

Per un'assistenza più razionale ed efficiente

La ringrazio di aver ripescato la mia lettera relativa al dibattito pre-estivo sul malessere del PdF, e aderisco alla sua proposta di mettere nero su bianco le mie proposte per un modello organizzativo che permetta al PdF un'assistenza più razionale ed efficiente.

Ho già trattato l'argomento in diverse occasioni, soprattutto nell'ambito di documenti della FIMP di Napoli (consultabili nel sito www.fimnapoli.org, in particolare il documento n.3/2001 sull'"acuto-banale") e di articoli e lettere di cui ne segnalo alcuni: a) La visione libero-professionale contro la visione "stalinista" dell'ACP, *Quaderni ACP* 6,4,16, 1999; b) Cartello del gruppo "Rinnovamento Pediatria di Base" per un nuovo ruolo del PdF nel SSN, *Mass Media* 4,2,1999; c) Nuova Pediatria di Famiglia, lettera (con sottoscrittori), *Medico e Bambino* 19(3);148,2000; d) PdF "del nuovo millennio", ma come? *Mass Media* 1,3, 2000; e) La visita domiciliare in Italia e nel mondo, *Il Med Ped* 9(2);112,2000.

Per sintetizzare in modo estremo ritengo indispensabili i seguenti interventi:

1. Una definizione del ruolo del PdF, non più visto come filtro, a vantaggio di livelli gerarchici superiori del SSN, ma come professionista impiegato attivamente e creativamente nella salvaguardia della salute psico-fisica globale del bambino.
2. Una revisione della struttura del rapporto medico-paziente, eliminando la scelta burocratica a vantaggio di una scelta basata sulla qualità dei servizi offerti in regime concorrenziale.
3. Un intervento diretto dei gestori locali del SSN (ASL) nell'educare degli utenti a un corretto concetto di salute e a un corretto uso delle risorse e dei servizi.
4. Una riduzione sensibile del tempo dedicato dal PdF all'acuto (non oltre il 30% del tempo totale) a vantaggio di interventi come prevenzione (bilanci di salute), diagnostica strumentale e monitoraggio dei casi cronico-recidivanti, gestione attrezzata del vero acuto (self help), counselling e gestione dei problemi psico-sociali.
5. Un modello assistenziale non basato più sulla sola risposta passiva alla richiesta di prestazioni, ma sull'offerta di attività fisse, continue, di qualità.
6. La liberazione, all'interno dell'attività quotidiana del PdF, di spazi di tempo sufficienti all'applicazione di strumenti diagnostico-terapeutici *time-consuming*.
7. L'eliminazione dell'istituto della visita domiciliare.
8. La responsabilizzazione degli utenti rispetto alla richiesta di prestazioni ambulatoriali per problemi acuti, con contingentamento delle prestazioni annue fruibili gra-

tuitamente, in modo che non superi limiti determinati in base alle oggettive problematiche di salute da cui è affetto il bambino (ad esempio in un bambino non affetto da patologie cronico-recidivanti non oltre le 8-10 prestazioni/anno gratuite, mentre in un bambino con patologia cronico-recidivante non grave non oltre le 20 prestazioni/anno gratuite).

Sperando di essere riuscito a fornire una sintesi completa, La saluto cordialmente

Vincenzo Nuzzo
Pediatria e psicoterapeuta, Napoli

Questa lettera e questo programma esprimono uno degli aspetti della sindrome del pediatra inquieto, ovvero dell'inquietudine del mercato, oltre che il dato obiettivo di un mestiere che ha visto cambiare, con la patologia (la scomparsa delle malattie acute infettive gravi e potenzialmente mortali), anche la ragion d'essere del pediatra. Sapersi adattare ai cambiamenti ambientali è tipico dell'uomo; e trovare la propria nicchia ecologica nel mondo che muta è l'unico modo di sopravvivere delle specie viventi, e anche della pediatria. È anche giusto che, in linea con un cambiamento inevitabile, anzi già in atto, cambino, assieme alle abitudini che comportano dei cambiamenti di fatto, anche gli statuti e, nel caso della pediatria di famiglia, la convenzione. Questo è dunque, prima di tutto, un problema di discussione interno alla categoria (che potrebbe coinvolgere anche le associazioni scientifiche), poi un problema di rappresentatività sindacale, dunque un problema di FIMP, e successivamente un problema di concertazione, cioè di accordo con i rappresentanti degli interessi dei cittadini, che sono in ultima analisi i responsabili della sanità pubblica. Su queste basi dunque, e con questi tempi, si dovrebbe articolare il discorso.

Mi permetto ora, dall'esterno, di esaminare il programma, non tanto per giudicare la validità, perché non me ne sento all'altezza, quanto per valutarne la comprensibilità e la fattibilità.

1. Autonomia professionale. *Non mi pare che ci sia una contraddizione tra l' assunto e lo stato attuale delle istituzioni. Il PdF è un professionista "completo"; esaurisce, tutte le volte che può farlo, il suo ruolo nella sua esclusiva azione. Mi pare un punto già superato nei fatti, o in via di superamento, non ugualmente vero per tutti i pediatri, ma potenzialmente non in discussione; dipende soltanto dalla capacità, ed eventualmente dall'organizzazione (pediatria di gruppo).*

2. Diverso rapporto medico-paziente. *Non capisco bene cosa vuol dire. In teoria la scelta è libera e, in linea di principio, basa-*

ta sull'offerta di qualità, e revocabile. Potrebbe essere interpretata come scelta "volta per volta" (il paziente si rivolge in ogni singola occasione al pediatra che gli sembra più adatto). Se è così, si tratterebbe di una rivoluzione in senso privatistico-assicurativo (visita rimborsata), probabilmente indigeribile, comunque fuori dell'attuale ordinamento. Non è impossibile che ci si arrivi.

3. Intervento educativo del Distretto sugli utenti. *È teorico, non realizzabile, non giusto. Quali persone avrebbero questo compito? Quali sarebbero le loro competenze? Eppure si pensa a una educazione attraverso stampati? I soli che possono educare sul miglior uso dei medici di famiglia sono i medici di famiglia, isolatamente o associativamente.*

4. Riduzione del tempo dedicato all'acuzie. *È in atto. L'acuzie (vera) non esiste più; il tema si collega al tema dell'educazione (paragrafo precedente).*

5. Non dipendenza dalla richiesta ma offerta di prestazioni. *Forse non capisco bene; detto come l'ho detto io mi pare abbastanza funesto, o almeno pericoloso (induzione dei bisogni anziché soluzione dei problemi). Si è sempre detto (stalinismo?) che la medicina dovrebbe modellarsi sui bisogni dei pazienti, non su quelli dei medici. Il contrario non è facilmente sostenibile.*

6. Più spazio per attività *time-consuming*. *Giusto, ma in parte compreso nei punti precedenti (3, 4, 5), in parte dipendente dalla capacità del medico di organizzare il suo tempo, in parte limitato dal tetto di spesa (più tempo vuol dire meno assistiti?). Potrebbe essere ragionevole che alcune delle attività in questione (quali?) siano considerate prestazioni a pagamento.*

7. Visita domiciliare. *È un vecchio tema, che in parte si sta raffreddando, per una misurabile diminuzione della richiesta. Rientra in parte nei punti già trattati (educazione, acuzie, modellamento sui pazienti).*

8. Responsabilizzazione dell'utenza e contingentamento delle prestazioni. *Visto da fuori non mi pare inaccettabile; forse è l'unico percorribile.*

Nell'insieme, le proposte di "Rinnovamento" comprendono dei bisogni reali della pediatria e dei pediatri (in parte realizzati o in via di realizzazione per uno spontaneo rimodellamento del mercato); sembrano corrispondere a un "liberismo protetto", che forse privilegia chi è già privilegiato; tengono poco conto dei bisogni percepiti (in buona parte indotti dalla stessa medicina) senza interrompere il giro vizioso offerta>bisogni; non sembrano di facile realizzazione istituzionale anche se potrebbero trovare una sponda nella nuova gestione della Sanità.

F.P.

P.S. Non occorre che aggiunga che c'è il diritto di replica. Per chiarezza, e a parziale correzione dell'incipit della lettera, non l'ho "ripescata"; solo che i ritmi di questo epistolario sono legati ai tempi della composizione della Rivista e, come ho già detto, sono ritmi che, per il nostro tempo, possono apparire incomprensibilmente lenti. Tuttavia a me sembra che consentano ugualmente il dialogo. E, sempre per chiarezza, siamo soliti rispondere a tutte le lettere.

ADHD, dislessia e ruolo del Pdf

Che il bambino debba essere visto ormai non solo dal punto di vista delle classiche malattie organiche, ma anche dal punto di vista della patologia sociale e comportamentale, difficoltà scolastiche incluse, credo che non esistano dubbi. Il Pdf ogni giorno è chiamato a dare risposte a genitori che riferiscono di comportamenti devianti dei figli, soprattutto se adolescenti, di bambini che hanno difficoltà scolastiche, di bambini che non stanno mai fermi, di bambini che disturbano, di bambini che hanno disturbi del linguaggio e che hanno difficoltà a leggere e scrivere. Ma il Pdf spesso è impreparato a dare risposte a queste domande, e da questo derivano delusione e frustrazione per non sapere adempiere in maniera completa al suo dovere di medico globale del bambino. L'iniziativa dei colleghi di Napoli per quanto riguarda l'ADHD è senz'altro importante, perché rappresenta un passo avanti verso un nuovo modo di vedere la pediatria di famiglia. Ma, senza voler entrare in inutili e non costruttive polemiche con Nuzzo, e spinto solo dal desiderio di dare un contributo, spero valido, a questa iniziativa, alla luce anche della mia modesta esperienza nel campo della dislessia in qualità di Presidente della Sezione di Palermo dell'Associazione Italiana Dislessia, vorrei porre alcuni interrogativi:

1. Ci sono oggi, nella nostra società, le condizioni (la cultura, il bisogno, la volontà, l'interesse economico) per creare un cambiamento nel modo di assistere il bambino?
2. Esiste nella mente degli insegnanti, dei neuropsichiatri infantili, dei pediatri di famiglia un posto per il bambino con ADHD e per il bambino dislessico?
3. I tempi sono maturi per poter affrontare argomenti così importanti, ma purtroppo anche così fuori dalle nostre conoscenze?

Il problema dell'ADHD e della dislessia è un problema dell'insegnante, e l'insegnante oggi spesso è impreparato e immotivato a occuparsi di questi bambini. L'interesse della scuola è infatti orientato verso il bambino affetto da grave handicap (vedi

Legge 104) e verso il bambino con capacità intellettive nella media e, forse, anche superiori alla media (vedi insegnamento della lingua straniera e dell'informatica nella scuola elementare), ma non c'è stato quasi mai un intervento concreto a favore del bambino con ADHD e del bambino dislessico (e pensare che ogni insegnante ha in classe un bambino con ADHD e un bambino dislessico). Il problema dell'ADHD e della dislessia è un problema del neuropsichiatra infantile, ma spesso l'interesse della neuropsichiatria infantile, soprattutto di quella dei Servizi territoriali, non è rivolto verso il bambino con ADHD e il bambino con dislessia.

Il neuropsichiatra infantile non ha oggi le conoscenze, i mezzi, il tempo, gli spazi, la collaborazione da parte di psicologi, pedagogisti, logopedisti e sociologi per poter affrontare questi argomenti in maniera organica e sistematica.

E veniamo al Pdf.

Io penso che il Pdf abbia perso, in questo campo, un'occasione importante, che è quella a cui si riferisce Nuzzo nel suo lavoro sull'ADHD, pubblicato sul numero di novembre 2001 di *Medico e Bambino*, quando parla della "conoscenza del bambino". Nuzzo scrive: «Il Pdf conosce il bambino e la sua famiglia, essendo loro vicino più di qualsiasi altra figura professionale, ed è quindi in grado di raccogliere elementi diagnostici ben superiori a quelli di un semplice strumento di screening».

Ma è davvero così? Io penso di no.

Il Pdf ha perso la sua occasione importante perché non è più un medico di famiglia.

Il Pdf non ha più quella caratteristica originale che forse molti pediatri di altri Paesi ci invidiano. Mi riferisco alla caratteristica originale di conoscere veramente, in quanto appunto medico di famiglia, le relazioni che ci sono all'interno di una famiglia, le dinamiche tra i suoi componenti, i suoi rischi psicosociali (e tutto questo grazie anche alle tante visite ambulatoriali e domiciliari apparentemente banali, ma che banali non sono, perché grazie a loro il medico di famiglia riceve una moltitudine di messaggi subliminali che alla fine lo portano, «meglio di ogni altra figura professionale», a conoscere veramente il bambino e la sua famiglia). Oggi il Pdf è un medico distante dal bambino e dalla famiglia del bambino; è il medico che conosce bene (a volte anche più del necessario) le malattie, ma che non conosce più il malato.

Quale sarà il futuro del bambino con ADHD e del bambino dislessico?

Penso che in questo campo siamo ancora, tranne poche eccezioni, all'anno zero. Penso che, prima ancora di parlare di metilfenidato, bisognerebbe incominciare

a parlare di sensibilizzazione agli argomenti ADHD e dislessia. Questa sensibilizzazione dovrebbe coinvolgere, in maniera capillare, insegnanti, neuropsichiatri infantili, pediatri di famiglia, la società intera, per creare una nuova cultura e per modificare i tanti atteggiamenti sbagliati che esistono oggi su questi argomenti.

Angelo Spataro, Pdf, Palermo

Spataro e Nuzzo, un binomio ormai classico della dialettica pediatrica, due visioni spesso presentate come quasi incompatibili si ritrovano (lo giuro: per caso! anche se nessun caso è mai veramente un caso) ancora una volta assieme sulle stesse pagine, su temi non identici, ma nemmeno lontani tra di loro, anzi vicini.

Il Pdf ha perso un'occasione? Non so, non so neanche bene di quale occasione si parli: di prepararsi ad affrontare le nuove frontiere? di occuparsi di quello che una volta sembrava e forse era marginale o superfluo e che adesso sembra centrale? Non penso che sia così; ma mai dire mai. Anzi, devo dire che i pediatri si mostrano, ancora una volta (e anche questa lettera lo mostra), sensibili ai cambiamenti. Certo, niente succede tutto d'un tratto; ogni cosa, anche i cambiamenti culturali, devono superare inerzie e pigrizie, del singolo come della società.

Come l'obesità, così la dislessia e l'iperattività sono delle malattie "evoluzionistiche"; la prima è dovuta alla disponibilità alimentare, al riscaldamento, alla ridotta fatica muscolare; le altre due sono dovute alla scolarizzazione della società. Ma altre malattie ancora, come la stessa paura della malattia, o la depressione, o il suicidio, o la tossicodipendenza sono figlie del benessere. Fare i guardiani della salute, proteggere dall'eccesso di medicalizzazione, intervenire o non intervenire in maniera coerente e socialmente, oltre che personalmente, utile, questi sono i bisogni per i quali dobbiamo attrezzarci. Non è cosa di un giorno, e non è colpa nostra, anzi, non è colpa di nessuno, se la società medica, di cui noi siamo allo stesso tempo il frutto e il seme, non ci ha preparati in tempo: non era possibile. Ma il futuro è lungo e il tempo non mancherà.

F.P.

Aggiornamento, quanto tempo?

In risposta alla lettera di Salvo Fedele, pubblicata nel numero di ottobre (*Medico e Bambino* 2001;20(8):496) fornisco alcune precisazioni.

La *Tabella II* citata nell'articolo (*Medico e Bambino* 2001;20(5):308) riporta il dato di un'ora alla settimana in media rivolta al-

l'aggiornamento individuale da parte di un pediatra: questo dato ha provocato la reazione di Salvo Fedele, preoccupato di come sia poco il tempo dedicato allo studio da parte di un professionista. Salvo ha ragione: si studia e si legge troppo poco, sono perfettamente d'accordo! La tabella incriminata non deve però essere considerata il gold standard dei tempi di lavoro, ma quello che è la situazione attualmente media: del resto questi dati non sono stati inventati dagli Autori, ma ripresi da un lavoro di analisi dell'attività eseguito nel 1993 su un gruppo di venti pediatri di Bergamo e Provincia appartenenti all'ARP e pubblicati, guarda caso, già sulle pagine di *Medico e Bambino* all'interno di un Focus dal titolo: "Dove va la pediatria di base", coordinato da Giorgio Tamburlini (*Medico e Bambino* 1997;16(7):427): già allora era però evidente che quell'unica ora alla settimana si riferiva al tempo individuale dedicato alla sola lettura di riviste mediche. Già nell'articolo del 1997 si citava come aggiornamento quella parte ben più importante e coinvolgente, di carattere collettivo, dedicata alla formazione: la riunione mensile tra pari basata sui casi clinici, gli incontri bimestrali con esperti, l'aggiornamento obbligatorio organizzato dagli stessi pediatri dell'ARP, i lavori di gruppo sulle schede educazionali e sulla cartella informatizzata, la partecipazione attiva a diverse commissioni in più Enti (Comune, Ospedale, Azienda Sanitaria). E tutto questo rimanendo nell'ambito del proprio territorio, non andando a inserire occasioni congressuali regionali o nazionali.

C'è poi da sottolineare, per ritornare all'aggiornamento individuale, come sia intrinseco al "mestiere" di pediatra imparare lavorando, attraverso lo studio dei propri casi difficili, la revisione del lavoro svolto, la consulenza e il contatto con altri pediatri di famiglia, con specialisti, con pediatri ospedalieri, cosa già sottolineata dal Prof. Panizon nella sua risposta a Salvo e comunque presente nell'articolo contestato, proprio appena prima della *Tabella II* già citata.

Insomma, l'errore è stato forse quello di non sottolineare appieno, in modo più esplicito, tutte le occasioni di aggiornamento non individuale, ma collettivo, che giustamente ciascun pediatra dovrebbe inserire nella sua attività.

Una critica più consistente sembra però quella che Salvo denuncia: la qualità è ormai solo rincorsa alle esigenze del cliente? Ebbene, credo che parlare di organizzazione dell'attività, di modelli gestionali non sia andare verso un'analfabetizzazione, ma al contrario possa essere uno dei modi per migliorare la qualità: la risoluzione dei problemi dei nostri assistiti e delle loro famiglie si può perseguire coniu-

gando maggior cultura sanitaria, sociale, etica a migliori modelli assistenziali. La via della medicina in gruppo è, per noi che la pratichiamo, una possibile e positiva e stimolante esperienza che è giusto raccontare e divulgare; che ci permette, tra l'altro, di trovare spazi di dibattito culturale che molti pediatri single ci invidiano.

Leo Venturelli, Bergamo

Caro Professor Panizon, come è appassionante discutere con Lei! Lo faccio brevemente per non sottrarre tempo prezioso all'ora (d'aria) che i pediatri debbono alla lettura.

Mi permetta di darle una mano ad analizzare la sua risposta e dar forza ai suoi ragionamenti così come Lei ha deliziosamente fatto con me.

Debbo notare infatti che l'uso che Lei fa dei sondaggi non è assimilabile per nulla a quello normalmente fatto dai detentori dei mezzi di comunicazione: questa è qualità. Lei usa i sondaggi non per farsi ragione, ma per dar ragione!

Dice in pratica il suo sondaggio che la mia preoccupazione è vera e fondata: i pediatri leggono un'ora alla settimana. Allora non è la qualità che ci hanno proposto gli Autori ma la normalità!

Ebbene ho fatto anch'io la mia indagine e i risultati sono diversi, la cosa sicuramente (non so come) rafforzerà il suo ragionamento: la normalità potrà essere anche assimilabile alla distribuzione normale (come la normalità della malnutrizione in Africa o del gozzo nella Sicilia del dopoguerra) ma ancora la qualità ha qualche speranza, giacché l'un sondaggio annullando l'altro rafforza la speranza.

Con affetto

Salvo Fedele, Palermo

Sulle lettere di ottobre/novembre c'è stato uno scambio epistolare a proposito del tempo che il pediatra di famiglia può/potrebbe/deve/dovrebbe dedicare, e su quelle che di fatto dedica all'aggiornamento. Tra questa lettera di Fedele e questa mia risposta ci sono state altre due lettere, che non abbiamo fatto in tempo a pubblicare: una mia che chiedeva a Fedele quali fossero i suoi numeri, più ottimistici di quelli raccolti da me alla Carlona, e una sua risposta che proponeva un'indagine più seria fatta via Internet. Mentre rispondevo di sì, la mia mano è corsa più veloce del pensiero e in quattro e quattr'otto ho fatto la mia indagine, distribuendo a mano libera un migliaio di questionari (di cui potete leggere nel box il modello), e circa una metà è stata riempita.

Alla prima domanda, quante ore dedi-

chi all'aggiornamento "personale" (a casa), la moda, circa 1/4 del campione, è risultata pari a 2 ore/settimana; ma quasi altrettanti studiano 3 ore e altrettanti più di 3 ore. Meno del 10% dei pediatri dedica allo studio domiciliare della pediatria meno di un'ora/settimana. Ha ragione Fedele.

Alla seconda domanda, quanto di questo tempo è dedicato a Internet e quanto alla lettura, la risposta si distribuisce su una curva bimodale: un quinto del campione studia quasi esclusivamente (o esclusivamente) su Internet; 2/3 del campione studia esclusivamente o quasi su carta, e i restanti dividono la loro attenzione tra i due mezzi di comunicazione.

Dalle risposte alla terza domanda risulta che 4/5 dei pediatri sono abbonati ad almeno due riviste.

Dalle risposte alla quarta e alla quinta domanda risulta che i pediatri vanno molto spesso a incontri provinciali/regionali (circa la metà dei pediatri partecipa più di 6 volte/anno) e a incontri sopra-regionali (la grande maggioranza partecipa ad almeno 2-3 congressi/anno). Qui c'è un interessante "incrocio" di risposte, poiché risulta che i pediatri che frequentano di più gli incontri sopra-regionali sono spesso quelli che meno frequentano quelli locali. Sembra ovvio: quelli che godono di una minore offerta in sede sono, probabilmente, quelli che sentono di più il bisogno di informarsi emigrando. Sarebbe interessante fare un'analisi multifattoriale per capire dove il bisogno è maggiore.

Dalle risposte alle domande 6, 7, 8 si ricava che il massimo del gradimento è per l'aggiornamento a piccoli gruppi, seguito dal gradimento per i congressi (ben fatti), e da ultimo dall'aggiornamento on line; a sistema di crediti funzionante, la grande maggioranza dei pediatri desidera una equilibrata distribuzione degli strumenti di accreditamento, con peso prevalente dato a incontri/congressi, minore all'aggiornamento on line, ultimo all'aggiornamento su carta.

In sostanza, i pediatri italiani interrogati si aggiornano molto: quasi tutti almeno due ore alla settimana di lettura e quasi tutti almeno un incontro al mese. Si aggiornano un po' più di quello che pensavo io; non so il dottor Fedele. L'entrata in vigore del sistema dei crediti non potrebbe cambiare in meglio, mi sembra, questa risposta virtuosa.

Ma non possiamo nasconderci che in questa nostra ricerca rapida, fatta più che altro per rispondere a Salvo Fedele, c'è un "bias" di campionamento. Certissimamente c'è, perché l'inchiesta (svolta in estrema economicità e rapidità, e manifestamente non scientifica, anche se fatta su di un campione di tutto rispetto) è stata fatta in corso di incontri provinciali/regionali e di con-

Stacca un ritaglio via un attimo del tuo tempo, con poche semplici domande da compilare:

1) Quanto tempo dedichi ad aggiornamento e formazione, in cui, per aggiornamento?

<1	1-2	2-3	3-4	>4
				X

2) Quanto di questo tempo lo usi leggere, quanto su Internet?

1-4 Internet / 6-7 giornali	5 Internet / 5 giornali	7-8 Internet / 3-5 giornali	9-10 Internet
		X	

3) A quanto ritieni gli abbonati?

<1	1	2	3	4	>4
					X

4) In percentuali a Internet, giornali, riviste, quanto volte all'anno?

<2	2-4	4-6	6-8	>8
				X

5) In percentuali a Internet, giornali, riviste, quanto volte all'anno?

<2	2-4	4-6	6-7	>7
				X

Attiviamo un paragrafo, da 0 (completamente) a 5 (massimo gradimento) e cerchiamo delle migliori forme di aggiornamento:

6) Corso di aggiornamento on line

0	1	2	3	4	5
					X

7) Corso di aggiornamento multidisciplinare a piccoli gruppi

0	1	2	3	4	5
					X

8) Convegno (di lavoro gratuito)

0	1	2	3	4	5
					X

9) Fiere che ci si fa, dal sabato al martedì e mercoledì e giovedì, come 0 vuol

0	1	2	3	4	5
					X

10) Fiere che ci si fa, dal sabato al martedì e mercoledì e giovedì, come 0 vuol

0	1	2	3	4	5
					X

11) Quanto ti piace osservare il sistema del cervello, in quale dei seguenti modi preferisci osservarli?

A) Con i computer con uso di video (video)

B) Con film, con video (video) a video

C) Lente (p.e. di video) con video (video) a video

D) Una tecnica qualsiasi di questi (video) a video

12) Per quale motivo non, alcuni di questi modi A, B, C, D (video)

QUANTO LEGGE?

Frequency	Count
<1 h	1
1 h	2
2 h	3
3 h	2
>4 h	1

INTERNET O CARTA?

Category	Count
Int	1
Int>C	2
Int=C	1
Int<C	2
C	3

QUANTE RIVISTE?

Count	Frequency
0	1
1	2
2	3
3	2
4	1
5	1

INCONTRI LOCALI

Category	Count
<2	1
2-4	2
5-6	2
7-8	3
>8	2

INCONTRI SOPRA-REGIONALI

Category	Count
<2	1
2-4	2
5-6	2
7-8	1
>8	1

Fac-simile del questionario presentato ai pediatri e istogrammi delle principali risposte che i pediatri hanno dato.
I dati ci direbbero che i pediatri si aggiornano fin troppo, anche se si registrano evidenti disomogeneità.

gressi, e quindi su pediatri che, per definizione, "frequentano". È probabile che i risultati di una richiesta più scientifica, che dovrebbe essere svolta al telefono, sarebbero diversi e inferiori; ma non sappiamo quanta sia questa fetta, che verrà comunque perseguita e raggiunta dal sistema dei crediti.

Il giudizio su Medico e Bambino, estorto alla fine, resta ottimo o molto buono, quello sulla pagine elettroniche (che si sforzano di migliorarsi) buono o molto buono.

F.P.

Malattia celiaca ed epatite autoimmune in età pediatrica

Ho letto con grande interesse l'articolo di aggiornamento, pubblicato su *Medico e Bambino* (2001;20(8):499-508) e intitolato

"Epatiti autoimmuni intorno all'anno 2000", di Giuseppin e collaboratori, che elegantemente fa il punto della situazione attuale su questa condizione. Ritengo di grande attualità l'introduzione nel contesto della trattazione della possibile associazione tra malattia celiaca ed epatite autoimmune, e desidero portare a conoscenza una nostra recente esperienza sulla prevalenza della celiachia in un gruppo di bambini affetti da epatopatia autoimmune, che a oggi rappresenta la casistica più grande in età pediatrica. Questo studio è stato presentato all'8° Simposio Internazionale della Malattia Celiaca a Napoli nell'aprile del 1999, e recentemente al 9° Congresso Nazionale della Società di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica tenutosi nei giorni scorsi a Pisa. Il nostro studio è stato basato sulla valutazione retrospettiva dei sierici di 117 bambini consecutivi con diagnosi

di epatopatia autoimmune (76 epatite autoimmune tipo I, 19 epatite autoimmune tipo II e 22 colangite sclerosante autoimmune), diagnosticata tra il 1973 e il 1999 al King's College Hospital (Londra, GB) per la ricerca degli anticorpi anti-gliadina (AGA) e anti-endomisio (EmA) di classe IgA. Abbiamo considerato positivi per malattia celiaca solo quei bambini che presentavano una doppia positività per entrambi i marcatori sierologici (Sjoberg K. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:1162). Dei 109 sierici analizzati (otto sono stati esclusi per motivi tecnici), tre (2,8%; tutti affetti da epatite autoimmune tipo I) sono risultati positivi per AGA-IgA ed EmA-IgA e la biopsia intestinale in due (un paziente era morto prima dello studio) ha permesso di definire la diagnosi; tutti e tre i pazienti presentavano HLA-DQ2. Lo studio ci ha permesso di calcolare che il limite inferio-

re di prevalenza della malattia celiaca nei bambini con EAI è significativamente maggiore che nella popolazione pediatrica generale (2,8% vs. 0,3%; $p < 0,05$) riscontrata in uno screening su una popolazione di 3351 scolari (Catassi C. *Lancet* 1994; 343:200). Questa nostra esperienza pediatrica assieme a quella di Volta (Volta U. *Dig Dis Sci* 1998;43:2190) completa lo studio della prevalenza della celiachia nell'epatite autoimmune; è interessante notare che Volta nell'adulto riporta una prevalenza maggiore della nostra (4,4% vs. 2,8%) e questo aumento delle manifestazioni autoimmuni con l'aumentare dell'età è solido con la recente autorevole acquisizione che il rischio di sviluppare disordini autoimmunitari aumenta con la durata di esposizione al glutine (Ventura A. *Gastroenterology* 1999; 117:297).

Ruggiero Francavilla

Ricercatore universitario, Clinica Pediatrica II
Università di Bari

Conservazione dell'adrenalina

Abbiamo letto l'articolo di Armando Sarti sul numero di ottobre di *Medico e Bambino* e volevamo riprendere il discorso sulla conservazione dell'adrenalina. Il dott. Sarti afferma che le fiale si degradano piuttosto rapidamente se esposte alla luce e al calore, e che pertanto è opportuno mantenerle in frigorifero. Alcuni anni fa nel nostro articolo sull'adrenalina (Longo G. Bradaschia F. *Adrenalina: tante vie per tante indicazioni. Medico e Bambino* 1997;16(1):17-21) avevamo scritto esattamente il contrario. Invitavamo infatti a te-

nere tranquillamente l'adrenalina nella valigetta del medico, al riparo dalla luce ma a temperatura ambiente.

Di fatto le confezioni per auto-inoculazione presenti in commercio, che hanno esattamente la stessa composizione dell'adrenalina in fiale, non prevedono questa norma di conservazione, sono fatte per essere portate sempre con sé (a temperatura ambiente), e hanno la stessa durata media (scadenza) di due anni.

A questo proposito abbiamo pensato cosa utile pubblicare (vedi pagina 46) lo studio eseguito su questo specifico aspetto della stabilità eseguita dalla Monico SpA, una delle aziende farmaceutiche che produce le fiale in commercio in Italia.

Oltre a questo, e sempre in relazione all'articolo di A. Sarti, segnaliamo che la somministrazione dell'adrenalina "pronto uso" (*Fast Jekt*) va fatta per via i.m. come scritto nel testo, e non s.c. come indicato nella tabella.

La via intra-ossea ha poi un probabile limite di età entro cui è pensabile praticarla: quale?

E ancora, l'adrenalina "pronto uso" va considerata nella formulazione "adulti" già a partire dai 30 kg (se non prima), e non dopo i 45 kg come riportato in tabella (e purtroppo anche nel foglietto illustrativo del farmaco); perché la dose di riferimento di 0,01 mg/kg non dovrebbe valere anche per la formulazione predosata?

Un appunto infine per quanto riguarda il trattamento della crisi acuta d'asma. Crediamo infatti molto importante che il pediatra abbia sempre a disposizione, oltre alla bomboletta di salbutamolo spray, anche un distanziatore (per esempio l'Aero-chamber a mascherina gialla della

Markos-Mefar, che può essere tenuto senza troppo ingombro nella borsa del medico). Senza questo sarà infatti impensabile poter ottenere una sufficiente inalazione del farmaco specie nel bambino di età prescolare.

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica
Fulvio Bradaschia, Servizio di Farmacia
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Glomerulonefrite post-streptococcica

Eccellente l'ABC di settembre sulla glomerulonefrite acuta post-streptococcica. Complimenti al dottor Marco Pennesi. Vorrei due chiarimenti:

1. La terapia antibiotica tempestiva dell'infezione da SBA a localizzazione faringea o cutanea è efficace nel prevenire la glomerulonefrite post-streptococcica?

2. La terapia antibiotica topica della piodermite da SBA, anche nel caso di lesioni cutanee circoscritte magari a una singola lesione, è sufficiente per prevenire la GNA post-streptococcica?

Felice Sorrentino
Pediatra di base, Sarno

La letteratura vecchia (di nuova non ce n'è) nega l'efficacia della terapia antibiotica nella prevenzione della glomerulonefrite streptococcica. Anche tenendo conto di questo, la terapia locale può essere considerata (anzi è considerata) sufficiente nelle forme cutanee.

F.P.

HEALTH PROMOTING POLICIES AND CHILD HEALTH IN EUROPE: EVIDENCE AND EXPERIENCE

Trieste, 15 e 16 marzo 2002

Organizzato da

Unità per la Ricerca sui Sistemi Sanitari e la Salute Internazionale - Centro Collaboratore OMS per la Salute materno-infantile
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

In collaborazione con

OMS, Ufficio Regionale per l'Europa - ESSOP (European Society for Social Paediatrics)
IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) - European Journal of Public Health

Temi principali

- Evidenze disponibili
- Esperienze nei Paesi europei
- Problemi metodologici

Apertura il 15 marzo ore 17.00; chiusura il 16 marzo ore 18.00. La partecipazione è ristretta a 100 persone. La quota di partecipazione comprensiva di materiali, pranzo del 16 e caffè, è di 120 euro. Per informazioni e programma dettagliato: Giorgio Tamburini tel. 040-3785567 (milinco@burlo.trieste.it; tamburini@burlo.trieste.it)