi dare al coordinatore.

Le buste, sono state raccolte e mescolate in modo tale da non capire quale fosse l'ambulatorio di provenienza, quindi aperte, ed esaminate.

**Risultati**

L'esame ha coinvolto un campione di circa 32.500 pazienti in età pediatrica (da 0 a 14 anni), in pratica i pazienti che sono mediamente seguiti da questi 41 medi-

ci. Per il Veterinario abbiamo calcolato il numero dei bambini presenti nelle famiglie che hanno risposto al questionario.

Sono stati distribuiti 3.750 questionari coinvolgendo quindi l'11,5% dei pazienti. Sono stati persi o annullati 693 (18,5%) questionari, mentre 3.057 (81,5%) erano validi ed esaminabili.

Di questi 1648 (53,9%) ha risposto no, cioè non utilizza la MNC per a cura dei problemi di salute dei propri figli, mentre 1409 (46,1%) ha risposto sì (Tab. 1).

La distribuzione del sesso, nei due gruppi, non era statisticamente significativa. Il 56% dei maschi ha risposto sì contro il 51,9% che ha risposto no. Il 43,3% delle femmine ha risposto sì contro il 47,3 che ha risposto no. Nemmeno la distribuzione fra le classi di età dei genitori rivela differenze significative in ordine alla scelta delle MNC.

Per la valutazione del livello culturale delle persone incontrate si è scelto un indicatore numerico variante da 0 (analfabeta) a 5 (laureato).

Ovviamente il valore medio dell'indice assume valori intermedi fra i valori interi: si deve interpretare questo valore come la tendenza più o meno marcata ad una delle classi individuate.

Se si considera il valore medio dell'indice fra le due classi (chi accetta e chi rifiuta la MNC) si manifesta una differenza statisticamente significativa a favore degli accettanti la MNC sia per i padri che per le madri: i valori vanno per i padri da 3,45 (45%) a 3,60 (56%) e per le madri da 3,54 (46%) a 3,72 (63,1%) (Tab. 2).

Quindi se si considerano solo coloro che hanno un alto livello culturale (diploma/laurea), la preferenza per le MNC varia dal 56,0% dei padri al 63,1% delle madri, in accordo con la riconosciuta influenza che, almeno nella nostra società, hanno le madri sulla cura dei figli (Tab. 3). Marginalmente si osserva che esiste una forte e ovvia correlazione positiva fra la scolarità dei due genitori. Sono così confermati ancora una volta i dati ISTAT <sup>24 25 26 27</sup>.

Raggruppando per gruppi d'età i bambini, si osserva che le MNC sono utilizzate con più frequenza nelle fasce di età che corrispondono all'ingresso in comunità del bambino, Asilo Nido da 0 a 2 anni (31%) e Scuola Materna da

Tab. 1. Uso delle Medicine Non Convenzionali (MNC) nell'Italia Nord Ovest riferite alla popolazione pediatrica 0-14 anni

Regione	No MNC	Percentuale %	Si MNC	Percentuale %
Piemonte	465	28%	367	26%
Lombardia	526	32%	480	34%
Liguria	657	40%	562	40%
Totale	1648	53,9%	1409	46,1%

Tab. 2. Indice del tasso di scolarità dei genitori che hanno risposto al questionario sull'uso delle MNC in Pediatria

Scolarità	No MNC	Si MNC
Padri	3.45	3.60
Madri	3.54	3.72

3 a 5 anni (31%), in pratica il 62% dei bambini che entrano in comunità utilizzano le MNC. Le percentuali si riducono al 26% per i bambini che frequentano la scuola elementare da 6 a 10 anni, ed all'11% per quelli che frequentano le scuole medie dagli 11 ai 14 anni (Tab. 4). Questi dati corrispondono all'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT<sup>24</sup>.

Tra queste discipline la più utilizzata per questi bambini è la Medicina Omeopatica 72%, seguita a grande distanza dalla fitoterapia 17%, dall'Agopuntura 5%, dalla Medicina Antroposofica 2%, dalla Chiropratica 2%, Medicina Orientale ed Osteopatia, entrambe all'1% (Tab. 5).

Le malattie per le quali sono state usate con più frequenza le MNC sono le patologie di interesse ORL 33%, le allergie 12%, malattie dermatologiche 10%, disturbi del sonno 9%, malattie polmonari 8%, malattie gastroenteriche 7%, disturbi dell'alimentazione 4% (Tab. 6).

Il ricorso al medico che utilizza anche le MNC avviene di solito su consigli o del Medico 39% o per scelta personale 32%, su consiglio del farmacista 12%. Più contenuto pare essere il ruolo svolto da parenti ed amici 10%, libri e riviste 6% (Tab. 7).

La prescrizione dei rimedi di MNC per la maggior parte dei casi, il 60% è fatta dal Pediatra, il 18% dal Farmacista, il 9% è autoprescrizione, la restante parte viene divisa tra consigli dell'Erborista, di riviste e di altre figure professionali. (Tab. 8)

Per la valutazione dei risultati vediamo che sono stati discreti per il 46% dei pazienti, per il 44% sono stati ottimi, mentre per il 10% sono stati nulli non hanno risposto. In definitiva il 90% delle famiglie ha espresso una valutazio-

ne positiva (Tab. 9). I dati dell'indagine ISTAT esprimono un giudizio positivo da parte del 39,8% dei pazienti, quindi molto vicino al nostro 44%<sup>24</sup>.

Il costo della terapia è stato giudicato medio dal 49% dei genitori, alto dal 40%.

La qualità della vita del bambino è considerata migliorata in modo discreto per il 57%, in modo evidente per il 30% dei genitori intervistati, per nulla o non rispondono il 13%. Globalmente l'87% dei genitori dei nostri piccoli pazienti si è dimostrato soddisfatto (Tab. 10).

Il 47% dei pazienti ha dichiarato che a volte utilizza sia i rimedi della MNC che farmaci tradizionali, mentre il 21% utilizza regolarmente i due tipi di prodotti terapeutici. Il 27% utilizza solo rimedi della MNC (Tab. 11).

I farmaci, che il Medico prescrive, o che il paziente utilizza, sono da due a cinque per il 59% dei casi, mentre per il 25% il farmaco prescritto è unico e per il 5% i farmaci prescritti superano i cinque, il 11% dei pazienti intervistati non ha risposto (Tab. 12).

Dal questionario emerge inequivocabilmente che il 68% dei pazienti usa entrambe le medicine, ricercando quindi un'integrazione tra le varie discipline, secondo le proprie necessità, mentre il 27% utilizza esclusivamente la MNC. Anche in questo caso la sovrapponibilità dei dati, pubblicati nei precedenti resoconti<sup>31 32 33 34</sup> tra Regione Piemonte e Regione Liguria e Regione Lombardia, deve far riflettere sull'opportunità di studiare i rapporti tra l'utilizzo dei diversi tipi di farmaci e le reali possibilità di integrazione e non di antagonismo tra la Medicina Convenzionale e la la MNC. Non quindi "una alternativa scadente alla medicina tradizionale che sostituendosi alle terapie di dimostrata efficacia, sottrae molte persone affette da tumori curabili, tempo prezioso e possibilità di sopravvivere" come dice la relazione Calabresi, per gli studi sulla terapia Di Bella (dove comunque non vengono utilizzate le MNC), citata da E. Salvadio<sup>35</sup>, ma una integrazione reale valida e costruttiva.

Allo scopo di valutare sinteticamente i rapporti intercor-

Tab. 3. Titolo di studio nelle famiglie che hanno risposto al questionario sull'uso delle MNC in pediatria

No MNC		Titolo di studio	Si MNC	
Padri	Madri		Padri	Madri
9%	7%	Laurea	13%	13%
36%	39%	Diploma	43%	50%
40%	40%	Media	36%	32%
14%	14%	Elementari	7%	4%
0%	0%	Analfabeta	0%	0%
1%	0%	N.S.	1%	1%

Tab. 4. Distribuzione dei gruppi di età nei bambini che utilizzano le MNC

Bambini che usano le MNC	
Età anni	Percentuale
< 1 - 2	31%
3 - 5	31%
6 - 10	26%
10 - 14	12%

Tab. 5. Frequenza di utilizzazione delle MNC

Tipi di cure	Percentuale
Omeopatia	72%
Fitoterapia	17%
Agopuntura	5%
Medicina antroposofica	2%
Medicina Orientale	1%
Osteopatia	1%
Chiropratica	2%

Tab. 6. Malattie per le quali vengono usate con più frequenza le MNC

Patologia	Percentuale
O.R.L.	33%
Patologia polmonare	8%
Disturbi del sonno	9%
Intolleranze alimentari	4%
Allergie	12%
Patologie app. gastrico	7%
Dermatologia	10%
Altre	10%
Bambino sempre malato	7%

Tab. 7. Motivazioni per la scelta di terapia MNC

Scelta MNC	Percentuale
Personale	32%
Consiglio Medico	39%
Consiglio Farmacista	12%
Parenti - Amici	10%
Libri - Riviste	6%
N.S.	1%

Tab. 8. Chi prescrive farmaci di MNC

Prescrizione	Valori	Percentuali
Medico	1067	60%
Farmacista	330	18%
Naturopata	116	6%
Erborista	53	3%
Auto prescrizione	161	9%
Altri	65	4%
Totale	1792	100%

Tab. 9. Valutazione soggettiva dei risultati ottenuti usando le MNC

Valutazione risultati	Percentuale
Ottimi	44%
Discreti	46%
Nulli	6%
N.S.	4%

Tab. 10. Valutazione soggettiva della qualità di vita del bambino che usa MNC

Miglioramento qualità di vita bambino	Percentuale
Evidente	30%
Discreto	57%
Nulla	7%
N.S.	6%

Tab. 11. Integrazione tra MNC e MC

Associazione altri farmaci	Percentuale
Sì	21%
No	27%
Qualche volta	47%
N.S.	4%

Tab. 12. Numero rimedi usati

Numero rimedi usati	Percentuale
1	25%
2 - 5	59%
> 5	5%
N.S.	11%

Tab. 13. Valutazione soggettiva sull'esito della terapia con MNC

ESITO	1 rimedio	Percentuale	1-2 rimedi	Percentuale	> 5 Rimedi	Percentuale
Ottimo	117	32,2%	424	52,7%	38	55,1%
Discreto	207	56,8%	334	41,5%	24	34,8%
Nulla	40	11,0%	45	5,6%	4	5,8%
Totale	365	100%	805	100%	69	100%

renti fra lo stato patologico affrontato e gli esiti della terapia, si è costruito un altro indice costituito dal semplice conteggio del numero di patologie incontrate sullo stesso individuo. Questo indice non testimonia della gravità della patologia bensì dell'estensione dei sistemi coinvolti (malattie ORL, polmonari, allergiche, intestinali, ecc.).

L'elemento più evidente (e che testimonia di un approccio olistico al piccolo malato) è l'incremento del grado di qualità di vita con crescere del numero di patologie: oltre 87% di casi con 3 o più patologie considera, se pure a diverso livello, positivo il risultato terapeutico e nel 30% di questi casi il giudizio è ottimo.

Anche a livello delle singole patologie la valutazione dell'esito espressa ovviamente dai genitori, mostra risultati meritevoli di riflessione: infatti, nella generale soddisfazione, i giudizi di esito insoddisfacente vanno da un minimo del 2% per le malattie dermatologiche ad un massimo dell'8% per le patologie polmonari, con una media del 4% per le malattie ORL, allergiche ed i disturbi del sonno. Le valutazioni fortemente positive si riscontrano nelle malattie dermatologiche 56%, nelle allergie 51% e nei disturbi dell'alimentazione 51%.

Il confronto fra Esito e Qualità della vita del bambino conferma l'attesa stretta positività.

Molto importante e di delicata interpretazione è il risultato della tavola di contingenza tra le variabili Esito e Numero dei rimedi utilizzati: un solo rimedio porta più frequentemente a scarsi risultati. Confrontando l'uso di un solo rimedio con i risultati nulli, si ottiene che l'11% dei genitori ha dichiarato che i risultati ottenuti erano nulli, mentre per il 56,7% erano discreti. I risultati ottimi nel 52,7% dei casi corrispondono all'uso da 2 a 5 rimedi, mentre il 32,1% con l'uso di un singolo rimedio. Utilizzando da 2 a 5 farmaci i risultati nulli scendono a 5,6% (Tab. 13).

### Discussione

L'esame dei dati dimostra l'omogeneità del campione sia rispetto al sesso sia all'età dei bambini sia dei genitori. Il fatto che solo il 10% dei medici coinvolti nell'indagine uti-

lizza anche le MNC nella pratica quotidiana, che il restante 90% non le utilizza, la libertà e la segretezza delle risposte garantisce la significatività del campione.

L'indagine è rivolta ad una zona d'Italia dove l'uso delle MNC è molto alto <sup>24</sup>, e l'apparente difformità verso l'indagine ISTAT è corretta se questi dati sono riportati su tutto il territorio nazionale, tenuto conto dello scarso utilizzo delle MNC nell'Italia Meridionale.

L'alto livello di scolarità dei genitori corrisponde ad una preferenza per le MNC. Questo dato è confermato in tutte le indagini svolte sia in Italia sia all'estero <sup>15 16 17 19 24 25 26 27 30</sup>.

La disciplina più usata è l'Omeopatia, seguita dalla Fitoterapia. Le altre discipline terapeutiche seguono con percentuali notevolmente più basse. Sicuramente l'impostazione di derivazione dalla cultura medica occidentale influenza queste scelte, come riconosciuto in una lettera del Presidente della CEI Mons. Camillo Card. Ruini <sup>36</sup>, mentre la diversa impostazione filosofica delle altre discipline può agire da deterrente.

La frequenza di utilizzo delle MNC è massima nei due gruppi di età fra 0 e 2 anni e fra 3 e 5 anni. Oltre a confermare dati già noti <sup>24 27</sup>, dimostra definitivamente che quando il bambino entra in comunità inizia ad ammalarsi, e che la Medicina Convenzionale non risponde adeguatamente alle richieste dei genitori. Questo è il motivo per il quale si ha una così notevole richiesta di MNC, il 62%, e perché i genitori cercano di migliorare la qualità di vita del bambino e ridurre la sua assunzione di farmaci. Sicuramente un bambino in buona salute significa un notevole risparmio economico sia come spesa farmacologica sia come risparmio di giornate di lavoro perse dal genitore.

Il processo decisionale che porta un genitore a rivolgersi al medico che utilizza anche la MNC, matura autonomamente nella famiglia del bambino, pur con qualche differenza nelle tre regioni. In definitiva comunque, è dimostrata la notevole maturità delle famiglie italiane che utilizzano le MNC.

L'alta percentuale dei risultati positivi appare influenzata sia dalle scelte personali sia dalla professionalità e dalla preparazione dei prescrittori, oltre che la validità delle tecniche terapeutiche utilizzate.

L'autoprescrizione è a livelli molto bassi, questo dato differisce da altre ricerche<sup>24</sup> ma per somministrare un farmaco al bambino, i genitori si rivolgono sempre al Pediatra.

La qualità di vita del bambino è globalmente migliorata per l'87% dei casi esaminati: questo risulta tanto più verificato quanto più è regolare e costante l'uso delle MNC (58,6%) dei pazienti.

L'osservazione che l'efficacia delle MNC aumenta con il crescere del loro utilizzo sembra dare una prima conferma del principio, presente in tutte queste tecniche terapeutiche, dell'accrescimento della capacità di reazione dell'organismo umano malato se le terapie usate non sono soppressive.

Il confronto tra la variabile Esito ed il numero dei rimedi utilizzati ripropone una delicata discussione sulla scarsità di risultati legata all'uso del rimedio unico, che non affrontiamo in questa sede.

Infine, piace osservare con soddisfazione che se circa il 68% dei genitori dichiara di usare indifferentemente rimedi della MC e della MNC, significa che le preclusioni frapposte ad un incontro fra i vari modi di prendersi cura del paziente possono e devono essere superate.

### Conclusioni

Questa ricerca epidemiologica, anche se si è svolta in una parte del nostro paese dove le MNC sono molto diffuse, ha dimostrato che esiste una richiesta diffusa e pressante di approcci terapeutici diversi, efficaci, anche se non convenzionali.

Tutti i medici dovrebbero avere delle nozioni generali sulle MNC, capire quali sono le loro possibilità ed i limiti e discuterne con i propri pazienti. Le barriere ideologiche, gli steccati, i preconcetti sono già stati superati da chi ha la necessità di migliorare il proprio stato di salute, rivolgendosi di volta in volta a chi è in grado di rispondere alle proprie istanze. È dovere del medico acquisire il linguaggio del dialogo. D'altra parte è importante che coloro che utilizzano le MNC siano critici verso il proprio operato e sempre pronti a metterlo in discussione.

Solo attraverso il confronto, la Medicina che è Una, può progredire verso la tutela della salute del paziente.

Purtroppo il problema della qualificazione degli operatori sanitari è ancora evidente in tutta Europa<sup>4</sup>. In mancanza di una legislazione adeguata le Scuole a gestione privata, come la SMB Italia, svolgono questo ruolo, ma non tutte hanno i requisiti e le capacità di farlo. In Gran Bretagna e negli Stati Uniti d'America si sta diffondendo sempre di più l'uso dell'apprendimento a distanza attraverso la Rete<sup>4 37</sup> per sopperire a questa carenza. Il Consortium of Academic Health Centers for Integrative

Medicine ha programmato una serie di corsi utilizzando questa metodica di apprendimento. In Italia il For.Com., Consorzio Interuniversitario per la Comunicazione, nel suo Dipartimento Sanità ha organizzato Corsi di Perfezionamento per Medici e Farmacisti utilizzando la metodica dell'insegnamento a distanza.

Ci auguriamo che finalmente nella nuova Legislatura una legge adeguata organizzi le MNC, per rispondere alle domande di salute e di libertà di scelta terapeutica sempre più pressanti, dei cittadini italiani. Il nostro lavoro vuole essere un contributo a questo lungo e difficile percorso.

*Si ringraziano i medici che hanno collaborato:*

#### LOMBARDIA

Barbato Cesare, Beretta Paola, Benni Emanuela, Calzavara Maurizio, Crippa Leonardo, Fumagalli Elvezia, Ghiolini Mariagrazia, Mancini Mario, Mari Angelo, Mercuri Vincenzo, Pedone Maria Grazia, Pellegrini Paola, Quarti Mascardi Angela, Ravasi Luisa, Romanelli Marina, Ticozzi Chiara, Uhama Joseph,

#### LIGURIA

Castagnoli Giuseppe, Nigro Mirella, Barberio Lando, Priolo Marcello, Muià Cosimo Claudio, Pilade Emanuela, Frassi Maria Costanza, Murialdo Pietro, Andreoli Luciano, Bersezio Antonio

#### PIEMONTE

Filippo Pennini, Federica Picchio, Paola Toscano, Mariagrazia Federico, Enrico Ferrario, Mariagrazia Elena, Giuseppe Palena, Walter Felicioni, Donato Orrù, Luisella Zanino, Giuseppina Marchetto

#### Bibliografia

- Ernst E. *The role of complementary and alternative medicine*. BMJ 2000;312:1133-1135.
- Maizes V, Caspi O. *The principles and challenges of integrative medicine; more than a combination of traditional and alternative therapies*. West J Med. 1999;171:148-149.
- Berman BM. *Complementary medicine and medical education*. BMJ 2001;322:121-122.
- Rees L, Weil A. *Integrated medicine*. BMJ 2001;322:119-120.
- Austin JA. *Why patients use alternative medicine*. JAMA 1998;279:1548-1553.
- Lewith GT. *Reflections on the nature of consultation*. J Altern Complement Med 1998;4:321-323.
- Dioguardi N. *Rivalutare la magia?* Specchio, suppl. de La Stampa 2001;274:45.
- Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones H, McSharry C, Aitchison T. *Randomised controlled trial of homeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series*. BMJ 2000;321:471-476.
- Haselen (van) R, Fisher PAG. *A randomized controlled trial comparing topical piroxicam gel with a homeopathic gel in osteoarthritis of the knee*. Rheumatology 2000;39:714-719.
- Lindle K, Jobst KA. *Homeopathy for chronic asthma (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software.

- <sup>11</sup> Schellenberg R. *Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study.* BMJ 2001;322:134-137.
- <sup>12</sup> House of Lords. *Complementary and alternative medicine.* London: Stationery office, 2000.
- <sup>13</sup> Visser GJ, Peters L. *Alterantive medicine and general practioners in The Netherlands: towards acceptance and integration.* Family Practice 1990;7:227-232.
- <sup>14</sup> Kitai E, Vinker S, Sandiuk A, Hornik O, Zeltcer C, Gaver A. *Use of complementary and alternative medicine among primary care patients.* Family Practice 1998;15:411-414.
- <sup>15</sup> Kemper KJ. *Complementary and alternative medicine for children.* West J Med 2001;174:272-276.
- <sup>16</sup> Spigelblatt L, Laine-Ammara G, Pless IB, Guyver. *The use of alternative medicine by children.* The American Academy of Pediatrics 1994;94(6):881-814.
- <sup>17</sup> Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. *Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.* JAMA 1998;280:1596-1575.
- <sup>18</sup> Ottolini M, Hamburger E, Loprieto J, et al. *Alternative medicine use among children in the Washington DC area.* San Francisco CA: Pediatrics Academic Societies 1999.
- <sup>19</sup> Simpson N, Pearce A, Finlay F, Lenton S. *The use of complementary medicine in paediatrics outpatient clinics.* Ambulatory Child Health 1998;3:351-356.
- <sup>20</sup> Wilson K, Klein J. *Adolescent' use of complementary and alternative medicine.* Pediatr Res 2000;47:13A.
- <sup>21</sup> Stern RC, Canda ER, Doershuk CF. *Use of nonmedical treatment by cystic fibrosis patients.* J Adolesc Health 1992;13:612-615.
- <sup>22</sup> Southwood TR, Malleson PN, Roberts-Thompson PJ, Mahy M. *Unconventional remedies used for patients with juvenile arthritis.* Pediatrics 1990;85:150-154.
- <sup>23</sup> Ermishaw J, Grant CC. *Use of complementary treatment by those hospitalised with acute illness.* Arch Dis Child 1999;81:133-137.
- <sup>24</sup> Istituto Nazionale di Statistica. *Le terapie non convenzionali in Italia: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000.* 18 aprile 2001, ISTAT, Roma.
- <sup>25</sup> Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine multiscopo delle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.* 1997, ISTAT, Roma.
- <sup>26</sup> Menniti Ippolito F, De Mei B. *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della Medicina Non Convenzionale.* Ann Ist Super Sanità 1999;35(4):489-497.
- <sup>27</sup> Fusco F, Sambugaro D, Bozzetti R. *La mamma colta sceglie una strada alternativa.* Occhio clinico Pediatria 1998;9:24-26.
- <sup>28</sup> Spigelblatt L, et al. *The use of alternative medicine by children.* Pediatrics 1994;94:811.
- <sup>29</sup> Eisenberg D, et al. *Unconventional Medicine in the United States.* N Engl Med 1993;328:246.
- <sup>30</sup> Pioggia MF. *Il Libro Bianco dell'Omeopatia.* Omeoindustria, Roma, 8 novembre 2000: 25.
- <sup>31</sup> Trapani G, Barbato C. *Indagine sull'uso delle Medicine Non Convenzionale in Pediatria.* Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, 2000;3:12-16.
- <sup>32</sup> Trapani G, Del Giudice A, Liverani A. *Indagine nella Regione Liguria sull'uso delle Medicine Non Convenzionali in Pediatria.* Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, 2000;4:39-45.
- <sup>33</sup> Trapani G, Zanino L, Del Giudice A, Liverani A. *Indagine nella Regione Piemonte sull'uso delle Medicine Non Convenzionali in Pediatria.* Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, in corso di pubblicazione.
- <sup>34</sup> Trapani G, Barbato C, Del Giudice A, Liverani A. *Indagine nella Regione Lombardia sull'uso delle Medicine Non Convenzionali in Pediatria.* Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, in corso di pubblicazione.
- <sup>35</sup> Salvidio E. *Cancer Quacks, ovvero i ciarlatani della cura del cancro.* La Professione 2001;4:12.
- <sup>36</sup> Piterà F. *Divina Omeopatia, le falsità di Quark e la disinformazione su Vaticano ed omeopatia.* Anthropos & Iatria 2001;1:36-52.
- <sup>37</sup> Weil A. *The significance of integrative medicine for the future of medical education.* Am J Med 2000;108:441-443.

## Lo sviluppo delle competenze nella relazione di cura Competenze relazionali nell'incontro tra pediatra, madre e bambino

### I° Corso Residenziale di base

Hotel Milano, Bratto (BG), 13-15 settembre 2002

#### Obiettivi

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Individuare e condividere il profilo generale delle competenze necessarie nella relazione di cura;</li><li>• Analisi del proprio stile comunicativo e relazionale;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Competenze per il lavoro di gruppo;</li><li>• Analisi degli elementi che contribuiscono ad una relazione di qualità;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bilancio personale delle competenze;</li><li>• Definizione di obiettivi per un percorso di autosviluppo. Apprendere ad apprendere.</li></ul> |
|--|--|--|

#### Programma

Venerdì 13 settembre Mattino Intelligenza emotiva e competenze relazionali	Sabato 14 settembre Mattino La pediatria di gruppo e il lavoro di gruppo	Domenica 15 settembre Mattino Relazione di cura e counseling
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Legami tra "intelligenze emotiva" e competenze relazionali</i></li><li>• <i>Tratti di personalità, motivazioni e competenze relazionali</i></li><li>• <i>Sviluppo delle competenze relazionali e sviluppo individuale</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Dinamiche e conflitti nel gruppo di lavoro</i></li><li>• <i>Il lavoro di gruppo come risorsa per la qualità</i></li><li>• <i>Competizione e collaborazione nel lavoro di gruppo</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Il pediatra, la madre e il bambino: aspetti di una relazione complessa</i></li><li>• <i>Il comportamento di malattia e la percezione di salute dei genitori</i><ul style="list-style-type: none"><li>• <i>L'ascolto attivo</i></li><li>• <i>Riflettere e far riflettere</i></li><li>• <i>Empatia</i></li></ul></li></ul>
<p>Pomeriggio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Bilancio delle competenze: analisi di casi</i></li><li>• <i>Competenze per una relazione di qualità</i></li><li>• <i>... Ascoltando i pazienti</i></li></ul>	<p>Pomeriggio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Quali competenze per il lavoro di gruppo?</i></li><li>• <i>Analisi di casi</i></li></ul>	
<p>Sera</p> <p>La pediatria di gruppo e il lavoro di gruppo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Introduzione alle dinamiche di gruppo</i></li><li>• <i>Proiezione di un audiovisivo</i></li></ul>	<p>Sera</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>La relazione di cura e la cura delle relazioni</i></li><li>• <i>Proiezione di un audiovisivo</i></li></ul>	

#### Note organizzative

Il corso è a numero chiuso (max 30 partecipanti), è riservato agli iscritti APeG. E' stata fatta richiesta di riconoscimento dei Crediti Formativi ai sensi delle norme sull'E.C.M. La quota di iscrizione è di 154 Euro (+ R.A. di 26 Euro. Da versarsi a fine corso), e dà diritto, grazie anche alla gentile collaborazione della Milupa, al pernottamento e pensione completa presso l'Hotel Milano da venerdì a domenica.

## Segreteria scientifica

Dr Gianni Caso  
D.ssa Maura Caracalla  
APeG - Associazione dei Pediatri in Gruppo  
Tel. 035/361717 - 0522/512976  
Fax 035/363059  
e-mail pedro@ntt.it – pediagrupo.re@libero.it  
www.pediatria-ambulatoriale.it

## Responsabile del corso

Dott. Mario Ancona  
Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta, Presidente  
A.D.R. - Analisi delle Dinamiche di Relazione  
www.formazione.it  
e-mail - mancon@tin.it

## Mamma Neonato Presente e futuro

PROBLEMATICHE NEUROLOGICHE  
PERINATALE E LA "CARE" DEL NEONATO CRITICO

MILANO, 11/12/13 DICEMBRE 2002  
CENTRO CONGRESSI HOTEL EXECUTIVE  
Viale Don Luigi Sturzo, 45

### Argomento:

- Il danno cerebrale: le cause e le conseguenze
- Nuove tecnologie in medicina perinatale
- Il parto pretermine: eziologia, management e problemi neonatologici
- Il dilemma degli steroidi pre e post natali
- Brain imaging del nato pretermine
- Il dilemma della prognosi a distanza nel neonato pretermine
- Il ritardo di crescita intrauterino
- Il neonato a termine con asfissia perinatale: cosa fare in sala parto?
- La clinica e la terapia
- Il dilemma della prognosi a distanza
- Il futuro nella prevenzione del danno cerebrale: nuove risposte per necessità nuove
- Forum di bioetica

### Segreteria Organizzativa

3Elle s.n.c. Divisione Congressi  
Via Gerardo dei Tintori, 4 – 20052 Monza (MI)  
Tel. 039-2315593; Fax 039-2328501  
e-mail: 3ellesnc@libero.it

## Sede e Segreteria organizzativa

Hotel Milano, Via Silvio Pellico, 3  
24020 Bratto (BG)  
Tel 0346 31211 Fax 0346 36236

## Programma dei lavori

- 13-15 settembre 2002
- Sessioni di lavoro
  - Mattino: h. 9.00-h. 13.00
  - Pomeriggio: h. 15.00-h. 19.00
  - Sera: h. 21.30-h. 23.00
- Venerdì 13  
h. 9.00 inizio lavori in seduta plenaria

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

Caserta 13-15 dicembre 2002  
Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli  
Caserta Sud

Segreteria Scientifica: dott. GIUSEPPE DI MAURO  
Tel. 081 8901487 - 330707722  
Email: caserta@fimp.org

### Segreteria organizzativa

Idea congress s.r.l.  
Via della Balduina, 260 - 00136 Roma  
Tel. 06 35402148 - Fax 0635402151  
Email: info@ideacpa.it

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

# Vaccinazione antipneumococcica

**Paola Papoff, Corrado Moretti\***

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

La formulazione di un vaccino antipneumococcico "coniugato", ossia idoneo alla immunizzazione dei bambini < 2 anni, ha finalmente consentito di dare inizio alla vaccinazione di massa della popolazione infantile ad alto rischio, tanto auspicata dall'American Academy of Pediatrics. In Italia la raccomandazione per la vaccinazione (vedi Circolare n. 11 del 19 novembre 2001) è attualmente limitata ai bambini < 5 anni che presentano alcune condizioni di rischio (Tab. 1), per i quali la vaccinazione viene offerta in modo attivo e gratuito. Le indicazioni riportate in tabella sono state oggetto di approfondita discussione nella "Commissione di esperti in materia di vaccinazioni" chiamata dal Ministero (D.M. 20.10.1997 e D.M. 20.02.2001) a trasmettere un parere.

In tale sede i componenti pediatri hanno sottolineato che tra le broncopneumopatie croniche dell'età infantile erano comprese la malattia polmonare cronica dell'ex-immaturo, la broncopneumopatia su base malformativa, la broncolabilità secondaria a ventilazione meccanica protratta, la fibrosi cistica, ecc. e che tra le malattie cardiovascolari croniche erano comprese le cardiopatie congenite caratterizzate da alterata circolazione polmonare.

I bambini sani < 24 mesi pur essendo a rischio per questo tipo di infezione sono attualmente esclusi dal programma. Tuttavia per questa categoria di soggetti le Regioni sono lasciate libere di adottare una propria politica vaccinale con la priorità di privilegiare i bambini che frequentano stabilmente asili nido o altre comunità. Alcune Regioni si sono già avvalse di tale facoltà con particolare riferimento ai bambini della prima infanzia.

## **Cenni di epidemiologia sulla patologia da pneumococco**

A seguito della massiccia adesione alla vaccinazione contro *Haemophilus influenzae* tipo B le infezioni pneumococciche (batteriemia, sepsi, meningite, polmonite, sinusite e otite media acuta) sono diventate le più comuni infezioni batteriche invasive soprattutto nei bambini tra i 6 e i 23 mesi. Negli USA gli pneumococchi rappresentano la causa più comune di batteriemia nei bambini tra 2 e 36 mesi che hanno febbre senza altri sintomi. Nei bambini < 12 mesi lo pneumococco è il principale agente etiologico di meningite, dato confermato anche da recenti rilievi effettuati dall'Istituto Superiore di Sanità. Lo pneumococco è inoltre la causa più fre-

**Tabella 1**

- Anemia falciforme e talassemia
- Asplenia funzionale ed anatomica
- Broncopneumopatie croniche, esclusa l'asma
- Condizioni associate ad immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistematica corticosteroidea ad alte dosi), con esclusione della malattia granulomatosa cronica
- Diabete mellito
- Insufficienza renale e sindrome nefrosica
- Infezione da HIV
- Alcune immunodeficienze congenite
- Malattie cardiovascolari croniche
- Malattie epatiche croniche
- Perdite di liquido cerebrospinale
- Altre malattie che esponano ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco

\*Gruppo di Studio di Pneumologia Neonatale della Società Italiana di Neonatologia (SIN)

quente di polmonite (13-28%), otite media (30-50%) e sinusite. Se consideriamo l'intera popolazione, ogni anno negli USA si registrano 50.000 nuovi casi di batteriemia da pneumococco, 3.000 di meningite, da 100.000 a 175.000 ospedalizzazioni per polmonite (con 7.000-13.000 decessi) e 7 milioni di casi di otite media.

Nell'infanzia, i fattori di rischio per la patologia da pneumococco sono rappresentati dall'età (< 24 mesi), dalle patologie riportate nella tabella 1 e dalla frequenza all'asilo nido (incidenza della malattia 2-3 volte maggiore rispetto ai bambini che non frequentano i day-care). Nei bambini che frequentano il nido la colonizzazione nasofaringea da pneumococco (fattore di rischio per la malattia invasiva) è molto elevata (fino al 60%) e spesso è caratterizzata da ceppi resistenti ai comuni antibiotici (penicillina, cefalosporine ad ampio spettro, trimetoprim sulfametossazolo, clindamicina ed eritromicina).

### Vaccini antipneumococcici

Nonostante i ceppi noti di pneumococco siano 90, i serotipi che causano malattia sono soprattutto quelli contenuti nei due tipi di vaccino oggi a disposizione la cui principale differenza consiste, oltre al numero di serotipi nella coniugazione o meno ad una proteina carrier.

Il polisaccaride capsulare pneumococcico, principale fattore di virulenza dello pneumococco, stimola infatti una reazione anticorpale che è indipendente dai linfociti T. Nei bambini di età inferiore ai 2 anni, i linfociti B non sono ancora abbastanza maturi per

la produzione di anticorpi T-indipendente, pertanto lo pneumococco non è in grado da solo di stimolare una reazione anticorpale.

Se però gli antigeni capsulari vengono coniugati con una proteina carrier allora possono stimolare la produzione anticorpale T-dipendente che è efficiente fin dalla nascita.

Sono disponibili al momento attuale 2 tipi di vaccino:

- un vaccino contenente 23 antigeni polisaccaridici capsulari di serotipi di *S. pneumoniae* (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F [17A, Lederle], 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F e 33F). Sulla base dei dati disponibili questo vaccino fornisce una protezione sierospecifica contro almeno il 75% delle infezioni pneumococciche.

Il vaccino 23-valente è raccomandato per i bambini > 2 anni ad alto rischio di patologia pneumococcica. Molti dei polisaccaridi contenuti nel vaccino non sono infatti immunogeni nei bambini < 2 anni ed alcuni non lo sono fino a 5 anni. Per una maggiore efficacia di questo tipo di vaccinazione si consiglia quindi di effettuare comunque una prima dose con il vaccino pneumococcico coniugato.

- un vaccino polisaccaridico 7-valente (Prevenar®, Wyeth-Laederilc) coniugato ad una proteina carrier (nel caso specifico una forma non tossica geneticamente modificata di tossina difterica chiamata CRM197) contenente i ceppi 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F dello *S. pneumoniae*. I 7 serotipi contenuti nel vaccino sono quelli che causano l'80% della malattia pneumococcica invasiva

### Schedula vaccinale

Età in mesi	Ciclo di base	Richiamo
2-6	3 dosi con un intervallo di 2 mesi una dall'altra	12-15 mesi
7-11	2 dosi con un intervallo di 2 mesi una dall'altra	12-15 mesi
12-23	2 dosi con un intervallo di 2 mesi una dall'altra	
24 mesi-9 anni	1 dose	

### *Schedula per i bambini che hanno saltato alcune somministrazioni*

Età in mesi	Dosi precedenti	Schedula raccomandata
7-11	1 dose	1 dose a 7-11 mesi ed un'altra 2 mesi dopo
	2 dosi < 6 mesi	1 dose a distanza di > 2 mesi dall'ultima dose
12-59	Ogni schedula incompleta	1 dose a distanza di > 2 mesi dall'ultima dose
Immunocompromessi 7-23 mesi	1 dose	1 dose a 7-11 mesi ed un'altra 2 mesi dopo a più di 12 mesi di età
Immunocompromessi	Ogni schedula incompleta	1 dose a distanza > 2 mesi dall'ultima dose

e circa il 60% delle otiti medie da pneumococco. I serotipi contenuti nel vaccino sono inoltre quelli più resistenti agli antibiotici.

#### **Efficacia**

Quando viene somministrato secondo la schedula a 2, 4, 6 e 12-15 mesi il vaccino coniugato si è dimostrato efficace (> 97%) nel prevenire la malattia pneumococcica invasiva nei bambini sani che hanno ricevuto alcune o tutte le dosi previste. In trial clinico controllato che comprendeva 23 centri californiani (Kaiser Permanente Study) il vaccino coniugato ha determinato una riduzione del numero degli episodi di otite media del 7% e del 22,8% delle forme frequenti (5 episodi in 6 mesi o in 1 anno). In uno studio finlandese il vaccino coniugato pur non riducendo il numero medio degli episodi di otite media per bambino ha determinato una importante riduzione (34%) delle otiti da pneumococco. Analizzando i ceppi di pneumococco isolati dall'orecchio medio si è inoltre mostrato che la vaccinazione copriva il 67% dei ceppi trovati e il 97% di quelli antibiotico resistenti.

Allo stato attuale non è ancora possibile prevedere se e quando l'esteso uso di questo vaccino possa condurre alla eradicazione dei ceppi patogeni o all'eliminazione della malattia. L'NNT (Number Needed to Treat) attualmente calcolato per prevenire un decesso da pneumococco nell'infanzia è pari a 153.846 trattamenti, ma, com'è noto, tale parame-

tro acquisisce maggior valore in termini di "prevenibilità", se calcolato su dati riferiti a popolazioni molto estese regionali o nazionali, attualmente non disponibili per l'Italia.

#### **Effetti indesiderati e precauzioni**

Vengono riportate moderate reazioni locali (eritema, gonfiore, dolore) nel sito di iniezione nel 4,9-6,1% dei bambini. La febbre ( $T_c \geq 38^\circ\text{C}$  entro 48 ore dalla vaccinazione) è più frequente dopo la 2<sup>a</sup> o la 3<sup>a</sup> dose come in altri tipi di vaccinazione. Altri possibili ma rari effetti collaterali sono torpore, irritabilità, mialgie, inappetenza, vomito, diarrea e rash cutanei.

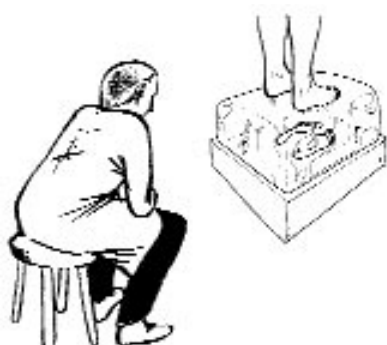
Il vaccino non va somministrato nei casi di ipersensibilità accertata nei confronti di uno dei suoi componenti. Infezioni minori delle vie aeree non controindicano la vaccinazione. I prematuri vanno vaccinati in base all'età cronologica.

#### **Modalità di somministrazione**

Il vaccino si somministra per via i.m. La somministrazione può avvenire insieme alle altre vaccinazioni obbligatorie e raccomandate usando una siringa diversa e un sito diverso di iniezione. I bambini con una precedente malattia pneumococcica o con una malattia pneumococcica che intercorre fra 2 dosi vanno vaccinati secondo la schedula appropriata per la loro età.

# La Podoscopia

G. Barneschi, G. Maranzana, M. Pierattelli, L. Biancalani, A. Marini, G. Bonini, V. Flori



L'esame podoscopico valuta la morfologia della volta plantare sotto carico ed è essenziale per completare l'esame obiettivo del piede al fine di riconoscere un piede piatto o cavo, di controllarne l'evolutivezza e programmare eventuali interventi terapeutici.

**L'ESAME OBIETTIVO DEL PIEDE** si esegue a riposo, in piedi e in punta di piedi:

**a riposo (con i piedi in scarico):**

- si valuta la flessibilità articolare, eseguendo la flessione dorsale e plantare e la prono-supinazione;
- si osserva l'allineamento del piede, per evidenziare un eventuale varismo dell'avampiede;
- si ricerca la presenza o meno della volta plantare;
- se vi è assenza della volta plantare si esegue il *test dell'alluce*: sollevando passivamente l'alluce si ha la comparsa della volta plantare se il piattismo è funzionale e quindi correggibile;

**in piedi:**

- si valuta l'asse del calcagno rispetto all'asse della gamba, per evidenziare un eventuale valgismo (angolo aperto in fuori) oppure un varismo (angolo aperto in dentro); un lieve valgismo del calcagno è da considerare fisiologico;
- si osserva la morfologia della volta plantare, con l'utilizzo del podoscopio;

**in punta di piedi:**

- nei casi in cui vi sia assenza o diminuzione della volta plantare si osserva se in questa posizione compare la volta plantare, per valutarne la correggibilità;
- si osserva lo spostamento dell'asse del calcagno, che normalmente in questa posizione diventa varo.

## IL PODOSCOPIO

Il podoscopio, o plantoscopio, è uno strumento che permette di visualizzare l'arco plantare di un individuo che stia fermo in posizione eretta e che poggi il suo peso su entrambi i piedi;

**è costituito da:**

- una struttura portante (legno, metallo, metacrilato);
- una lastra trasparente di cristallo o metacrilato sulla quale poggiano i piedi;
- uno specchio che riflette l'immagine della pianta dei piedi;
- un sistema di illuminazione a luce diretta (neon) o a luce polarizzata.

Il piano di appoggio può presentare, sulla sua superficie, delle quadrettature o delle linee serigrafate che aiutano a evidenziare eventuali asimmetrie di appoggio della pianta del piede.

Lo specchio può essere inclinato, in modo fisso o variabile manualmente, per permettere una più comoda visione dell'immagine riflessa.



L'illuminazione con luce polarizzata dà un'immagine più definita, evidenziando le zone di maggiore o minore carico con variazioni di colorazione: dal verde più chiaro, al verde più scuro.

### COME SI FA L'ESAME E COME SI VALUTA

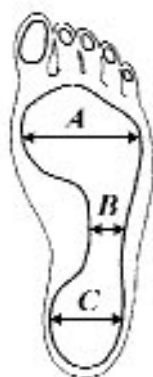
Si fa salire il bambino sul podoscopio, con le ginocchia estese e unite, cercando di farlo appoggiare saldamente su entrambi i piedi.

*Nel bambino poco collaborante possono esser utili alcuni trucchi:*

- fare ruotare il tronco verso destra e verso sinistra per vedere se il piede cambia la morfologia quando è alternativamente sotto carico;
- fare stare su un piede solo, per forzare l'appoggio.

Si osserva l'impronta della pianta, valutando:

- il tallone anteriore (A),
- l'istmo (B),
- il tallone posteriore (C).



Normalmente l'istmo deve essere compreso fra 1/2 ed 1/3 del tallone anteriore, altrimenti si configurano o il piede piatto (se maggiore di 1/2) o il piede cavo (se minore di 1/3), con le varie gradazioni.


L'impronta "normale" varia comunque secondo l'età:

- il bambino fino a 2-3 anni presenta fisiologicamente un piede lasso, che si visualizza con l'appoggio di tutta la pianta del piede (tipo un piede piatto di 2° grado);



**Piede Piatto**

1° grado: istmo superiore ad 1/2 del tallone anteriore  
 2° grado: volta plantare completamente scomparsa  
 3° grado: istmo è maggiore del tallone anteriore e posteriore



**Piede Cavo**

1° grado: istmo inferiore ad 1/3 del tallone anteriore  
 2° grado: istmo interrotto  
 3° grado: appoggio solo sul tallone anteriore e sul tallone posteriore

- da ricordare che dai 3 ai 6 anni il 50% dei bambini ha un piede piatto "fisiologico".

### PARAMETRI UTILI PER VALUTARE L'ESAME OBIETTIVO DEL PIEDE

- **asse calcaneare**

in base alle variazioni dell'angolo dell'asse del calcagno rispetto all'asse della gamba e alla tipologia dell'impronta plantare si parla di *piede piatto valgo* o *piede cavo valgo*, quando all'anomalia dell'appoggio della volta plantare si accompagna un valgismo del calcagno (vedi figura a lato)

- **flessibilità articolare**
- **correggibilità o rigidità dell'appiattimento della volta** (test dell'alluce o stazionamento sulle punte)



## I PODOSCOPI

Nome prodotto	Dimensioni	Caratteristiche	Prezzo FIMP	Fornitori
AP 500	43x45x20	Metacrilato Luce polarizzata Specchio rigido	_ 288,00	Tecniwork SpA Tel 800904045  Centro Politerapico Toscano Tel 055 4368221
Art.	43x51x30 02.2.06030	Luce polarizzata Specchio inclinabile Goniometro	_ 438,99  _ 391,00	Centro Politerapico Toscano Tel 055 4368221  Chinesport - Udine 0432/522315
PAL 88 gradino	48x42x29 h 38x29x15 h	Luce polarizzata Specchio inclinabile	_ 340,34  _ 418,50	Ditta Olinto Martelli Tel 055 355301/352290 Bianucci - Lucca 0583 955481
FT 30099S	55x50x35	Luce polarizzata Specchio inclinabile	_ 319,83	Centro Forniture Sanitarie Tel 0586 444369 - www.cfs.it Bianucci - Lucca 0583 955481
FT. 30098S	55x50x35	Luce al neon Specchio inclinabile	_ 265,52	

- **simmetria o asimmetria dell'anomalia**
- **lassità ligamentosa**
- **validità muscolare** (facendo effettuare la marcia sulle punte, sui talloni o sul bordo esterno del piede)
- **modalità della marcia**
- **osservazione dell'usura della calzatura**
- **varismo-valgismo delle ginocchia**
- **antiversione femorale**
- **rapporto peso altezza**

### A CHI FARE L'ESAME PODOSCOPICO

La podoscopia non è un esame di screening e quindi non ha significato farla di routine, considerando la fisiologicità del piede lasso e la evolutività del piede nei primi anni di vita. L'esame podoscopico va fatto di norma a partire dai 4-7 anni (in base alla precocità o meno dell'inizio della deambulazione), in caso di:

- anomalie dell'asse calcaneare
- anomalie della marcia
- anomala usura delle calzature
- dolore ai piedi durante la deambulazione

L'esame può essere effettuato anche più precocemente (dai 3 anni circa) in caso di:

- familiarità per piede piatto o piede cavo

- anomalie del piede alla nascita
- dolore ai piedi durante la deambulazione

### QUANDO RIPETERE L'ESAME

In caso di un riscontro di piede piatto o di piede cavo e/o di anomalie dell'asse calcaneare, si consiglia di effettuare una valutazione *annuale* (ogni 6 mesi nella fase di accrescimento puberale) fino ai 10-12 anni, età entro la quale deve essere effettuato l'eventuale intervento correttivo chirurgico.

### QUANDO INVIARE ALL'ORTOPEDICO

Prima dei 3 anni - solamente in caso di piede piatto riflesso (forma particolare e rara di piede torto congenito, in cui la pianta del piede è convessa) e di piede "rigido", non flessibile.

- Dai 3 ai 6 anni - in caso di piede piatto di 3° grado
- in caso di piede piatto di 2° grado accompagnato da rigidità o asimmetria o dolore
  - in caso di piede cavo varo

da 8 ai 12 anni - in caso di persistenza del piede piatto o cavo di 2°-3° grado, per valutare la possibilità di intervento chirurgico con endortesi del seno del tarso, in quanto tale intervento non può essere fatto dopo i 12 anni

## L'esame del riflesso

### *Una pratica raccomandata nei bilanci di salute*

Guido Brusoni

Tra le manovre che da molti anni vengono raccomandate nei bilanci di salute dei primi mesi di vita, la ricerca del riflesso rosso (riflesso di Bruckner) è sicuramente una delle più utili per la diagnosi precoce di alcune gravi patologie sistemiche e oculari (cataratta congenita, retinoblastoma, glaucoma etc). Insieme ad un'accurata anamnesi, ad un attento esame esterno dell'occhio e alla valutazione del riflesso pupillare si può così realizzare un primo screening della vista.

Come negli adulti i bambini mostrano abitualmente una pupilla nera; proiettando con un oftalmoscopio una luce intensa, compare un riflesso rosso o arancione che deve essere uguale nei due occhi. La comparsa di un riflesso biancastro (leucocoria) o la presenza di opacità o la disuguaglianza nel riflesso rosso dei due occhi impone il consulto di un oculista esperto nella cura dei bambini.

Le raccomandazioni correnti dell'Accademia Americana di Pediatria sull'esame dell'occhio nei bambini prevedono un esame nei primi due anni di vita, affermando che "lo screening della vista e l'esame dell'occhio sono vitali per il riconoscimento delle condizioni che disturbano o sopprimono la normale immagine visiva e che possono causare scarso rendimento scolastico o, nel peggiore dei casi, cecità infantile. Un esame attento può identificare le anomalie retiniche, le cataratte, il glaucoma, il retinoblastoma, gli squilibri dei muscoli dell'occhio e le malattie sistemiche con manifestazioni oculari." (1)

Uno studio realizzato pochi anni fa in Queensland (2) ha dimostrato che la ricerca del riflesso rosso eseguita da studenti di medicina, pur essendo un utile mezzo di screening, ha una sensibilità dell'86% e una specificità del 65% nella diagnosi dei fattori di rischio per l'ambliopia; esiste quindi un elevato numero di falsi positivi e di falsi negativi. Recentemente è stata espressa la preoccupazione che la diagnosi di serie malattie oculari, quali il retinoblastoma e la cataratta congenita, in cui il trat-

tamento precoce è essenziale per la salute, spesso non sia fatta abbastanza precocemente. L'esame del riflesso rosso può essere assai difficoltoso nel neonato, specie se il soggetto piange; bisogna sempre tenere in attenta considerazione il rilievo di una leucocoria da parte di un parente; tale rilievo deve far consigliare il ricorso ad un oculista esperto (3).

Questa preoccupazione ha portato in diversi stati americani a considerare una legge che renda obbligatorio l'esame precoce del riflesso rosso, previa dilatazione pupillare, in tutti i neonati.

Anche se solitamente nei bambini le pupille possono essere facilmente dilatate usando vari farmaci, a volte sono stati riportati degli effetti collaterali dopo l'uso sia di simpaticomimetici come la fenilefrina che di anticolinergici come la tropicamide. Queste complicanze includono l'innalzamento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, l'orticaria, aritmie cardiache e dermatite da contatto.

In un recente "Policy Statement" dell' American Academy of Pediatrics (4) vengono formulate alcune raccomandazioni per l'esame degli occhi dei bambini allo scopo di minimizzare il rischio di ritardo di diagnosi di malattie che possono mettere in pericolo la vista o la vita:

1. Tutti i bambini dovrebbero avere un esame del riflesso rosso degli occhi entro i primi due mesi di vita da parte di un pediatra formato in questa tecnica diagnostica. Questo esame dovrebbe essere eseguito in una stanza oscurata su un bambino con gli occhi aperti, preferibilmente volontariamente, usando un oftalmoscopio diretto tenuto vicino all'occhio dell'esaminatore e approssimativamente alla distanza di un braccio dagli occhi del bambino.
2. Il risultato dell'esame del riflesso rosso deve essere valutato come negativo o normale quando i riflessi dei due occhi sono equivalenti in colo-

# rosso nei bambini

re, intensità e trasparenza e non ci sono opacità o macchie bianche (leucocoria) dentro l'area di uno o di ambedue i riflessi rossi.

3. Un risultato positivo o anormale dell'esame del riflesso rosso (disuguaglianza nel colore, nell'intensità o nella trasparenza del riflesso, o la presenza di opacità o di macchie bianche) dovrebbe essere seguito da :
  - a. Esame del riflesso rosso preceduto da dilatazione pupillare.
  - b. Esame da parte di un oculista esperto nell'esame e nel trattamento dell'occhio dei bambini piccoli, compreso l'esame del fondo oculare, usando l'oftalmoscopia indiretta dopo dilatazione pupillare.
4. I bambini delle categorie ad alto rischio, inclusi i parenti di pazienti con retinoblastoma, cataratta congenita, displasia retinica congenita e altri disordini congeniti della retina e del cristallino, dovrebbero avere inizialmente l'esame del riflesso rosso dopo dilatazione o l'esame da parte di un oculista esperto nell'esame e nel trattamento dei bambini piccoli.
5. I bambini con una storia di leucocoria (riflesso pupillare bianco) in uno o in entrambi gli occhi notato dai genitori o da altri osservatori o sulla base di un qualsiasi esame fisico, e quelli con l'assenza di un riflesso rosso dovrebbero avere un esame da parte di un oculista esperto .

## Bibliografia

- 1) American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology. Eye examination and vision screening in infants, children, and young adults. *Pediatrics* 1996; 98:153-157
- 2) Gole GA, Douglas LM. Validity of the Bruckner reflex in the detection of amblyopia. *Aust N Z J Ophthalmol* 1995 Nov;23(4):281-5
- 3) Baggesen K, Flage T, Arnljot HM. Leucocoria (white pupil) among children--mother is always right . *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999 Feb 28;119(6):794-5
- 4) American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Red Reflex Examination in Infants. *Pediatrics* 2002 May;109(5):980-1

## Le problematiche legate al Red Reflex in età infantile

Paolo Nucci

*Clinica Oculistica, Università di Milano*

La rivista americana *Pediatrics* ha recentemente pubblicato un "policy statement" dell'American Academy of Pediatrics (AAP) <sup>1</sup>, di cui si riporta un estratto dettagliato in questo numero di *Il Medico Pediatra*, nel quale suggerisce indicazioni e tecniche da utilizzare nell'esecuzione del test del Riflesso Rosso o red reflex (RR) in età infantile.

A questo proposito è necessario che io ricordi che cosa sono e come devono essere intesi questi "policy statements": si tratta di una serie di principi organizzativi e linee guida, a cura dell'Associazione dei pediatri americani, finalizzati a stabilire opportunità e protocolli che il pediatra è invitato (non obbligato) a seguire per offrire un'assistenza aggiornata e qualitativamente migliore e così preservare la salute del bambino e gestire al meglio le patologie.

Per quanto i "policy statements" siano numerosi è ovvio che non possano coprire tutto l'ambito della pratica clinica e siano precipuamente dedicati ad argomenti di rilievo e controversi. Evidentemente l'AAP, con questo articolo, ha voluto segnalare alla comunità scientifica, il ruolo primario del pediatra nella detezione precoce di alcune patologie oculari e stabilire una metodica d'esame in grado di aumentare il valore predittivo del test.

In letteratura si trovano pochissime pubblicazioni che valutino sensibilità e specificità del RR nella diagnosi precoce della cataratta congenita e del retinoblastoma <sup>2-4</sup>, mentre è esperienza comune ad ogni oftalmologo che esiste un certo numero di pazienti che il RR non aiuta ad individuare (falsi negativi) ed altri nei quali erroneamente segnala un'anomalia che poi si rivela inesistente (falsi positivi). Controversa è anche la metodica utilizzata, tant'è che se pure alcuni ancora, soprattutto in Italia, si ostinano ad insegnarlo e praticarlo senza dilatazione farmacologica (ma solo in ambiente oscurato) in alcuni stati americani è oggi eseguito obbligatoriamente dopo aver instillato gocce midriatiche.

Quali sono le ragioni per cui è possibile malinterpretare un RR, e quali eventi possono rappresentare fattori di rischio nella valutazione erronea del test.

### Pupille miotiche

Il neonato soprattutto nelle prime settimane di vita presenta una miosi marcata, anche la permanenza in un ambiente oscurato può non modificare questa condizione e non rendere evocabile il RR. Tra l'altro la luce dell'oftalmoscopio, che il piccolo fissa immediatamente, può accentuare, per il riflesso fotomotore, la costrizione pupillare. Questa situazione è ovviabile con la instillazione in entrambi gli occhi di tropicamide 1% 15' prima della visita.

### Riflesso brunastro del fondo

I soggetti molto pigmentati possono, in luogo del classico riflesso rosso, presentare un riflesso bruno, marrone che spesso non si distingue dal colore irideo. In questi casi è opportuno dilatare la pupilla ed utilizzare una luce alogena che rende più luminoso il RR.

### Dimensioni ridotte dell'opacità

Una opacità di piccole dimensioni, anche se centrale, può esser misconosciuta se non si utilizza un biomicroscopio, ovvero un sistema di visualizzazione ingrandente.

L'esperienza in qualche caso aiuta a riconoscere anche le piccole alterazioni della trasparenza, ma si tratta di un problema che trae in inganno anche gli osservatori più esperti.

### Eccentricità dell'opacità

Si tratta di un evento comune sia nelle cataratta congenite periferiche e corticali, sia nei piccoli retinoblastomi non situati al polo posteriore. Il RR segnala soltanto, è bene ricordarlo, dei disturbi centrali o paracentrali.

### Valutazione non comparativa del RR

Evocare un RR monocolarmente, senza effettuare una valutazione comparativa, può indurre a giudicare presente e normale un RR che invece in valutazione comparativa si può cogliere meno luminoso ed anomalo. Questa manovra è inoltre utile perché una differente lucentezza a volte segnala una anisometropia o uno strabismo.

### Modificazione nel tempo

Un RR normale, o evocabile senza difficoltà, può nel tempo modificarsi e divenire patologico. Un esame precoce, non seguito da altre valutazioni può non essere sufficiente. L'esperienza clinica segnala spesso pazienti che, esaminati nelle prime settimane di vita, non presentavano alcun problema e che a distanza di pochi mesi manifestavano una leucocoria marcata. Il fenomeno è legato all'aumento delle dimensioni del tumore retinico nel retinoblastoma o al peggioramento dell'opacità lenticolare nella cataratta congenita.

È a questo punto fondamentale che, oltre ad accogliere l'invito dell'AAP a standardizzare la tecnica, si proceda ad una capillare e meticolosa opera di formazione del pediatra, nel tentativo di aumentare il valore predittivo di un test che, utilizzato al meglio, può contribuire significativamente a ridurre gli effetti invalidanti di patologie come il retinoblastoma e la cataratta congenita.

In conclusione, pur sottolineando quanto controverso e problematico sia l'iter di chi oggi si deve occupare di Bilanci di Salute, vorrei pregare il pediatra di non lasciarsi sopraffare dal fardello di una indiscutibilmente carente formazione universitaria, ma, per quanto possibile, di farsi carico, anche con iniziative personali, del proprio addestramento, perché il suo ruolo può, e deve, divenire primario anche nella prevenzione delle malattie oculari, pratica finora demandata esclusivamente allo specialista.

### Bibliografia

- 1 American Academy of Pediatrics. *Policy Statement. Red Reflex Examination in Infants*. Pediatrics 2002;109(5):980-1.
- 2 Butros LJ, Abramson DH, Dunkel IJ. *Delayed diagnosis of retinoblastoma: analysis of degree, cause, and potential consequences*. Pediatrics 2002;109(3):E45.
- 3 Paysse EA, Williams GC, Coats DK, Williams EA. *Detection of red reflex asymmetry by pediatric residents using the Bruckner reflex versus the MTI photoscreener*. Pediatrics 2001;108(4):E74.
- 4 Tong PY, Enke-Miyazaki E, Bassin RE, Tielsch JM, Stager DR Sr, Beauchamp GR, Parks MM. *Screening for amblyopia in preverbal children with photoscreening photographs*. National Children's Eye Care Foundation Vision Screening Study Group. Ophthalmology 1998;105(5):856-63.

## Il riflesso rosso e la cataratta infantile

Riccardo Frosini\*

### La cataratta

Il cristallino è una struttura trasparente, a forma di lente biconvessa, situata posteriormente all'iride ed unita al corpo ciliare tramite fini legamenti radiali che nel loro insieme costituiscono la zonula di Zinn. È formato da una capsula elastica che contiene un insieme di fibre che si dispongono in strati successivi, come in una cipolla. Esse si giustappungono intorno al nucleo fetale, costituito dalle fibre secondarie che, a partire dalla settima settimana, vengono prodotte dall'epitelio germinativo. Queste, a loro volta, si depongono attorno alle fibre cristalliniche primarie che costituiscono il nucleo embrionario e che sono il residuo dell'abbozzo epiteliale del cristallino, detto placode, che compare nelle primissime fasi di sviluppo al disopra della vescicola ottica. Con il tempo, il nucleo embrionario, il nucleo fetale e parte delle fibre formatesi dopo la nascita si compattano formando una massa centrale quasi omogenea (il nucleo adulto), attorno al quale si accumulano ulteriori fibre, che costituiscono la corticale del cristallino.

Il cristallino può mostrare importanti alterazioni anche in età infantile. Le principali patologie consistono in anomalie di **forma**, anomalie di **posizione** ed anomalie di **trasparenza**. Queste ultime prendono il nome di **cataratta** e necessitano di essere messe in evidenza in tempi brevissimi. Opacità totali o parziali notevoli del cristallino sono infatti causa delle forme più gravi di **ambliopia da deprivazione**. È stato dimostrato sperimentalmente che un elemento fortemente deprivante presente alla nascita può causare una deplezione cellulare a carico del ganglio genicolato laterale e quindi indurre un'ambliopia molto profonda e praticamente irrecuperabile.

Le cataratte congenite possono essere sia mono- che **bilaterali**. In questo ultimo caso, oltre ad una grave riduzione bilaterale del visus, la deprivazione induce la comparsa di **nistagmo** e di **strabismo**: questi ultimi segni indiretti sono già indice di grave compromissione visiva e non possono quindi essere impiegati per la diagnosi precoce, unico strumento che consente di intervenire in una fase ancora parzialmente reversibile dell'ambliopia e quindi di recuperare una funzione visiva utile. Si ritiene che il tempo-limite per l'allontanamento chirurgico della cataratta e l'inizio del trattamento riabilitativo si situino intorno all'ottava settimana di vita.

Le cataratte **monolaterali** più raramente sono causa di nistagmo, anche se assai frequentemente inducono anch'esse la comparsa di strabismo. L'ambliopia che esse inducono nell'occhio affetto è molto profonda anche in presenza di opacità parziali del cristallino. Si aggiunge infatti al meccanismo ambliopigeno della deprivazione anche quello della competizione con l'occhio sano, che induce una polarizzazione di tutta la corteccia visiva verso l'occhio indenne, lasciando a disposizione dell'occhio affetto una popolazione cellulare insufficiente a garantirgli una funzione visiva utile. Ambedue questi due processi sono estremamente precoci.

Dalle considerazioni sovra esposte, dai dati della ricerca sperimentale e dalle comuni esperienze cliniche si evince che la possibilità di ottenere una qualità della visione accettabile dipende in maniera assolutamente critica dalla precocità della scoperta dell'opacità del cristallino e che tanto più precoci sono l'intervento chirurgico e la riabilitazione tanto migliori sono i risultati funzionali finali. Si colloca, come detto, il termine utile di inizio del percorso terapeutico intorno all'ottava settimana di vita e quindi la scoperta dell'anomalia deve essere effettuata entro le prime 4-6 settimane. Non tutte le cataratte infantili sono presenti alla nascita, ma si sviluppano nelle prime settimane e mesi: ciò giustifica una ripetizione nel tempo degli atti medici intesi ad identificarne la presenza.

### Il riflesso rosso del fondo: i principi

La presenza di un'opacità del cristallino può essere evidenziata fino dalle prime ore di vita impiegando una tecnica non invasiva che consiste nel rilievo del **riflesso rosso del fondo**. Questa tecnica si basa sul principio che un fascio di luce diretto sull'occhio attraverso la pupilla viene riflesso dalla retina e riemerge attraverso la pupilla stessa. In condizioni normali, se l'occhio dell'osservatore è coassiale al fascio di luce incidente e al fascio di luce emergente dalla pupilla, egli potrà percepire il forame pupillare completamente ed omogeneamente rischiarato da una luminescenza di colorito aranciato che è tanto più evidente per quanto più la pupilla è midriatica. Questo fenomeno è familiare a chi, guidando l'auto a fari accesi, vada incontro di

\*Unità Operativa di Ottica Fisiopatologica ed Oftalmologia Pediatrica, Dipartimento di Scienze Chirurgiche OtoNeuro-Oftalmologiche, Università degli Studi di Firenze

notte ad un animale che lo osservi con le pupille dilatate ovvero a chi guardi una fotografia presa frontalmente con il flash in un ambiente oscuro e quindi con il soggetto in condizioni midriasi da scarsa stimolazione del riflesso fotomotore. Il colorito del riflesso risulta più o meno scuro in rapporto al maggiore o minore contenuto di pigmento dell'epitelio pigmentato retinico del soggetto osservato. Un'opacità del cristallino può modificare in due modi la normalità del riflesso rosso:

- a) un **opacamento totale** impedisce alla luce di raggiungere la retina, la luce del fascio luminoso incidente viene riflessa dal cristallino opaco il cui colorito è solitamente **biancastro** e tutta l'area pupillare appare quindi biancastra (**leucocoria**)
- b) una **opacità parziale** consente alla luce di illuminare la retina, ma impedisce che essa ne riemerge completamente: si noteranno in questo caso, sullo sfondo di una diffusa luminosità aranciata, più o meno estese **zone scure** corrispondenti alle opacità del cristallino che hanno intercettato la luce riflessa impedendole di raggiungere l'occhio dell'osservatore.

Il riflesso rosso viene inoltre modificato dalle diverse caratteristiche di **riflettanza** del fondo oculare. Occhi chiari, solitamente appartenenti a soggetti con pelle e capelli chiari, possiedono anche una retina più chiara e quindi il riflesso rosso risulta più chiaro; per converso soggetti dalla pelle e dai capelli scuri, con iridi scure emettono in risposta all'illuminazione retinica un riflesso di colore più scuro. La presenza di anomalie, quali un esteso **coloboma della retina** e della coroide che lascia trasparire il colore bianco della sclera, il **retinoblastoma** che possiede una colorazione bianco-perlacea, il **distacco della retina**, che costringe la luce a riflettersi sulla superficie biancastra della retina e le impedisce di raggiungere gli strati profondi che generano il riflesso normale, impongono anch'essi al "riflesso rosso" una colorazione biancastra (**leucocoria**) che consente di porre il dubbio diagnostico.

### Il riflesso rosso del fondo: la tecnica

Il riflesso rosso, oltre che essere percepibile casualmente come nelle condizioni che abbiamo sopra evidenziato, può essere esplicitato ed osservato a scopo diagnostico. Da quanto esposto in precedenza, lo studio del riflesso rosso si pone due finalità essenziali.

Il **primo scopo** è di mettere in evidenza eventuali **opacità dei mezzi diottrici** (le strutture normalmente trasparenti) dell'occhio, in particolare la **cataratta**.

Il **secondo scopo** è di individuare eventuali **leucocorie**, condizione con la quale si indica la presenza di un riflesso **biancastro**, al posto di quello rosso normale, solitamente segno di gravi alterazioni oculari.



Fig. 1 – La tecnica di osservazione del riflesso rosso mediante l'oftalmoscopio

Per eseguire il test è necessario un **oftalmoscopio diretto** (in mancanza di questo si può ricorrere anche all'**otoscopio**, ma bisogna ricordarsi di toglierci la lente di ingrandimento) e la stanza deve essere nella **semioscurità**. Potremo osservare il riflesso rosso sia con la madre seduta che tiene in braccio il bambino con il busto eretto e rivolto verso il medico, sia con il bambino disteso sul fasciatore o sulle ginocchia stesse della mamma. Per acquisire una corretta tecnica di osservazione, durante la curva di apprendimento il medico si pone in fronte al bambino accende l'oftalmoscopio e ne dirige il fascio luminoso verso l'occhio in esame, tenendolo a circa 40 cm di distanza da esso. Rapidamente, e **senza spostare l'oftalmoscopio**, pone il proprio occhio dominante in corrispondenza del foro di osservazione e guarda il forame pupillare del bambino. L'indice della rotella, che regola la messa a fuoco dell'oftalmoscopio, deve essere posto sullo "0" se il medico è emmetrope o se usa gli occhiali durante l'esame. Verrà posto invece sui numeri **rossi** se l'osservatore è miope, o su quelli **neri** se è ipermetrope, ad un valore pari a quello della sua ametropia (deducibile dall'ultima prescrizione del suo oculista!), oppure semplicemente ruotando la rotella finché non vede perfettamente a fuoco l'iride del piccolo paziente. La stessa procedura viene ripetuta sull'altro occhio.

### Il riflesso rosso del fondo - i falsi positivi

Non sempre è possibile evidenziare con la metodica descritta il riflesso rosso del fondo di soggetti normali. In bambini con pupille miotiche, come è spesso il caso nei neonati, o in presenza di un fondo oculare ricco di pigmento è frequente la possibilità di creare un **falso positivo**, cioè di non riuscire a percepire il riflesso rosso anche in assenza di opacità dei mezzi diottrici.

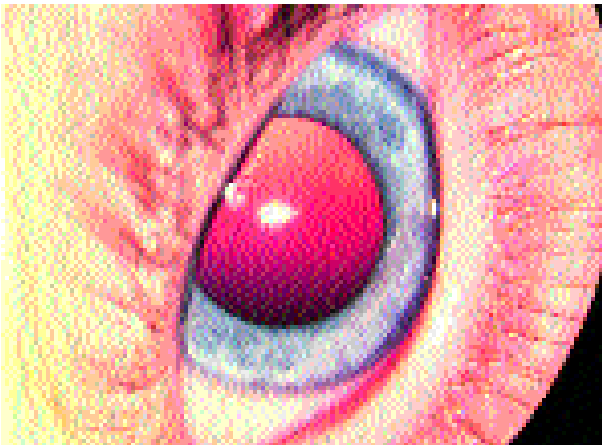


Fig. 2 – Riflesso rosso normale osservabile in midriasi farmacologica in un soggetto con occhi chiari.

È possibile ridurre l'incidenza di falsi positivi seguendo due strategie diverse: l'impiego della midriasi farmacologica e lo sfruttamento della midriasi spontanea. Il metodo più certo consiste nella *midriasi farmacologica*, e questo per almeno due ordini di ragioni. In primo luogo si riesce mediante la midriasi a rendere accessibile all'esplorazione tutto il cristallino e non solo la parte centrale di esso. In secondo luogo il bambino è in genere portato a guardare direttamente la luce dell'oftalmoscopio, con conseguente miosi riflessa e quindi con maggiore difficoltà all'osservazione, eventualità che la midriasi farmacologica impedisce; inoltre nel neonato (ed in particolare modo nel nato pretermine) la pupilla è di per sé miotica e la midriasi farmacologica è quindi più efficace. Infine, anche un riflesso

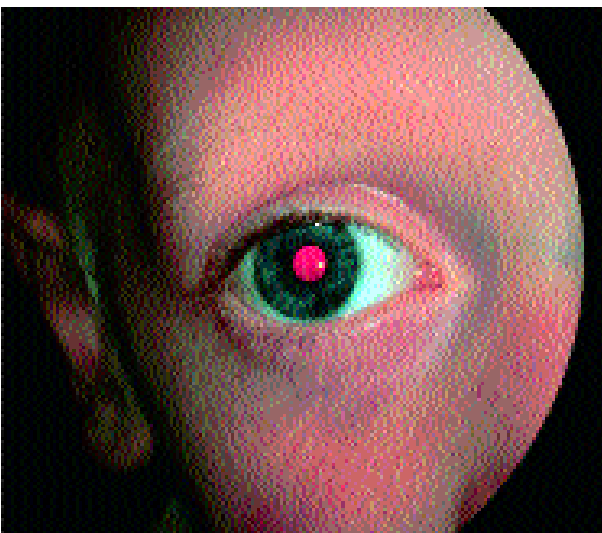


Fig. 3 – Riflesso rosso normale osservabile usando gli opportuni accorgimenti a pupilla non midriatica in soggetto con occhi chiari.

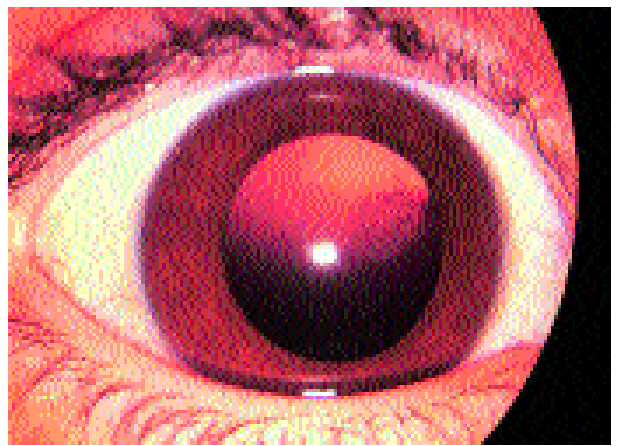


Fig. 4 – Opacità periferica che non interessa l'asse ottico. È resa visibile dalla midriasi farmacologica.

più scuro per eccessiva pigmentazione diviene più visibile per la grande quantità di luce che in tal modo entra nell'occhio e ne fuoriesce. C'è da considerare, in aggiunta, che non c'è alcun rischio nell'instillazione di midriatici nel bambino, a differenza dell'adulto in cui è possibile scatenare un attacco acuto di glaucoma. Per ottenere una midriasi sufficiente, rapida e fugace con minimo effetto cicloplegico è possibile instillare 15 minuti prima dell'esame una miscela di a-tropicamide 0,5% con fenilefrina 10%, disponibile commercialmente come Visumidriatic fenilefrina. Chi preferisce non usare le fenilefrina nella piccola infanzia, può instillare con le stesse modalità dell'a-tropicamide 1% (Visumidriatic, 1%), che ha un moderato effetto cicloplegico associato. L'instillazione di a-tropicamide 0,5% (Visumidriatic, 0,5% o Tropicil,) produce una midriasi più moderata, in genere sufficiente, ma non ha un effetto cicloplegico associato.

La *midriasi spontanea* può essere un sostituto abbastan-

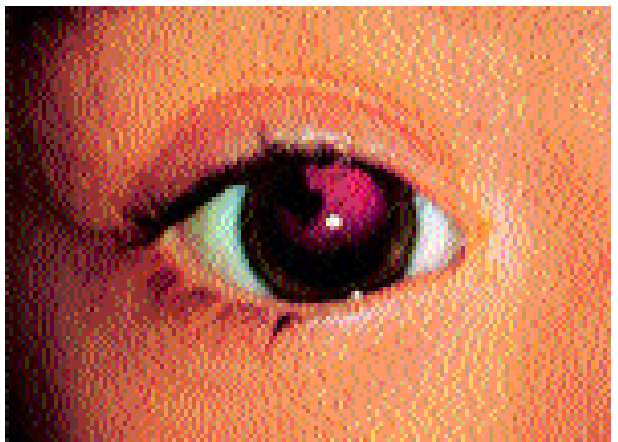


Fig. 5 – Cataratta parziale che si staglia oscura contro il riflesso rosso del fondo

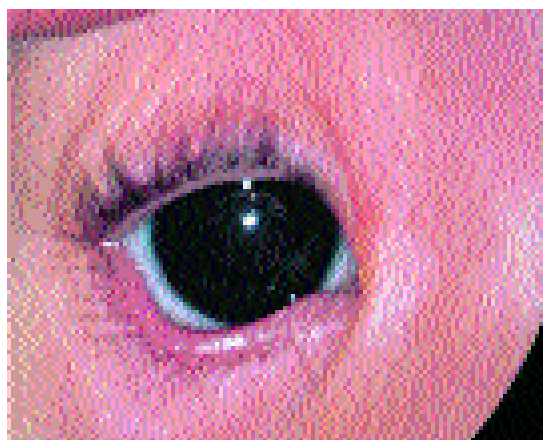


Fig. 6 – Cataratta corticale posteriore quasi completa che rende assente il riflesso rosso del fondo

za soddisfacente della midriasi farmacologica purché si osservino alcune semplici regole. La *prima regola* è di lavorare in un ambiente minimamente illuminato per garantire la massima midriasi naturale. La *seconda regola* è di non dirigere il fascio dell'oftalmoscopio perpendicolarmente alla pupilla, ma da una direzione obliqua: mentre il bambino guarda dritto davanti a sé, il fascio luminoso gli deve giungere da una direzione di circa 20° temporalmente. Per osservare l'occhio destro da circa 20° gradi alla destra del bambino, per l'occhio sinistro da circa 20° alla sua sinistra. In questo modo la zona della retina colpita dalla luce viene ad essere la papilla ottica, notoriamente priva di fotorecettori e quindi possiede un effetto fotomotore ridotto. In aggiunta, poiché la papilla ottica è biancastra anche nei soggetti con occhi scuri, la luce riflessa sarà più intensa e quindi più facilmente percepibile. Infine la *terza regola*, che si acquisisce man mano che la curva di apprendimenti si completa, consiste nell'ac-

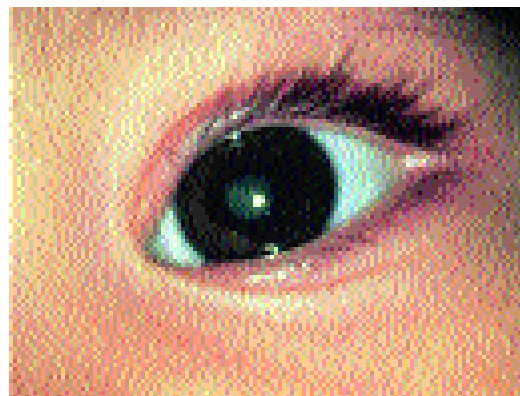


Fig. 7 – Cataratta corticonucleare completa che rende biancastro (leucocoria) il riflesso della luce dell'oftalmoscopio.

endere l'oftalmoscopio e nel dirigerlo verso l'occhio del bambino con il proprio occhio già applicato al foro di osservazione. In questo modo si sfruttano al meglio i pochi attimi che precedono la comparsa del riflesso fotomotore. Per facilitare il reperimento dell'occhio del bambino è consigliabile che l'osservatore tenga in questa fase l'occhio dominato aperto, ma per l'osservazione è meglio che subito dopo lo chiuda ed usi l'occhio direttore.

#### Il riflesso rosso del fondo - i falsi negativi

Da quanto abbiamo finora esposto, non è rilevabile la possibilità di creare dei *falsi negativi*, cioè di osservare un riflesso rosso normale in bambini portatori di opacità congenite dei mezzi diottrici, salvo in due condizioni diverse. La prima concerne le opacità periferiche del cristallino, la seconda le cataratte evolutive della prima infanzia. Per *opacità periferiche* congenite si intendono cataratte che interessano la porzione più esterna del cristallino, quella più prossima all'equatore. Esse sono in condizioni normali coperte dall'iride e possono essere osservate solo in midriasi pupillare, mentre sfuggono se la pupilla non è sufficientemente dilatata. D'altra parte esse sono le meno dannose poiché, trovandosi al di fuori dell'asse visivo, non intercettano le immagini destinate a formarsi sulla fovea e quindi risultano poco ambliopigene. Le *cataratte evolutive* della prima infanzia possono essere molto modeste alla nascita, talora periferiche, e quindi sfuggire all'osservazione, per divenire sempre più grandi durante le prime settimane o mesi. Questa è una delle ragioni che consigliano di ripetere più volte durante i primi mesi di vita il test del riflesso rosso del fondo.

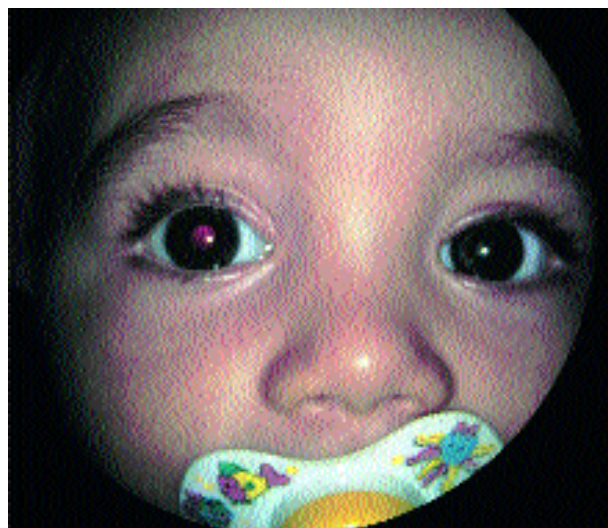


Fig. 8 – Nello stesso paziente di fig. 7 si apprezza la differenza del riflesso fra l'OD sano e l'OS affetto

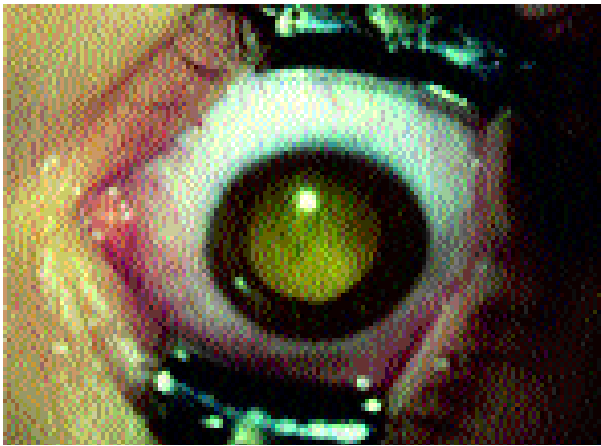


Fig. 9 – Riflesso biancastro del fondo (leucocoria) in un caso di retinoblastoma.

### I reperti osservabili

In condizioni normali, abbiamo visto che il forame pupillare appare di colorito uniformemente giallo-arancio, esattamente come nelle fotografie dei bambini ripresi frontalmente con il flash. Il colorito può apparire lievemente più brillante in un settore e meno in un altro, e ciò rientra nei limiti della norma

Se è presente una **opacità parziale del cristallino (cataratta parziale)**, il riflesso viene intercettato dall'opacità e la zona interessata da essa appare **scura** stagliandosi contro lo sfondo del riflesso rosso. presente nelle aree dove il cristallino è trasparente. In caso di **opacità totale del cristallino (cataratta completa)**, il riflesso rosso del fondo sarà **totalmente assente**, e quindi il riflesso dovrebbe essere **scuro**. Ciò avviene, in realtà, nel caso che la cataratta occupi tutto il forame pupillare, ma sia limitata alla sola corticale posteriore. Nella maggioranza dei casi, poiché l'opacità stessa del cristallino possiede un proprio colorito biancastro, la pupilla potrà mostrare essa stessa un riflesso biancastro quando colpita dalla luce dell'oftalmoscopio. In questo caso occorrerà porre in diagnosi differenziale le diverse cause di **leucocoria**, ma sicuramente si tratterà di un problema serio e da sottoporre immediatamente all'oculista.

### Segni diretti delle cataratte infantili

L'osservazione del **riflesso rosso** consente di apprezzare soprattutto la **morfologia** delle cataratte congenite, che è molto varia e dipende dalla zona del cristallino primitivamente interessata dal processo di opacizzazione e dall'entità della stessa. L'interesse per la morfologia dell'opacità del cristallino risiede nella definizione del suo **potenziale ambliopigeno**. Opacità puntiformi o collocate al di fuori dell'asse visivo avranno minore influenza sullo svi-

luppo visivo di quanto non possano invece avere cataratte molto dense ed estese.

Possiamo in genere distinguere forme capsulari e forme cortico-nucleari, a seconda che sia interessata la capsula cristallinica o la componente costituita dalla corteccia e dal nucleo della lente.

### Cataratte capsulari

- la cataratta **polare anteriore** appare in **luce diffusa** come un piccolo punto **biancastro** sulla faccia anteriore del cristallino. Esso appare invece **nero** sul **riflesso rosso** del fondo. Influisce poco sulla capacità visiva, ha scarso potere ambliopigeno e viene solitamente riferita molto precocemente per la facilità con cui la madre stessa la può osservare.
- la cataratta **polare posteriore** non è visibile in luce diffusa e può essere messa in evidenza solo osservando il **riflesso rosso** ove spicca come un **dischetto nero** centrale. Essa è collocata sulla faccia posteriore del cristallino e, essendo vicina al punto nodale dell'occhio, può svolgere un importante ruolo ambliopigeno anche se possiede dimensioni ridotte, in particolare quando si presenta in un occhio solo. Una opacità monolaterale di 2 o 3 mm di diametro può ingenerare una ambliopia profonda e, se bilaterale, è raro che consenta un visus ottimale.

### Cataratte cortico-nucleari

- la cataratta **puntata o cerulea** è formata da diffuse e sottili opacità bluastrastre, in particolare a carico della corticale, osservabili con difficoltà anche con l'**oftalmoscopia**. In genere anche lo specialista è costretto all'osservazione alla lampada a fessura per evidenziar-

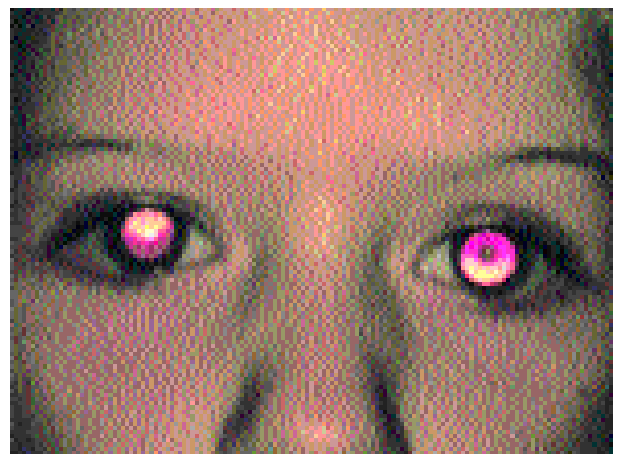


Fig. 10 – Cataratta polare posteriore dell'OS. Si apprezza chiaramente in osservazione contemporanea dei due occhi la differenza con l'OD indenne.

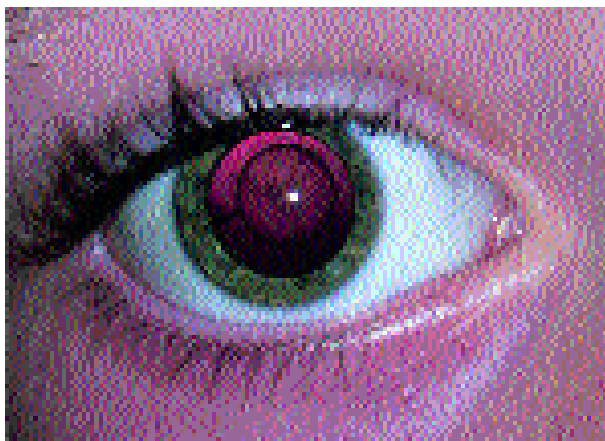


Fig. 11 – Opacità coronaria con alcune opacità radiali (c.lamel-lare)

Fig. 12 – Opacità totale con riflesso biancastro nella parte centrale e assenza del riflesso rosso nella porzione periferica della pupilla

- le. Raramente comportano una riduzione del visus o un rischio importante di ambliopia
- b. la cataratta *nucleare* è una delle forme più frequenti nel bambino. Sovente è molto densa (ad es. nella *rosolia*) e richiede l'asportazione chirurgica. Talora invece le opacità sono molto diffuse (vedi *pulverulenta*) e possono anche avere effetti trascurabili.
  - c. la cataratta *coronaria* è caratterizzata da opacità corticali a margini arrotondati che circondano il nucleo. Si osserva con difficoltà a luce diffusa, è molto evidente osservando il **riflesso rosso**. Talvolta è accompagnata da opacità radiali che se ne dipartono (cataratta *lamellare*). Il suo potenziale ambliopigeno è molto variabile: sicuramente forte se monolaterale, dipende molto dalla densità dell'opacità se bilaterale e può essere compatibile anche con un visus utile. Per decidere sulla procedura da adottare è consigliabile uno studio accurato della funzione visiva fino dai primissimi mesi.
  - d. nella cataratta *suturale* l'opacizzazione segue il decorso ad Y delle suture del nucleo. E' visibile solo all'**oftalmoscopia**, ma il suo potenziale ambliopigeno è solitamente molto scarso
  - e. le opacità *nucleari pulverulente* appaiono al **riflesso rosso** (e sono altrimenti invisibili) come finissimi granuli oscuri nel contesto del nucleo. Il loro effetto sullo sviluppo visivo dipende dalla densità delle opacità e dal loro numero, ma la sua valutazione richiede una valutazione accurata.
  - f. le opacità possono essere *diffuse* ed interessare in maniera quasi completa (*cataratta totale*) sia il nucleo che la corticale della lente. Il segno più evidente sarà, come più volte detto, la

*leucocoria*, osservabile sia a luce diffusa che mediante l'**oftalmoscopia** diretto. In questo caso l'intervento chirurgico è improcrastinabile.

#### Segni indiretti delle cataratte infantili

In assenza di una precoce identificazione, le cataratte più dense, specie bilaterali, provocano un profondo sconvolgimento nello sviluppo visivo, in particolare per quanto concerne la binocularità e la fissazione, oltre che l'acuità visiva (*ambliopia*). I segni principali che debbono mettere in allarme sono:

**nistagmo**, indotto dalle alterazioni del riflesso di fissazione, compare verso il 3° mese di vita, e deve immediatamente essere approfondito. E' segno *prognostico* grave perché indica una deprivazione profonda, insorta precocemente, e quindi con possibilità di recupero funzionale molto scarse;

**strabismo precoce**, dovuto al mancato sviluppo della funzione binoculare, è sovente convergente, ma spesso anche divergente. Lo strabismo divergente è raro nei bimbi piccoli e spesso segno di anomalie visive importanti. Lo strabismo è frequente anche nelle forme monolaterali, che solo più raramente mostrano un nistagmo monolaterale;

**segni comportamentali**, solitamente rilevati dalla madre intorno al 5°-6° mese di vita, con difficoltà all'esplorazione e, spesso, interruzione del normale sviluppo psicomotorio, sono tipici delle *lesioni bilaterali*. Nel caso di uno sviluppo tardivo delle opacità, come avviene nelle cataratte evolutive, si può assistere anche ad una regressione delle capacità acquisite;

**ambliopia**, spesso rilevata tardivamente, è tipica delle *lesioni monolaterali*, non da segno di sé e il comportamento visivo del bambino può apparire del tutto normale.

## Bambino con disegno (1520 ca.)

Maria Antonietta Filipponio Marinello

Il piccolo quadro del pittore veronese Giovanni Francesco Caroto è un curioso ritratto. Presenta un bambino (ma niente ci fa escludere che possa essere una bambina) dai lunghi capelli rossi che, orgoglioso e divertito, mostra allo spettatore il suo "autoritratto" schizzato su un foglio di carta. Data la familiarità del soggetto si è propensi a ritenere che si tratti del ritratto del figlio dell'artista o di un bambino a lui molto caro, e che scherzosamente sia stato eseguito come un gioco all'interno di un rapporto confidenziale.

Per la prima volta viene messa a paragone in un quadro la realtà di un bambino che disegna se stesso con quella dell'adulto che riproduce la figura umana; si vuole dare importanza al disegno infantile che, seppure sproporzionato nella resa del corpo umano e sgraziato nei tratti del viso, ottiene pari dignità dell'opera d'arte e si pone come esempio di quel processo di maturazione grafica che accompagna le varie età dell'infanzia, uguale da sempre nei tempi e nei luoghi<sup>1</sup>.

La strana fisionomia del viso del bambino ci rimanda agli studi di fisiognomica che, in quel tempo, Leonardo in Italia e Durer in Germania stavano portando avanti, insistendo su particolari realistici del volto dell'uomo<sup>2</sup>.

Ma non riteniamo che questo quadro possa essere una prova di quel tipo di pittura che ebbe molto successo in tutta Europa tra il XV° e il XVI° secolo. Possiamo pensare invece all'ambiente artistico e culturale (importante crocevia tra Italia settentrionale e Nord Europa) in cui operò il pittore e ai maestri che lo influenzarono. Giovanni Antonio Caroto nacque e iniziò la sua attività a Verona sotto la guida di Liberale da Verona (1445-1529), ma soggiornò lungamente a Mantova dove lavorò con Andrea Mantegna (1431-1506), per poi spostarsi a Casale.

E questa tela ci richiama alla mente proprio Mantegna per l'espressività nel volto, la caratterizzazione dei tratti fisionomici che a volte riconducono a personaggi realmente esistiti, ed infine per la collocazione della figura nello spazio.

Il bambino è ritratto su sfondo scuro, seduto e girato di fianco in modo che la spalla crei prospetticamente lo spazio in cui è inserita la figura.

La luce che proviene da sinistra illumina il volto del bambino e colpisce i capelli che gli incorniciano il viso, la spalla e una parte della manica del vestito. La macchia rossa del berretto, che probabilmente è appoggiato sulle ginocchia del fanciullo, produce un ulteriore motivo per dare spazialità al quadro.

È certo un dipinto che desta curiosità, perché alla fine ci si chiede: ..ma sarà davvero



*Bambino con disegno* (1520 ca.)  
DI GIOVANNI FRANCESCO CAROTO (1480 ca-1555)  
Olio su tavola cm. 37x29  
Verona, Museo di Castelvecchio

un disegno infantile, cioè eseguito da una mano di bambino che ancora non è in grado di riprodurre la realtà in maniera perfetta, oppure è un sapiente saggio di caricatura di se stesso?

A noi non è dato saperlo, ma sicuramente è un

simpatico duetto tra il maestro e l'apprendista.

**Bibliografia**

- <sup>1</sup> BECCHI, Egle, *I bambini nella storia*, Laterza, Bari, 1994, pag. 8
- <sup>2</sup> SCHNEIDER, Norbert, *Il ritratto nell'arte*, Taschen, Colonia, 1995, pag.144