

## Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

### Bambini in ospedale

Nell'editoriale "Bambini e genitori in ospedale" (*Medico e Bambino* 2007;26:8), Federico Marchetti affronta un problema importante, la qualità della vita dei bambini e dei genitori durante la degenza in un reparto di pediatria dei nostri ospedali e auspica un confronto su questo tema.

Segnaliamo la nostra esperienza.

La ristrutturazione del locale che al centro del reparto di Pediatria ospitava i 95 pazienti affetti da talassemia era ormai urgente e improcrastinabile, e un questionario compilato dai pazienti stessi ci ha guidato nella scelta dei colori dei pavimenti, delle pareti, del soffitto e della sistemazione di varie suppellettili e arredi.

Partendo dalle loro indicazioni, è stato costruito un piccolo reparto, con ingresso autonomo, composto di due stanze di degenza, con moderne poltrone trasfusionali, con accanto a ogni letto prese elettriche per caricare i telefonini o attaccare la play station (la richiesta più frequentemente espressa dai ragazzi), una medicheria e uno studio medico.

Le stanze dipinte con colori pastello, con soffitto azzurro come il cielo (come espressamente richiesto dalla maggioranza dei ragazzi) sono tutte climatizzate, e dotate di TV e video-registratori, 50 libri per ragazzi, 4 computer portatili collegati a internet con rete wireless, 3 play station, 2 lettori di cd per ascoltare musica in cuffia.

E poi gli stessi ragazzi talassemici hanno realizzato quadri e disegni che sono stati sistemati nelle loro stanze.

Inoltre, l'idea di inserire, nell'arredo delle stanze, opere di artisti napoletani ha realizzato quel connubio arte-assistenza medica che aiuta a valorizzare e a stimolare i pazienti.

Da questo cambiamento strutturale sono nate altre iniziative, un sistema elettronico di raccolta dati dei pazienti, un opuscolo sui consigli alimentari, le riprese video nel nostro reparto per la maratona di Theleton, la campagna di informazione sulla prevenzione della talassemia realizzata in collaborazione con il Comune di Napoli e che vede il capitano della squadra di calcio del Napoli testimonial convinto dell'iniziativa. La sua visita a Natale ai ragazzi talassemici è stata semplice e commovente. I ragazzi hanno avvertito che le loro richieste non sarebbero rima-

ste come "parole al vento". Il loro atteggiamento è radicalmente cambiato e nei loro occhi oggi si legge la serenità, la gioia di avere un loro spazio-identità-dignità. La nostra azione è stata congiunta e da questa alleanza (medici-pazienti) è nata una sintonia che ha migliorato il rapporto medico-paziente.

La dimostrazione del loro e del nostro cambiamento è stata confermata, durante le feste natalizie, dall'enorme quantità di SMS inviati al nostro call center Talassemia. In quest'ultimo periodo un altro profondo cambiamento è avvenuto con la riorganizzazione degli orari del DH e con la possibilità di poter praticare il controllo dell'emoglobina e la trasfusione di emazie concentrate nella stessa giornata. Un altro passo avanti verso una migliore qualità di vita e una riduzione dei loro accessi in ospedale.

**Paolo Siani, Aldo Filosa**  
UOC Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli

*Cambiare l'ambiente di lavoro e di accoglienza (i due aspetti in medicina si identificano) comporta un cambiamento dei rapporti, quindi di noi stessi. Mi pare che questo contributo di Paolo Siani e di Aldo Filosa, molto più assistenziale che organizzativo, aggiunge una luce diversa o meglio una luce "in più" all'idea generale di "migliorare l'ambiente" o di fare "attenzione all'albergaggio" che pure rappresenta aspetti fondamentali del rapporto medico-paziente (stavo per scrivere, ma mi sono corretto, "del rapporto sanità-utente").*

**Franco Panizon**

**"I medici non escono:  
muore davanti all'ospedale"**  
(*Corriere della Sera*, 29/1/2007)

Se è vero che il diavolo si annida nei dettagli, prima di giudicare dovremmo sapere se i metri che a Moncalieri separavano l'infartuato dall'ospedale erano 50 o 500: cambia tutto, naturalmente. Ma che un medico di guardia non si possa allontanare dal "pezzo" nemmeno di pochi o pochissimi metri, nemmeno per motivi di emergenza, desta qualche perplessità, e merita qualche riflessione.

Abbiamo così tanto smarrito i confini e perso così tanto il senso e la dignità del

nostro ruolo? L'inerzia professionale come risposta alla sempre presunta imputazione di malasana? Strategie di pura sopravvivenza in contesti avversi, acquiescenza morale di fronte all'esplosiva burocrazia sanitaria? Ma l'assunzione del rischio non è il sale del mestiere del medico?

In attesa di qualche risposta, constatiamo che le pratiche di controllo gestionale che hanno penetrato in profondità i funzionamenti organizzativi non soltanto della sanità ma di tutta la pubblica amministrazione (seguendo il flusso della globalizzazione dei fenomeni economici e delle relative mode manageriali) hanno creato una nuova percezione del lavoro e una nuova mentalità, complessivamente arrendevole. Una medicina cautelativa in risposta a una ubiquitaria presunzione di colpevolezza professionale. Un carico crescente di operazioni burocratiche di rendicontazione che ogni operatore è tenuto a fornire nel corso della propria attività, quasi a dover continuamente aggiornare un proprio dossier di scagionamento ("Lombardia, errori dei medici. Una denuncia ogni cinque giorni", *Corriere della Sera*, 4.2.2007).

Aumenta dunque il tempo necessario a mettere in rete esperienze, casi clinici, prestazioni, costo delle prestazioni. Quando si entra nel pronto soccorso di un ospedale, questa è la scena: in un angolo il medico con lo sguardo perso nel monitor del computer, dall'altra parte della stanza i malati adagiati sui letti, con lo sguardo perso sul soffitto. Purtroppo, a dispetto della grande mole di informazioni in uscita, e della sottrazione del tempo a disposizione del malato, la banca dati regionale, quando c'è, è troppo remota per restituire riscontri, al di fuori di un frammentario bollettino epidemiologico<sup>1</sup>.

Una sorta di parodia del mondo aziendale: tra gli addetti ai lavori, essere sollecitati a fornire prove documentali della propria attività dovrebbe generare auto-sorveglianza, riflessività, autolegittimazione, sicurezza. La ricerca della *best practice* (che siamo tentati di giudicare sbrigativamente un facile tentativo di giapponesizzare l'amministrazione pubblica) potrebbe in realtà costituire un'occasione di riflessione intorno all'effettiva necessità di quello che viene fatto, rendendo visibili i processi di articolazione interna delle procedure, in modo di fluidificare le tecniche di autoapprendimento da parte degli ope-

ratori (*internal audit*, "apprendimento organizzativo")<sup>2</sup>.

Purtroppo, sappiamo che l'evento-malattia è quanto di meno standardizzabile e comprimibile all'interno di indicatori quali le giornate di degenza e il case-mix. Allora, quali sono le finalità ultime di queste procedure di verifica formale degli atti?

A chi e in nome di che cosa siamo tenuti a fornire una prova documentale della nostra attività?<sup>3</sup>

Sappiamo che ciò che conta è ciò che avviene nel "giardino segreto" dell'incontro medico-paziente, cioè la dimensione cruciale del sistema. È un dato di fatto che in sanità ciascuno può prendere, e prende, continuamente decisioni senza essere subordinato a un chiaro "processo di produzione". Le decisioni emergono sul campo. Nessuno può veramente (o tutti possono) decidere. È vincente la "tecnologia interumana", il clima favorevole alla motivazione, il coinvolgimento. L'esplosione dei controlli e dei resoconti delle procedure ha rafforzato, al di là della documentazione epidemiologica, il diffondersi nel servizio sanitario di un'atmosfera emozionale nociva. Queste sconessioni burocratiche dei processi assistenziali indagano la forma verificabile degli atti (l'output), più che la sostanza (l'outcome), generando meccanismi di accreditamento vuoti, certificazioni elusive o cosmetiche dell'immagine delle aziende sanitarie<sup>3</sup>.

In più, il fenomeno del trionfante clientelismo nelle strutture sanitarie, tematizzato dagli organi di stampa, ha provocato la tracimazione nel mondo sanitario delle precarietà proprie del mondo della politica. Il diffuso senso di insicurezza e la precarietà del ruolo di ciascuno (assessore regionale, comunale, direttore generale, direttore sanitario di azienda, di polo, dirigenti di unità semplici e complesse, e così via) definiscono una incerta genealogia del potere che tende a trasformare i rapporti di fiducia (ad esempio di un Direttore generale nei confronti di un Dirigente) in rapporti di fedeltà, con controparti mediche controllabili per mezzo della subordinazione, della implicita dichiarazione di non belligeranza nei confronti di scelte gestionali presenti e future, con ulteriore moltiplicazione di atti formali giustificatori e di rendicontazione a copertura di rapporti non sempre e non necessariamente virtuosi<sup>4</sup>. Il progressivo indebolimento degli apparati di lealtà porta al fallimento delle relazioni professionali e, parallelamente, al prevalere delle affiliazioni strutturali<sup>5</sup>.

È un dato di fatto che viviamo tempi di ansie per incombenti pandemie cicliche prossime venture. Vediamo crescere il livello di diffidenza emotiva nei confronti della sanità, e in genere del prossimo.

Quando ci troviamo in luoghi chiusi, desideriamo avere una mascherina di protezione; quando siamo al ristorante, verifichiamo il conto; quando guardiamo una partita di calcio, abbiamo bisogno della moviola; quando vogliamo assumere una persona, abbiamo bisogno di referenze. Il nostro prossimo può essere una bomba a orologeria che può scoppiare nella vita di ciascuno. Questa "società di individui" che rifiuta la socializzazione e la condivisione del rischio, che ha perso il senso della reciprocità, non rappresenta lo sfondo ideale per costruire un sistema di assistenza disposto a sottoporsi a esplicita costante serena autoanalisi<sup>4</sup>.

Pietro Auconi  
Ospedale di Marino, Roma

#### Bibliografia

1. Auconi P. La salute di domani. Milano: Franco Angeli, 2003.
2. Auconi P. La Pediatria al mercato. *Medico e Bambino* 2003;22(2):91-97.
3. Power M. La società dei controlli. Torino: Ed. di Comunità, 2002.
4. Cavicchi I. Malati e governatori. Bari: Dedalo, 2006.
5. Celli PL. Il coraggio è fuori moda. *Corriere economia*, lunedì 29.1.2007.

*No. L'assunzione del rischio non è più il sale del mestiere del medico. O meglio, tutti preferiscono ormai mangiare la minestra scipita (perché del piatto di minestra si tratta). E questo, essenzialmente, perché il rischio non è, come dovrebbe essere, condiviso: il rischio non è sul paziente, ma per il paziente. E il paziente dovrebbe fidarsi e condividere. Invece il paziente non condivide, e ti guarda sempre sospettoso, incerto tra l'accettare l'idea di denunciarti allo stato o citarti in giudizio, se appena percepisce la possibilità di un vantaggio economico. È così, io temo. L'alleanza tra medico e paziente, fatto per il bene del paziente e indispensabile alla salute mentale del medico, si è rotta. Anche, ma non solo, per la frequente banalità del problema che al medico, sentito come impiegato che eroga medicine, viene proposta.*

Franco Panizon

#### Disturbi mentali e farmaci: il caso dell'ADHD

Caro Direttore, mi permetto due note sull'editoriale del dottor Bonati sul numero scorso (*Medico e Bambino* 2007;26:75); un editoriale, peraltro, molto equilibrato e informativo, a proposito di un atto ministeriale che era molto atteso, quello della commerciabilità

(controllata, anzi, almeno sulla carte, controllatissima) dei farmaci per l'ADHD. I punti su cui dissento (un poco, anzi pochissimo) sono due, uno all'inizio e uno alla fine.

All'inizio, Bonati segnala la sua preoccupazione perché 3 minori su 1000 ricevono una prescrizione di psicofarmaci, per lo più un antidepressivo. Ma, se consideriamo che la categoria dei "minori" comprende anche i pre-adolescenti e gli adolescenti, dobbiamo aver presente che l'incidenza di episodi maggiori di depressione è almeno dell'ordine del 3%, dovremo quasi dire che gli antidepressivi si utilizzano troppo poco. Certamente, e per quanto io conosco, i prudenti pediatri italiani non ne fanno un uso oceanico; e nemmeno gli attenti neuropsichiatri infantili. E così, e anche da quanto si può dedurre per il resto dell'editoriale, abbiamo buoni motivi per essere quasi certi che avverrà (almeno per un po' di anni) per i farmaci anti-ADHD.

Il secondo punto di (parziale) dissenso è alla fine, alla citazione di Susan Sontag e della trasformazione impropria del disagio in malattia: della medicalizzazione della vita. In linea di principio, Bonati ha ragione: è quello che succede, e non solo con gli psicofarmaci, ma anche con gli antibiotici dati per nulla, con gli aerosol fatti di nulla, con le visite chieste per nulla, con i check-up, con i controlli di salute, col colesterolo, con l'emocromo, con l'elettrocardiogramma. La nostra è una società difficile, appiattita sul "materiale", sui falsi bisogni, di "benessere", di "intrattenimento", di "comodità", di "durata di vita" (e naturalmente della famosa, e mal definita "qualità della vita"). Ed è anche una società nella quale bambini e ragazzi sono sottoposti a prigioni (domiciliari e scolastiche) innaturali, e anzi, in qualche misura contro natura, a compiti (scolastici e parascolastici) artificiali. E in questa società alcuni caratteri temperamentali, come le capacità di autocontrollo, di disciplina, di attenzione, possono essere messi duramente alla prova. E i bambini che nella savana, o nel villaggio, avrebbero potuto essere degli spericolati esploratori, o dei fortunati cacciatori di nidi, o di conigli selvatici, possono trovarsi in difficoltà con la conoscenza dei sette re di Roma o del pi greco.

D'altra parte anche l'ADHD, anche Bonati lo riconosce, non è più un disturbo immaginario; la sua prevalenza non è certo del 24% (un numero buttato lì un po' tendenziosamente e con un minimo di slealtà, confessiamolo), ma anche se solo arrivasse all'1%, valore che sicuramente indica solo i casi gravi, con > 3 DS dalla norma, e se tutti questi "un percento" riceversero, finché vanno a scuola, un aiuto farmacologico, tutto ci fa prevedere (o alme-

## Lettere

no le molte sperimentazioni controllate) che le cose si svolgerebbero senza danno per loro, e con qualche vantaggio.

Sarebbe una risposta distorta (farmacologica) a un bisogno (impossibile) di naturalità? Forse sì. Ma se non gli si può dare la naturalità, e non gliela si può dare, forse è meglio una risposta distorta (ma regolata con mano ferrea) che niente. Così almeno la penso io.

Franco Panizon

*Ritengo anch'io che l'editoriale di Maurizio Bonati sull'uso dei farmaci nei disturbi mentali (con particolare riferimento all'ADHD) sia equilibrato, informativo e nello stesso tempo rigoroso. Il prof. Panizon, nella sua lettera, richiama alla necessità di vedere il problema affrontato "con fiducia" per quello che accade e accadrà in merito all'utilizzo dei farmaci per i disturbi mentali dei bambini/adolescenti, in un contesto italiano che per anni ha utilizzato gli antidepressivi con ragionevole cautela (anche se la prescrizione risulta essere in aumento e sarebbe interessante sapere perché questo accade) e che ha fatto a meno degli psicostimolanti (metilfenidato) per la cura dell'ADHD. Un punto di vista, di fatto, convergente con quello di Bonati, ma con una riflessione in più da fare che avviene a poca distanza dal provvedimento dell'AIFA che annuncia la disponibilità del metilfenidato e dell'atomoxetina nell'ambito di un Registro nazionale. Il provvedimento è stato accolto con favore da chi attendeva da anni che questo avvenisse, esattamente come è avvenuto: la prescrizione dei farmaci psicostimolanti per l'ADHD rientra in un contesto osservazionale globale dei bambini, delle famiglie e dei servizi che si occupano del problema. È un po' quello a cui Bonati ci richiama nell'ultima frase del suo editoriale: è difficile pensare che il solo psicofarmaco possa prevenire e curare la distorsione esistente tra richiesta e offerta di aiuto di un bambino/adolescente e della sua famiglia con problemi. Il Registro non assicura un percorso assistenziale "ideale", ma certamente è il migliore sistema di osservazione che poteva essere immaginato e messo in piedi, e poi in Italia, dove questo accade raramente e, dove accade, ha dato sempre discreti risultati per affidabilità e ritorno informativo. Alcuni la pensano così, altri no. La paura di cui si parla sui giornali, a livello politico (con interrogazioni parlamentari) nelle scuole, nei siti web dedicati, è che questo provvedimento possa aprire la strada a una prescrizione di psicostimolanti immotivata, uguale a quella che accade negli Stati Uniti. Dibattito ragionevole, doveroso, ma anche per alcuni aspetti inopportuno e strumentale.*

*Guardiamo per una volta con sufficien-*

*te ragionevolezza a cosa dicono i risultati degli studi clinici seri che hanno sperimentato gli psicostimolanti come approccio combinato a quello psico-comportamentale nell'ADHD. Ascoltiamo le associazioni di pazienti, i singoli operatori dedicati in senso globale alla cura e cerchiamo di avere fiducia nel sistema messo in piedi per il "Registro Nazionale dell'ADHD dell'età evolutiva". Per una volta, in Italia, questo accade e applaudiamo all'iniziativa.*

Federico Marchetti

### I pediatri leaders e i cambiamenti della pediatria

Il dibattito sui cambiamenti che si prospettano per la nostra pediatria ha ricevuto un grande impulso dalla strepitosa sincerità con cui Massimo Grimaldi esprime una verità finora inconfessata: a noi pediatri (ovviamente il giudizio si riferisce a una valutazione complessiva e non ai casi singoli) non importa più nulla; che tutto sia delegato ai leaders che devono impegnarsi in un piano d'azione che dia le direttive a noi pediatri "semplici", api operaie che legittimamente (legittimamente?) siamo distratti dal nostro interesse piuttosto che da quello prioritario dei "bisogni del bambino".

In qualche modo, seppure con spirito diverso, c'è un richiamo ai "leaders entusiasti" auspicati anche da Federico Marchetti con l'editoriale che ha dato avvio al dibattito<sup>2</sup>.

A mio modo di vedere c'è un grosso problema di fondo: quali garanzie ci possono essere sulla "bontà" delle azioni di questi leaders, a maggior ragione quando il popolo dei "pediatri semplici" rinuncia a far sentire la pressione del proprio impegno etico a favore dei bambini?

Io credo che oggi giorno la situazione sia nei fatti proprio quella che il collega Grimaldi auspica: il popolo dei pediatri sonnacchiosamente segue la corrente dei comportamenti dettati da un ristretto gruppo di politici, manager, esperti delle società scientifiche, leaders locali o nazionali che però spesso hanno seguito una logica per cui la disponibilità di un servizio, di un farmaco, di un vaccino, di una competenza professionale specifica ha reso necessaria l'individuazione di un bisogno e il conseguente consumo di una prestazione; in altre parole la logica del proprio interesse anteposto a quello del bambino.

Il risultato si è tradotto in un tasso di ospedalizzazione altissimo con un coefficiente di appropriatezza non brillante, un uso "discutibile" del Pronto Soccorso, una accuratezza prescrittiva ben fotografata

dallo studio ARNO, una politica vaccinale "disinvolta" ecc.

In pratica si è gonfiata a dismisura l'offerta fino all'attuale rischio di collasso perché il Sistema non è più capace di sostenersi; una grande inappropriatazza degli interventi che ha in più anche prodotto un senso di insicurezza sempre più diffuso tra i genitori che ri-alimenta il circolo vizioso della sempre maggiore richiesta di prestazioni.

Sicuramente entrano in gioco anche molti altri fattori indipendenti dal nostro modo di agire. Ma, così come siamo stati corresponsabili di questo stato di cose, possiamo ora fare qualcosa per venirne fuori? Potrei dire: solo tornando alla diffusa coscienza della necessità di rimettere al primo posto l'interesse del bambino, interesse analizzato col metro dell'appropriatezza degli interventi, a loro volta graduati secondo i riscontri epidemiologici dei bisogni della popolazione intera e non solo di quella parte che chiede a voce più alta.

Sento già le accuse di idealismo ipocrita. Provo allora a dirlo in modo "pragmatico".

Comunque lo vogliamo giudicare, il nostro lavoro è un servizio destinato a soddisfare la domanda di salute della popolazione: solo se forniamo un servizio soddisfacente e allo stesso tempo sostenibile, possiamo sperare di "sopravvivere"; se invece il Sistema giunge al collasso, ci sarà anche la nostra estinzione. E quindi nostro interesse prioritario invertire la rotta.

Solo dopo verrà il momento (politico-sindacale) della riorganizzazione tecnica, anch'essa improcrastinabile e, quella sì, per forza di cose, affidata ai leaders: più territorio con maggior filtro prima dell'accesso in ospedale; maggiore attenzione alla educazione sanitaria per restituire ai genitori un perduto senso di responsabilità insieme però alla contestuale restituzione di competenze usurpate impropriamente (da gran parte della puericoltura all'uso dei farmaci sintomatici); più adeguata presenza nelle comunità dove è possibile intercettare le fasce deboli di popolazione che non accedono negli ambulatori; maggiore incisività degli interventi sociali (Nati per Leggere, città a misura di bambino ecc.).

Ma è importante che questi leaders impegnati a dare corpo concreto (strutture organizzative) a questi indirizzi programmatici sentano "sul collo" il fiato del popolo dei pediatri semplici e del loro consenso (o dissenso) etico; cominciando a manifestarlo magari dalle cose (apparentemente) più banali, come un'attenta (e autocritica) lettura dell'editoriale sulla prescrizione dei corticosteroidi inalatori, seguito da un comportamento prescrittivo finalmente coerente con le premesse fisiopatologiche<sup>3</sup>.

Bene, l'ho detto; anche a me suona un po' utopistico, ma si può fare questo per scelta etica o lo si può fare per puro pragmatismo prima che il sistema scoppi come un pallone gonfiato troppo; forse nel primo caso ne ricaveremmo un pizzico di soddisfazione in più.

Se invece non lo volessimo fare, temo che dovremo prepararci a raccogliere i cocci (parlo dei pediatri "semplici", i leaders se la caveranno comunque!).

**Rosario Cavallo**  
Pediatria di famiglia, Lecce

#### Bibliografia

1. Grimaldi M. Il dibattito: "Possono i pediatri accettare un cambiamento nella loro pratica"? (Lettere). *Medico e Bambino* 2006; 25(10):627.
2. Marchetti F. Possono i pediatri accettare

un cambiamento nella loro pratica? (Editoriale). *Medico e Bambino* 2005;24(8):499.

3. Marchetti F, Longo G. L'uso razionale dei corticosteroidi inalatori: il caso Italia (Editoriale). *Medico e Bambino* 2006;25(10):619.

*Ci sono tanti modi di essere leader e di prevedere e favorire il cambiamento delle cose, dove questo serve, dove è opportuno. La pediatria italiana ha avuto in questi anni importanti cambiamenti, e alcuni pediatri che parlavano a nome di gruppi, associazioni, società, hanno avuto un ruolo determinante nel favorirlo, nel motivarlo, nel renderlo operativo. La lettera di Rosario Cavallo ci invita a riflettere proprio sui "contenuti" di cui i leader si fanno portavoce oggi. Senza contenuti non si va da nessuna parte, si rincorre una difesa corporativa di interessi (a volte anche ragionevoli), ma senza una reale prospettiva nel fa-*

*vorire i cambiamenti di cui la pediatria italiana ha oggi bisogno e di cui in questi mesi abbiamo parlato a lungo su "Medico e Bambino" e di cui sicuramente si continuerà a parlare. Occorre forse un minimo di ricambio generazionale, un minimo di fiducia nel pensare che possa esistere un progetto per obiettivi, definiti e condivisi, di cui la pediatria italiana deve necessariamente occuparsi nei prossimi anni. I pediatri entusiasti devono vivere questo progetto e implementarlo, con nuovi compiti, nuovi modi di pensare e di "essere" pediatri. I bisogni reali esistono (vedi anche Editoriali di questo numero); la necessità di documentarli e di dare risposte (culturali, organizzative, di ruoli) dovrebbe essere la logica conseguenza operativa.*

**Federico Marchetti**

# PHYSIOMER®

## Il lavaggio nasale dinamico

Neonati e bambini  
sino a 2 anni

Getto Nebulizzato



Adulti e bambini  
oltre i 2 anni

Getto Normale



Per l'igiene quotidiana del naso, nelle riniti, riniti allergiche, rinosinusiti, rinofaringiti.




[www.automedicazione.it](http://www.automedicazione.it)

Physiomer, soluzione isotonica e sterile di acqua di mare, non contiene gas propellenti né conservanti



È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni d'uso.