

# il Medico Pediatra

*Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri*

**Direttore esecutivo**  
Pier Luigi Tucci

**Direttore responsabile**  
Luciano Ragno

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

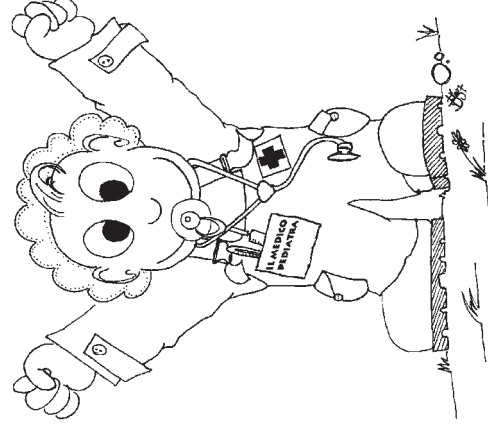
**Comitato di redazione**  
Paolo Becherucci  
Antonio Clemente  
Valdo Flori  
Milena Lo Giudice  
Giorgio Meneghelli

**Comitato dei garanti**  
Pier Luigi Tucci  
Pino Mele  
Claudio Colistra

**Impaginazione e grafica**  
Valdo Flori  
Fabrizio Sodini

**Pubbliche relazioni**  
Pino Mele

**Redazione**  
Lucia Castelli



**Edizione**  
Pacini Editore SpA  
Via Gherardesca, 1  
56121 Ospedaletto (Pisa)  
[www.pacinionline.it](http://www.pacinionline.it)

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

**VOLUME 13 - NUMERO 3 - GIUGNO 2004**

---

# fimp

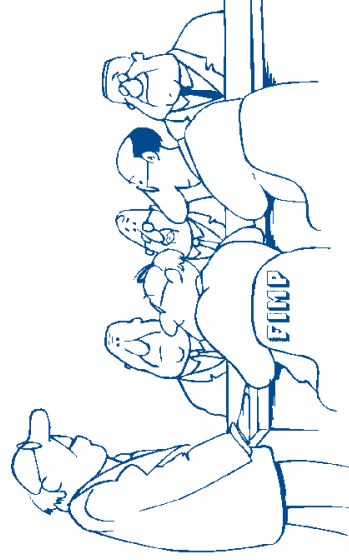
---

Federazione Italiana  
Medici *Pediatr*

## Il Medico Pediatra - Redazione

**Pacini Editore Industrie Grafiche**  
Via A. Gherardesca, 1  
56121 Ospedaletto (Pisa)  
Tel. 050/3130262 Fax 050/3130300  
Redazione: Lucia Castelli  
[lcastelli@pacinieditore.it](mailto:lcastelli@pacinieditore.it)  
<http://www.pacinionline.it>

**Dott. Pier Luigi Tucci**  
Via Cadore, 18  
50142 Firenze  
Tel. 055 7331094  
Fax 055 7333581  
[ilmedicopediatra@fimp.org](mailto:ilmedicopediatra@fimp.org)



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



Testata volontariamente sottoposta a certificazione e diffusione in conformità  
al Regolamento C.S.S.T. - Certificazione Stampa Specializzata Tecnica.  
Per il periodo 1/1/2003-31/12/2003

Tiratura media: 9017

Diffusione media: 8159

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

Società di Revisione: PKF Italia

Tiratura del presente numero: 9000

# INDICE

## **ATTUALITÀ**

*Il punto sulla Privacy*  
Valdo Fiori

*Il Pediatra di famiglia e le adozioni internazionali*  
Nina Chiccoli, Pier Luigi Tucci

*Il bambino che migra: vivere il sogno di altri*  
Evita Cassoni

## **LEGGI E DECRETI**

*Privacy: le definizioni da conoscere*

*Informativa Sintetica*

*Misure minime di Sicurezza*

*Guida operativa per redigere il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)*

## **CLINICA & RICERCA**

*Le terapie alternative dei disturbi estivi*  
Tiziana Di Giampietro

## **ATTUALITÀ**

*La solitudine*  
Nicole Fabre

pag. 85

» 86

» 89

» 95

» 96

» 97

» 100

» 112

» 115

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

## **Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP**

*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.*

**Nel caso di cambio di indirizzo,  
comunicare il nuovo al SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP  
che provvederà ad inviarlo alla Pacini Editore all'indirizzo  
[abbonamenti@pacinieditore.it](mailto:abbonamenti@pacinieditore.it) c.a. Manuela Mori**

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

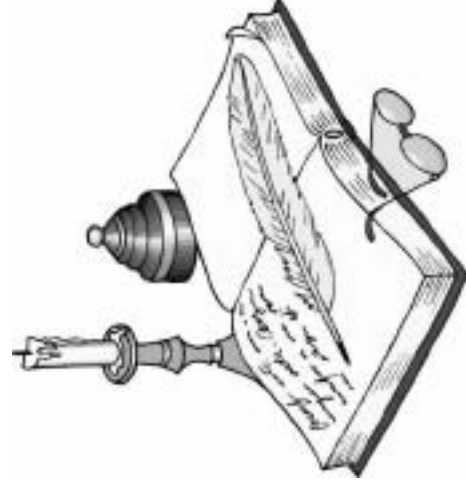
I contributi possono essere redatti in forma di articoli, lettere, recensioni (da congressi, lavori, libri...).

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

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

Le lettere dovranno limitarsi a non più di una pagina.

Gli articoli possono essere inviati per posta elettronica a:  
[ilmedicopediatra@fimp.org](mailto:ilmedicopediatra@fimp.org)



# Il punto sulla Privacy

Valdo Flori

*Pediatra di famiglia, Firenze*

Gran parte di questo numero è dedicato all'argomento della Privacy e alle adempienze che il Pediatra di famiglia deve effettuare in base a quanto previsto dal dlgs 196/2003, che, pur essendo entrate in vigore dal gennaio 2004, rappresenta tuttora un argomento di forte attualità per i continui cambiamenti e rinvii che la normativa ha subito in questi mesi.

Infatti le difficoltà interpretative e le forti opposizioni delle organizzazioni sindacali hanno richiesto frequenti interventi da parte del Garante e modifiche legislative che, con due passaggi parlamentari, hanno cambiato gli obblighi previsti per il Pediatra di famiglia.

È stato **eliminato l'obbligo di notifica** al Garante, in quanto è stato riconosciuto che il trattamento dei dati sensibili per il Pediatra di famiglia è legato alla tipologia del rapporto professionale con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state **eliminate alcune misure imposte dal Codice della Privacy** (il divieto di chiamare i pazienti in attesa per nome e obbligo di distanze di cortesia negli ambulatori), purché si ottemperi alle stesse disposizioni secondo modalità adeguate a garantire un rapporto personale e fiducioso con gli assistiti, nel rispetto del codice di deontologia. **Non sarà più necessario apporre il tagliando** sulle ricette del Servizio Sanitario Nazionale e omettere le generalità del paziente nelle ricette ripetibili, se non su esplicita richiesta del paziente.

È stato eliminato il termine del 30 Settembre come tempo limite per la raccolta del consenso informato, il che se da una parte non ci indica più un termine preciso, dall'altra ha in pratica sancito che la raccolta del consenso dovrebbe essere già in atto.

Per ultimo, a pochi giorni dalla scadenza è stato **prorogato il termine per la compilazione del documento programmatico di sicurezza**, che è stato spostato al 31-12-2004.

*Quali obblighi sono rimasti per il Pediatra di famiglia?*

Per tutti è rimasto l'obbligo di **acquisizione del consenso** da richiedere dopo aver illustrato, seppur con un'**informativa sintetica** le finalità del trattamento dei dati, chi ne avrà accesso e le modalità della loro conservazione. In

questo numero viene pubblicato un fac-simile del modello, che può essere personalizzato e utilizzato come traccia per l'acquisizione del consenso.

Naturalmente è rimasto l'obbligo di mettere in atto le **misure minime di protezione** dei dati sia per chi usa archivi cartacei che informatici, misure che devono essere messe in atto il prima possibile, anche perché alcune erano già previste dalla precedente normativa.

Infine l'obbligo di maggior rilievo: elaborare un **Documento Programmatico della Sicurezza (DPS)**, obbligatorio solamente per chi possiede un archivio informatico.

L'adempimento del DPS in realtà non è nuovo – era previsto anche nella precedente normativa sulla privacy – ma il Codice della Riservatezza, entrato in vigore a inizio d'anno, lo ha innovato in più punti. In pratica il documento deve indicare le modalità del trattamento dei dati, analizzare i rischi di intrusioni e di perdita dei dati, indicare tutte le misure messe in atto per salvaguardarsi dalla perdita dei dati, nonché le modalità di conservazione e di ripristino delle copie.

Riguardo al DPS è difficile poterne approntare un fac-simile adatto a tutti, in quanto il contenuto e le indicazioni saranno diverse a seconda delle varie tipologie di lavoro: presenza di collaboratore di studio, appartenenza a forme associative o a cooperative oppure essere in rete.

Per facilitare il compito risulta particolarmente utile la **guida operativa per redigere il DPS** che il Garante ha pubblicato nel mese di Giugno e che in questo numero viene pubblicata integralmente.

Probabilmente nei prossimi mesi ci saranno nuovi incontri con il Garante e i rappresentanti della FNOOM e probabilmente verranno fornite nuove indicazioni su come comportarci. Visto quindi che la predisposizione del DPS non è da considerare urgente, possiamo aspettare tranquillamente l'evolversi degli eventi, magari cominciando ad attrezzarci per mettere in atto, se non già attive, quelle misure di sicurezza previste comunque per la protezione dei dati in possesso del Pediatra di famiglia.

# Il Pediatra di famiglia e le adozioni internazionali

Nina Chiccoli, Pier Luigi Tucci

Presidente FIMP

*I tuoi figli non sono figli tuoi  
Sono i figli e le figlie della vita stessa (Kahlil Gibran)*

L'Italia è al terzo posto dopo Stati Uniti e Spagna per l'adozione di bambini stranieri. Il numero di bambini adottati è in aumento: nel 2003 si sono avute 2756 adozioni internazionali contro le circa 300 registrate nel 1982. I tempi di attesa per ottenere un bambino sono in media 2 anni, ciò grazie alle leggi promulgate in Italia che ratificano la Convenzione dell'Aja (1993). Tali leggi, oltre ad aver abbreviato i tempi di attesa, garantiscono attualmente anche una maggior trasparenza.

Secondo il rapporto della Commissione delle Adozioni Internazionali (C.A.I.) della Presidenza del Consiglio dei Ministri (formulato con la collaborazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze) dal 16/11/2000 al 30/06/2003 sono stati 15.374 i decreti di idoneità all'adozione di minori stranieri (ex art. 30 della legge n. 476/98) emessi dai Tribunali per i Minorenni competenti.

Esistono notevoli differenze fra le varie realtà regionali relativamente al numero di idoneità all'adozione emesse e in base ai dati percentuali, Firenze è fra le prime quattro città italiane. Il centro-nord ha comunque il primato per numero di decreti di adozione (Tab. I).

Tab I. Percentuali di adozioni per città

- Milano (11,5%)
- Roma (11,1%)
- Venezia (9,2%)
- Firenze (8,5%)
- Bologna (8,4%)
- Torino (6,4%)
- Napoli (6,3%)
- Brescia (5,2%)
- Bari (4,2%)

Sempre dallo stesso rapporto emerge che tra le coppie che ottengono figli in adozione la classe di età a maggiore frequenza è quella compresa fra 35-39 anni sia per i mariti (33,4%) che per le mogli (36,5%), il 90,2% delle coppie non ha figli, poco più del 9%, ha figli e di questi il 74,4% ne ha 1 solo.

I bambini stranieri adottati provengono prevalentemente dall'Europa dell'est, soprattutto da Ucraina e Bulgaria, come dimostrano i dati relativi all'ultimo semestre del 2003 (Tab. II).

Ciò rende interessanti i dati emersi dallo studio condotto dalla Facoltà di Psicologia Clinica dell'Università di Padova che ha effettuato un follow-up di 83 bambini stranieri adottati di età inferiore a 6 anni, provenienti prevalentemente da paesi dell'Est-Europa (Russia 65%, Ucraina 20%, Bulgaria 5%, Romania 3%). La maggioranza delle famiglie dello studio non ha figli naturali ed un profilo professionale medio alto.

I dati che emergono da questo studio ci danno un'idea di come avvenga la rielaborazione del passato e delle origini del bambino adottato all'interno del nucleo familiare.

Tab. II. Paesi di provenienza dei bambini stranieri adottati

- Ucraina (24,2%)
- Bulgaria (10%)
- Colombia (9,1%)
- Bielorussia (8,8%)
- Russia (8,6%)
- Brasile (5,9%)
- India (5,8%)
- Polonia (5%)
- Romania (4,5%)

<sup>1</sup> <http://www.adozioneminori.it> S.Vernillo inverno 2003

Infatti il 78% comunica al bambino il suo stato di figlio adottivo, il 16% non intende comunicarlo mai ed il 6% dichiara che lo farà in futuro, l'11% non parla di adozione con i propri figli, il 13% non parla del paese di origine. Relativamente all'integrazione dei gusti e delle abitudini del paese di origine nella famiglia risulta che: il 52% dei genitori cambia nome al figlio, il 20% ha imposto al bambino le abitudini familiari precedenti al suo arrivo, il 40% gli ha permesso di continuare a seguire le proprie abitudini sperando però che le perda, mentre solo il 40% ha integrato gli aspetti culturali del paese di origine del figlio adottivo nell'ambito di un nuovo equilibrio familiare in cui tutti si possono riconoscere.

Focalizzando la nostra attenzione sul bambino che "arriva da lontano", emerge un profilo generale che ci indica che spesso ha vissuto esperienze drammatiche come la guerra, momenti di privazione e/o di abbandono, la sua storia personale è molto spesso poco documentata ed attendibile (possibili patologie? vaccinazioni?), talvolta si ignora

addirittura la sua data di nascita o la provenienza. Ancora più importante per la nostra attività di pediatri è l'identificazione dei bisogni del bambino adottato ed imparando da ciò che Donald Winnicott ci ha insegnato<sup>2</sup> ad ogni bambino arrivato nella nostra comunità, dobbiamo poter dire:

- ti accolgo (accettazione, contenimento, rispetto, ascolto);
- provvedo ai tuoi bisogni fondamentali (cura, accudimento);
- ti aiuto a camminare con le tue gambe (promozione delle capacità e delle autonomie).

Concretizzando: qual'è il ruolo del pediatra accanto alla famiglia con un figlio in adozione?

Indubbiamente il Pediatra di famiglia può aiutare i genitori a costruire la loro genitorialità e le modalità con cui ciò è possibile non sono standard ma variano a seconda del tipo di interventi sulla salute del bambino che al pediatra sono richiesti: primo incontro (Tab. III), bilanci di salute (Tab. IV), cura delle malattie acute (Tab. V) e infine sup-

#### Tab. III. Attività pragmatiche consigliate al primo incontro

- *Valutazione dello stato nutrizionale*  
Peso, altezza, circonferenza cranica e toracica  
Valutazione di eventuali segni di anemia da carenza di ferro  
Valutazione di eventuali segni di rachitismo per carenza di vitamina D  
Valutazione segni di eventuale ipotiroidismo da carenza di iodio (T3, T4, TSH)
- *Valutazione motoria e sensoriale*  
Escludere danni SNC  
Evidenziare ritardi motori (scarsa stimolazione motoria e affettiva)  
Valutazione vista e udito
- *Vaccinazioni*  
Raramente si possono considerare attendibili i documenti sanitari in loro possesso  
Talvolta l'efficacia dei vaccini è ridotta  
È necessario un accertamento dell'assetto immunologico  
Valutazione per possibili patologie congenite ereditarie (emoglobinopatie, deficit G6PD)  
Segni di anemia e epatosplenomegalia  
Esami ematici
- *Possibili patologie infettive congenite o acquisite*  
Valutazione alvo e esame delle feci  
Valutazione cute e capelli (scabbia, pediculosi, micosi),  
Ricerca sierologia per sifilide, gonorrea, HIV, HBV, HCV, Mantoux

#### Tab. IV. Attività pragmatiche consigliate durante i bilanci di salute

- *Raccolta di informazioni relative al comportamento alimentare*  
Presenza di inappetenza o iperfagia  
Abitudini alimentari errate
- *Raccolta di informazioni relative al ritmo sonno/veglia*  
Dissonie  
Frequenti risvegli notturni  
Problemi di addormentamento  
Parasonnie  
Incubi  
Terrori notturni  
Sonnambulismo  
Bruxismo notturno  
Miodonie neonatali benigne
- *Raccolta di informazioni relative all'inserimento sociale*  
Valutazione dell'apprendimento del linguaggio  
Rapporto con i bambini (coetanei o no) durante il gioco e a scuola  
Rapporto con gli adulti amici, conoscenti o no  
Rapporto con gli insegnanti o istruttori di attività sportive  
Rendimento scolastico
- *Valutazione dell'inserimento in ambito familiare*  
Complicità fra genitori e figlio  
Modalità di contenimento  
Tipo di dipendenza del figlio dai genitori  
Rapporto di coppia

<sup>2</sup> Il bambino deprivato. Ed. Ital. 1984

Tab. V. *Malattie acute*

- Setting di osservazione privilegiato (momento critico per la famiglia, visita domiciliare)
- Di fronte ad una malattia febbrile dobbiamo pensare anche a malattie tipiche di una società a basso tenore socioeconomico (tubercolosi)

porto per problemi psico-sociali eventualmente insorti durante l'inserimento del bambino nella famiglia e in un ambiente diverso da quello in cui il piccolo è nato e talvolta vissuto a lungo. Questo è quello che il Pediatra di famiglia può fare, ma che cosa vorrebbe fare?

Allargare i suoi interventi a favore della famiglia: aiutarla nella lunga "gestazione" che conduce alla definitiva unione con il bambino ed essere vicino ai genitori quando è importante prendere decisioni per la salute del loro futuro figlio. Non solo: con il suo bagaglio tecnico e culturale vorrebbe contribuire a costruire un percorso di adozione sempre più rispettoso dei bisogni del bambino e della famiglia.

Infine, per rendere un pò di poesia a questo atto di amore, concludiamo la nostra analisi con una frase che lo riporta alla sua dimensione ludica ed emozionale: in un dialetto dell'India adottare si dice nello stesso modo di "prendere sulle ginocchia un bambino".



# Il bambino che migra: vivere il sogno di altri

Evita Cassoni

*Medico, Pediatra, Psicoterapeuta  
Responsabile dell'Area Minori del Servizio di Consulenza  
Psicologica Immigrati-Cooperativa Sociale Terrenuove-Milano<sup>1</sup>*

Viviamo un'epoca di grandi migrazioni, che ci espone tutti come cittadini oltre che come professionisti della salute, all'urgenza di rivedere i concetti di stato e di confine e ci sollecita all'esercizio dell'ospitalità e della tolleranza. In questo contesto e con questo spirito nasce a Milano la Cooperativa Sociale Terrenuove, fondata da un gruppo di professionisti che dal 1999 si occupa di esperienze di vita particolarmente fragili, con due Servizi, offerti gratuitamente al pubblico: l'Ambulatorio per i malati di Alzheimer e le loro famiglie, dedicato all'accompagnamento dell'esperienza di una malattia cronica, e il Servizio di Consulenza Psicologica per persone immigrate nel nostro paese.

È in questo osservatorio privilegiato che ho l'occasione di incontrare bambini stranieri che arrivano a Milano, portati dal progetto di altri, progetto al quale si adattano, necessariamente. Sappiamo bene che la condizione esistenziale dell'infanzia è quella di essere in balia, affidati alle mani di altri e portati, così, nel mondo; unico bagaglio individuale la curiosità e l'aspettativa di un'esperienza ricca di doni.

Nel caso di un bambino che migra lavoriamo pensando a restituire pienezza a questa curiosità, che a volte troviamo appena velata dal timore, segnata dal dolore della perdita di un mondo caro e conosciuto, in altri sopraffatta dal sentirsi sospesi e, forse, un pò traditi da quelle stesse mani adulte che dovevano sorreggere.

Spesso anche gli adulti si sono smarriti, spesso è sufficiente accompagnare loro e i loro figli e presentar loro questo nostro mondo, raccontandolo e dando parole a modi e regole di un vivere quotidiano che noi di casa abbiamo appreso e siamo abituati a trasmettere implicitamente tra generazioni.

Dall'esperienza di lavoro a Terrenuove partono le riflessioni che riferirò in questo intervento, quindi desidero co-

minciare descrivendo l'inizio e il farsi di questo servizio. L'Area Minori Stranieri fa parte del Servizio di Consulenza psicologica e intervento etnopsichiatrico di Terrenuove, servizio che realizza un accompagnamento all'esperienza del migrare e che segue con continuità persone straniere e famiglie nel loro percorso di inserimento sociale.

Come per l'intervento con gli adulti, anche nel lavoro con i minori il nostro intervento si propone come modello trascurale, cioè non prevede necessariamente la consulenza diretta della cultura del paese di origine da parte degli operatori, ma presuppone una dimensione di interazione tra culture differenti, delle quali ciascun soggetto è portatore. In uno scambio intersoggettivo dunque, ciascuno, adulto, adolescente o bambino che sia, è la voce che rappresenta un mondo, gode del diritto all'ospitalità e, contemporaneamente, ne assolve i doveri, introducendo noi ai modi e alle convenzioni di un modo di esistere il più delle volte sconosciuto e sempre affascinante.

L'intervento, sia esso clinico che educativo, si svolge in un setting collegiale, ovvero partecipano agli incontri, insieme al minore, anche i suoi adulti di riferimento, familiari nel caso anche loro si trovino in Italia o educatori, nel caso si tratti di minori stranieri soli; oltre a queste persone può essere presente anche un mediatore di madre lingua, quando la situazione lo richieda, come interprete linguistico o culturale.

Insieme si riflette sulla domanda, sui bisogni e si disegna un progetto di accompagnamento possibile.

Questa proposta di *setting*, oltre ad avere una valenza terapeutica (Devereux, 1977, Nathan 1987, Sironi 1999, Rotondo 2001), promuove, realizzandola, la connessione di una rete tra gli adulti che accompagnano il minore straniero nel delicato passaggio di questa fase della sua vita e testimonia l'integrazione culturale che desideriamo favorire.

La *domanda* in questi anni di attività si è progressivamente diversificata, ampliandosi a comprendere una gamma di bisogni differenti, dalla richiesta di intervento clinico su un sintomo o un comportamento disfunzionale, fino alla richiesta di accompagnamento ai progetti individuali di crescita e inserimento sociale.

Questa diversificazione della domanda ha indotto una maggior articolazione del settore e un'organizzazione di lavoro più complessa, che è stata possibile grazie alla base comune di flessibilità con cui lavorano i professionisti coinvolti.

Ancora, la domanda inizialmente determinata dall'urgenza si è fatta nel tempo più preventiva e man mano che si consolidava la rete tra educatori, insegnanti, altri adulti significativi per i minori e i professionisti di Terrenuove, la domanda si è allargata a rappresentare anche i bisogni degli operatori coinvolti nella relazione quotidiana con i minori stranieri.

Infine, la *tipologia dell'utenza* è cambiata nel tempo, e dal 2002 comprende oltre a minori soli, anche minori che hanno vissuto il trasferimento in seno alla famiglia d'origine o con uno dei due genitori, o anche con un parente di secondo grado.

Dal 2003 poi, in seguito alle regolarizzazioni proposte dalla normativa vigente, abbiamo raccolto la domanda relativa alle situazioni di ricongiungimento familiare. Molti bambini e adolescenti infatti, hanno potuto raggiungere uno o entrambi i genitori migrati in Italia e che hanno ottenuto con la sanatoria un regolare permesso di soggiorno di lavoro.

Generalmente diversi sono l'inviante e la modalità d'accesso, a seconda della situazione migratoria: comunità e strutture di prima accoglienza per i minori soli, servizi sociali o sanitari e istituti scolastici per i minori che migrano accompagnati o che si ricongiungono alla famiglia d'origine. Infine, nel corso del 2003, si sono rivolti al nostro Servizio anche minori di seconda generazione, cioè nati in Italia da genitori migranti.

La maggior parte di questi, su segnalazione della scuola. L'èquipe del Settore è composta attualmente da alcuni professionisti, attualmente sono medici, pediatri, psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, educatori, assistenti sociali, tutti con una formazione specifica nel settore.

L'èquipe provvede autonomamente alla propria formazione e supervisione, in particolare attraverso la collaborazione con altri professionisti etnopsichiatri, psicotraumatoologi, sociologi e antropologi e attraverso la collaborazione continuativa con il *Centre Devereux, Università Paris VIII*.

L'area Minori del Servizio si è differenziata strutturalmente in base alla diversificazione della tipologia dell'utenza e comprende attualmente:

- un'area dedicata a minori stranieri soli;
- un'area dedicata a minori stranieri che vivono in famiglia e che accoglie prevalentemente la domanda di intervento con minori stranieri che accedono al nostro servizio su indicazione di assistenti sociali o di insegnanti che svolgono il ruolo di facilitatori linguistici nelle comunità scolastiche delle elementari e medie inferiori.

Questi contatti hanno aperto una nuova possibilità di collaborazione e hanno facilitato un collegamento con le strutture pubbliche quali istituti omnicomprensivi, istituti civici di addestramento professionale e strutture del privato sociale, quali centri di aggregazione, doposcuola assistiti che seguono il percorso formativo sia di bambini che vivono in famiglia che di adolescenti stranieri soli in carico a comunità.

Il percorso descritto fin qui è sostenuto dall'analisi dell'impatto sociale delle migrazioni di minori, e dalla riflessione su come esercitare un'ospitalità effettiva, pensando a quanto crescere sia di per sé una sfida e crescere al-trove lo sia doppiamente.

A nostro parere l'*inserimento sociale*, cioè reale del minore che migra, passa per il contesto culturale interiorizzato e integrato con l'originario.

Per favorire questo processo di interiorizzazione possiamo offrire esperienze, cioè realtà, di convivenza tra contesti culturali d'origine, contesti culturali della migrazione e contesto culturale del paese d'arrivo.

In una visione di intervento dinamico, clinica e civica, possiamo avviare la trasformazione del viaggio da frattura a esperienza di passaggio, ponte fra due mondi, così che ogni cambiamento possa ri-assumere il suo significato creativo e non si configuri come continua ripetizione di un trauma.

Così che la fiducia rinforzata permetta di nuovo l'emergere della curiosità di vivere in una terra nuova. Possiamo offrire un servizio di vera ospitalità, che accolga, introducendo alle regole di un vivere sociale fatto di convenzioni che sono nostre e non universali. Queste regole in quanto non universali sono quindi da comunicare, così che, come per chi le conosce da sempre, svolgano la loro funzione protettiva e di guida ai gesti quotidiani. Possiamo accompagnare i genitori nel compito di somministrare ai loro figli il "mondo in piccole dosi" Winnicott (1957) introducendo loro a conoscerne i modi, i tempi e gli spazi.

Convenzioni che utilizziamo automaticamente e che, automaticamente, trasmettiamo attraverso le generazioni; oggi abbiamo l'opportunità di definirle raccontandole ad altri e in questo modo, confrontate con altri punti di vista e esposte alla curiosità di adulti e bambini che le incontrano la prima volta, possiamo anche scoprirle rinnovabili.

Un'altra premessa che desidero fare, riguarda i dati di questo fenomeno migratorio, in particolare osservando il mondo della scuola.

Diamo quindi uno sguardo ai dati più recenti sulla presenza di bambini stranieri in Italia, utilizzando come fonti il Dossier Caritas per l'immigrazione 2003 e le analisi statistiche del MIUR.

Negli ultimi cinque anni scolastici, gli alunni stranieri della scuola dell'obbligo sono più che triplicati e, a fine 2003, erano circa 200.000. Inoltre, anche le città più piccole, contano una presenza significativa e costante di alunni stranieri. In seguito a queste rilevazioni il MIUR ha dovuto rivedere i criteri su cui basare le previsioni di presenze di minori stranieri nelle scuole italiane e, considerato il forte tasso di natalità, l'impatto dei ricongiungimenti e l'andamento dei flussi migratori, ha formulato l'ipotesi che in 15 anni i bambini provenienti da altri paesi saranno intorno ai 600.000 cioè circa il 6% della popolazione totale della scuola dell'obbligo. Conclusione di queste ipotesi è che il tasso di multiculturalità della scuola italiana è un dato consistente e ci invita a pensare la programmazione didattica in termini multiculturali.

Ancora sui dati, possiamo leggere i flussi migratori che riguardano l'Italia secondo i paesi di provenienza e l'elemento che colpisce è l'ampiezza dei paesi rappresentati, ben 186, a testimonianza del policentrismo etnico che caratterizza nel suo complesso la migrazione in Italia. A tutto il 2003 gli alunni stranieri vengono per il 44% dal vecchio continente, in particolare dall'area balcanica (Albania, ex-Jugoslavia, Romania), per il 28,5% dall'Africa, in particolare dal Marocco, per il 15,1% dall'Asia (Cina, ex URSS, Filippine) e per il 12% dall'America latina, in particolare dal Perù e dall'Ecuador.

Infine, la proporzione per grado di scuola, vede il 42% degli alunni stranieri alle scuole elementari, il 24,3% alle scuole medie inferiori e il 13,2% alle medie superiori, con una percentuale del 66,3% dei minori stranieri arrivati in Italia presenti nella scuola dell'obbligo.

Questi dati quantitativi possono sollecitare molte riflessioni, la prima che ci riguarda direttamente è il grande potenziale di intervento della scuola, primo luogo sociale di inserimento per i piccoli e tramite ad altri luoghi sociali di inserimento per gli adulti. Possiamo pensare alla scuola

come traghettatore istituzionale, come guida, come prima base sicura in terra straniera.

Così vediamo la scuola nel nostro intervento con i bambini stranieri, come una prima vera comunità di accoglienza, con la quale, come operatori della salute, collaborare strettamente.

Spesso ad esempio il nostro lavoro è di ascoltare gli insegnanti e ragionare insieme a loro sui significati di gesti o comportamenti di bambini e genitori, in modo da orientare le risposte in modo efficace e non disperdere le energie.

Altre volte valutiamo di incontrare il bambino con la famiglia, altre volte ancora dedichiamo alcuni incontri al singolo bambino, sempre nella logica di capire cosa serve per orientare e supportare la risposta del contesto familiare e scolastico all'accompagnamento del bambino. Spesso contenere, comprendere e legittimare lo smarrimento degli adulti è intervento sufficiente anche al benessere dei piccoli; altre volte, il dolore appunto, ha bisogno di un luogo protetto, dove poter essere trasformato in disegni, giochi o racconti e così diventare solubile nell'incontro con chi o racconta e così diventare solubile nell'incontro con un "testimone soccorrevole" (Alice Miller, 1988) che per un po' accompagna il piccolo, sollevando i grandi da una preoccupazione e lasciando che anche loro si possano occupare delle proprie trasformazioni.

È a questo punto che desidero dare la parola ai bambini, perché possano, in prima persona questa volta, presentarsi e dirsi, attraverso parole e disegni e, così, accompagnarci a vedere per meglio comprendere e accogliere. Ho scelto alcuni modi per i quali il dolore si incarna nella vita di un bambino che migra e per ognuno di questi modi avremo un bambino come guida.

Con M. un bambino serbo arrivato in Italia a dieci anni ci accostiamo al dolore e al trauma della guerra che coinvolge le forme rassicuranti del villaggio di sempre (Fig. 1).

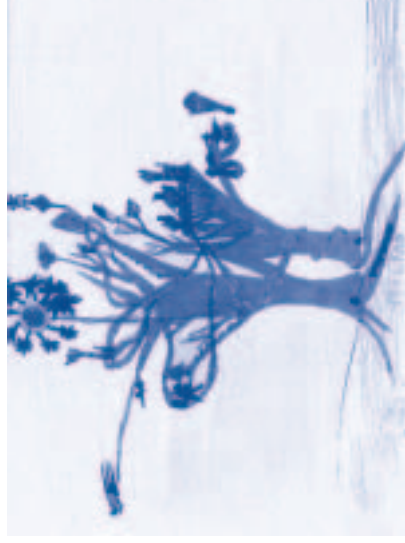


Figura 1. Il villaggio in guerra (M. 10 anni, dalla Serbia)

Conosceremo il dolore della non appartenenza, con R. un bambino nato in Italia e poi mandato a crescere con le zie nelle Filippine, fino a sei anni, quando, per andare a scuola, viene rimandato dalla mamma in Italia (Fig. 2).

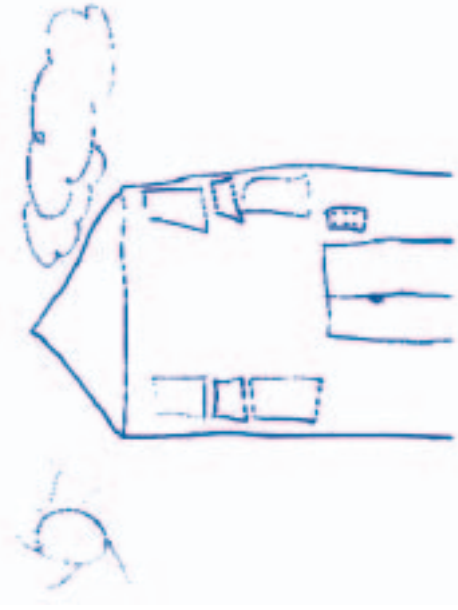


Figura 2. La casa di Milano (R. 8 anni, dalle Filippine)

Il dolore del non poter essere bambini, con M. una bimba del Perù migrata in fasce con i genitori e che a sette anni si occupa dei fratelli più piccoli e desidera più di tutto *far felice la mamma*. La sua classe è un mondo fatto di banchi e di nomi (Fig. 3).

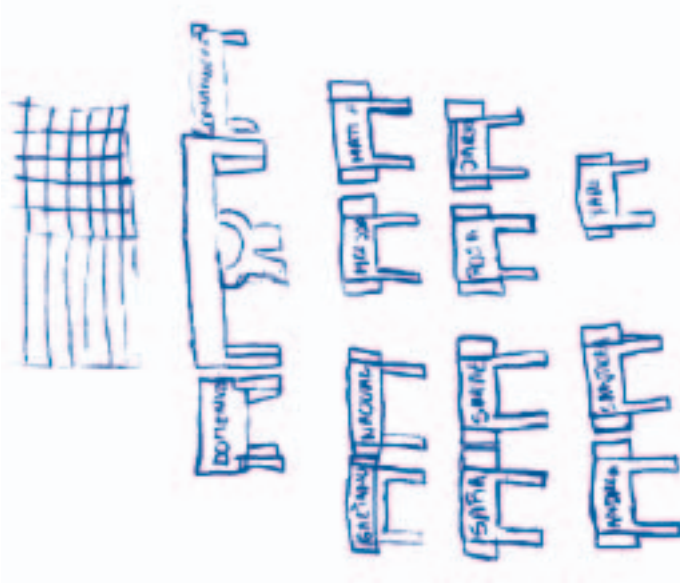


Figura 3. La classe in Italia (M. 11 anni, dal Perù)

Il dolore disperato di A. che lasciato in Ecuador a sette anni, raggiunge i genitori a 10 e li trova separati, *l'altro contro l'altro armati* e decide di isolarsi in un silenzio abitato da pensieri neri.

Infine conosceremo il dolore della doppia migrazione di una bambina adottata dallo Zaire, salvata da una guerra e portata in una nuova famiglia, da un paese a un altro, da una famiglia ad un'altra, il dolore del sentirsi diversa. E insieme al dolore, questi bambini ci guideranno nelle loro risorse, nelle strategie che hanno inventato per sopravvivere, così il villaggio immaginario di M. ripara la distruzione della guerra (Fig. 4).



Figura 4. Il mio villaggio (M. 10 anni, dalla Serbia)

I colori di R. danno voce alla nostalgia e radici a una storia (Fig. 5).



Figura 5. La casa delle Filippine (R. 8 anni, dalle Filippine)

La casa di M. diventa luogo di cura per tutti, persone e animali, e con gli animali, lo sappiamo, si può essere bambini (Fig. 6);

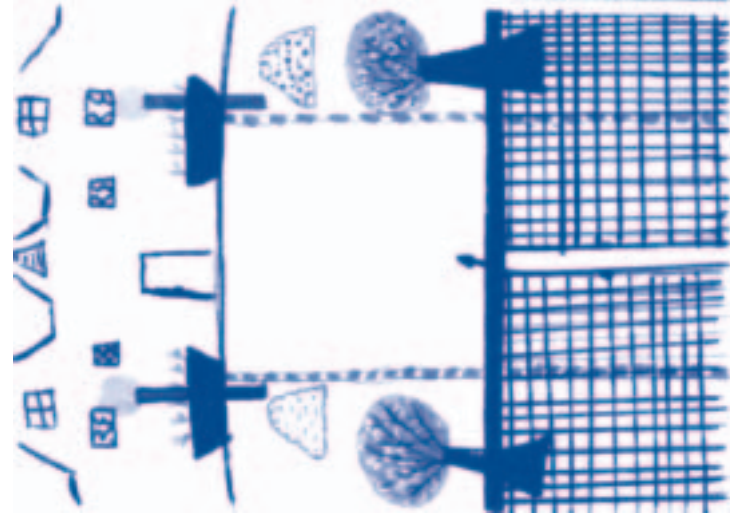


Figura 6. La mia casa da grande (M.11 anni, dal Perù)

A. può costruirsi la casa sull'albero dove stare al sicuro (Fig. 7)

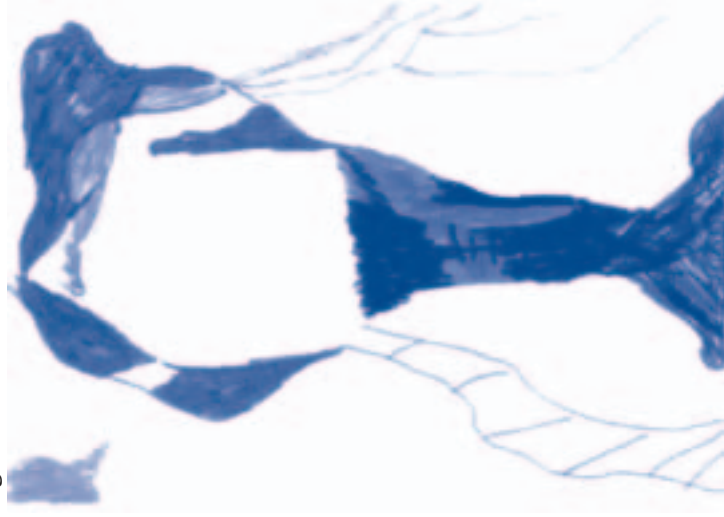


Figura 7. La casa sull'albero (A. 11 anni, dall'Ecuador)

e Z. dipingersi le labbra di rosso ed essere ammirata (Fig. 8).



Figura 8. La renna diversa si dipinge le labbra di rosso (Z. 7 anni, dallo Zaire)

Dolori unici, e uniche strategie di sopravvivenza. Infine, desidero concludere con un disegno che testimonia la forza del nuovo legame che si è creato con le mae-stre salutate nei disegni di M. il nostro bambino serbo. I suoi messaggi ci esprimono con chiarezza come anche una frattura distruttiva come l'esperienza della guerra che spazza via tutto (Fig. 9).



Figura 9. La scuola in Serbia (M. 10 anni, dalla Serbia)

riducendo la scuola a pura struttura virtuale, possa recuperarsi e lasciare ancora spazio alla speranza di legami possibili. Così la maestra Piera viene portata anche alla gita alla quale non ha partecipato (Fig. 10)

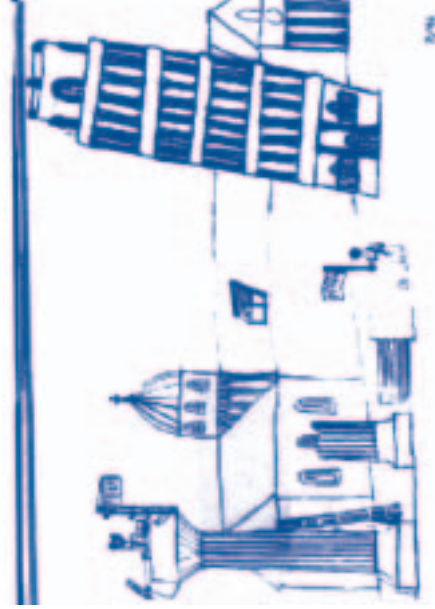


Figura 10. La gita a Pisa (M. 10 anni, dalla Serbia)

e l'affetto per la maestra Grazia ha il potere di far sorridere e dare parola al piccolo dinosauro di un bambino che molto ha patito, in passato, e che ha visto il proprio mondo scomparire, tanto da temerne l'estinzione (Fig. 11).



Fig. 11. Alla maestra (M. 10 anni, dalla Serbia)

In ognuna di queste storie la presenza di adulti attenti – genitori, insegnanti, operatori – ha permesso, con rispetto e pazienza di ricomporre un presente sicuro e non minaccioso, salutare un passato che, piano piano, si fa storia e riprendere a guardare al futuro con la curiosità di vedere cosa ci riserva la vita.

### Bibliografia

- Miller A. *La chiave accantonata*. Milano: Garzanti 1988.  
 Moro M R. *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. Torino: UTET 2001.  
 Rotondo A, Mazzetti M ( a cura di). *Il carro dalle molte ruote*. Milano: Ed. Terrenuove 2001.  
 Winnicott DW. *Il mondo a piccole dosi. Il bambino e la famiglia*. Firenze: Ed. Giunti Barbera 1973.

# Privacy: Le definizioni da conoscere

(Art 4 – Dlsg 196/2003)

## Trattamento

Qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la consultazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati.

## Dato Personale

Qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

## Dati Identificativi

I dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato.

## Dati Sensibili

I dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

## Titolare

La persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza.

## Responsabile

La persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organi-

smo preposti dal titolare al trattamento di dati personali.

## Incaricati

Le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile.

## Misure Minime

Il complesso delle misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali di sicurezza che configurano il livello minimo di protezione richiesto in relazione ai rischi previsti nell'articolo 31.

## Strumenti Elettronici

Gli elaboratori, i programmi per elaboratori e qualunque dispositivo elettronico o comunque automatizzato con cui si effettua il trattamento.

## Autenticazione Informatica

L'insieme degli strumenti elettronici e delle procedure per la verifica anche indiretta dell'identità.

## Credenziali di autenticazione

I dati ed i dispositivi, in possesso di una persona, da questa conosciuti o ad essa univocamente correlati, utilizzati per l'autenticazione informatica.

## Chiave di autenticazione

Componente di una credenziale di autenticazione associata ad una persona ed a questa nota, costituita da una sequenza di caratteri o altri dati in forma elettronica.

## Profilo di Autorizzazione

L'insieme delle informazioni, univocamente associate ad una persona, che consente di individuare a quali dati essa può accedere, nonché i trattamenti ad essa consentiti.

## Sistema di Autorizzazione

L'insieme degli strumenti e delle procedure che abilitano l'accesso ai dati e alle modalità di trattamento degli stessi, in funzione del profilo di autorizzazione del richiedente.

## Informativa Sintetica

### Proposta di Informativa per la raccolta del consenso informato

Gentile paziente, la recente legge richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento, da parte del suo medico, dei dati che riguardano la sua salute e gli altri suoi dati personali.

Il Suo Medico dovrà prendere visione, per poter effettuare la diagnosi delle sue malattie e per procedere alle necessarie cure, di analisi, referti specialistici, e altre informazioni fornite da Lei o da altri medici che la seguono. Potrà essere necessario, inoltre, che il Suo Medico renda accessibili dati che la riguardano alle Autorità Sanitarie o ad altri medici che effettueranno consulenze specialistiche, o al medico sostituto.

Questi dati saranno conservati in un archivio magnetico, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione secondo quanto previsto dalla normativa.

Il Suo Medico, il personale dipendente e gli altri eventuali sanitari tratteranno i Suoi dati solo nei limiti strettamente necessari allo svolgimento dei Loro compiti, e ne proteggeranno la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti.

**È indispensabile un suo esplicito consenso, da fornire una sola volta e ritirabile in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il rapporto di fiducia.**

Ripetiamo qui sotto una sintesi delle norme attuali, che saranno integrate oralmente dal Medico, al quale può inoltre chiedere qualsiasi chiarimento.

**Dritti dell'interessato** Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e dei rappresentante designato ai sensi dell'articolo 50 comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte... per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.*

### CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente a .....

genitore del minore ..... nato a ..... il .....  
assistito dal Dott. .... da me scelto come Medico di Fiducia, e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al D. Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", letto anche quanto riportato sopra

#### esprimo il consenso e autorizzo

al trattamento dei dati personali e sensibili del minore, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, e prestazioni connesse, il suddetto Dott. ...., direttamente o tramite personale operante sotto la sua responsabilità. Autorizzo inoltre al trattamento di tali dati, esclusivamente per i fini suddetti, gli specialisti di cui egli vorrà avvalersi; sono altresì autorizzati, esclusivamente su mia richiesta e per i medesimi fini, il medico sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in associazione con il mio Medico di Fiducia

Data..... Firma del paziente (o esercente la patria potestà).....

# Misure minime di Sicurezza

Allegato B. Disciplinare Tecnico (Artt. 33-36 del Codice)

## Trattamenti con strumenti elettronici

Modalità tecniche da adottare a cura del titolare, del responsabile ove designato e dell'incaricato, in caso di trattamento con strumenti elettronici:

### Sistema di autenticazione informatica

1. Il trattamento di dati personali con strumenti elettronici è consentito agli incaricati dotati di credenziali di autenticazione che consentano il superamento di una procedura di autenticazione relativa a uno specifico trattamento o a un insieme di trattamenti.
2. Le credenziali di autenticazione consistono in un codice per l'identificazione dell'incaricato associato a una parola chiave riservata conosciuta solamente dal medesimo oppure in un dispositivo di autenticazione in possesso e uso esclusivo dell'incaricato, eventualmente associato a un codice identificativo o a una parola chiave, oppure in una caratteristica biometrica dell'incaricato, eventualmente associata a un codice identificativo o a una parola chiave.
3. Ad ogni incaricato sono assegnate o associate individualmente una o più credenziali per l'autenticazione.
4. Con le istruzioni impartite agli incaricati è prescritto di adottare le necessarie cautele per assicurare la segretezza della componente riservata della credenziale e la diligente custodia dei dispositivi in possesso ed uso esclusivo dell'incaricato.
5. La parola chiave, quando è prevista dal sistema di autenticazione, è composta da almeno otto caratteri operante, nel caso in cui lo strumento elettronico non lo permetta, da un numero di caratteri pari al massimo consentito; essa non contiene riferimenti agevolmente riconducibili all'incaricato ed è modificata da quest'ultimo al primo utilizzo e, successivamente, almeno

ogni sei mesi. In caso di trattamento di dati sensibili e di dati giudiziari la parola chiave è modificata almeno ogni tre mesi.

6. Il codice per l'identificazione, laddove utilizzato, non può essere assegnato ad altri incaricati, neppure in tempi diversi.
7. Le credenziali di autenticazione non utilizzate da almeno sei mesi sono disattivate, salvo quelle preventivamente autorizzate per soli scopi di gestione tecnica.
8. Le credenziali sono disattivate anche in caso di perdita della qualità che consente all'incaricato l'accesso ai dati personali.
9. Sono impartite istruzioni agli incaricati per non lasciare incustodito e accessibile lo strumento elettronico durante una sessione di trattamento.
10. Quando l'accesso ai dati e agli strumenti elettronici è consentito esclusivamente mediante uso della componente riservata della credenziale per l'autenticazione, sono impartite idonee e preventive disposizioni scritte volte a individuare chiaramente le modalità con le quali il titolare può assicurare la disponibilità di dati o strumenti elettronici in caso di prolungata assenza o impedimento dell'incaricato che renda indispensabile e indifferibile intervenire per esclusive necessità di operatività e di sicurezza del sistema. In tal caso la custodia delle copie delle credenziali è organizzata garantendo la relativa segretezza e individuando preventivamente per iscritto i soggetti incaricati della loro custodia, i quali devono informare tempestivamente l'incaricato dell'intervento effettuato.
11. Le disposizioni sul sistema di autenticazione di cui ai precedenti punti e quelle sul sistema di autorizzazione non si applicano ai trattamenti dei dati personali destinati alla diffusione.

*Altre misure di sicurezza*

15. Nell'ambito dell'aggiornamento periodico con cadenza almeno annuale dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici, la lista degli incaricati può essere redatta anche per classi omogenee di incarico e dei relativi profili di autorizzazione.
16. I dati personali sono protetti contro il rischio di intrusione e dell'azione di programmi di cui all'art. 615-quinquies del codice penale, mediante l'attivazione di idonei strumenti elettronici da aggiornare con cadenza almeno semestrale.
17. Gli aggiornamenti periodici dei programmi per elaboratore volti a prevenire la vulnerabilità di strumenti elettronici e a correggerne difetti sono effettuati almeno annualmente. In caso di trattamento di dati sensibili o giudiziari l'aggiornamento è almeno semestrale.
18. Sono impartite istruzioni organizzative e tecniche che prevedono il salvataggio dei dati con frequenza almeno settimanale.

*Ulteriori misure in caso di trattamento di dati sensibili o giudiziari*

20. I dati sensibili o giudiziari sono protetti contro l'accesso abusivo, di cui all'Art. 615-ter del Codice Penale, mediante l'utilizzo di idonei strumenti elettronici.
21. Sono impartite istruzioni organizzative e tecniche per la custodia e l'uso dei supporti rimovibili su cui sono memorizzati i dati al fine di evitare accessi non autorizzati e trattamenti non consentiti.
22. I supporti rimovibili contenenti dati sensibili o giudiziari se non utilizzati sono distrutti o resi inutilizzabili, ovvero possono essere riutilizzati da altri incaricati, non autorizzati al trattamento degli stessi dati, se le informazioni precedentemente in essi contenute non sono intelligibili e tecnicamente in alcun modo ricostruibili.
23. Sono adottate idonee misure per garantire il ripristino dell'accesso ai dati in caso di danneggiamento de-

gli stessi o degli strumenti elettronici, in tempi certi compatibili con i diritti degli interessati e non superiori a sette giorni.

24. Gli organismi sanitari e gli esercenti le professioni sanitarie effettuano il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale contenuti in elenchi, registri o banche di dati con le modalità di cui all'articolo 22, comma 6, del codice, anche al fine di consentire il trattamento congiunto dei medesimi dati dagli altri dati personali che permettono di identificare direttamente gli interessati. I dati relativi all'identità genetica sono trattati esclusivamente all'interno di locali protetti accessibili ai soli incaricati dei trattamenti ed ai soggetti specificatamente autorizzati ad accedere; il trasporto dei dati all'esterno dei locali riservati al loro trattamento deve avvenire in contenitori muniti di serratura o dispositivi equipollenti; il trasferimento dei dati in formato elettronico è cifrato.



*Misure di tutela e garanzia*

25. Il titolare che adotta misure minime di sicurezza avvalendosi di soggetti esterni alla propria struttura, per provvedere alla esecuzione riceve dall'installatore una descrizione scritta dell'intervento effettuato che ne attesta la conformità alle disposizioni del presente disciplinare tecnico.
26. Il titolare riferisce, nella relazione accompagnatoria del bilancio d'esercizio, se dovuta, dell'avenuta redazione o aggiornamento del documento programmatico sulla sicurezza.

27. Agli incaricati sono impartite istruzioni scritte finalizzate al controllo ed alla custodia, per l'intero ciclo necessario allo svolgimento delle operazioni di trattamento, degli atti e dei documenti contenenti dati personali. Nell'ambito dell'aggiornamento periodico con cadenza almeno annuale dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati, la lista degli incaricati può essere redatta anche per classi omogenee di incarico e dei relativi profili di autorizzazione.

28. Quando gli atti e i documenti contenenti dati personali sensibili o giudiziari sono affidati agli incaricati del trattamento per lo svolgimento dei relativi compiti, i medesimi atti e documenti sono controllati e custoditi dagli incaricati fino alla restituzione in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione, e sono restituiti al termine delle operazioni affidate.

29. L'accesso agli archivi contenenti dati sensibili o giudiziari è controllato. Le persone ammesse, a qualunque titolo, dopo l'orario di chiusura, sono identificate e registrate. Quando gli archivi non sono dotati di strumenti elettronici per il controllo degli accessi o di incaricati della vigilanza, le persone che vi accedono sono preventivamente autorizzate.



**Trattamenti senza l'ausilio di strumenti elettronici**

Modalità tecniche da adottare a cura del titolare, del responsabile, ove designato, e dell'incaricato, in caso di trattamento con strumenti diversi da quelli elettronici:

# Guida operativa per redigere il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)

(Codice in materia di protezione dei dati personali  
art. 34 e Allegato B, regola 19, del d.l.g. 30 giugno 2003, n. 196)

## Premessa

*La presente guida mira a facilitare l'adempimento dell'obbligo di redazione del documento programmatico sulla sicurezza (DPS) nelle organizzazioni di piccole e medie dimensioni o, comunque, non dotate al proprio interno di competenze specifiche<sup>1</sup>.*

*La guida può essere di ausilio nella redazione del DPS, ma non è obbligatorio utilizzarla per adempiere all'obbligo.*

*La guida è strutturata in due parti: la prima contiene istruzioni per sviluppare il DPS negli aspetti descrittivi oppure nella compilazione di alcune tabelle riportate nella seconda parte.*

*Nella guida sono anche evidenziati altri elementi utilizzabili facoltativamente - comprese alcune tabelle-, che si ritengono utili per una più approfondita definizione del DPS.*

<sup>1</sup> Nelle strutture di piccole dimensioni dove possono mancare specifiche competenze, si può anche chiedere di consultare per alcuni profili tecnici il fornitore/installatore degli strumenti elettronici e del relativo software.

# Parte I

## Istruzioni

Per ciascuna regola dell'Allegato B al Codice sono riportati i contenuti, le informazioni essenziali e gli ulteriori elementi da inserire nel DPS

### Elenco dei trattamenti di dati personali (regola 19.1)

#### Contenuti

In questa sezione sono individuati i trattamenti effettuati dal titolare, direttamente o attraverso collaborazioni esterne, con l'indicazione della natura dei dati e della struttura (ufficio, funzione, ecc.) interna od esterna operativamente preposta, nonché degli strumenti elettronici impiegati. Nella redazione della lista si può tener conto anche delle informazioni contenute nelle notificazioni eventualmente inviate al Garante anche in passato.

#### Informazioni essenziali (v. anche tab. I.1)

Per ciascun trattamento vanno indicate le seguenti informazioni secondo il livello di sintesi determinato dal titolare:

Descrizione sintetica: menzionare il trattamento dei dati personali attraverso l'indicazione dell'attività perseguita o dell'attività svolta (es., fornitura di beni o servizi, gestione del personale, ecc.) e delle categorie di persone cui i dati si riferiscono (clienti o utenti, dipendenti e/o collaboratori, fornitori, ecc.).

Natura dei dati trattati: indicare se, tra i dati personali, sono presenti dati sensibili o giudiziari.

Struttura di riferimento: indicare la struttura (ufficio, funzione, ecc.) all'interno della quale viene effettuato il trattamento. In caso di strutture complesse, è possibile indicare la macro-struttura (direzione, dipartimento o servizio del personale), oppure gli uffici specifici all'interno della stessa (ufficio contratti, sviluppo risorse, controversie sindacali, amministrazione-contabilità).

Altre strutture che concorrono al trattamento: nel caso in cui un trattamento, per essere completato, comporta l'attività di diverse strutture è opportuno indicare, oltre quella che cura primariamente l'attività, le altre principali strutture che concorrono al trattamento anche dall'esterno.

Descrizione degli strumenti elettronici utilizzati: va indicata la tipologia di strumenti elettronici impiegati (elaboratori o p.c. anche portatili, collegati o meno in una rete locale, geografica o Internet; sistemi informativi più complessi).

#### Ulteriori elementi per descrivere gli strumenti (v. anche tab. I.2)\*

Identificativo del trattamento: alla descrizione del trattamento, se ritenuto utile, può essere associato un codice, facoltativo, per favorire un'identificazione univoca e più rapida di ciascun trattamento nella compilazione delle altre tabelle.

\* Da indicare facoltativamente.

**Banca dati:** indicare eventualmente la banca dati (ovvero il data base o l'archivio informatico), con le relative applicazioni, in cui sono contenuti i dati. Uno stesso trattamento può richiedere l'utilizzo di dati che risiedono in più di una banca dati. In tal caso le banche dati potranno essere elencate.

**Luogo di custodia dei supporti di memorizzazione:** indicare il luogo in cui risiedono fisicamente i dati, ovvero dove si trovano (in quale sede, centrale o periferica, o presso quale fornitore di servizi, ecc.) gli elaboratori sui cui dischi sono memorizzati i dati, i luoghi di conservazione dei supporti magnetici utilizzati per le copie di sicurezza (nastri, CD, ecc.) ed ogni altro supporto rimovibile. Il punto può essere approfondito meglio in occasione di aggiornamenti.

**Tipologia di dispositivi di accesso:** elenco e descrizione sintetica degli strumenti utilizzati dagli incaricati per effettuare il trattamento: pc, terminale non intelligente, palmare, telefonino, ecc.

**Tipologia di interconnessione:** descrizione sintetica e qualitativa della rete che collega i dispositivi d'accesso ai dati utilizzati dagli incaricati: rete locale, geografica, Internet, ecc.

Le predette informazioni possono essere completate o sostituite da schemi, tabelle, disegni di architettura del sistema informativo o da altri documenti aziendali già compilati e idonei a fornire in altro modo le informazioni medesime.

## **Distribuzione dei compiti e delle responsabilità (regola 19.2)**

### **Contenuti**

In questa sezione occorre descrivere sinteticamente l'organizzazione della struttura di riferimento, i compiti e le relative responsabilità, in relazione ai trattamenti effettuati. Si possono utilizzare anche mediante specifici riferimenti documenti già predisposti (provvedimenti, ordini di servizio, regolamenti interni, circolari), indicando le precise modalità per reperirli.

### **Informazioni essenziali (v. anche tab. 2)**

**Struttura:** riportare le indicazioni delle strutture già menzionate nella precedente sezione.

**Trattamenti effettuati dalla struttura:** indicare i trattamenti di competenza di ciascuna struttura.

**Compiti e responsabilità della struttura:** descrivere sinteticamente i compiti e le responsabilità della struttura rispetto ai trattamenti di competenza. Ad esempio: acquisizione e caricamento dei dati, consultazione, comunicazione a terzi, manutenzione tecnica dei programmi, gestione tecnica operativa della base dati (salvataggi, ripristini, ecc.). Anche in questo caso è possibile utilizzare, nei termini predetti, altri documenti già predisposti.

## **Analisi dei rischi che incombono sui dati (regola 19.3)**

### **Contenuti**

Descrivere in questa sezione i principali eventi potenzialmente dannosi per la sicurezza dei dati, e valutarne le possibili conseguenze e la gravità in relazione al contesto fisico-ambientale di riferimento e agli strumenti elettronici utilizzati.

### **Informazioni essenziali (v. anche tab. 3)**

**Elenco degli eventi:** individuare ed elencare gli eventi che possono generare danni e che comportano, quindi, rischi per la sicurezza dei dati personali. In particolare, si può prendere in considerazione la lista esemplificativa dei seguenti eventi:

- 1) comportamenti degli operatori:**
  - sottrazione di credenziali di autenticazione;

- carenza di consapevolezza, disattenzione o incuria;
  - comportamenti sleali o fraudolenti;
  - errore materiale.
- 2) eventi relativi agli strumenti:**
- azione di virus informatici o di programmi suscettibili di recare danno;
  - spamming o tecniche di sabotaggio;
  - malfunzionamento, indisponibilità o degrado degli strumenti;
  - accessi esterni non autorizzati;
  - intercettazione di informazioni in rete.

**3) eventi relativi al contesto fisico-ambientale:**

- ingressi non autorizzati a locali/aree ad accesso ristretto;
- sottrazione di strumenti contenenti dati;
- eventi distruttivi, naturali o artificiali (movimenti tellurici, scariche atmosferiche, incendi, allagamenti, condizioni ambientali, ...), nonché dolosi, accidentali o dovuti ad incuria;
- guasto a sistemi complementari (impianto elettrico, climatizzazione, ecc.);
- errori umani nella gestione della sicurezza fisica.

È possibile, per ulteriori dettagli, rinviare a documenti analoghi già redatti in tema di piani di sicurezza e gestione del rischio, come ad es.: Business Continuity Plan, Disaster Recovery Plan, ecc. (si tenga però presente che le analisi alla base di questi altri documenti possono avere una natura ben diversa).

**Impatto sulla sicurezza:** descrivere le principali conseguenze individuate per la sicurezza dei dati, in relazione a ciascun evento, e valutare la loro gravità anche in relazione alla rilevanza e alla probabilità stimata dell'evento (anche in termini sintetici: es., alta/media/bassa). In questo modo è possibile formulare un primo indicatore omogeneo per i diversi rischi da contrastare.

L'analisi dei rischi può essere condotta utilizzando metodi di complessità diversa: l'approccio qui descritto è volto solo a consentire una prima riflessione in contesti che per dimensioni ridotte o per altre analoghe ragioni, non ritengono di dover procedere ad una analisi più strutturata.

## Misure in essere e da adottare (regola 19.4)

### Contenuti

In questa sezione vanno riportate, in forma sintetica, le misure in essere e da adottare per contrastare i rischi individuati. Per misura si intende lo specifico intervento tecnico od organizzativo posto in essere (per prevenire, contrastare o ridurre gli effetti relativi ad una specifica minaccia), come pure quelle attività di verifica e controllo nel tempo, essenziali per assicurare l'efficacia.

Le misure da adottare possono essere inserite in una sezione dedicata ai programmi per migliorare la sicurezza.

### Informazioni essenziali

**Misure:** descrivere sinteticamente le misure adottate (seguendo anche le indicazioni contenute nelle altre regole dell'Allegato B del Codice).

**Descrizione dei rischi:** per ciascuna misura indicare sinteticamente i rischi che si intende contrastare (anche qui, si possono utilizzare le indicazioni fornite dall'Allegato B).

**Trattamenti interessati:** indicare i trattamenti interessati per ciascuna delle misure adottate.

Determinate misure possono non essere riconducibili a specifici trattamenti o banche di dati (ad esempio, con riferimento alle misure per la protezione delle aree e dei locali).

*Occorre specificare se la misura è già in essere o da adottare, con eventuale indicazione, in tale ultimo caso, dei tempi previsti per la sua messa in opera.*

Struttura o persone addette all'adozione: indicare la struttura o la persona responsabili o preposte all'adozione delle misure indicate.

**Ulteriori elementi per la descrizione analitica delle misure di sicurezza (v. anche tab. 4.2)\***

*Oltre alle informazioni sopra riportate può essere opportuno compilare, per ciascuna misura, una scheda analitica contenente un maggior numero di informazioni, utili nella gestione operativa della sicurezza e, in particolare, nelle attività di verifica e controllo.*

Queste schede sono a formato libero e le informazioni utili devono essere individuate in funzione della specifica misura. A puro titolo di esempio, possono essere inserite informazioni relative a:

- la minaccia che si intende contrastare;
- la tipologia della misura (preventiva, di contrasto, di contenimento degli effetti ecc.);
- le informazioni relative alla responsabilità dell'attuazione e della gestione della misura;
- i tempi di validità delle scelte (contratti esterni, aggiornamento di prodotti, ecc.);
- gli ambiti cui si applica (ambiti fisici - un reparto, un edificio, ecc. - o logici - una procedura, un'applicazione, ecc.).

*Può essere opportuno indicare chi ha compilato la scheda e la data in cui la compilazione è terminata.*

## **Criteria e modalità di ripristino della disponibilità dei dati (regola 19.5)**

### **Contenuti**

*In questa sezione sono descritti i criteri e le procedure adottati per il ripristino dei dati in caso di loro danneggiamento o di inaffidabilità della base dati. L'importanza di queste attività deriva dall'eccezionalità delle situazioni in cui il ripristino ha luogo: è essenziale che, quando sono necessarie, le copie dei dati siano disponibili e che le procedure di reinstallazione siano efficaci. Pertanto, è opportuno descrivere sinteticamente anche i criteri e le procedure adottate per il salvataggio dei dati al fine di una corretta esecuzione del loro ripristino.*

**Informazioni essenziali (v. anche tab. 5.1)**

*Per quanto riguarda il ripristino, le informazioni essenziali sono:*

Banca dati/Data base/Archivio: indicare la banca dati, il data base o l'archivio interessati;

Criteri e procedure per il salvataggio e il ripristino dei dati: descrivere sinteticamente le procedure e i criteri individuali per il salvataggio e il ripristino dei dati, con eventuale rinvio ad un'ulteriore scheda operativa o a documentazioni analoghe;

Pianificazione delle prove di ripristino: indicare i tempi previsti per effettuare i test di efficacia delle procedure di salvataggio/ripristino dei dati adottate.

\* Da indicare facoltativamente

*Ulteriori elementi per specificare i criteri e le procedure per il salvataggio e il ripristino dei dati* (v. anche tab. 5.2)\*

Data base: identificare la banca, la base o l'archivio elettronico di dati interessati.

Criteri e procedure per il salvataggio dei dati: descrivere sinteticamente la tipologia di salvataggio e la frequenza con cui viene effettuato.

Modalità di custodia delle copie: indicare il luogo fisico in cui sono custodite le copie dei dati salvate.

Struttura o persona incaricata del salvataggio: indicare la struttura o le persone incaricate di effettuare il salvataggio e/o di controllarne l'esito.

## **Pianificazione degli interventi formativi previsti (regola 19.6)**

### **Contenuti**

In questa sezione sono riportate le informazioni necessarie per individuare il quadro sintetico degli interventi formativi che si prevede di svolgere.

### **Informazioni essenziali**

Descrizione sintetica degli interventi formativi: descrivere sinteticamente gli obiettivi e le modalità dell'intervento formativo, in relazione a quanto previsto dalla regola 19.6 (ingresso in servizio o cambiamento di mansioni degli incaricati, introduzione di nuovi elaboratori, programmi o sistemi informatici, ecc).

Classi di incarico o tipologie di incaricati interessati: individuare le classi omogenee di incarico a cui l'intervento è destinato e/o le tipologie di incaricati interessati, anche in riferimento alle strutture di appartenenza.

Tempi previsti: indicare i tempi previsti per lo svolgimento degli interventi formativi.

## **Trattamenti affidati all'esterno (regola 19.7)**

### **Contenuti**

Redigere un quadro sintetico delle attività affidate a terzi che comportano il trattamento di dati, con l'indicazione sintetica del quadro giuridico o contrattuale (nonché organizzativo e tecnico) in cui tale trasferimento si inserisce, in riferimento agli impegni assunti, anche all'esterno, per garantire la protezione dei dati stessi.

### **Informazioni essenziali**

Descrizione dell'attività "esternalizzata": indicare sinteticamente l'attività affidata all'esterno.

Trattamenti di dati interessati: indicare i trattamenti di dati, sensibili o giudiziari, effettuati nell'ambito della predetta attività.

\* Da indicare facoltativamente

*Soggetto esterno:* indicare la società, l'ente o il consulente cui è stata affidata l'attività, e il ruolo ricoperto agli effetti della disciplina sulla protezione dei dati personali (titolare o responsabile del trattamento).

*Descrizione dei criteri:* perché sia garantito un adeguato trattamento dei dati è necessario che la società a cui viene affidato il trattamento rilasci specifiche dichiarazioni o documenti, oppure assuma alcuni impegni anche su base contrattuale, con particolare riferimento, ad esempio, a:

1. trattamento di dati ai soli fini dell'espletamento dell'incarico ricevuto;
2. adempimento degli obblighi previsti dal Codice per la protezione dei dati personali;
3. rispetto delle istruzioni specifiche eventualmente ricevute per il trattamento dei dati personali o integrazione delle procedure già in essere;
4. impegno a relazionare periodicamente sulle misure di sicurezza adottate – anche mediante eventuali questionari e liste di controllo – e ad informare immediatamente il titolare del trattamento in caso di situazioni anomale o di emergenze.

## **Cifratura dei dati o separazione dei dati identificativi (regola 19.8)**

### **Contenuti**

*In questa sezione vanno rappresentate le modalità di protezione adottate in relazione ai dati per cui è richiesta la cifratura -o la separazione fra dati identificativi e dati sensibili-, nonché i criteri e le modalità con cui viene assicurata la sicurezza di tali trattamenti. Questo punto riguarda solo organismi sanitari e esercenti professioni sanitarie (regola 24).*

### **Informazioni essenziali**

*Trattamenti di dati:* descrivere i trattamenti (le banche o le basi di) dati oggetto della protezione

*Protezione scelta:* riportare la tipologia di protezione adottata, scelta fra quelle indicate dal Codice o in base a considerazioni specifiche del titolare.

*Tecnica adottata:* descrivere sinteticamente, in termini tecnici ed eventualmente organizzativi, la misura adottata. Ad esempio, in caso di utilizzo di cifratura, le modalità di conservazione delle chiavi e le procedure di utilizzo.

## Parte II Tabelle

*Per ciascuna regola sono riportate, di seguito, una o più tabelle.*

*Le istruzioni per la compilazione dei campi che le compongono è contenuta nella Parte I.*

*Per ciascuna tabella può essere indicata facoltativamente anche la data di compilazione, che può rivelarsi utile qualora la tabella sia compilata in data significativamente diversa (antecedente) rispetto alla redazione finale del DPS.*

Tab. I.1 – Elenco dei trattamenti: informazioni essenziali

Descrizione sintetica del trattamento	Natura dei dati trattati		Struttura di riferimento	Altre strutture (anche esterne) che concorrono al trattamento	Descrizione degli strumenti utilizzati
	Categorie di interessati	S			
Finalità perseguita o attività svolta					

Tab. I.2 – Elenco dei trattamenti: ulteriori elementi per descrivere gli strumenti<sup>2</sup>

Identificativo del trattamento	Eventuale banca dati	Ubicazione fisica dei supporti di memorizzazione	Tipologia di dispositivi di accesso	Tipologia di interconnessione

<sup>2</sup> Da compilare facoltativamente, collegandola alla tabella precedente, ad esempio attraverso l'identificativo.

Tab. II – Competenze e responsabilità delle strutture preposte ai trattamenti

Struttura	Trattamenti effettuati dalla struttura	Descrizione dei compiti e delle responsabilità della struttura

Tab. III – Analisi dei rischi

Rischi	Si/No	Descrizione dell'impatto sulla sicurezza (gravità: alta/media/bassa)	
Comportamenti degli operatori			
	sottrazione di credenziali di autenticazione		
	carenza di consapevolezza, disattenzione o incuria		
	comportamenti sleali o fraudolenti		
	errore materiale		
	altro evento		
	azione di <i>virus</i> informatici o di programmi suscettibili di recare danno		
	spamming o tecniche di sabotaggio		
	malfunzionamento, indisponibilità o degrado degli strumenti		
	Eventi relativi agli strumenti		
accessi esterni non autorizzati			
intercettazione di informazioni in rete			
altro evento			
Eventi relativi al contesto			
accessi non autorizzati a locali/reparti ad accesso ristretto			
sottrazione di strumenti contenenti dati			
eventi distruttivi, naturali o artificiali (movimenti tellurici, scariche atmosferiche, incendi, allagamenti, condizioni ambientali, ecc.), nonché dolosi, accidentali o dovuti ad incuria			
Eventi relativi ai sistemi complementari (impianto elettrico, climatizzazione, ecc.)			
errori umani nella gestione della sicurezza fisica			
altro evento			

Tab. IV.1 – Le misure di sicurezza adottate o da adottare

Misure	Descrizione dei rischi contrastati	Trattamenti interessati	Misura già in essere	Misura da adottare (*)	Struttura o persone addette all'adozione

(\*) Indicare eventualmente i tempi previsti per l'adozione delle misure

Tab. IV.2 – Scheda descrittiva delle misure adottate <sup>3</sup>

Scheda n.	Compilata da	Data di compilazione
Misura		
Descrizione sintetica		
Elementi descrittivi		
Data aggiornamento		

Tab. V.1 – Criteri e procedure per il ripristino della disponibilità dei dati

Ripristino	Criteri e procedure per il salvataggio e il ripristino dei dati	Pianificazione delle prove di ripristino
Banca /data base/archivio di dati		

<sup>3</sup> Da compilare facoltativamente.

Tab. V.2 – Criteri e procedure per il salvataggio dei dati <sup>4</sup>

Salvataggio		Criteri e procedure per il salvataggio	Luogo di custodia delle copie	Struttura o persona incaricata del salvataggio
Banca dati				

Tab. VI – Pianificazione degli interventi formativi previsti

Descrizione sintetica degli interventi formativi	Classi di incarico o tipologie di incaricati interessati	Tempi previsti

<sup>4</sup> Da compilare facoltativamente.

Tab. VII – Trattamenti affidati all'esterno

Descrizione sintetica dell'attività esternalizzata	Trattamenti di dati interessati	Soggetto esterno	Descrizione dei criteri e degli impegni assunti per l'adozione delle misure

Tab. VIII – Cifratura dei dati o separazione dei dati identificativi (solo per organismi sanitari ed esercenti professioni sanitarie)

Trattamenti di dati	Protezione scelta (Cifratura/Separazione)	Tecnica adottata	
		Descrizione	Informazioni utili

# Le terapie alternative dei disturbi estivi

Tiziana Di Giampietro

*Pediatra di famiglia e docente CISDO*

Durante le vacanze possono presentarsi, più che in altri periodi dell'anno, patologie legate a condizioni ambientali, ad abitudini diverse, al viaggio, agli insetti, all'esposizione ai raggi attinici, per le quali il paziente si rivolge al medico, spesso prima della partenza, chiedendo quali medicinali conviene portare appresso come primo soccorso.

In disturbi quali gli eritemi solari, le cinetosi, le diaree estive, le punture d'insetto, i piccoli traumi e le ferite superficiali, l'omeopatia può svolgere un ruolo significativo sia nella cura che nella prevenzione.

Se infatti l'uso della tecnica terapeutica omeopatica richiede una formazione specifica del medico per quel che riguarda la cura individualizzata di patologie di terreno o comunque più impegnative, il consiglio "da banco" di medicinali omeopatici da impiegare nelle patologie acute può essere tentato anche dal medico non esperto in omeopatia, sulla base delle conoscenze cliniche della patologia e considerando, in successione, alcuni fattori utili nella scelta di un rimedio che si avvicini alle modalità sintomatologiche espresse da quel paziente con quella malattia (principio di similitudine):

- *causalità* (che cosa lo ha provocato);
- *diagnosi nosologica* (diagnosi di malattia in senso classico);
- *sintomi caratteristici, particolari* (che esprimono la personale reattività del malato di fronte alla malattia);
- *modalità generali e locali* (come, quando, con che cosa i sintomi del paziente migliorano o peggiorano);
- *modificazioni psico-comportamentali dall'inizio della malattia* (vengono riferite di solito spontaneamente dal paziente o dal genitore).

## Eritema solare

È una manifestazione clinica di ipersensibilità al sole, di origine immunologica, che può essere scatenata, nei soggetti sensibili, anche da una breve esposizione ai raggi solari. La sintomatologia varia da un soggetto all'altro da un banale arrossamento della cute all'orticaria, cui possono

associarsi pomfi pruriginosi e brucianti, all'edema, alle vescicole, alla desquamazione e alla febbre.

A seconda del quadro clinico si consiglierà:

- *Apis mellifica*: eritema rosato e rilevato, formato da papule pruriginose e brucianti, dolori trafttivi o pungenti. Si ha miglioramento con applicazione locale di ghiaccio o acqua fredda. Si consiglia l'assunzione di 5 granuli alla diluizione 15 CH (mai più bassa!) ogni 30 min., diradando poi la somministrazione col miglioramento dei sintomi;
- *Muriaticum Acidum*: utile nella prevenzione e in presenza di eruzioni papulo-vescicolose, molto pruriginose e aggravate dal contatto. Alla 9 CH, cinque granuli prima di esporsi al sole o, nelle lesioni già costituite, ogni 3 ore per poi distanziare col miglioramento;
- *Belladonna*: caratteristica l'iperestesia generale, la strazione e l'irritabilità, la cute di un caldo radiante, di colore rosso vivo, con abbondanti sudorazioni e possibile associazione di febbre elevata ad esordio brusco e di convulsioni. Aggrava con la luce, il contatto e il rumore.

Alla 9 CH, ogni tre ore 5 granuli da sciogliere in bocca;

- *Urtica urens*: orticaria con prurito insopportabile che aggrava con bagni freddi. Somministrare alla 9 CH, cinque granuli ogni 3 ore.

In Fitoterapia troveranno indicazione il *Ribes nigrum m. g. 1 DH* e l'*Helichrysum rupestre TM* (composita). Entrambi hanno un'azione cortison-like priva però degli effetti collaterali dell'ormone.

Localmente utili pomate all'*Aloe*, alla *Calendula*, al *Cardiospermum*.

## Colpo di calore, insolazione

Il meccanismo termoregolatore nel bambino risponde meno prontamente di quello dell'adulto all'esposizione a calore eccessivo e, nella stagione estiva, è più facilmente provocato dall'esposizione diretta al sole, in una vettura o in una stanza surriscaldata, dopo una camminata in una giornata torrida...

Clinicamente si manifesta bruscamente, in un soggetto fino ad allora in buona salute che diviene pallido, piagnucoloso, prostrato, con occhi cerchiati dalla disidratazione, con rialzo termico, a volte con sintomi gastroenterici associati. L'evoluzione verso forme gravi (coleriformi, neurotossiche, disidratate) richiede l'ospedalizzazione. Nelle forme meno gravi il trattamento consiste nella idratazione e nel raffreddamento del bimbo cui si potranno associare:

- *Aconitum napellus*: la causalità è l'esposizione a calore estremo e secco, inizio brutale dei sintomi con ipertermia, pelle secca e arrossata senza traspirazione, sete intensa per grandi quantità d'acqua fredda, polso rapido, ansia e agitazione intensa. Alla 9 CH ogni quarto d'ora, distanziando col miglioramento. Utile anche nelle epistassi successive all'insolazione;
- *Belladonna*: inizio brusco e iperpiressia, viso rosso e congesto coperto di sudore, cefalea pulsante, iperestesia alla luce, alle scosse, al rumore, polso rapido, midriasi. Alla 9 o 15 CH ogni ora 5 grani;
- *Gelsemium sempervirens*: cefalea congestiva intensa, soprattutto posteriore, con turbe della visione, dolore dei globi oculari, stato febbrile dinamico, tremori, prostrazione, assenza di sete, viso arrossato. Alla 15 o 30 CH cinque granuli sublinguali ogni 15 minuti;
- *Glonoinum*: cefalea pulsante, congestiva, a inizio brutale, viso rosso, occhi iniettati. Aggrava col calore e migliora all'aria aperta e col fresco. Alla 7 CH, 5 granuli ogni quarto d'ora.

### Cinetosi

Sindromi neurovegetative riflesse conseguenti a sollecitazione non abituale dei canali semicircolari del sistema oto-labirintico conseguenti ad accelerazioni o decelerazioni improvvise, provocate da mezzi diversi in movimento: aereo, auto, nave, treno, giostra, altalena, ecc. La sintomatologia può variare fra: pallore, sudorazione fredda, astenia progressiva, nausea, scialorrea, vomito, vertigini, cefalea, lipotimia. Più colpiti i bimbi sopra i due anni con una certa predisposizione familiare. A seconda del quadro clinico si utilizzano i seguenti medicinali omeopatici:

- *Cocculus indicus*: indicato in presenza di astenia intensa, irritabilità, vertigini, nausea e vomito da cambiamento di fuso orario, da veglie prolungate, da movimenti passivi. Aggrava col freddo e il fumo di tabacco, migliora con l'immobilità, il caldo, la posizione allungata. Somministrare alla 7 CH prima della partenza e durante il viaggio ogni mezz'ora;
- *Petroleum*: nausea, vomiti, vertigini, migliorate col caldo, il riposo e mangiando. Aggravate dal freddo. Posologia : alla 7 CH al ritmo dei sintomi;

- *Tabacum*: nausea e vomiti, pallore del viso, sudori freddi, scialorrea, senso di vuoto gastrico e di svenimento. Il soggetto migliora all'aria aperta e chiudendo gli occhi, peggiora al caldo e al minimo movimento. Posologia: come *Cocculus*.

### Le punture d'insetto

La lesione cutanea causata da puntura di zanzare, api, vespe o altri insetti può presentarsi sotto forme diverse (papula eritematosa, pomfo con emorragia centrale, vescicola con contenuto limpido o emorragico). Possono associarsi prurito e, localmente, dolore. Nei soggetti immunologicamente sensibili possono insorgere complicanze più o meno gravi, locali o generali (edema orticarioide, dispnea con edema alla glottide, fino allo shock anafilattico), sovrainfezioni batteriche, febbre, malessere generale, manifestazioni emorragiche. L'omeopatia può controllare la sintomatologia e ridurre le complicanze. A seconda del quadro i medicinali d'uso più frequente sono i seguenti:

- *Apis Mellifica*: papule rilevate o pomfi edematosi di colore roseo, pruriginosi e con sensazione dolorosa di punture di aghi, brucianti, migliorato da applicazioni locali fredde (ghiaccio). Si consiglia l'assunzione di tre granuli alla 15 CH ogni trenta minuti fino a miglioramento dei dolori;
- *Ledum palustre*: la zona punta si presenta pallida, edematosa, fredda, con dolore locale, non irradiato e parestesie. Aggravato dal calore, migliorato da applicazioni fredde. Si assumono 3 granuli alla 7 CH subito dopo essere stati punti e poi ogni ora fino a risoluzione del quadro.

Come prevenzione 5 granuli mattino e sera nel periodo di massimo rischio di punture d'insetti.

Utile anche nelle ferite con oggetti appuntiti.

### Piccoli traumi

Tra le lesioni indotte da un'azione violenta esterna consideriamo le distorsioni, le contusioni e gli ematomi.

Nelle distorsioni (perdita momentanea dei rapporti articolari) si riconoscono due fasi, quella acuta e quella della riabilitazione, che corrispondono a due medicinali diversi:

- *Ruta graveolens*: indicata nella fase acuta quando sono presenti dolore, senso di contrazione e retrazione tendinea, peggiorata dal riposo e migliorata dalle applicazioni calde. Si consiglia alla 9 CH, 5 granuli quattro volte al giorno per alcuni giorni;
- *Rhus toxicodendron*: consigliato in fase di riabilitazione quando l'articolazione appare rigida a riposo e all'inizio del movimento ma migliora col movimento continuo e progressivo.

Alla 15 CH, cinque granuli due volte al dì per tutta la durata della fase di riabilitazione.

Nelle contusioni e negli ematomi i medicinali vengono distinti a seconda della localizzazione e del tipo di danno:

- *Arnica montana*: definito “la regina dei traumi”, indicata quando la parte colpita risulta edematosa, con presenza o meno di ematoma, con dolore contusivo aggravato al contatto, dal movimento, migliorato dal riposo. Assumere alla diluizione 9 CH, cinque granuli ogni ora diradando col miglioramento dei sintomi;
  - *Hypericum perforatum*: indicato in caso di contusione ad un nervo periferico (trauma ad un polpastrello) con dolore intollerabile, lancinante, lungo il decorso del nervo in direzione centripeta, aggravato dal minimo contatto. Si consiglia la diluizione 30 CH, cinque granuli ogni ora, fino al controllo del dolore;
  - *China rubra*: in presenza di vasti ematomi con profusa perdita emorragica, tali da provocare profonda astenia, pallore, turbe visive e acufeni. Alla 9 CH, cinque granuli ogni tre ore, fino alla scomparsa dei sintomi.
- Nelle ferite il medicinale omeopatico viene scelto in base al tipo di lesione cutanea della quale accelera la risoluzione:
- *Arnica montana*: ferite lacerate contuse;
  - *Ledum palustre*: ferite da punta;
  - *Staphysagria*: ferite da taglio a bordi netti (chirurgiche, coltelli).

### Diarree estive

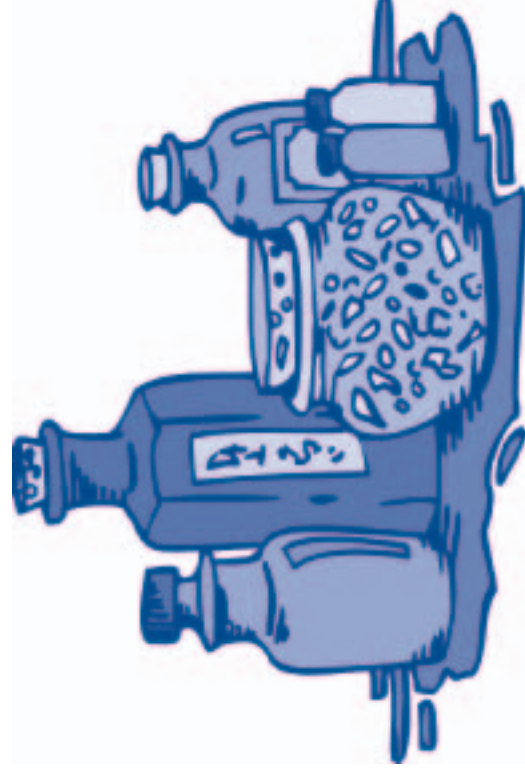
Le diarree estive sono spesso dovute a tossinfezioni ali-

mentari legate alle temperature, o a ingestione di cibi troppo freddi, grassi o acerbii. Il medicinale omeopatico viene scelto secondo il quadro clinico e la causalità:

- *Arsenicum album*: gastroenterite acuta da intossicazione alimentare (acqua, carne, pesce avariato) in presenza di vomito, diarrea coleriforme, feci acquose escorianti l'ano, brucianti, fetide; astenia, sudorazione, febbre e sete di piccole quantità d'acqua, freddolosità, aggravamento dall'una alle tre di notte, miglioramento col calore (bevande e applicazioni locali). Il malato alterna agitazione e prostrazione;
- *Antimonium crudum*: diarrea estiva semiliquida fram-mista a cibo indigerito dopo un pasto abbondante e grasso, dopo frutta acerba, dopo bagno freddo o colpo di calore. Si associano pienezza gastrica postprandiale, eruttazioni, lingua con patina spessa bianca. Migliora col caldo sull'addome;
- *China rubra*: diarrea indolore, meteorismo e intensa astenia, feci scure contenenti materiale indigerito e flatulenza fetida. Insorgenza notturna, dopo pasti di latte, frutta, pesce. Il paziente suda e ha sete;
- *Podophyllum peltatum*: diarrea estiva “del turista”, da intossicazione alimentare, da frutta acerba.

La diarrea è profusa, acquosa, fetida, giallastra, esplosiva, a getto, preceduta da dolori e borborigmi, seguita da tenesmo rettale, grande astenia, fino a lipotimia e sensazioni di vuoto. Aggrava alle 4 di notte e migliora stando coricati sull'addome. Sete d'acqua fredda. Cefalea.

Tutti i medicinali vanno assunti alla diluizione 9 CH, cinque granuli al ritmo delle scariche.



# La solitudine Gioie e dolori

di Nicole Fabre

(Edizioni Magi)

Ci sono singles per scelta ma anche persone che vivono con disagio un isolamento che li annienta. La solitudine è una condizione, uno stato d'animo che interessa un numero sempre più elevato di persone. Tutte accomunate da una domanda: "Perché quando sono da solo mi sento in prigione, e quando sono con altre persone mi sembra che siano loro a imprigionarmi?".

*La solitudine. Gioie e dolori* di Nicole Fabre, appena pubblicato dalle Edizioni Magi nella *Collana Lecturae*, cerca di approfondire l'angoscia legata all'isolamento – sempre più diffuso e quasi paradossale nell'epoca della comunicazione globale – ricercandone motivazioni e sfumature al di là di facili luoghi comuni.

L'autrice, psicoanalista e psicoterapeuta dell'infanzia, analizza i vissuti legati alla condizione di essere soli e separati, non solo a causa della crisi delle famiglie, ma anche in seguito a trasferimenti e traslochi.

La solitudine fa soffrire bambini e adulti, donne e uomini che si trovano senza "rete", senza radici e punti di riferimento, ma anche chi vive in famiglia o all'interno di una coppia.

Nicole Fabre passa in rassegna le cause e le implicazioni profonde della solitudine, che può essere subita e combattuta con la ricerca di legami illusori, ma anche desiderata e ricercata.

Stare da soli è essenziale "per raccogliere tutti i frammenti dispersi del nostro io" e "la solitudine è feconda e ci rende capaci di essere noi stessi quando stiamo in mezzo agli altri". Anche se non possiamo dimenticare che l'angoscia di abbandono ci rimanda alla separazione della nascita, il primo distacco a cui il bambino deve far fronte in base alle teorie psicoanalitiche.

Al lettore non resta, infine, che riflettere su quanto diceva l'imperatore Marco Aurelio, saggio e filosofo: "Nessun luogo è per l'uomo rifugio più pacifico e più lontano dalle preoccupazioni della propria anima, soprattutto se egli ha dentro di sé quelle cose che donano felicità solamente a pensarle; per felicità non intendo nient'altro che l'ordine armonioso. Concediti dunque regolarmente questo rifugio e rigenerati".

Rita Proto



# Xyzal®

ROGAEOS LEVOCETIRIZINA BMS

- 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE.** Xyzal 5 mg compresse rivestite con film.
- 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ogni compressa rivestita con film contiene 5 mg di levocetirizina dicloridrato. Per gli eccipienti, si veda 6.1.
- 3. FORMA FARMACEUTICA.** Compressa rivestita con film. Compressa rivestita con film di colore da bianco a biancastro, ovale, con un logo ad Y su di un lato.

#### 4. INFORMAZIONI CLINICHE.

**4.1 Indicazioni terapeutiche.** Levocetirizina è indicata per il trattamento dei sintomi associati agli stati allergici, quali: Rinite allergica stagionale (compresi i sintomi oculari); Rinite allergica perenne; Orticaria cronica idiopatica.

**4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Le compresse devono essere assunte per via orale e deglutite intere con l'aiuto di un liquido. Possono essere assunte con o senza cibo. Si raccomanda di assumere la dose giornaliera in una singola somministrazione.

*Adulti e adolescenti al di sopra dei 12 anni:* La dose giornaliera raccomandata è di 5 mg (1 compressa).

*Arziani:* E' opportuna una riduzione del dosaggio nei pazienti anziani con insufficienza renale da moderata a grave (si veda Pazienti con insufficienza renale più sotto).

*Bambini tra sei e dodici anni di età:* La dose giornaliera raccomandata è di 5 mg (1 compressa). Per bambini di età inferiore a sei anni non è possibile attualmente un adattamento del dosaggio.

*Pazienti con insufficienza renale:* La frequenza dei dosaggi deve essere individualizzata in base alla funzionalità renale. Per adattare il dosaggio si faccia riferimento alla tabella che segue. Per utilizzare la tabella occorre fare riferimento al valore di clearance della creatinina (CLcr) del paziente espresso in ml/min. Il valore CLcr (ml/min) può essere ricavato a partire dal livello di creatinina sierica (mg/dl) in base alla seguente formula:

$$\frac{[140 - \text{età (anni)}] \times \text{peso (kg)}}{72 \times \text{creatinina sierica (mg/dl)}} \quad (\times 0,85 \text{ per donne})$$

Adattamento del dosaggio per i pazienti con insufficienza renale:

Gruppo	Clearance della creatinina (ml/min)	Dose e frequenza
Normale	≥ 80	1 compressa una volta al giorno
Lieve	50 - 79	1 compressa una volta al giorno
Moderata	30 - 49	1 compressa una volta ogni 2 giorni
Severa	< 30	1 compressa una volta ogni 3 giorni
Malattia renale allo stadio terminale - Pazienti dializzati	< 10	Controindicato

*Pazienti con insufficienza epatica:* Non è necessario un adattamento del dosaggio nei pazienti affetti da sola insufficienza epatica. Nel caso di pazienti con insufficienza epatica e renale, è necessario adattare il dosaggio (si veda Pazienti con insufficienza renale più sopra).

*Durata del trattamento:* La durata del trattamento dipende dal tipo, dalla durata e dall'andamento dei disturbi. Per la febbre da fieno, sono sufficienti 3-6 settimane, e, in caso di esposizione di breve durata al polline, è in genere sufficiente anche una sola settimana. Attualmente sono disponibili, per levocetirizina in compresse rivestite da 5 mg, dati clinici relativi al trattamento per 4 settimane. Sono comunque disponibili dati clinici relativi al trattamento con il racemo: fino a un anno in pazienti con orticaria cronica e rinite allergica persistente e fino a 18 mesi in pazienti affetti da prurito associato a dermatite atopica.

**4.3 Controindicazioni.** Precedenti di ipersensibilità alla levocetirizina o ad un altro dei costituenti della formulazione o ad un qualunque derivato piperazinico. Levocetirizina è controindicato in pazienti con insufficienza renale grave con valore di clearance della creatinina inferiore a 10 ml/min.

**4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Non si consiglia l'utilizzo di Xyzal nei bambini con età inferiore a sei anni, dal momento che le attuali compresse rivestite non consentono l'adattamento del dosaggio. Si raccomanda cautela nell'assunzione di alcol (si veda Interazioni). Il medicinale non deve essere assunto da pazienti con rari problemi di tipo ereditario di intolleranza al galattosio, insufficienza dell'enzima Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio.

**4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Non sono stati effettuati studi di interazione con levoce-

tirizina (inclusi studi con induttori CYP3A4); studi effettuati con il racemo cetirizina avevano dimostrato l'assenza di interazioni avverse, rilevanti dal punto di vista clinico (con pseudoefedrina, cimetidina, ketoconazolo, eritromicina, azitromicina, glicipide e diazepam). In uno studio a dosi ripetute con teofilina (400 mg una volta al giorno), è stata osservata una lieve diminuzione (16%) nella clearance della cetirizina, mentre la disponibilità di teofilina non era alterata dalla concomitante somministrazione di cetirizina. La presenza di cibo non riduce l'entità dell'assorbimento di levocetirizina, anche se ne diminuisce la velocità. In pazienti sensibili, l'assunzione contemporanea di cetirizina o levocetirizina e alcol o altri depressori del SNC può causare l'insorgenza di effetti a carico del sistema nervoso centrale, sebbene sia stato dimostrato che il racemo cetirizina non potenzia gli effetti dell'alcol.

**4.6 Gravidenza e allattamento.** Gravidenza: Dati su un numero limitato di gravidanze esposte al trattamento non indicano effetti avversi della cetirizina sulla gravidanza o sulla salute del feto o del neonato. Sinora non sono disponibili altri dati rilevanti di tipo epidemiologico. Per levocetirizina non sono disponibili dati clinici su gravidanze esposte al trattamento. Studi sugli animali non indicano effetti pericolosi diretti o indiretti sulla gravidanza, lo sviluppo embrionale/fetale, sul parto o sullo sviluppo post-natale (si veda 5.3). Si deve usare cautela nel prescrivere a donne in gravidanza.

**Allattamento:** E' prevedibile che levocetirizina sia escreta nel latte materno. Quindi durante l'allattamento il suo utilizzo non è raccomandato e deve essere preso in considerazione solo se i benefici attesi per la madre sono superiori a qualsiasi rischio teorico per il figlio.

**4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Nel corso di studi clinici comparativi non sono emersi dati che dimostrino che levocetirizina, alla dose raccomandata, riduca il grado di vigilanza, la capacità di reazione o la capacità di guidare. Tuttavia i pazienti che devono guidare, effettuare attività potenzialmente pericolose o usare macchinari, non devono superare i dosaggi indicati e devono tenere presente la personale risposta al farmaco. Nei pazienti sensibili, l'uso concomitante di alcol o altri depressori del SNC, può provocare una ulteriore riduzione della vigilanza e compromissione della performance. Vedi anche sezione.

**4.8 Effetti indesiderati.** Durante gli studi di attività terapeutica, effettuati su uomini e donne di età compresa tra 12 e 71 anni, il 15,1% dei pazienti trattati con levocetirizina 5 mg ha manifestato almeno una reazione avversa, rispetto all'11,3% riscontrato nel gruppo di pazienti trattati con placebo. Nel 91,6% dei casi le reazioni avverse erano lievi o moderate. Negli studi clinici, la percentuale di pazienti che ha dovuto interrompere il trattamento a causa degli effetti indesiderati è risultata dell'1,0% (9/935) con 5 mg di levocetirizina e dell'1,8% (14/771) con placebo. Gli studi clinici terapeutici con levocetirizina hanno coinvolto 935 soggetti esposti al farmaco alla dose raccomandata di 5 mg al giorno. Di seguito si riporta l'incidenza di reazioni avverse riscontrata in percentuale uguale o superiore all'1% (comuni: >1/100, <1/10) nei pazienti trattati con levocetirizina 5 mg o con placebo:

Termine standard (WHOART)	Placebo (n = 771)	Levocetirizina 5 mg (n = 935)
Cefalea	25 (3,2%)	24 (2,6%)
Sonnolenza	11 (1,4%)	49 (5,2%)
Secchezza delle fauci	12 (1,6%)	24 (2,6%)
Affaticamento	9 (1,2%)	23 (2,5%)

Sono state osservate altre reazioni avverse non comuni (non comuni: >1/1000, <1/100) quali astenia e dolori addominali. L'incidenza di reazioni avverse di tipo lievemente sedativo, quali sonnolenza, affaticamento e astenia è risultata complessivamente più frequente (8,1%) in seguito a trattamento con levocetirizina 5 mg rispetto al trattamento con placebo (3,1%).

**4.9 Sovradosaggio.** a) Sintomi: Sintomi di sovradosaggio possono comprendere sonnolenza negli adulti ed inizialmente agitazione ed irrequietezza, seguita da sonnolenza nei bambini.

b) Trattamento del sovradosaggio: Non è noto un antidoto specifico alla levocetirizina. In caso di sovradosaggio, si raccomanda un trattamento sintomatico e di supporto. La lavanda gastrica deve essere presa in considerazione se è passato poco tempo dall'ingestione. L'emodialisi non risulta efficace per eliminare levocetirizina.

## 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.

**5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Gruppo farmacoterapeutico: antiistaminici per uso sistemico, derivato piperazinico, codice ATC: R06A E09 Levocetirizina, l'enantiomero (R) della cetirizina, è un antagonista potente e selettivo dei recettori H1 periferici. Gli studi di binding hanno indicato che levocetirizina è dotata di alta affinità per i recettori H1 umani (Ki = 3,2 nmol/l). L'affinità di levocetirizina è doppia rispetto a quella di cetirizina (Ki = 6,3 nmol/l). Levocetirizina si dissocia dai recettori H1 con una emivita di 115 ± 38 min. Gli studi di farmacodinamica condotti nel volontario sano hanno dimostrato che levocetirizina esercita un'attività comparabile a cetirizina a livello cutaneo e nasale, ma con un dosaggio dimezzato. Studi *in vitro* (tecniche delle camere di Boyden e degli strati di cellule) mostrano che levocetirizina inibisce la migrazione transendoteliale di eosinofili indotta da eotassina sia nel derma sia nel tessuto polmonare. In uno studio sperimentale di farmacodinamica *in vivo* (tecnica "skin chamber") in 14 pazienti adulti, durante le prime 6 ore della reazione indotta da polline, sono stati evidenziati tre effetti inibitori principali di levocetirizina 5 mg in confronto con placebo: inibizione del rilascio di VCAM-1, modulazione della permeabilità vascolare e una riduzione del reclutamento di eosinofili.

**Relazione farmacocinetica/farmacodinamica:** 5 mg di levocetirizina provocano un grado di inibizione del pomfo e dell'arrossamento indotto da istamina simile a 10 mg di cetirizina. Come per la cetirizina, l'azione sulle reazioni cutanee indotte dall'istamina non era correlata con le concentrazioni plasmatiche. L'analisi dell'ECC non ha evidenziato effetti degni di nota di levocetirizina sull'intervallo QT.

**5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La farmacocinetica di levocetirizina è lineare con la dose e indipendente dal tempo, con una bassa variabilità tra soggetti. Il profilo farmacocinetico è lo stesso quando dato come singolo enantiomero o come cetirizina. Durante i processi di assorbimento ed eliminazione non si manifesta inversione chirale.

**Assorbimento:** Levocetirizina somministrata per via orale viene assorbita in modo rapido ed esteso. Il picco di concentrazione plasmatica è raggiunto 0,9 ore dopo la somministrazione. Dopo due giorni di trattamento si raggiungono i livelli di steady state. A seguito di somministrazione singola o ripetuta di 5 mg u.i.d., mediamente si raggiungono picchi di concentrazione di 270 ng/ml e 308 ng/ml rispettivamente. Il grado di assorbimento non dipende dalla dose e non viene modificata dall'assunzione di cibo, ma la concentrazione del picco è ridotta e ritardata.

**Distribuzione:** Non sono disponibili dati di distribuzione tissutale nell'uomo. Levocetirizina risulta legata alle proteine plasmatiche nella percentuale del 90%. La distribuzione di levocetirizina è limitata, come indicato dal volume di distribuzione che risulta di 0,4 l/kg.

**Biotrasformazione:** Nell'uomo l'entità del metabolismo di levocetirizina è inferiore al 14% della dose; pertanto si ritiene che siano trascurabili le differenze che possono manifestarsi in seguito a polimorfismo genetico o alla concomitante assunzione di inibitori enzimatici. Le vie metaboliche comprendono l'ossidazione aromatica, la N- e O- deacilazione e la coniugazione con taurina. Le vie deacilative sono mediate principalmente dal CYP 3A4, mentre per l'ossidazione aromatica entrano in gioco varie e/o non identificate isoforme di CYP. Levocetirizina non modifica l'attività degli isoenzimi CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 e 3A4 a concentrazioni di molto superiori alla massima concentrazione che si raggiunge nel plasma dopo una somministrazione orale di 5 mg. Pertanto lo scarso metabolismo e l'assenza di potenziale inibitorio sul metabolismo, rendono improbabile l'interazione di levocetirizina con altre sostanze, o viceversa.

**Eliminazione:** L'emivita plasmatica negli adulti è risultata di  $7,9 \pm 1,9$  ore. Il valore medio della clearance corporea totale apparente è risultato di 0,63 ml/min/kg. La via di escrezione principale della levocetirizina e dei metaboliti è quella urinaria, attraverso la quale viene eliminata una media dell' 85,4% della dose somministrata. L'escrezione media per via fecale è risultata soltanto del 12,9% della dose. Levocetirizina è escreta sia per filtrazione glomerulare che per secrezione tubulare attiva.

**Insufficienza renale:** La clearance corporea apparente di levocetirizina è correlata alla clearance della creatinina. Pertanto si raccomanda di modificare l'intervallo tra i dosaggi di levocetirizina, in base alla clearance della creatinina, nei pazienti con insufficienza renale di grado moderato o severo. Nei soggetti con anuria da insufficienza renale allo stadio terminale, la clearance corporea totale risulta ridotta dell'80% circa rispetto ai soggetti normali. La quantità di levocetirizina eliminata durante un ciclo standard di emodialisi di 4 ore, è risultata inferiore al 10%.

**5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Non emergono particolari rischi per gli esseri umani dai dati preclinici basati su studi convenzionali di sicurezza farmacologica, tossicità per dosi ripetute, genotossicità, potenziale carcinogenico e tossicità riproduttiva. Nel cane non sono state rilevate alterazioni dell'intervallo QT dopo 3 mesi di somministrazione orale di levocetirizina. Nel cane a seguito di perfusione endovenosa con alte dosi, non sono stati rilevati effetti sulla durata del potenziale d'azione monofasico intramiocardico del ventricolo sinistro o sulla dispersione o sulla durata dell'intervallo QT e non si sono verificate né aritmie né torsades de pointes.

## 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.

### 6.1 Elenco degli eccipienti.

**Nucleo:** cellulosa microcristallina, lattosio monoidrato, silice colloidale anidra, magnesio stearato.

**Rivestimento:** Opadyr® Y-1-7000 composto da: ipromellosa (E464), titanio diossido (E 171), macrogol 400.

### 6.2 Incompatibilità. Non applicabile.

### 6.3 Periodo di Validità. Tre anni.

### 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione. Nessuna speciale precauzione per la conservazione.

**6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister di alluminio - OPA/Alluminio/PVC. Confezione da 4, 7, 10, 2 x 10, 10 x 10, 14, 15, 20, 21, 28, 30, 40, 50, 60, 70, 90, 100 compresse. Non tutte le confezioni potrebbero essere commercializzate.

### 6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione (e per lo smaltimento). Nessun speciale requisito.

**7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** UCB Pharma S.p.A., Via Praglia 15, I-10044 Pianezza (TO) Italia.

## 8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE (DELLE AUTORIZZAZIONI) ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.

Confezione da 4 compresse A.I.C. 035666015/M;

Confezione da 7 compresse A.I.C. 035666027/M;

Confezione da 10 compresse A.I.C. 035666039/M;

Confezione da 2 X 10 compresse A.I.C. 035666041/M;

Confezione da 10 X 10 compresse A.I.C. 035666054/M;

Confezione da 14 compresse A.I.C. 035666066/M;

Confezione da 15 compresse A.I.C. 035666078/M;

Confezione da 20 compresse A.I.C. 035666080/M;

Confezione da 21 compresse A.I.C. 035666092/M;

Confezione da 28 compresse A.I.C. 035666104/M;

Confezione da 30 compresse A.I.C. 035666116/M;

Confezione da 40 compresse A.I.C. 035666128/M;

Confezione da 50 compresse A.I.C. 035666130/M;

Confezione da 60 compresse A.I.C. 035666142/M;

Confezione da 70 compresse A.I.C. 035666155/M;

Confezione da 90 compresse A.I.C. 035666167/M;

Confezione da 100 compresse A.I.C. 035666179/M.

## 9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE. 27 Maggio 2003.

## 10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO. Gennaio 2004.

# Scuola di omeopatia clinica

Spescola DBB Huis

## Corsi di formazione per i Medici 2004-2005

CISDO è il centro studi impegnato dal 1980 nell'aggiornamento di medici e farmacisti sull'Omeopatia. Un corso triennale CISDO fornisce una strategia terapeutica in più, per dare una risposta competente e professionale alla richiesta di Omeopatia dei tuoi pazienti.

### Corso base annuale

10 seminari (ottobre - giugno)

Sedi: **Bari, Bologna,  
Firenze, Milano, Palermo,  
Roma, Torino, Venezia.**

### Corso avanzato biennale

10 seminari (ottobre - giugno)

Sedi: **Bari, Bologna,  
Firenze, Milano, Roma,  
Torino, Venezia.**

**[www.cisdo.it](http://www.cisdo.it)**

**Termine ultimo per le iscrizioni 3.9.2004**



### I Diplomi CISDO.

**Per rispondere con competenza alla crescente richiesta di omeopatia.**

Per maggiori informazioni, contatta il numero verde

**800-017348**

**(lun.-gio. ore 10.00-13.00, 14.00-16.00  
ven. ore 10.00-13.00)**

o la segreteria al numero 02.926814.276/277  
oppure [medici@cisdo.it](mailto:medici@cisdo.it)



Centro Italiano  
di Studi e di  
Documentazione  
in Omeopatia