

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
a s s o c i a z i o n e c u l t u r a l e p e d i a t r i
www.acp.it

A pagina 6 Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia



5 Questo numero 6 Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia. Parte prima
20 Congresso ACP 2003 21 Dopo il congresso di Roma 22 Pediatri e libri
in Italia e Stati Uniti 22 Nati per leggere in Emilia Romagna 23 Libri per
bambini piccoli 23 Lettere a Nati per leggere 25 Era mio padre di Sam Mendes
26 Tanto rumore per nulla 27 Questionario di gradimento 30 Libri. Pace al
Serpente e al popolo dei Topi 30 Il manifesto dell'acqua 31 Bambini nella
pittura 31 L'orda 32 La riforma Moratti per l'Università 32 Pubblicità e
pubblicità 32 Furba l'ISTAT 32 Visite domiciliari in Europa 32 Non ci interessa
32 Africa: no e si ai cereali geneticamente modificati 33 La Nestlè fa causa
all'Etiopia 33 Unione Europea e diritti dell'infanzia 34 Lettere: I pediatri
e i panettoni 35 Lettere: Noi, l'ACP e i gruppi locali 36 Farmaci per i
bambini d'Europa 36 Non solo nanna e pappa 38 Il valore intangibile della
vaccinazione 41 Ricerca di evidenze o perdita di tempo? 43 L'esplorazione
rettale: quando e come 44 Corsi di formazione 45 Le cinture di sicurezza e
il trasporto del bambino in auto 49 Il caso della fibrosi cistica 50 No comment

gennaio-febbraio 2003 vol X n° 1

spedizione in abb postale - 45%Art 2, Comma 20/B L 662/96 filiale di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

Speciale

- 6** Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia.
Parte prima
*Anna Macaluso, Silvia Pivetta,
Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini*
- 8** **SEZIONE I MORTALITÀ**
Mortalità infantile
Mortalità 1-14 anni
Mortalità 15-24 anni
Considerazioni di insieme
- 11** **SEZIONE II MORBOSITÀ**
Disabilità
Asma
Tumori
Altre patologie croniche
Sovrappeso e obesità
HIV-AIDS
Salute mentale
Abuso e maltrattamento
Gravidanze e IVG
Incidenti sul lavoro
Considerazioni di insieme
- 16** **SEZIONE III DETERMINANTI**
Determinanti primari
Natalità e fertilità
Diseguaglianze socio-economiche
Determinanti secondari
Taglio cesareo
Prematurità e basso peso
Allattamento al seno
Fumo di tabacco
Abuso di sostanze
Salute ambientale
Salute riproduttiva
Condizioni di salute autoriferite
e rapporto con i servizi sanitari
tra gli adolescenti
Considerazioni di insieme

ACP News

- 21** Dopo il congresso di Roma
Comitato editoriale di Quaderni acp

Nati per leggere

- 22** Pediatri e libri in Italia e Stati Uniti
- 22** Nati per leggere in Emilia Romagna
- 23** Libri per bambini piccoli
- 23** Lettere a Nati per leggere

Film

- 25** Era mio padre di Sam Mendes *Italo Spada*

Attualità

- 26** Tanto rumore per nulla? *Nicola D'Andrea*

- 27** Indagine sul gradimento di Quaderni acp

Libri

- 30** Pace al Serpente e al popolo dei Topi
Thèodore Monot
- 30** Il manifesto dell'acqua
Riccardo Petrella
- 31** Bambini nella pittura
Marie Christine Autin Graz
- 31** L'orda
Gian Antonio Stella

Info

- 32** La riforma Moratti per l'Università
- 32** Pubblicità e pubblicità
- 32** Furba l'ISTAT
- 32** Visite domiciliari in Europa
- 32** Non ci interessa
- 32** Africa: no e sì
ai cereali geneticamente modificati
- 33** La Nestlè fa causa all'Etiopia
- 33** Unione Europea e diritti dell'infanzia

Lettere

- 34** I pediatri e i panettoni *Costantino Panza*
- 35** Noi, l'ACP e i gruppi locali *Angelo Spataro*

Congressi controlloce

- 36** Farmaci per bambini d'Europa *mb*
- 36** Non solo nanna e pappa *Federica Zanetto*

38 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 38** Il valore intangibile della vaccinazione
Rino Rappuoli, Henry Miller, Stanley Falkow

Leggere e fare

- 41** Ricerca di evidenze o perdita di tempo?
Giancarlo Biasini

Saper fare

- 43** L'esplorazione rettale: quando e come
Miris Marani

Il punto su

- 45** Le cinture di sicurezza
e il trasporto del bambino in auto
Giancarlo della Valle

Medici e pazienti

- 49** Il caso della fibrosi cistica
Samantha Hillyard, Giuseppe Magazzù

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
associazione culturale pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Michele G. Angemi
Stefania Manetti
Paolo Siani
Francesca Siracusano

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
storia della medicina

Francesco Ciotti
scuola e società

Giuseppe Cirillo
salute pubblica

Anna Grazia Giulianelli
editoria per bambini e ragazzi

Luisella Grandori
vaccini

Italo Spada
film per ragazzi

Lucio Piermarini
un po' per gioco

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito

<http://www.quaderniacp.it>
e-mail: red@quaderniacp.it

Indirizzi

Amministrazione
Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401 Fax 0783599149
e-mail: fdessi@tin.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10 47023 Cesena
Tel. e Fax 054729304
e-mail: gcbias@tin.it

Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel. 3332562649, Fax 0792594096
e-mail: notes@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: dima@interoffice.it

La rivista è suddivisa in due sezioni: La prima pubblica, oltre a notizie sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie. La seconda, di ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

Abbonamenti: € 75

Quaderni acp è pubblicazione iscritta nel Registro Nazionale della Stampa n° 8949

© Associazione Culturale Pediatri
ACP edizioni No Profit

Norme redazionali

Su **Quaderni acp** possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra.

I lavori per la rubrica "RICERCA" saranno sottoposti al giudizio di un revisore.

Il commento del revisore sarà risottoposto agli AA. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata.

Si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano.

Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori, le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione.

Chi non accetta la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, all'area delle cure primarie e all'attività di base delle unità operative ospedaliere.

I testi dovranno essere strutturati in obiettivi, metodi, risultati, discussione e conclusioni; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute); in casi eccezionali da concordare con la direzione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure.

Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo.

Gli AA dovranno fornire anche un riassunto di 800 battute.

Il riassunto deve essere strutturato in obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni.

Devono essere indicate da due a sei parole chiave.

La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus.

Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.*

Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette.

La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia**6 Parte prima: lo stato di salute**

Una buona parte di questo numero è dedicato al Rapporto del Centro per la Salute del Bambino sullo stato di salute del bambino in Italia nella versione presentata al XIV Congresso dell'ACP di Roma (10-12 ottobre 2002). È materiale di lettura, di documentazione e di consultazione, che sarà continuamente aggiornato su www.salutedelbambino.it/rapporto.html.

Il rapporto analizza i dati disponibili per tracciare un quadro sintetico dello stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, allo scopo, soprattutto, di individuare le maggiori criticità (parte prima) e gli interventi prioritari (cui è dedicata la seconda parte del rapporto, in pubblicazione sul prossimo numero di *Quaderni*). Per quanto riguarda i dati relativi alla mortalità

le aree critiche sono due: l'elevata mortalità neonatale nelle regioni del Sud (5,3 per mille in media, contro 4,2 al Centro e 3,1 al Nord) e l'elevata mortalità nel gruppo etario 15-24 anni al Nord, in gran parte dovuto ad incidenti (61,9 contro 48,7 per 100.000 al Sud). In entrambi i casi, il dato è significativamente peggiore della media sia italiana che europea. È degno di nota il fatto che l'eccesso di mortalità nel primo anno di vita nel Sud è compensato dalla più alta mortalità nel gruppo 15-24 anni al Nord sicché la probabilità di sopravvivenza fino a 25 anni è la stessa al Nord ed al Sud.

Per quanto riguarda il quadro delle disabilità e delle condizioni croniche, i problemi emergenti con trend temporale in ascesa sono l'asma (10% nell'età scolare) e, soprattutto, l'obesità (prevalenza a 13 anni del 9-13% utilizzando il criterio del Body Mass Index). La priorità è costituita dall'area della salute mentale con una prevalenza di problemi, molto articolati e di diversa severità, ma che nel loro complesso arrivano ad interessare fino al 16% dei ragazzi in età adolescenziale.

Per quanto riguarda i determinanti e i fattori di rischio, c'è da registrare innanzitutto una persistente disuguaglianza negli esiti di salute (quantificabile intorno ad aumento di rischio di 1,5-2 volte per la gran parte degli esiti considerati). Inoltre desta preoccupazione che: la quota di neonati di basso peso (6%) e soprattutto di peso molto basso (intorno all'1%) non accenna a calare; dagli anni 90 c'è stato un aumento di giovani fumatori soprattutto tra le ragazze; il 5% degli adolescenti usa ecstasy o altre "droghe da discoteca".

Priorità e piani operativi vengono discussi sulla base di questi dati, delle evidenze di efficacia e della evoluzione in atto nel sistema sanitario, nella seconda parte del rapporto, che presenta anche gli indicatori di salute del bambino proposti da un progetto della Comunità Europea, e le principali fonti accessibili di dati sanitari.

ACP News**21 Dopo il congresso di Roma**

Dopo il congresso di Roma alcuni colleghi hanno inviato una lettera al presidente dell'ACP. La lettera trattava anche argomenti che riguardano *Quaderni acp*: problemi economici e problemi di gradimento della rivista. Il comitato editoriale di *Quaderni* ha cercato di dare risposta ai primi

ed ha lanciato su questo stesso numero un questionario per valutare il gradimento e le richieste dei lettori nei riguardi della rivista che può essere compilato su carta o sul web (acp.it).

Nati per leggere**22 La diffusione del progetto**

In questo numero pubblichiamo il punto della situazione generale del progetto in Italia e negli USA a fine 2001. Vi sono anche le più recenti notizie sul progetto che continua a crescere ed a diffondersi con progetti e corsi di aggiornamento in tutta Italia. Continuiamo a raccogliere testimonianze della sua diffusione ed a pubblicare indicazioni bibliografiche e lettere dei nostri lettori sul progetto.

Film**25 L'errore di idealizzare la figura paterna**
"Era mio padre" di Sam Mendes

Il tema della difficoltà del rapporto tra padre e figlio, ancora più complesso se nel momento critico della maturazione e della acquisizione di una identità autonoma, un ragazzo viene a scoprire che la figura amata e idealizzata non è degna di stima; una tragedia talmente grande da fare tramutare l'amore per il proprio padre naturale o spirituale, in odio.

Attualità**26 Tanto rumore per nulla?**

Dopo che la sempre ritenuta prudente Food and Drug Administration ha licenziato la fluoxetina anche per i bambini sotto i 12 anni tutti i media si sono affrettati a mettere in guardia contro i pericoli dell'uso del farmaco che era, peraltro, già autorizzato per gli adolescenti. Ogni farmaco ha effetti collaterali ed anche quelli già usati per il trattamento di patologie consimili come i triciclici li hanno. Come per l'uso di ogni farmaco, anche per la fluoxetina, i medici devono possedere prudenza e conoscenza.

Libri**30 Vengono recensiti quattro libri:**

Pace al Serpente e al popolo dei Topi di Thèodore Monot;
Il manifesto dell'acqua di Riccardo Petrella;
Bambini nella pittura di Marie Christine Austin Graz;
L'orda di Gian Antonio Stella

Info**32 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo**

Vengono presentate notizie sul finanziamento della ricerca nella UE, sull'utilizzo delle visite domiciliari nella UE, sulla diffusione della coltivazione degli organismi non modificati in Africa e su alcune richieste della UE all'Italia in materia di diritti dell'Infanzia.

ausili didattici
37 tutti gli abstract di ausili didattici

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Parte prima: Lo stato di salute

Versione presentata al XIV Congresso dell'ACP, Roma, 10-12 ottobre 2002

A cura di: Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Luca Ronfani (Centro per la Salute del Bambino, Trieste)
e Giorgio Tamburlini (IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste)

Abstract

The first part of the report provides an overview of the health of children and adolescents in Italy. The available data suffer from delays in accessibility, incompleteness in coverage and lack of precise definitions, making analysis and international and intraregional comparison difficult. However, in spite of many limitations, the available information clearly draws the attention to a few critical issues: the unacceptably high neonatal mortality rate in many southern regions; the unacceptably high, particularly in northern Italy, mortality among adolescents and young adults, mainly due to traffic accidents; the high burden represented by mental health problems; the increasing trend of overweight and asthma; the persistent social inequalities in health outcomes, and the urgent need for a better information system.

*Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini
Report on the health of children and adolescents in Italy. First part: the available data*

Quaderni acp 2003; vol X n° 1: 6-20

Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia

versione on-line: www.salutedelbambino.it/rapporto.html

SOMMARIO

• Parte prima

- Introduzione
- Sezione I Mortalità
- Sezione II Morbosità
- Sezione III Determinanti

• Parte seconda

- Sezione IV Politiche, strategie e azioni raccomandate
- Sezione V Indicatori
- Sezione VI Fonti

Aspetti salienti del rapporto

Il rapporto analizza i dati disponibili per tracciare un quadro sintetico dello stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, allo scopo, soprattutto, di individuare le maggiori criticità (parte prima) e gli interventi prioritari (cui è dedicata la seconda parte del rapporto, in pubblicazione sul prossimo numero di *Quaderni acp*).

Per quanto riguarda i dati relativi alla mortalità, le aree critiche sono due: l'elevata mortalità neonatale nelle regioni del Sud (5,3 per mille in media, contro 4,2 al Centro e 3,1 al Nord) e l'elevata mortalità nel gruppo di età 15-24 anni al Nord, in gran parte dovuto a incidenti (61,9 contro 48,7 per 100.000 al Sud). In entrambi i casi, il dato è significativamente peggiore della media sia italiana che europea. È da rilevare il fatto che l'eccesso di mortalità nel primo anno di vita nel Sud è compensato dalla più alta mortalità nel gruppo di età 15-24 anni al Nord, sicché la probabilità di sopravvivenza fino a 25 anni è la stessa al Nord e al Sud.

Per quanto riguarda il quadro delle disabilità e delle condizioni croniche, i problemi emergenti con trend temporale in ascesa sono l'asma

(10% nell'età scolare) e, soprattutto, l'obesità (prevalenza a 13 anni del 9-13% utilizzando il criterio del Body Mass Index, BMI). La priorità è costituita dall'area della salute mentale con una prevalenza di problemi molto articolati e di diversa severità, ma che nel loro complesso arrivano a interessare fino al 16% dei ragazzi in età adolescenziale.

Per quanto riguarda i determinanti e i fattori di rischio, c'è da registrare innanzitutto una persistente disuguaglianza negli esiti di salute (quantificabile intorno ad aumento di rischio di 1,5-2 volte per la gran parte degli esiti considerati). Inoltre desta preoccupazione che la quota di neonati di basso peso (6%), e soprattutto di peso molto basso (intorno all'1%), non accenna a calare; che dagli anni '90 si è verificato un aumento di giovani fumatori soprattutto tra le ragazze; il 5% degli adolescenti usa ecstasy o altre "droghe da discoteca".

Priorità e piani operativi vengono discussi sulla base di questi dati, delle evidenze di efficacia e della evoluzione in atto nel sistema sanitario, nella seconda parte del rapporto, che presenta anche gli indicatori di salute del bambino proposti da un progetto della Comunità Europea, e le principali fonti accessibili di dati sanitari.

Introduzione: uno strumento di lavoro *in progress*, orientato all'azione

Da qualche anno, anche in Italia, è possibile disporre di pubblicazioni che presentano i dati disponibili relativi alla condizione dell'infanzia. Le principali sono i *Rapporti* pubblicati dal Centro Nazionale di Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza a partire dal 1998 (accessibili anche sul sito www.minori.it) e i *Rapporti* sulla condizione dell'Infanzia, Preadolescenza e Adolescenza pubblicati a partire dal 2000 da Eurispes e Telefono Azzurro. Entrambe queste pubblicazioni includono informazioni e analisi relative alla condizione complessiva dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

Altre pubblicazioni che comprendono l'analisi di dati sanitari su infanzia e adolescenza sono i rapporti sulla salute in Italia pubblicati da Il Pensiero Scientifico e il rapporto "La salute in Italia" pubblicato periodicamente dall'OMS (edizione 2002 in corso di stampa). In entrambe esistono sezioni (più ampia quella del rapporto OMS) dedicate all'infanzia e all'adolescenza, come pure alla gravidanza e alla salute riproduttiva.

Questo rapporto evidentemente non intende sostituirsi ad alcuna delle pubblicazioni esistenti, delle quali anzi si raccomanda la consultazione, né pretende di essere esaustivo dell'informazione esistente. La sua caratteristica, e quindi, almeno nelle intenzioni, il suo obiettivo sono quelli di fornire un quadro d'insieme, conciso, di alcuni dati selezionati, assieme a una interpretazione degli stessi che possa risultare utile ai lettori per meglio comprendere la realtà in cui operano e meglio identificare il che fare. Si tratta di una operazione ambiziosa e azzardata: se già l'interpretazione dei fenomeni può essere soggetta a errori dovuti ai limiti dell'informazione disponibile e della stessa capacità analitica degli estensori, ancor più complessa, e passibile di mancanze e vizi soggettivi, risulta l'identificazione delle azioni volte a migliorare lo stato di salute. Inutile qui ricordare quanto quest'ultimo risenta in misura preponderante di fattori extrasanitari, e che ogni singola condizione o fattore di rischio sia caratterizzato dalla multicausalità e dalla complessità.

Se già sull'interpretazione di un dato ci può essere, e spesso c'è, discussione tra diverse ipotesi, quando si entra nel campo del che fare, le opzioni possibili risentono sia della complessità del problema che della variabilità del background tecnico e politico-culturale di coloro che si assumono la responsabilità di indicarle. Quest'area, ampia, di indefinizione e indecisione risente della molto lenta applicazione nel nostro Paese di metodi aggiornati di valutazione del peso delle diverse condizioni e fattori di rischio, quali quelli ormai in uso da quasi un decennio nelle agenzie internazionali che si occupano di salute (stima del *Burden of Disease*, della frazione attribuibile a livello di popolazione dei diversi fattori di rischio, e quindi stima del possibile impatto degli interventi).

Abbiamo tuttavia ritenuto di poter fare questo tentativo, sulla base di due ordini di considerazioni: il primo è che il rapporto si vuole caratterizzare come strumento non istituzionale ma promozionale suggerisce più che raccomandare e può dunque ritenersi libero, in un certo senso, di sbagliare; il secondo, più importante, è che il lavoro si vuole definire come *work in progress*, soggetto dunque a revisioni periodiche, integrazioni e modifiche sulla base sia dei dati che senza soluzione di continuità vengono ad essere accessibili, sia e soprattutto da quanto viene segnalato da chi vorrà contribuire. Non vi saranno dunque, a differenza delle altre pubblicazioni già citate, edizioni successive, ma un unico testo disponibile on line (www.salutedelbambino.it/rapporto.html) che verrà aggiornato e modificato continuamente, assieme alla segnalazione, per ogni sezione o tabella, di quale è stata l'ultima data di revisione.

Il gruppo degli estensori (almeno quello iniziale; è nostro auspicio che esso si arricchisca nel tempo di collaboratori) è un gruppo caratterizzato dalla formazione sia in pediatria che in salute pubblica, da una consolidata esperienza sia nella produzione che nell'analisi di dati sanitari, e da una altrettanto consolidata esperienza di lavoro per enti pubblici nazionali, in particolare regioni e aziende sanitarie, e agenzie internazionali nel campo dei programmi materno-infantili.

Tutto questo naturalmente non garantisce affatto da errori, anzi siamo convinti che il gruppo sia ancora troppo limitato nel numero e nelle competenze per offrire un prodotto di buona qualità. Ma ci è sembrato che fosse il caso di porre la prima pietra o, meglio, di concepire qualcosa che possa crescere nel tempo.

A chi si rivolge il rapporto? Nelle intenzioni, a un vasto gruppo di operatori che comprende sia, ovviamente, chi nelle regioni, nelle aziende e nei distretti è chiamato a produrre e analizzare dati, a definire piani, a mettere a punto interventi, sia gli operatori dei servizi sanitari per l'infanzia, che non possono che trarre vantaggio da una migliore comprensione degli scenari in cui si trovano a operare e delle politiche che sono o dovrebbero essere chiamati a realizzare.

Nella presentazione dei contenuti sono state operate alcune scelte. Innanzitutto, quella di presentare i dati secondo tre grandi capitoli: dati relativi allo stato di salute (mortalità e morbosità); determinanti/fattori di rischio (o di protezione); quindi politiche o azioni. Il progetto CHILD (*Child Health Indicators of Life and Development*), finanziato dalla Comunità Europea nell'ambito del Progetto *European Community Health Indicators*, ha ad esempio adottato questa griglia per l'individuazione degli indicatori da proporre. Il rapporto presenta dunque due sezioni sullo stato di salute (una dedicata ai dati di mortalità e una ai dati di morbosità); quindi una sezione sui determinanti/fattori di rischio e una su politiche e azioni. Infine, vi è una parte dedicata agli indicatori di salute, tematica in rapida evoluzione soprattutto su scala europea, e alle fonti di dati disponibili.

Abbiamo tentato di seguire questo approccio, anche se i dati disponibili non sono sufficienti, per il momento, a fornire un quadro adeguato a “riempire” a sufficienza le diverse sezioni. In particolare, fanno difetto i dati relativi alla morbosità e alle condizioni di disabilità; fanno difetto informazioni complete e rappresentative della popolazione generale sui fattori di rischio, e le stesse informazioni riguardanti la mortalità sono fornite dall'ISTAT con considerevole ritardo. Le azioni infine, come abbiamo detto, risentono dei limiti e della soggettività di giudizio degli autori.

Desideriamo, infine, ringraziare coloro che hanno contribuito a fornire dati e informazioni, in particolare Giuseppe La Gamba, Carlo Corchia, Dino Pedrotti, Irene Sarti (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, SINPIA), Angela Spinelli, Francesco Ciotti, Giancarlo Biasini, precisando che ad essi non va attribuita alcuna responsabilità per i contenuti del rapporto che resta esclusivamente dei curatori.

SEZIONE I MORTALITÀ

Mortalità infantile

Nel 1997 la mortalità infantile (MI) in Italia è stata del 5,4 per 1000 nati vivi. Il dato italiano è molto vicino a quello medio dell'Unione Europea (UE), che per lo stesso anno è risultato pari a 5,2 per 1000 nati vivi. Come è possibile vedere nella **figura 1**, vi sono ancora differenze importanti tra Italia settentrionale (4,3‰), centrale (5,5‰) e meridionale/isole (6,5‰). È interessante notare (sempre **figura 1**) come questa differenza sia da riferirsi completamente alla differente mortalità neonatale (dalla nascita a 28 giorni di vita) presente nelle tre aree geografiche, mentre quella post-neonatale risulta identica (1,2‰).

Condizioni perinatali (3,1‰) e malformazioni congenite (1,5‰) spiegano l'83% della mortalità nel primo anno di vita in Italia. La terza categoria per importanza è quella che l'ISTAT definisce come “sintomi mal definiti” (0,22‰, 4% della MI). Sembra ragionevole attribuire alla “sindrome della morte improvvisa del lattante” (SIDS) una quota rilevante delle morti inserite in questa categoria. La SIDS rappresenta quindi in Italia la prima causa di morte al di fuori del periodo neonatale, ma la sua incidenza appare più contenuta di precedenti stime che la collocavano intorno allo 0,4-0,5‰ (Buzzetti R, Ronfani L, *Medico e Bambino* 2000). Traumatismi e avvelenamenti in questa fascia di età spiegano l'1% della mortalità.

La **figura 2** mostra l'andamento temporale della MI in Italia a partire dagli anni '70, scorporata nelle tre aree geografiche. La riduzione relativa del tasso negli ultimi 25 anni in Italia è stata del 79% circa, una delle più significative tra i Paesi dell'UE.

Analizzando le differenze geografiche, notiamo che in termini assoluti (semplice differenza tra tasso di partenza e di arrivo) la

riduzione della MI nelle regioni meridionali è stata superiore rispetto a quella delle regioni settentrionali (25% vs 17%). In termini relativi invece (cioè mettendo in relazione la differenza dei tassi con il tasso di partenza) la riduzione è stata identica tra le due aree geografiche (79%). Questo significa che la disuguaglianza nel rischio di morte per il primo anno di vita tra Nord e Sud Italia è rimasta invariata negli ultimi 25 anni.

I dati relativi al 1998 confermano sia la tendenza alla riduzione del tasso medio italiano (5,2‰) sia le differenze tra le tre aree geografiche (Nord 3,9‰, Centro 4,9‰, Sud 6,4‰).

È interessante notare che, per quanto riguarda la mortalità neonatale, l'Italia si trova nel gruppo di Paesi dell'UE a più alta mortalità, mentre per la mortalità post-natale è vero l'inverso.

Mortalità 1-14 anni

Nel 1997 il tasso di mortalità in questa fascia di età è stato del 19,7 per 100.000 residenti. Il dato italiano è sostanzialmente in linea con quello medio dell'UE (nel 1996, 21,3 contro 21,4 per 100.000).

Differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud Italia sono presenti anche per questa fascia di età seppure di entità minore rispetto alla MI e a favore in questo caso del Sud Italia, che ha una mortalità leggermente più bassa (**figura 3**).

Le due principali cause di morte in questa fascia di età sono traumatismi/avvelenamenti (26%) e tumori (26%), con un rapporto maschio/femmina di 1,7:1 e senza sostanziali differenze tra le tre aree geografiche.

Anche in questa fascia di età si è assistito a una riduzione rilevante della mortalità negli ultimi 25 anni, con una riduzione relativa media del 61% (da 49,9 a 19,7 per 100.000). In questo caso la riduzione, sia assoluta che relativa, della mortalità è stata maggiore al Sud rispetto al Nord: mentre nel 1973 le regioni del Sud presentavano una mortalità 1-14 anni più alta (56,1 vs 47,4 per 100.000), nel 1997 presentavano la più bassa (18,5 vs 21,1 per 100.000) (**figura 4**). Il dato medio italiano per il 1998 risulta in ulteriore riduzione (16 per 100.000).

Mortalità 15-24 anni

Nel 1997 il tasso di mortalità 15-24 anni è stato pari a 54,3 per 100.000 residenti (**figura 5**). Anche in questo caso il dato italiano è risultato sostanzialmente in linea con quello medio dell'UE (56 per 100.000).

Le differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud Italia risultano importanti, con un tasso di mortalità più elevato al Nord (62 per 100.000) rispetto a Centro (50 per 100.000) e Sud Italia (48 per 100.000). L'analisi della **figura 5** permette di notare come la differenza tra le aree geografiche sia legata a una differenza nella mortalità per traumatismi/avvelenamenti, che è molto superiore al Nord (42 per 100.000) rispetto al Sud (27 per

FIGURA 1: MORTALITÀ INFANTILE IN ITALIA, 1997

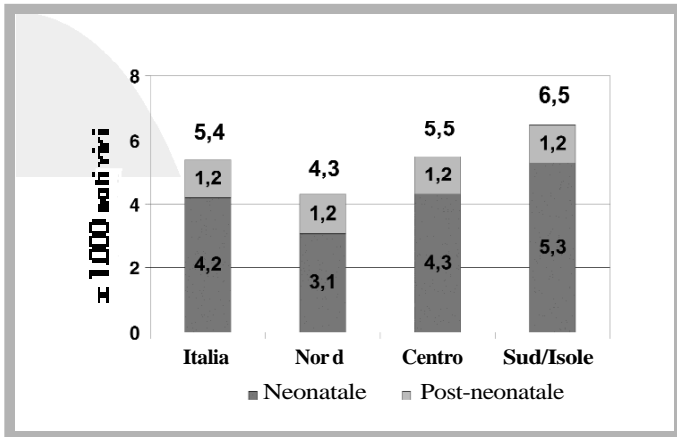


FIGURA 2: MORTALITÀ INFANTILE, TREND TEMPORALE

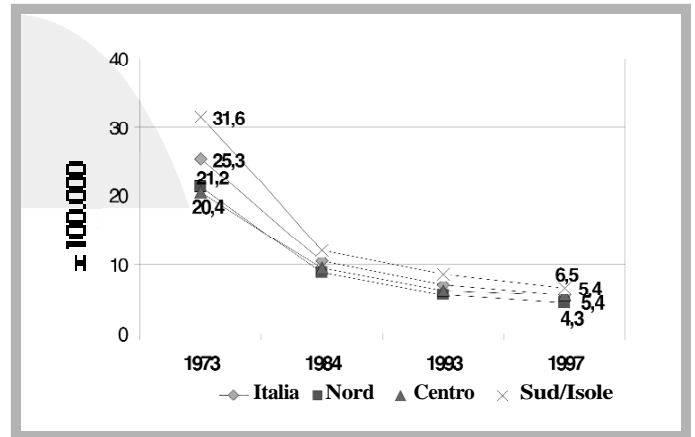


FIGURA 3: MORTALITÀ 1-14 ANNI, 1997

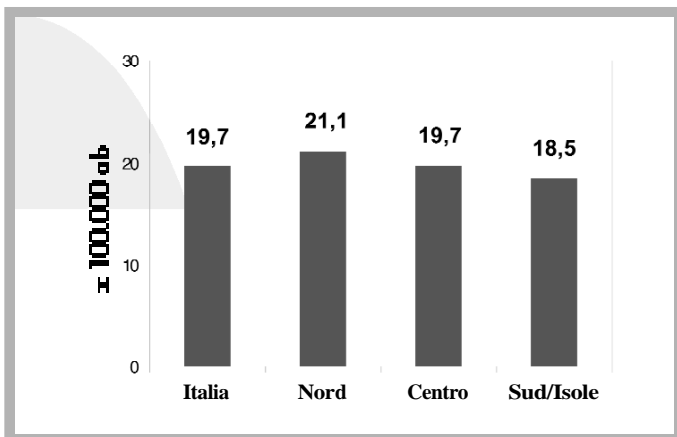


FIGURA 4: MORTALITÀ 1-14 ANNI, TREND TEMPORALE

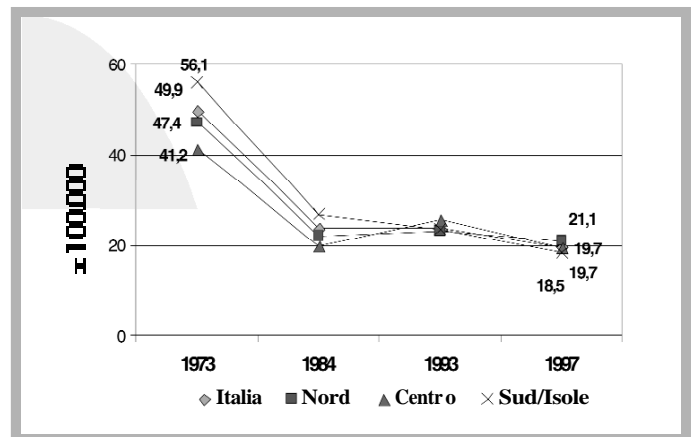


FIGURA 5: MORTALITÀ 15-24 ANNI, 1997

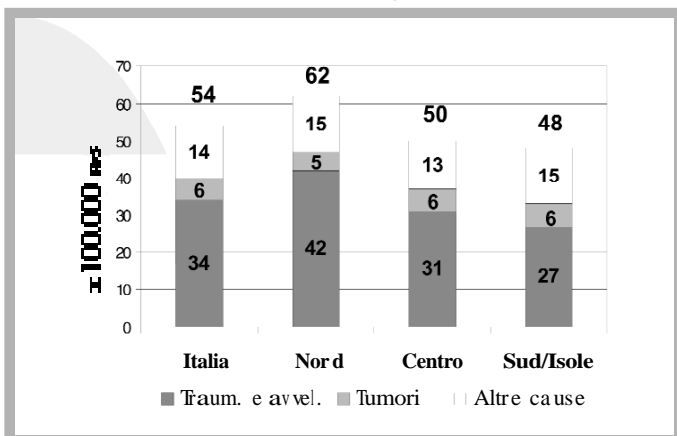


FIGURA 6: MORTALITÀ 15-24 ANNI, TREND TEMPORALE

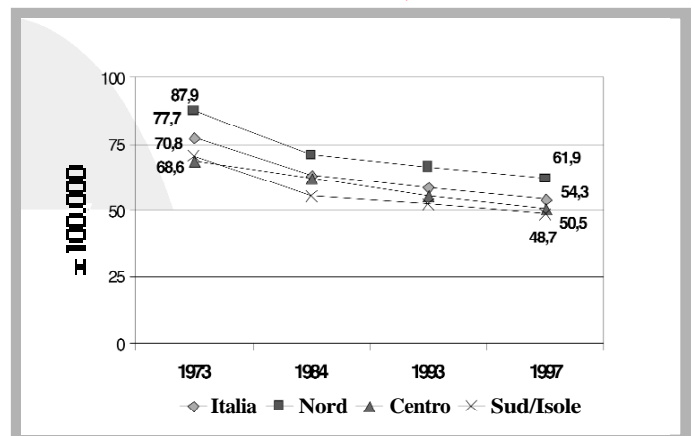


FIGURA 7: ANALISI COMPARATIVA DELLA MORTALITÀ 0-25 ANNI NORD/SUD

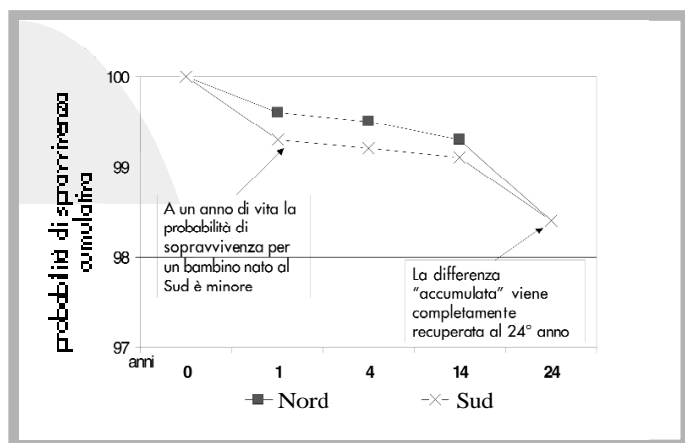
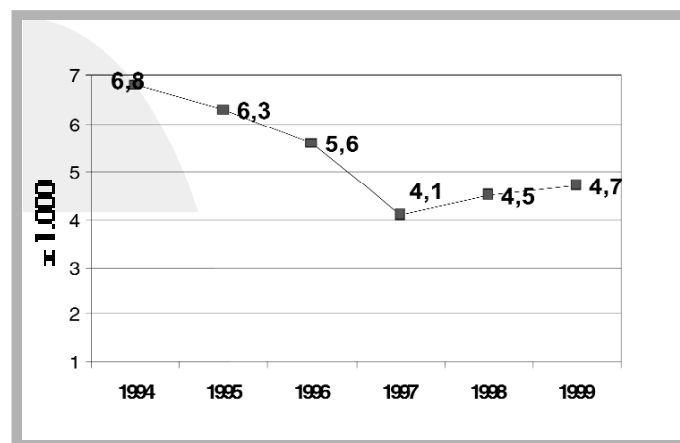


FIGURA 8: MORTALITÀ NEONATALE IN CALABRIA, TREND TEMPORALE



100.000), mentre solo piccole differenze sono presenti nelle altre cause riportate.

Rispetto alle cause, la mortalità per traumatismi/avvelenamenti rappresenta la principale causa di morte in questa fascia di età (dato medio per l'Italia = 34 per 100.000).

Tale categoria comprende gli incidenti stradali, che rappresentano il 57% delle morti legate a traumatismi e il 37% del totale, e i suicidi che, in questa fascia di età, rappresentano una piccola proporzione delle morti (1,8 per 100.000 tra 14 e 17 anni, 8 per 100.000 tra 18 e 24 anni). Il tasso di mortalità per suicidio tra gli adolescenti e giovani in Italia è tra i più bassi nei Paesi dell'UE e presenta un trend leggermente in discesa.

La seconda causa di morte nella fascia 15-24 anni è rappresentata dai tumori (6%). Esistono importanti differenze di genere nella mortalità in questo gruppo etario: il rischio di morire per un maschio nella fascia 15-24 anni è infatti doppio rispetto a quello di una femmina (triplo se si considerano solo gli incidenti).

Il trend temporale mostra negli ultimi 25 anni una riduzione della mortalità 15-24 anni, che passa dal 71 per 100.000 del 1973 al 54 per 100.000 del 1997 (figura 6). Per questa fascia di età il dato relativo al Sud Italia era migliore nel 1973 rispetto a quello del Nord, e la riduzione relativa del tasso è stata uguale tra le due aree geografiche. Questo significa che la disuguaglianza nel rischio di morte tra 15 e 24 anni di vita tra Nord e Sud è rimasta invariata negli ultimi 25 anni.

Per meglio visualizzare l'andamento della mortalità da 0 a 25 anni abbiamo costruito una curva di sopravvivenza in cui, applicando i tassi di mortalità del 1997, viene riportata la probabilità di sopravvivere alle varie età per un bambino nato nel Nord Italia e per uno nato al Sud (figura 7).

Si può vedere nella prima parte della figura che la probabilità di sopravvivenza per un bambino nato al Sud è minore alla fine del

primo anno di vita e, come abbiamo visto precedentemente, questo fenomeno è legato alle differenze nella mortalità neonatale presenti tra le due aree geografiche. Tra 1 e 14 anni le due curve corrono parallele (parte centrale della figura). A 24 anni le due curve si incontrano in quanto nella fascia 15-24 anni vi è una probabilità di sopravvivenza inferiore al Nord rispetto al Sud, legata all'eccesso di mortalità dovuta a incidenti presente al Nord.

La maggiore mortalità nelle regioni del Sud nel 1° anno rispetto a quelle del Nord viene quindi completamente compensata entro il 25° anno, età in cui la sopravvivenza cumulativa nelle due regioni è uguale.

È possibile che, date le diverse cause di morte alle diverse età, venga "eliminato" un insieme di soggetti diverso nelle due realtà. In particolare, nelle regioni settentrionali la mortalità in eccesso di giovani adulti sani è dovuta in gran parte agli incidenti, anche se gli stessi tassi di suicidio sono più alti che al Sud.

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

L'analisi dei dati di mortalità permette di mettere in evidenza due aree critiche:

- La mortalità neonatale, soprattutto al Sud: questa è infatti sensibilmente più alta rispetto al Centro-Nord Italia ed è questo differenziale, rimasto invariato in termini relativi negli ultimi 25 anni, che spiega interamente la posizione arretrata dell'Italia nel contesto europeo per quanto riguarda questo indicatore.
- La mortalità 15-24 anni, soprattutto al Nord: anche in questo caso il dato è superiore alla media europea, e la differenza relativa tra aree geografiche si è mantenuta invariata nel tempo.

Il primo dato è solo in parte attribuibile al divario socio-economico che ancora caratterizza il Sud. Il dato relativo alla evoluzione della mortalità neonatale nella regione Calabria (la più povera del Sud) evidenziato dalla **figura 8** dimostra infatti una significativa riduzione negli ultimi anni, in corrispondenza con la riorganizzazione di buona parte della rete assistenziale neonatologica e il miglioramento della qualità delle cure in alcuni importanti centri di riferimento.

Quindi non sarebbe corretto attribuire l'intero differenziale alla arretratezza complessiva del Sud: quando vi sono la volontà e la capacità per operare i risultati arrivano.

Diversa probabilmente è la spiegazione del differenziale, di segno contrario, riguardante la mortalità tra i giovani. Ci si trova qui di fronte a cause riguardanti stili di vita piuttosto che qualità dei servizi: infatti è difficile supporre che i servizi di emergenza siano migliori al Sud; evidentemente siamo di fronte a una diversa distribuzione di fattori psico-sociali, dei quali alcuni (per esempio il consumo di sostanze) sono chiaramente identificabili, così come suggerito anche dalla più alta incidenza di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nelle ragazze e di tossicodipendenze tra i ragazzi di età inferiore ai 25 anni; altri potrebbero essere identificati in un maggior complessivo disagio del giovane del Nord. Ma non abbiamo sufficienti dati per suffragare questa ipotesi.

SEZIONE II MORBOSITÀ

Disabilità

In un Paese come l'Italia in cui la transizione epidemiologica, con il controllo sostanziale della patologia infettiva severa, si è compiuta già da almeno due decenni per quanto riguarda la salute infantile, il numero dei soggetti con disabilità non può non costituire uno degli indicatori più importanti, se non il più importante: sia in quanto espressione della qualità delle cure, dall'epoca perinatale in poi, sia in quanto indicatore di bisogni assistenziali. Purtroppo, come è stato già accennato, la qualità dei dati relativi alla disabilità è gravemente insufficiente: innanzitutto perché i dati resi disponibili dall'ISTAT in proposito sono di assai incerto significato a causa delle definizioni utilizzate, estremamente generiche; in secondo luogo perché, in assenza di definizioni condivise, dati più precisi raccolti in singole aree non sono confrontabili tra loro.

L'indagine Multiscopo dell'ISTAT definisce disabile chi ha difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle attività della vita quotidiana, utilizzando per la valutazione del livello di autonomia la scala ADL (*Activities of Daily Living*) e, dal 1999, la scala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). Secondo questa definizione, nell'indagine 1999-2000, i soggetti in età scolare (6-14 anni) con disabilità erano il 15,6 per mille (**tabella 1**).

Si tratta di una definizione indubbiamente restrittiva, e le scale utilizzate per la valutazione della disabilità presentano dei limiti importanti, non permettendo, ad esempio, di rilevare la disabilità sotto i 6 anni di età e tendendo a sottostimare la disabilità mentale. Dati raccolti dalla SINPIA per la regione Lazio forniscono una stima di disabilità nel bambino già superiore, del 16-20 per mille. In precedenti lavori (Giorgio Tamburlini e Luca Ronfani, *Eur J P Health*, 2001; *Medico e Bambino*, 2001), alla ricerca di un qualche indicatore che perlomeno potesse fornire un accettabile surrogato di una descrizione della/e condizione/i di disabilità nell'infanzia, eravamo ricorsi alla certificazione scolastica ai fini dell'attribuzione di un insegnante di sostegno. Il dato infatti è ottenibile in tutta Italia, anche se è soggetto a importanti variazioni legate molto più alla soglia di sensibilità dei servizi che all'effettiva epidemiologia dei problemi.

Il dato ricavato da questa diversa prospettiva (e fonte) ci fornisce un dato medio del 23 per mille con oscillazioni tra il 20 e il 25 per mille. Ora, è probabilmente legittimo assumere che tutte o quasi le certificazioni scolastiche corrispondano a un qualche grado di condizione disabilitante, se non altro in via temporanea (dai disturbi specifici dell'apprendimento all'ADHD), e considerare che una serie di importanti patologie croniche (dall'asma grave al diabete, alla fibrosi cistica, a molte delle "malattie rare") non ricadono in tale certificazione in quanto, in condizioni di patologia adeguatamente trattata, non vi è vero handicap sul profitto scolastico.

C'è quindi da ritenere che una condizione reale di disabilità significativa, comprendente significative limitazioni funzionali, anche se compensate sul piano funzionale e socialmente non discriminanti, interessi il 4% dei bambini in età scolare (6-14 anni). Una rilevazione sistematica effettuata a Bergamo nel 1994 (Roberto Buzzetti e coll, *Medico e Bambino*, 1994) conferma questa stima, avendo misurato i soggetti affetti da condizione cronica significativa (29,3 per mille) e quelli affetti da

TABELLA 1: DISABILITÀ

Dati

1. Multiscopo: 15,6 per mille (6-14 aa)
definizione: disabilità funzioni e/o movimento e/o sensoriale
 2. Handicap scolastico: 23 per mille (6-14 aa)
definizione: certificazione scolastica
- Trend temporale:
 - apparentemente stabile
 - in aumento (+10% in 10 anni)
 - Riferimento UE: 15-20 per mille

problematiche neuro-psichiche e comportamentali (15,7 per mille).

Date queste premesse, non è facile dare un giudizio sui trend temporali, che tutt'al più potrebbero essere evidenziati per singole condizioni (sindrome di Down, paralisi cerebrale). Dati di tendenza sulla paralisi cerebrale a livello nazionale non sono disponibili; dati locali fanno ritenere che non vi siano trend temporali significativi. L'incidenza della sindrome di Down tra i nati vivi è in calo per effetto della diagnosi prenatale e conseguente interruzione di gravidanza in molti dei casi risultati positivi; l'incidenza tra i concepiti è probabilmente in aumento in relazione all'aumento di gravidanze in età avanzata.

Un confronto con dati europei, sempre da prendersi con beneficio di inventario, testimonierebbe una situazione nella media europea (15-20 per mille) di disabilità severe in età scolare, esclusa la patologia cronica, sulla base di una definizione restrittiva tipo Multiscopo.

Asma

Anche per quanto riguarda l'asma, manca una definizione universalmente accettata. Allo stato, la definizione adottata dallo studio internazionale multicentrico ISAAC (ISAAC, *Lancet*, 1998) fornisce un dato di prevalenza di asma in età scolare dell'8-10% (**tabella 2**). Va tuttavia rilevato che le variazioni tra le diverse sedi italiane in cui è stato effettuato lo studio vanno ben oltre questo range limitato che rappresenta la media per l'Italia delle rilevazioni effettuate.

Altri studi, quale lo studio SIDRIA (*Epidemiologia & Prevenzione*, 1997), indicherebbero che non tutte queste variazioni sono imputabili alla diversa sensibilità diagnostica, ma che esistono significative differenze nell'epidemiologia dell'asma tra le diverse aree geografiche in Italia, le cui cause non sono tuttora chiare. Sembra invece confermato, anche per l'Italia, un trend in aumento, da porsi essenzialmente in relazione alle mutate condizioni di vita e, in particolare, all'andamento demo-

grafico e alla composizione del nucleo familiare, con conseguente minore esposizione a infezioni e conseguente maggiore espressività della componente "allergica/autoimmune" nell'immunità (cosiddetta "ipotesi igienica").

Rispetto alla media dei Paesi industrializzati e rispetto alla media europea la prevalenza dell'asma in età pediatrica è in Italia sensibilmente inferiore.

Tumori

I dati relativi ai tumori infantili sono di qualità molto migliore grazie all'esistenza di Registri Tumori, anche se questi ultimi sono attivati solo in alcune aree geografiche. Nel decennio 1990-2000 l'incidenza del complesso dei tumori infantili in bambini di età inferiore ai 15 anni era di 14-15 per 100.000 (**tabella 3**).

Per quanto riguarda il trend temporale non sembra di poter registrare variazioni significative anche se va citato il dato che emerge dal Registro Tumori della regione Piemonte, secondo il quale l'incidenza della leucemia linfoblastica acuta nel periodo dal 1967 al 1994 è aumentata dal 41,3 al 62,4 per milione sotto i 15 anni. Una maggiore sensibilità diagnostica può non bastare a spiegare questa variazione.

Anche se non riguarda la popolazione pediatrica dal punto di vista degli esiti, ma certamente la riguarda dal punto di vista delle azioni, l'aumento considerevole del melanoma e più in generale del cancro della pelle nella popolazione adulta costituisce un fenomeno preoccupante (*Epidemiologia & Prevenzione*, 2002).

Se confrontiamo la situazione italiana relativa ai tumori infantili con quella europea, il dato si situa nella media bassa.

Altre patologie croniche

Le patologie croniche dell'infanzia comprendono un numero di condizioni estremamente ampio, soprattutto se si considerano le malattie rare.

TABELLA 2: ASMA

<ul style="list-style-type: none"> • Dato: 8-10%, età scolare • Fonte: studio ISAAC (multicentrico) • Definizione: diagnosi del medico, episodio nell'ultimo anno • Trend: aumento • Riferimento internazionale: inferiore alla media europea
--

TABELLA 3: TUMORI

<ul style="list-style-type: none"> • Dato (1990-2000): 14-15 per 100.000 <15 aa • Fonte: Registri Tumori • Trend: stabile-aumento: LLA da 41,3 a 62,4 per 1.000.000 (da 1967 a 1994, Piemonte) • Aumento melanoma e carcinoma pelle >15 aa • Paragone internazionale: nella bassa media
--

Queste, definite come quelle patologie con incidenza inferiore a 1 su 2000, riguardano nel loro complesso circa un bambino su 200 (Registro Nazionale Malattie Croniche, Istituto Superiore di Sanità). Se alcune di queste, quali in primo luogo la talassemia, sono oggi quasi scomparse grazie alla possibilità di diagnosi precoci e altre si sono ridotte grazie alla combinazione di consiglio genetico e di diagnosi precoce, la prevalenza di molte condizioni è in aumento in conseguenza delle migliori capacità diagnostiche e soprattutto terapeutiche.

Abbiamo già riferito che diversi studi concordano nello stimare che la prevalenza di malattie croniche in età scolare sia nel complesso del 2,5%. Questo dato esclude l'asma lieve, non considera sicuramente l'obesità e, evidentemente, non considera l'intolleranza al glutine.

Le più recenti rilevazioni su base di popolazione, effettuate con test la cui sensibilità e specificità sono molto vicine al 100%, definiscono la prevalenza della celiachia in bambini in età scolare di 1 su 100.

Sovrappeso e obesità

Solo recentemente è stato adottato un criterio internazionalmente condiviso per la definizione rispettivamente di sovrappeso e di obesità, ed è quello elaborato dall'*International Obesity Task Force* e basato sui centili, per età e per sesso, del *Body Mass Index*.

Tutti gli studi disponibili, effettuati in diverse regioni italiane, sono disomogenei quanto a criteri diagnostici. Secondo l'indagine italiana effettuata dalla Società Italiana per lo Studio dell'Obesità Infantile, il 25% dei bambini italiani in età scolare sono in sovrappeso, esiste un trend in aumento e tendenzialmente le regioni del Sud presentano una prevalenza di sovrappeso più alta rispetto a quelle del Nord (*tabella 4*).

Per i motivi già menzionati, paragoni internazionali sono difficilmente proponibili: apparentemente l'Italia si trova nella media europea sotto questo aspetto.

TABELLA 4: SOVRAPPESO E OBESITÀ

- Dato: 25% (BMI, IOTF)
- Fonte: studi diversi
- Definizione: varia
- Trend: aumento dal 22 al 27% (Sud); dal 17 al 19% (Nord)
- Paragone internazionale: criteri disomogenei, apparentemente nella media europea

HIV-AIDS

Nel periodo 1995-'97, la prevalenza è di 6,2 casi per milione di soggetti tra 0 e 14 anni (*tabella 5*). Questo dato, come è noto, è significativamente superiore alla media dell'Unione Europea, che era nello stesso periodo di 4 casi per milione. Va tuttavia segnalato che negli ultimi anni vi è stata una drastica riduzione dell'incidenza di nuovi casi di HIV-AIDS pediatrico: si è passati da 83 casi nel 1995 a 19 nel 1998.

Salute mentale

Così come per le disabilità ci si trova di fronte a rilevanti difficoltà dovute alla mancanza di rilevazioni effettuate su base nazionale utilizzando strumenti e criteri diagnostici condivisi, quali il DSM-IV. Indagini effettuate su ambiti di popolazione sufficientemente ampi (dimensioni aziendali) utilizzando questi strumenti e criteri DSM-IV sono significativamente concordi nell'indicare la frequenza delle principali categorie diagnostiche (*tabella 6*).

Può essere utile citare anche il dato quantitativo assoluto che, per quanto riguarda la regione Lazio su una popolazione di 962.224 soggetti di età inferiore ai 18 anni, identifica l'esistenza di problemi di salute mentale in 161.653 soggetti, pari al 16,7%.

TABELLA 5: HIV-AIDS

- Dato: 6,2 per milione (0-14 aa, 1995-97)
- Fonte: ISS e Registro Italiano
- Paragone con UE: 4 per milione
- Trend: forte diminuzione (da 83 casi nel 1995 a 19 nel 1998)

TABELLA 6: SALUTE MENTALE

- Disturbi pervasivi dello sviluppo: 0,8%
- Disturbi dell'apprendimento: 5-6%
- Disturbi severi del comportamento: 1,6%
- Depressione: 8%
- Anoressia: 0,6-0,8%
- Bulimia: 1-2 %
- Suicidio: 5,3/100.000 (8,8 M; 1,9 F, 15-24 aa), tra i più bassi valori in ambito EU

TABELLA 7: SALUTE MENTALE NEL LAZIO

- Disabilità persistenti (1,6-2%; n=17.320)
- Disturbi psicopatologici e/o neuropsicologici (6,7-7,2%; n=67.356)
- Sofferenza silenziosa e/o grave disturbo psicosociale (8%; n=76.977)
- Totale: 161.653 su 962.224 (16,7%)
- Fonte: Regione Lazio

Questa popolazione comprende sia le disabilità con componenti psichica, sia i disturbi psicopatologici e neuropsicologici, sia la depressione e/o i disturbi della sfera psicosociale (*tabella 7*). Le stime europee non si discostano da questi dati, con una prevalenza di problemi di salute mentale in adolescenza del 17% e una simile distribuzione dei diversi gruppi di problemi. Esiste peraltro una problematica specifica, quella del suicidio, per la quale l'Italia si discosta in modo significativo dalla situazione europea, con tassi di mortalità per suicidio molto inferiori alla media europea (6 per 100.000 soggetti tra i 15 e i 18 anni contro una media di 15), ma molto simili ai tassi degli altri Paesi del Sud, quali Grecia, Portogallo e Spagna (*Report on the state of young people's health in the European Union, 2000*). Da rilevare che il tasso di suicidi nei maschi è di circa 4 volte superiore che nelle ragazze.

Abuso e maltrattamento

Negli ultimi anni sono stati fatti notevoli sforzi per dotare l'insieme dei servizi per l'infanzia, sia quelli sanitari che quelli socio-educativi, di sufficienti capacità di rilevazione del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento. La situazione è in evoluzione, ma ancora lontana dalla disponibilità di servizi e competenze capaci di una rilevazione sistematica dei fenomeni anche da un punto di vista quantitativo.

TABELLA 8: ABUSO E MALTRATTAMENTO

- Dato: 5 per mille (abuso sessuale 16%)
- Fonte: inchiesta Cismai, 1997
- Definizione: casi segnalati/anno
- Trend: aumento (migliore sensibilità diagnostica?)
- Riferimento internazionale: difficile, apparentemente nella media (UK a parte)

Anche in questo caso non tutti i servizi adottano criteri diagnostici condivisi. In questa situazione l'unico dato che sia basato su una rilevazione metodologicamente curata è quello relativo all'inchiesta Cismai del 1997 (Abuso e maltrattamento, 1999) che, per una rilevazione effettuata in 8 centri italiani, dava una frequenza del 5 per mille in un anno (*tabella 8*).

Si tratta ovviamente di casi segnalati ai servizi, quindi non necessariamente di casi confermati e tanto meno comprendente i casi non segnalati che probabilmente sono ancora la maggior parte, se si deve dar credito alle indagini retrospettive effettuate in vari Paesi europei che forniscono cifre anche di 10 volte superiori. L'abuso sessuale, in particolare, riguarda il 16% dei casi segnalati. Il trend temporale è in chiaro aumento, ma in questo caso è verosimile che sia da attribuire alla migliore sensibilità diagnostica.

Praticamente impossibile è un confronto con altri Paesi, proprio per le diverse definizioni usate e soprattutto per la diversa sensibilità diagnostica. Sembra tuttavia quasi certo che la frequenza del fenomeno sia più alta in alcuni Paesi, ad esempio in Gran Bretagna.

Gravidanze e IVG

Vi sono in Italia 5,3 gravidanze all'anno per mille donne di età inferiore ai 20 anni (*tabella 9*). Meno del 2% di tutte le nascite avvengono in Italia in donne di età inferiore ai 20 anni.

Vi sono 5,9 IVG per mille donne di età inferiore ai 20 anni. Il dato italiano è in assoluto uno dei più bassi in Europa ed è in costante diminuzione, anche se un lieve aumento è stato registrato in alcune città, interamente da attribuirsi a ragazze extracomunitarie.

In riduzione anche il dato relativo alle IVG. Vi sono tuttavia ancora rilevanti differenze per quanto riguarda le regioni del Nord e del Sud: ad esempio in Friuli-Venezia Giulia, il tasso medio di IVG nella fascia di età 15-19 anni negli anni '93-'98 è stato intorno al 5 per 1000, mentre negli stessi anni in Calabria il dato si è assestato intorno al 2,5 per 1000.

TABELLA 9: SALUTE RIPRODUTTIVA

- Gravidanze <20 aa: 5,3 per mille (<2% di tutte le nascite)
- IVG <20 aa: 5,9 per mille
- Trend: diminuzione
- Paragone con UE: tra i livelli più bassi

TABELLA 10: INCIDENTI SUL LAVORO

- 1 per mille 0-17 aa; 2-4 per mille (14-17 aa)
- Fonte: INAIL, studi ad hoc
- M/F: 6/1
- Trend: diminuzione
- Note: dati da lavoro sommerso non disponibili

Incidenti sul lavoro

Si tratta di una problematica nel complesso minore, ma tuttavia abitualmente del tutto trascurata. Sulla base di studi ad hoc effettuati in singole situazioni l'incidenza di incidenti significativi sul lavoro è dell'1 per mille ragazzi al di sotto dei 18 anni. Se teniamo conto solo della fascia di età compresa fra 14 e 17 anni, il che è più appropriato, l'incidenza sale al 2-4 per mille (rapporto M/F di 6:1). Poiché molto del lavoro effettuato a questa età è lavoro sommerso, il dato disponibile è probabilmente sottostimato (*tabella 10*).

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

L'Italia non sembra fare eccezione rispetto all'Europa occidentale, con due problemi di salute emergenti, soprattutto in quanto in evidente aumento (obesità ed asma), e un'area di problemi che, pur non essendoci elementi che consentano di affermare (o di negare) l'esistenza di un trend in crescita, deve essere comunque definita, per la proporzione di popolazione interessata e per la serietà dei problemi e delle sequele, come la priorità: la salute mentale e in generale la sofferenza psico-sociale.

In questo ambito vanno annoverati anche l'abuso, il maltrattamento e lo sfruttamento di minori, quest'ultimo quasi esclusivamente appannaggio di piccoli immigrati. Una seconda priorità, certo non nuova e in parte affrontata negli ultimi anni, è quella delle malattie croniche, e in particolare delle malattie rare e delle malformazioni congenite, per le quali lo spazio per interventi di salute pubblica è minore che in altri campi, ma certamente esiste.

Alla prevenzione e al controllo di queste condizioni vanno riservate risorse quantitativamente e qualitativamente maggiori che in passato, con obiettivi differenziati (*vedi seconda parte*).

SEZIONE III DETERMINANTI

La catena causale dei determinanti di salute e malattia può essere riassunta in determinanti primari o distali, essenzialmente socio-economici, e in determinanti secondari o prossimali, corrispondenti ai fattori di rischio e agli stili di vita. Questi, a loro

volta, contribuiscono alle cause ultime di carattere fisiopatologico (*figura 9*).

I. Determinanti primari

Natalità e fertilità

Il nesso tra natalità (e soprattutto fecondità) e salute è chiaro, sia nel senso del rapporto inverso tra fecondità e mortalità infantile, sia nel senso (più attuale) di un aumento della morbosità perinatale oltre un certo limite nell'età media al primo figlio.

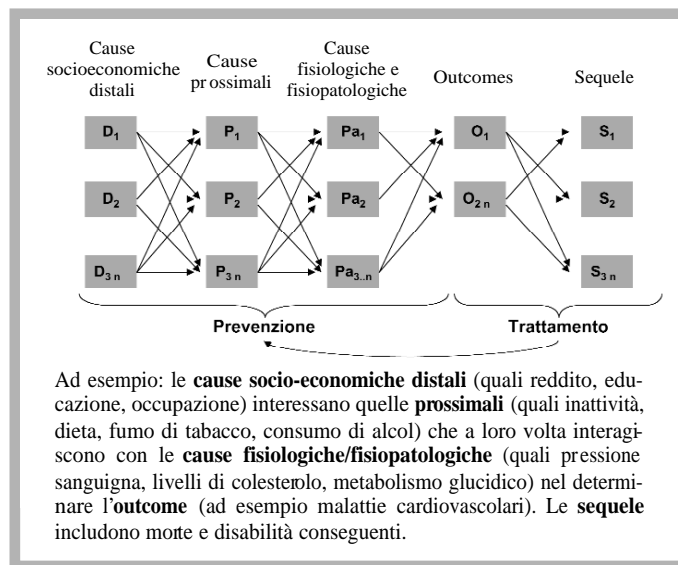
Nel 2000 sono stati registrati 543.039 nati vivi in Italia (ISTAT, 2001), numero superiore di qualche migliaio di unità rispetto al 1999 e 1998, il che fa pensare che il trend in rapida e continua discesa registrato a partire dagli anni Sessanta, con una diminuzione del 40% delle nascite, si sia per il momento arrestato. Lo stesso trend è presente per la fecondità totale (numero medio di figli per donna per anno), che è scesa dal 2,41 nel 1960 all'1,23 per il 1999. Valori più bassi di fecondità si osservano al Nord, con valori inferiori a 1 in Liguria e Friuli-Venezia Giulia, ma le differenze vanno riducendosi, grazie a un più rapido declino della fecondità nelle regioni del Sud.

Attualmente la fecondità in Italia, insieme alla Spagna con 1,20 figli per donna, è la più bassa in Europa.

Quanto allo spostamento delle nascite verso età più avanzate della madre, questa è aumentata in maniera costante fino ai 28,2 anni del 1996, con un incremento di 3 anni nel giro di soli 15 anni.

Negli ultimi vent'anni si è verificato in Italia un nuovo fenomeno: l'aumento delle nascite da cittadini stranieri. Dal 1980 al 1996 si è infatti passati da circa 5 mila a 25 mila nati con almeno un genitore straniero, pari attualmente al 5% dei nati (ISTAT,

FIGURA 9: DETERMINANTI DI SALUTE



1998; ISTAT, 2000). Ciò è principalmente conseguenza dell'incremento del numero di cittadini e famiglie straniere avvenuto in questi anni, con prevalenza di giovani provenienti da Paesi che hanno tassi di natalità e fecondità molto superiori rispetto a quelli italiani.

Diseguaglianze socio-economiche

Gli studi esistenti sulle diseguaglianze relative agli esiti di salute in epoca perinatale e infantile non sono molti. Un compendio della letteratura disponibile si può trovare nel volume *Epidemiologia della disuguaglianza* a cura di Carlo Corchia, Dante Baronciani e Vittorio Ghetti, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Fondazione Smith Kline, 1995). Studi più recenti sono essenzialmente dovuti al gruppo torinese di Giuseppe Costa.

Nel 1995 la mortalità infantile e la prevalenza di basso peso tra i bambini di madri con educazione primaria o inferiore erano più alte rispetto ai bambini di madri con livello educativo migliore (OR rispettivamente 1,63 e 1,53). Questo differenziale ha probabilmente impatto maggiore nelle regioni del Sud dove la prevalenza della povertà e dei bassi livelli educativi è più alta.

Dati raccolti nella regione Piemonte mostrano che le ineguaglianze sembrano accrescersi nel decennio compreso tra i primi anni '80 e i primi anni '90. Almeno in parte questo trend può essere spiegato dalla crescita di un gruppo ad alto rischio costituito dai figli di madri immigrate. In effetti nel decennio 1982-'91, a Roma, questi bambini avevano un rischio di mortalità infantile doppio dei bambini nati da genitori italiani (OR 2,2; IC 1,66-2,93). La mortalità nel gruppo di età compreso fra 1 e 14 anni è, come abbiamo visto, molto bassa ed è difficile evidenziare l'influenza del livello educativo dei genitori.

Tuttavia, in uno studio longitudinale effettuato nella città di Torino nei primi anni '90 la mortalità era più alta nei bambini appartenenti a famiglie di lavoratori manuali rispetto alla popolazione generale (tasso di mortalità standardizzata 173; IC 102-274). La differenza è da imputarsi soprattutto alle cause esterne (incidenti e violenza). L'indagine Multiscopo del 1995 ha evidenziato una maggiore prevalenza di condizioni di salute alterate, così come di fattori di rischio tra bambini di famiglie con livelli educativi ed economici inferiori. Ad esempio, questi bambini avevano una probabilità più alta di essere esposti al fumo passivo, ad abitudini alimentari scorrette o a coabitazione con un alcolista. Lo studio SIDRIA sui sintomi respiratori in bambini di 7 anni (effettuato nel 1994-'95) ha dimostrato che lo stato socio-economico era correlato al numero di ricoveri ospedalieri per asma (3,3% per i bambini di famiglie con livelli educativi bassi versus 1,6% per le famiglie con livelli educativi superiori), il che suggerisce sia una minore attenzione a livello di cure primarie sia una minore capacità di adesione ai trattamenti raccomandati. L'indagine Multiscopo del 1995 non ha dimostrato diseguaglianze in indicatori quali i ricoveri ospedalieri e il consumo di

TABELLA 11: COPERTURA PER LA VACCINAZIONE ANTIMORBILLOSA IN ALCUNE REGIONI ITALIANE, 1996, BAMBINI DI 12-24 MESI

Area	Copertura vaccinale *
NORD	
Piemonte	60.4 (50.4-70.3)
Lombardia	75.9 (68.1-83.7)
Friuli-Venezia Giulia	77.3 (68.9-85.7)
Liguria	62.1 (52.9-71.4)
CENTRO	
Toscana	64.8 (55.5-74.2)
Umbria	72.3 (64.6-81.0)
Marche	58.7 (48.7-68.7)
SUD	
Abruzzo	45.5 (38.5-51.9)
Campania	26.5 (17.3-35.7)
Puglia	50.6 (41.0-60.2)
Basilicata	44.7 (33.2-56.1)
Sicilia	44.6 (34.3-54.8)

* Percentuali e relativi intervalli di confidenza al 95%

farmaci, mentre esiste evidenza di differenze nell'accesso ad alcuni servizi preventivi. Ad esempio, c'è un chiaro trend decrescente da Nord a Sud nei bambini di 12-24 mesi per quanto riguarda la copertura vaccinale (progetto ICONA, **tabella 11**).

II. Determinanti secondari

Taglio cesareo

Nonostante le modalità del parto facciano parte del quadro assistenziale, che sarà discusso nella *parte seconda* del rapporto in relazione al contesto delle politiche e degli interventi raccomandati, ci pare necessario, anche se non è certo rituale, citare il taglio cesareo tra i "determinanti secondari" di salute. Infatti il ricorso ingiustificato al taglio cesareo costituisce un indubbio fattore di rischio sia per la madre che per il bambino. E questo proprio per le caratteristiche che esso ha assunto in Italia: si è verificato infatti un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: da 11,2% nel 1980 a 21,2% nel 1990 e 32,9% nel 1999 (ISTAT, 2000; Ministero della Sanità, 2001).

L'Italia è attualmente il Paese europeo con la più alta percentuale di parti con taglio cesareo con valori molto superiori alla media europea e a quanto raccomandato a livello internazionale. Gli aumenti maggiori si sono registrati nelle regioni del Centro e Sud Italia: in Campania, regione con attualmente la più elevata percentuale di ricorso al taglio cesareo, si è passati da un valore pari a 8,5% nel 1980 a 51,0% nel 1999. La percentuale di parti con taglio cesareo risulta essere superiore presso le case di

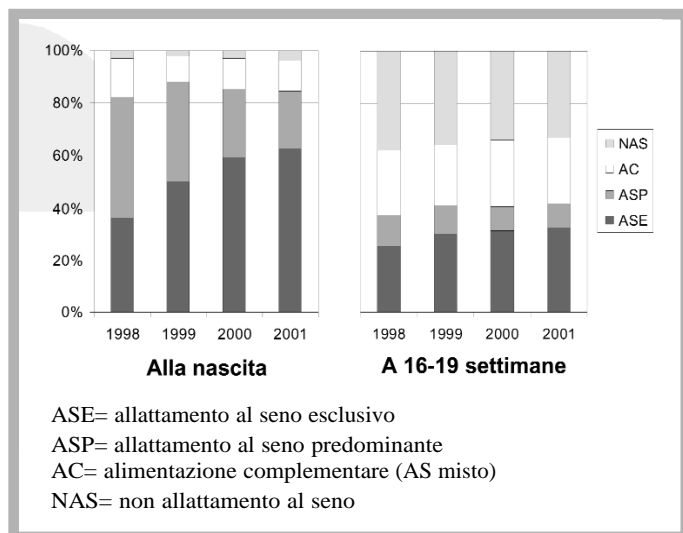
cura private e, in generale, nelle strutture che effettuano un ridotto numero di parti.

Prematurità e basso peso

Il basso peso alla nascita è un indicatore di salute importante con diverse implicazioni: costituisce sia un indicatore generale di salute riproduttiva (e in questo senso rappresenta un indicatore di esito) sia un fattore di rischio, soprattutto per quanto riguarda la popolazione di bambini di peso molto basso, al di sotto dei 1500 grammi, sia, infine, un indicatore di bisogni soprattutto per quanto riguarda la stessa popolazione di peso molto basso. La proporzione dei bambini di basso peso è diminuita dall'11% del '73 al 6% del '98 e sostanzialmente coincide con quella dei bambini nati prima della 37^a settimana di gravidanza. Tuttavia, negli ultimi anni, non si registra alcun ulteriore decremento né nella percentuale totale di basso peso né in quella di bambini di peso molto basso (intorno all'1%).

Il trend temporale favorevole, dovuto al miglioramento generale delle condizioni socio-economiche, educative e delle cure perinatali è stato probabilmente compensato negli ultimi anni dalla non riduzione del numero delle famiglie povere, dall'aumento delle nascite in donne di età più avanzata e, questo soprattutto per i bambini di peso molto basso, da un aumento delle gravidanze multiple. Anche in relazione al basso peso alla nascita possono esistere differenze notevoli (abituamente non rilevate dai sistemi informativi se non vengono fatte indagini ad hoc). Alcuni anni fa abbiamo messo in evidenza, ad esempio, come nel territorio di diverse aziende nella regione Campania vi fossero prevalenze di basso peso alla nascita comprese tra il 5 e il 9%, con i tassi più alti rilevati in territori extracittadini.

FIGURA 10: ALLATTAMENTO AL SENO IN FGV, TREND TEMPORALI 1998-2001



Allattamento al seno

Alla fine degli anni '80, e soprattutto degli anni '90, si è registrata un'inversione di tendenza rispetto alla prevalenza e alla durata dell'allattamento al seno. Tale inversione si è verificata in primo luogo nelle regioni del Nord e tra le donne di livello educativo superiore, così come in altri Paesi. Non esistono statistiche nazionali basate su definizioni standardizzate e, soprattutto, metodi e criteri di raccolta dell'informazione attendibili. Dagli studi disponibili si può stimare all'85% la percentuale di bambini che vengono dimessi con allattamento al seno, al 43 e al 28% la prevalenza di bambini con allattamento al seno esclusivo o predominante (cioè senza aggiunta di cibi diversi dal latte materno) rispettivamente a 3 e 6 mesi.

Una indagine, condotta nel 1966 su 5088 donne intervistate a domicilio entro 2 mesi dal parto, dimostra che il 55% allattava ancora esclusivamente al seno, il 25% faceva un allattamento misto e il 20% con latte artificiale. Le donne con livelli di istruzione più elevati e quelle che avevano iniziato ad allattare il bambino entro 24 ore dalla nascita allattavano al seno in percentuale più elevata al momento dell'intervista (Serena Donati e coll, 1999).

Nell'anno 2000 la stima sale all'89% di allattamento al seno alla dimissione, e al 45% a 3 mesi. Livelli più alti sono stati raggiunti in alcuni ospedali dopo un intervento di formazione sugli operatori (Adriano Cattaneo e coll, *Brit Med Journal*, 2001). I dati del monitoraggio relativi alla regione Friuli-Venezia Giulia per l'anno 2001 (figura 10) corrispondono probabilmente ai livelli più alti attualmente riscontrabili in Italia, su base regionale.

Fumo di tabacco

Dagli anni '70 a metà degli anni '90 sono stati osservati due fenomeni paralleli: un anticipo dell'età di iniziazione al fumo di tabacco dai 18-20 ai 14-17 anni e una riduzione della prevalenza dei fumatori tra i maschi a cui non corrispondono analoghe riduzioni tra le ragazze. Con inizio dalla metà degli anni '90 si registra un aumento dell'abitudine al fumo tra i ragazzi: nel 1999 circa il 25% degli studenti di scuola superiore ammettono di essere fumatori abituali mentre il 36% riferiscono di non fumare (tabella 12).

TABELLA 12: FUMO DI TABACCO

- Fumatori abituali:
14-24 aa (M e F): 22%
15-18 aa (M e F): 25% (Multiscopo)
- Trend: aumento (ragazze)

Abuso di sostanze

L'uso di alcol è comune, solo il 15% degli studenti delle scuole superiori non assumono mai alcol, ma solo il 17% riportano un'assunzione regolare (parecchie volte alla settimana).

L'uso di derivati della *Cannabis* riguarda il 20% dei ragazzi, mentre l'uso di altre sostanze quali l'ecstasy o altri derivati di sintesi è riferito da circa il 5% degli adolescenti tra i 15-18 anni (**tabella 13**).

Nel complesso questi dati situano gli adolescenti italiani al di sotto della media europea per quanto riguarda l'assunzione di alcol e nella media per quanto riguarda l'assunzione di altre sostanze (*Report on the state of young people's health in the European Union, European Community, 2000*).

Salute ambientale

Anche questo è un tema emerso all'attenzione solo negli ultimi anni in Italia, mentre negli Stati Uniti e nei Paesi nordici riceve notevoli attenzioni sia sul piano della ricerca che della sorveglianza epidemiologica.

Per queste ragioni non esistono dati italiani raccolti su base di popolazione relativi alle esposizioni ambientali nel bambino, se si eccettuano quelli relativi all'inquinamento atmosferico, derivati soprattutto dallo studio promosso dall'OMS in otto città italiane (Centro OMS Ambiente e salute, Roma, 2001) e dallo studio MISA (Epidemiologia & Prevenzione, 2001).

Da questi studi si ricava che in particolare la popolazione urbana è frequentemente esposta a concentrazioni di inquinanti considerate nocive nel breve termine (aumento di patologia respiratoria acuta, recidive di asma negli asmatici).

Almeno il 20% dei bambini in età scolare sono esposti per tempi significativi a concentrazioni di particolato sospeso (PM10) superiori a 40 microgrammi/m³, con un rischio aumentato in questi casi di circa il 60% per riacutizzazione di patologie respiratorie, quali bronchite e asma (**tabella 14**).

TABELLA 13: ABUSO DI SOSTANZE

Adolescenti tra 15-18 aa:

- 17% alcol frequente
- 20% *Cannabis* frequente
- 5% ecstasy, LSD
- Paragone con UE: alcol più basso, *Cannabis* uguale, altre droghe inferiore
- Trend: aumento droghe, alcol stabile

Per altre esposizioni, pur di potenziale grosso rilievo, quali policlorobifenili (PCB), piombo, pesticidi, le informazioni a disposizione sono estremamente episodiche e assolutamente insufficienti a fornire un quadro della situazione.

Salute riproduttiva

Dei dati disponibili di "esito" (gravidanze e interruzioni) abbiamo già detto.

Da indagini campionarie condotte su scala europea, emerge che l'età media del primo rapporto è stimata in Italia tra i 17 e i 18 anni (superiore alla media europea) e il 70% dei ragazzi che riferiscono di avere rapporti sessuali completi dichiarano di usare una qualche forma di protezione.

La dispersione nella popolazione è tuttavia notevole, e anche in questo caso il retroterra sociale e culturale gioca un ruolo importante. Va inoltre tenuto presente che nelle popolazioni immigrate anche di seconda generazione (fenomeno ancora molto contenuto in Italia, ma in rapida crescita per quanto riguarda la popolazione pediatrica) gli stili di vita relativi alla salute riproduttiva sono quelli in cui si registrano maggiori differenze sia rispetto alla popolazione autoctona sia all'interno delle stesse comunità.

Condizioni di salute autoriferite e rapporto con i servizi sanitari tra gli adolescenti

Per quanto di interpretazione non facile e non immediatamente riconducibili a una definizione di fattore di rischio, possono essere comunque significativi i dati raccolti sullo stato di salute così come riferito dai ragazzi, anche perché sia le indagini campionarie di tipo internazionale, quali lo studio ESPAD, sia studi effettuati localmente sono singolarmente coincidenti nei loro risultati: circa l'85% dei ragazzi tra 15-18 anni riferiscono di sentirsi in buona salute, un 7-8 % riferiscono disturbi di media severità, mentre il 6-7% riferisce condizioni di salute cattive e limitanti.

TABELLA 14: SALUTE AMBIENTALE

- Dati esistenti su base di popolazione solo su aria (studio 8 città: 20% esposti a oltre 40 microgrammi/m³ PM10; 30.000 episodi di asma e bronchite in più; OR 1.6 (SIDRIA)
- Praticamente inesistenti su esposizione a piombo, PCB/diossine, pesticidi, rumore, UV, *endocrine disruptors*
- Elementi di allarme: tumori nelle aree urbane, LBW nelle aree rurali

CONGRESSO NAZIONALE ACP 2003

Centro Congressi "Ville Ponti" - Varese

10-11-12 ottobre 2003

Programma preliminare

VENERDÌ 10 OTTOBRE

ore 9,00 Relazioni e reti in pediatria

- Il diffuso clima di incertezza ed il prendersi cura da parte del medico. Ruolo del pediatra come attivatore di reti.
- Sostegno alla genitorialità responsabile.

ore 14,30 Dalla teoria alla pratica

- Le linee guida sul reflusso gastroesofageo: scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia ed il ruolo della EBM.
- Temi clinici: le epatiti; l'obesità infantile.

SABATO 11 OTTOBRE

ore 9,00 Vecchio e nuovo nelle malattie infettive

- Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un paese in via di sviluppo.
- Le condizioni del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme.
- Una vecchia novità: la TBC.

Sessione poster e comunicazioni brevi

ore 14,30 Assemblea dei soci ACP ed elezione del presidente e di quattro componenti il consiglio direttivo

DOMENICA 12 OTTOBRE

ore 9,00 Ci sono novità?

- Malattie infettive: varicella e dintorni.

Conclusioni del Congresso

Il bambino e i bambini ieri ed oggi; cos'è cambiato e cosa sta per cambiare.

SEGRETERIA

Mario Narducci 02 95339123 marionarducci@tin.it
Federica Zanetto 039 6080083 zanetto@tin.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: QUICKLINE sas

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste - Tel. 040 3728911

Quanto all'uso di servizi in questo gruppo etario, studi effettuati in differenti parti d'Italia dimostrano in modo consistente che ogni anno circa il 50% dei ragazzi tra i 15-18 anni vedono il loro medico di famiglia e che circa il 10% sono ammessi in ospedale, in gran parte per traumi.

Tali frequenze devono soprattutto far riflettere sulle opportunità, in gran parte mai utilizzate, di veicolare messaggi e di far conoscere servizi appositi in occasione di questi contatti con i servizi sanitari.

Al contrario, resta molto bassa la proporzione di ragazzi che utilizzano i servizi dedicati - quali gli spazi giovani dei consultori - che si aggira intorno al 10% tra le ragazze e non supera il 2-3% tra i ragazzi.

Ovviamente le differenze tra servizio e servizio, anche in rapporto alla tipologia dell'offerta, sono notevoli, ma immancabilmente si registra uno scarso utilizzo diretto.

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

La priorità relativa ai determinanti di salute è universalmente individuata, in ambito europeo, nelle diverse condizioni sociali. Evidenze molto recenti (Poulton e coll, *Lancet*, 2002; Kuh e coll, *Br Med Journal*, 2002) riaffermano l'importanza per le condizioni di salute (comprendenti sia la salute fisica che quella mentale, sempre che sia possibile tracciare una separazione) in età adulta delle "esposizione" a diverse situazioni socio-economiche nei primi anni di vita.

Per quanto in Italia le differenze siano meno importanti che in altri Paesi, sembra che il trend sia nella direzione di un aumento delle disuguaglianze soprattutto in giovane età.

Resta dunque riaffermata la priorità di politiche volte ad assicurare condizioni di partenza sufficientemente buone per tutti i bambini, e ad alleviare le disuguaglianze che comunque si producono sia nella probabilità di malattia che nella sua possibilità e qualità di cura.

Di queste tratteremo nella *seconda parte* del rapporto.

Per quanto riguarda i fattori di rischio secondari, l'abuso di sostanze e il fumo di tabacco sono da considerarsi aspetti prioritari e non sufficientemente affrontati, mentre sull'allattamento al seno siamo di fronte a un effettivo sforzo di miglioramento, anche se non omogeneo sul territorio nazionale.

La problematica del basso peso richiede innanzitutto un maggior sforzo di rilevazione e interpretazione.

Tutta la tematica sugli adolescenti deve tener conto del fatto che l'evidenza fino ad oggi raccolta suggerisce che, piuttosto che campagne ad hoc condotte con l'obiettivo di ridurre questa o quella esposizione, per le quali vi sono assai scarse evidenze di successo, si tratta di lavorare per offrire ai ragazzi alternative di vita insieme a una informazione precisa e condotta con mezzi adeguati al target e a un effettivo accesso a possibilità di consulenza e aiuto.

ERRATA CORRIGE

Sul numero 6 / 2002 di Quaderni acp, alle pagine 10-13 l'articolo "Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani di Antonio Clavenna e collaboratori contiene numerosi errori, dovuti a problemi tecnici del programma di stampa, di cui dobbiamo molto scusarci con gli autori e con i lettori.

A pagina 11 la erronea dizione "c 2", riportata ripetutamente, (prima colonna rigo 21 e 28, e terza colonna rigo 1- 5-17) va corretta in "chi quadrato". A pagina 12 terza colonna rigo 16 la dizione "€ 2 pezzi" va corretta in "minore o eguale a 2 pezzi". A pagina 12 terza colonna, rigo 40 la dizione "età 5 anni" va corretta in "età inferiore o eguale a 5 anni".

Dopo il Congresso di Roma

Comitato Editoriale di *Quaderni acp*

Il “dopo congresso” di Roma è stato caratterizzato da una lettera inviata al presidente Nicola D’Andrea, da Roberto Bussi, e sottoscritta da Fabrizio Fusco, Monica Pierattelli e Vitalia Murgia. La lettera è stata inviata anche alla direzione di questa rivista perché ne riguardava la linea editoriale, ma ha avuto una larghissima diffusione: è stata inviata, anche con una successiva risposta personale di Salvo Fedele, a tutti i gruppi locali dell’Associazione, sicché si deve presumere che i soci dell’ACP ne siano a larga conoscenza. Il Comitato Editoriale (CE) di *Quaderni* ha letto con attenzione la lettera, vi ha dedicato una riunione, e con questa nota vuole dare alcune spiegazioni.

1. I problemi economici della rivista: nella lettera è scritto che si vorrebbe “*sapere se è vero o no che c’è un buco di un centinaio di milioni dovuti alla rivista; la voce circola, è vera?*”

Vorremmo fare una prima osservazione: sarebbe stato molto opportuno che questa domanda venisse fatta in congresso; le voci di corridoio avrebbero così avuto una immediata soddisfazione conoscitiva. Ci dispiace che ciò non sia successo.

La norma fissata, al congresso di Verona, a proposito della gestione economica della pubblicazione fu che la rivista doveva coprire con proprie entrate il 70% dei costi. Ciò è largamente avvenuto fino al 2001; fino a quella data la rivista ha coperto ben oltre il 70% dei costi anche per il lavoro gratuito di chi la “produce”.

Nel 2002 gli introiti pubblicitari di *Quaderni* sono diminuiti: da 70.000 a 35.000 Euro (vedi nota) in costanza di costi. Questo ha creato una situazione di sofferenza di fronte alla quale il CE ha proposto, prima del congresso di Roma, al Comitato Direttivo (CD) dell’ACP alcune misure di contenimento dei costi:

1.1. Riduzione del numero delle pagine da 60 a 52.

1.2. Riduzione delle pagine a colori.

1.3. Riduzione della tiratura.

Il CD dell’Associazione ha accettato le prime due proposte, che sono state immediatamente attuate fino dal numero di otto-

bre; ha per ora congelato la terza proposta che per il CE rimane valida. Valuteremo a metà del 2003 i risultati di questa “stretta” dei costi.

2. Il problema dei contenuti della rivista: il commento redazionale al congresso dell’ACP (*Quaderni acp* 2002;4:9), comparso assai prima della lettera di Bussi e dei suoi cofirmatari, si concludeva così: “...è mancata ancora una volta una discussione sul ruolo di questa rivista”.

La lettera, per noi, quindi giunge a fagiolo. Già, nel corso dell’estate, il nostro direttore aveva proposto al presidente dell’ACP la stipula di un “Contratto di servizio”, nel quale fossero indicati i compiti che venivano assegnati alla rivista per farne lo strumento per la informazione dei soci.

Scriva Roberto Bussi: “*A me la rivista piace, ma a volte sembra un po’ monotona su certi argomenti e vola molto alto su altri temi che rischiano di allontanarci dalla quotidianità. Inoltre mi sembra costosa con la carta patinata e la grafica di un certo tipo. Siamo sicuri che piace? Ho la certezza che molti dei miei iscritti non la aprano nemmeno. Tempo fa era stata fatta una indagine sul gradimento delle singole rubriche, ma il tempo vola*”.

È, ancora, un vero peccato che queste osservazioni non siano state fatte in aula. Comunque, vista la carenza di un dibattito interno sulla rivista, il Comitato Editoriale aveva già messo in cantiere un sondaggio fra i soci che sarà svolto prima e durante il congresso nazionale del 2003 e il cui modulo è alle pagine 27-28.

Forse si è ritardata troppo questa verifica del gradimento della rivista; forse dovevamo presentarci nei congressi a sollecitare maggiormente opinioni al riguardo, specialmente per le innovazioni che abbiamo volta a volta introdotto nei contenuti. A questo proposito comunque il CE è a disposizione dei gruppi per incontri di riflessione sullo stato attuale dell’informazione medico-scientifica, *Quaderni* compreso naturalmente.

3. Nell’assemblea congressuale - scrivono ancora Bussi e colleghi - non si è capito “cosa sono gli “scenari clinici” di cui par-

lava Salvo Fedele e che richiederebbero investimenti. Nessuno di quelli a cui ho chiesto ne sapeva nulla, forse anche questo meritava di essere spiegato meglio in assemblea”.

Qui le considerazioni sono due:

3.1. Sembra difficile, anche se pur sempre possibile, pensare che non si sia inteso cosa siano gli scenari. I *Clinical Scenario* sono uno strumento applicativo, oramai noto da qualche anno, della medicina delle evidenze; *Quaderni* per quattro numeri ha dedicato a questo argomento una sezione con numerosi articoli, per i quali vi sono stati riscontri da parte di molti lettori; nel numero scorso vi è stato un contributo di Sandro Bianchi che vi si richiamava; Rosario Ferracane ha descritto, in congresso, il percorso avvenuto all’interno del suo gruppo locale e i firmatari della lettera sono ai congressi ascoltatori attenti.

3.2. È possibile invece che non si sia inteso il perché della necessità di “costi” per la diffusione degli scenari che potrebbero diventare qualcosa di molto più ricco e non solo cartaceo, con ricerca di nuove collaborazioni, in grado di arricchirli e di moltiplicare le potenzialità innovative che l’applicazione della metodologia potrebbe dare alla pratica.

Questa scelta non riguarda evidentemente solo *Quaderni*, ma è dell’intera ACP ed è quello cui si alludeva al congresso di Roma. Questi i chiarimenti che riteniamo di dovere dare come CE di *Quaderni* al dibattito nell’ACP.

Nota. Sarebbe interessante intrattenersi sui motivi di questa riduzione della pubblicità affluita alla nostra rivista. Quello che è certo è che noi siamo i soli, nel panorama delle riviste italiane che accettano pubblicità, ad effettuare un ragionevole controllo sulla correttezza delle inserzioni che ci vengono offerte; nessun altro fa questo controllo.

Anzi, negli ultimi mesi, ne abbiamo visto di tutti i colori e dimensioni: fino ai gadget inseriti nella copertina. Questa scelta ci pone in una situazione di “forza” nei riguardi di noi stessi, ma di grande “debolezza” all’interno del mercato.



Pediatri e libri: Italia e Stati Uniti

Sul numero di novembre di *Pediatrics* (2002;110:909) Perri Klass, direttore medico del programma americano *Reach Out and Read* (ROR), ripercorre le tappe della diffusione negli Stati Uniti del progetto che suggerisce la lettura ai bambini dell'età prescolare e svolge alcune considerazioni che ci servono anche per una valutazione di "Nati per Leggere".

Perri nota che il momento che stiamo attraversando è particolare: sempre più i pediatri sono richiesti di incorporare nella loro professione di medici di base elementi di cultura che riguardano gli aspetti psicosociali o relativi allo sviluppo del bambino. Questi aspetti hanno un sicuro impatto sul destino di salute e di benessere del bambino. Negli ultimi tempi è, inoltre, emersa la necessità che tutte le forme operative della professione siano confortate da prove di efficacia. La "svolta", che riguarda il suggerimento di leggere ai bambini dell'età prescolare, inizia, negli Stati Uniti, nel 1989 con le modalità di cui abbiamo più volte riferito su questa rivista. Il progetto, definitivamente elaborato, prevede ora tre passi: a) il pediatra deve essere brevemente formato per poter dare ai genitori una guida anticipatoria sul beneficio che leggere insieme con i bambini comporta; b) come "spinta" il pediatra può regalare un libro; c) si possono organizzare delle dimostrazioni di come leggere ai bambini nelle sale di attesa dei pediatri o in altri luoghi. Trasportato in Italia, il progetto può prevedere che le sedi di invito e di dimostrazione della lettura siano ampliate, sempre tenendo conto che vi sono sedi in cui già si attua la lettura: le scuole dell'infanzia, le biblioteche e altro. Le sedi che possono essere immaginate sono i consultori, le sedi vaccinali, i luoghi dove si attivano incontri sulla genitorialità, gli ospedali, anche se in questi ultimi il ricovero breve dà una occasionalità eccessiva all'incontro.

L'utilizzo del Servizio Sanitario che scende a fianco di altre istituzioni per suggerire la lettura è un evento di cui non si deve trascurare l'im-

portanza. Dopo i primi momenti di "vita grama" il progetto americano è decollato nella seconda metà degli anni Novanta con finanziamenti degli Stati e del governo centrale. La progressione è stata questa: 4 punti di attività (ospedali, ambulatori o practice) nel 1994; 100 punti nel 1997; 500 nel 1999; e ora 1400 punti di attività e una strutturazione più formale del Centro che è a Boston. Questo salto è stato possibile sia per la naturale simpatia che il progetto ispira sia perché si sono accumulati dati della letteratura che provano l'efficacia del progetto in almeno tre aree: la relazione intrafamiliare è favorita e si ha un aumento dei bambini con attaccamento sicuro; la lettura influenza lo sviluppo del linguaggio, specie di quello recettivo; aumenta il numero dei genitori che leggono in casa con i figli almeno cinque giorni alla settimana; aumenta il numero dei libri in casa, sia dei libri per ragazzi che dei libri in generale. Le ricerche sul successo scolastico sono ancora poche e, finora, retrospettive, ma i "buoni lettori" nella scuola del primo ciclo sono quelli che hanno avuto più spesso letture in casa e il loro successo scolastico è migliore rispetto ai "cattivi lettori". Secondo alcuni questo è in rapporto con lo sviluppo del linguaggio recettivo che favorisce una più rapida e completa comprensione del testo scritto.

Qual è la situazione in Italia a tre anni dall'inizio del progetto? Vediamo le aree in cui *gruppi di pediatri* si sono impegnati nel progetto con la collaborazione delle istituzioni bibliotecarie o di altri enti; questa valutazione non comprende quei colleghi che pure si sono riforniti di materiali presso il Centro per la Salute del Bambino per svolgere un'azione personale e che sono complessivamente circa 200. Ci sono due aree con un progetto che comprende l'intera regione: Umbria con un finanziamento dell'ACP dell'Umbria; Basilicata con un notevole finanziamento della Regione; anche in Sardegna è in via di organizzazione un progetto regionale che ha richiesto la collaborazione dei pediatri, ma che per ora è assai meno strutturato dei due precedenti; si cerca faticosamente di attuarlo in Piemonte. Ci sono tre aree provinciali con un progetto in atto: Trento e Brescia con la partecipazione di grandissima parte dei pediatri e Ravenna con una partecipazione pediatrica minore. In Sicilia ci sono due gruppi attivi; in Puglia ve n'è uno come in Campania e in Toscana; quattro punti sono in Emilia-Romagna; due in Friuli-Venezia Giulia; tre in Veneto: uno di questi è supportato da un'azienda farmaceutica che non ha aderito a Nati per Leggere e che ha condotto un'azione separata. In Lombardia, oltre alla provincia di Brescia, è

nati

attiva un'area nel vimercatese nel quale sono coinvolti, con diverso grado di partecipazione, 25 pediatri. Questa è la situazione a tutt'oggi.

red.

Emilia-Romagna

A Imola, a fine novembre, si è tenuta la presentazione del progetto Nati per Leggere per il comprensorio imolese. Hanno presentato il progetto: Giancarlo Biasini, del Centro per la Salute del Bambino, Marina Baruzzi, direttrice della biblioteca ragazzi "Casa Piani", Maurizia Gasparetto dei Servizi comunali per l'infanzia, e Antonios Thaminos che, a nome dei pediatri di famiglia, ha assicurato l'adesione dei 14 pediatri dell'ASL alla parte pediatrica del progetto: scaffali di libri nelle attese degli ambulatori e consigli alle famiglie di leggere ad alta voce ai bambini dell'età prescolare. A metà dicembre, a Modena, è stato presentato il progetto Nati per Leggere sostenuto dal Comune, per il quale era presente il sindaco, Giuliano Barbolini, che ha sottolineato come fatto di grandissimo significato l'inserimento del progetto fra i Piani per la salute del Comune. Luisella Grandori, pediatra dell'ACP, impegnata nell'elaborazione dei Piani per la salute, ha ripreso successivamente questo argomento sottolineando il valore del progetto, dimostrato dalla letteratura, nel promuovere il benessere e nel favorire i rapporti relazionali intrafamiliari e lo sviluppo della genitorialità. La manifestazione, tenuta nella sede della biblioteca Delfini, è stata condotta dalla direttrice del servizio biblioteche del comune di Modena, Meris Bellei, che ha spiegato come, per la parte dedicata ai pediatri, il progetto preveda la preparazione di un kit e la formazione di piccoli angoli di lettura negli studi. Alla manifestazione erano presenti 14 pediatri che hanno dato la loro adesione. Giancarlo Biasini e Igino Poggiali, presidente dell'Associazione Italiana Biblioteche, hanno ripreso il filo del significato del progetto nelle sue radici. Il professor Pino Boero, ordinario di letteratura per l'infanzia all'Università di Genova, che è stato più volte relatore ai congressi dell'ACP, ha fatto un brillante excursus dell'evoluzione della letteratura per ragazzi; passata da un atteggiamento di "promozione-divieto" (che il libro non ecceda, che non occupi troppo la mente del bambino e quindi, per esempio, no a Salgari, ma sì alla letteratura delle "piccole bare che vanno in cielo") fino al capovolgimento degli anni '60 con Gianni Rodari con la sua *Grammatica della fantasia*, l'ironia del gioco dell'assurdo. Marina Spaccini, pediatra triestina, ha presentato un realistico quadro della sua esperienza di pediatra pratico, impegnata nel suo ambulatorio

per leggere

in Nati per Leggere, sia utilizzandola come guida anticipatoria che come strumento di valutazione dello sviluppo. Secondo l'esperienza di Marina Spaccini i genitori che già leggono si sentono rinforzati nella loro azione dall'attività del pediatra; gli scarsi lettori ricevono lo stimolo a una migliore organizzazione della loro attività; i non lettori sono sorpresi e hanno bisogno di interventi successivi di rimodulazione dell'invito. La giornata è stata allietata da intermezzi di lettura di brani di letteratura per l'infanzia a cura di Maurizio Cardillo.

In tutti i comuni del comprensorio di Lugo una campagna di sensibilizzazione è stata portata avanti dalla biblioteca Trisi. L'utilizzo di un manuale finanziato dalla provincia di Ravenna e del materiale preparato dal Centro per la Salute del Bambino è stato attivamente dimostrato ai pediatri di famiglia. È stata compiuta, con la collaborazione dei 10 pediatri di famiglia, una campagna di iscrizione dei bambini più piccoli alla biblioteca ragazzi, con risultati molto buoni; i piccoli nuovi iscritti hanno avuto in regalo uno zainetto con il logo del progetto. I pediatri effettuano la sensibilizzazione dei genitori al bilancio di salute del primo anno. Si prevede di estendere l'azione agli anni successivi. Nelle sale d'aspetto dei pediatri sono stati collocati 20 libri per le varie età e sta per essere allestito un laboratorio per insegnare ai genitori "come leggere" presso la biblioteca Trisi. A Ferrara (distretto) e Copparo (Comune) il progetto viene realizzato con il dono del libro che avviene a 10-11 mesi e nel corso del terzo anno di età. A Ferrara l'azione è portata avanti dai pediatri di comunità in occasione delle vaccinazioni concomitanti; a Copparo dai pediatri di famiglia, che aderiscono tutti al progetto, in occasione dei bilanci di salute.

In ambedue le sedi viene effettuata la ricerca sull'abitudine alla lettura da una studentessa in Scienze della educazione che ne farà una tesi di laurea.

I costi del progetto sono coperti in parte dalla AUSL e per una parte minore dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Ferrara attraverso l'associazione Amici della Biblioteca.

Libri per bambini piccoli

Attenti alle ragazze di Tony Blundel

Emme Ed. 2002, pp. 36, Euro 12,50

Un lupo non proprio... alfabetizzato, e che quindi con i caratteri si confonde un po', legge un libro con storie che trattano di bambine e di nonne. Alluppato bussa alla porta di una bambina e si finge la nonna; ma la bambina stenta a riconoscerla. Non è proprio vestito come la

nonna. Il lupo un po' analfabeta se ne va, si riveste e ritenta. Niente da fare: la bambina è un'acuta osservatrice. La mette sull'avviso il cagnolino che - come nella canzone - grida "al lupo al lupo". Dai e ridai, tenta e ritenta alla fine la bambina capisce il gioco (attenti alle ragazze di oggi - dice il titolo!) e si arriva a un finale inatteso e divertente con un mucchio di palloncini attaccati alla coda. Il testo è molto brillante e vivace; il dialogo favorisce la lettura ad alta voce (a due voci) ed è abbastanza facile anche per un bambino di 3 anni: meglio per uno appena più grande che già abbia conoscenza della favola classica e la cui curiosità viene perciò naturalmente stimolata: *stavolta come andrà a finire?* Le illustrazioni sono curate e comprensibili.

Livia Vitali

Il piccolo bruco mai sazio di Eric Carle Illustrazioni dell'autore

Mondadori Ed. 2002, pp. 22, Euro 11,40

La collana Mondadori, cui appartiene questo splendido libro, si chiama "Leggere le figure, libri illustrati per bambini". Si tratta di un capolavoro per piccolissimi di Eric Carle, un prolifico scrittore tedesco. Il libro ha quarant'anni; è uscito per la prima volta in Italia nel 1963 per la Emme Edizioni, con il titolo *Un baco molto affamato*. È stato pubblicato nell'89 dalla Mondado-

ri che lo ha ristampato nel 2002. Quando nasce un bambino, genitori, nonni, parenti e amici provvedono al corredo con trepidazione ed entusiasmo; questo libro dovrebbe entrare in tutte le case in cui c'è un neonato perché gli adulti lo leggano e lo rileggano con il piccolo, accompagnando così i suoi primi anni di vita. La storia è presa da un miracolo della natura: il bruco che diventa farfalla. Una storia nota che diventa in questo libro metafora della nascita, della crescita e della vita. Una storia dal sapore biblico: in una settimana il bruco arriva alla fine del suo percorso. Una storia dove i numeri diventano un gioco naturale. Una storia che insegna a non temere il cambiamento. Le illustrazioni sono straordinarie; Carle ci ha regalato tavole che sembrano quadri e trovate che entusiasmeranno i piccoli, come il bruchino che esce dal frutto mangiato o come l'ultima scorpacciata, dove ha disegnato una successione di alimenti che solo da bambini riusciamo a mangiare (lecca-lecca e salame, torta di ciliegie e salsiccia...), senza dimenticare la verdura, una foglia verde che migliora la digestione (!) e, per finire, la splendida farfalla che esce dal bozzolo. Chissà se l'autore aveva in mente tutti questi aspetti quando ha pensato a un libro come questo! Non importa, noi gliene siamo grati comunque.

Anna Grazia Giulianelli

Lettere a NPL

Cari amici pediatri, non c'è dubbio che la più cara iniziativa che voi avreste potuto assumere è stata quella di suggerire la lettura ai bambini nelle loro case. Questo ha aumentato la mia fiducia e la mia considerazione in voi.

È proprio vero che non siete solo medici del corpo! Che non siete solo medici dei nostri bambini! Siete nostri amici. E questo mi commuove. Perché io pensavo che la lettura al mio bambino avrebbe potuto essere importante nella sua alfabetizzazione, nella costruzione della sua cultura; ma pensavo che in fondo a questo avrebbe potuto provvedere a suo tempo la scuola: una buona scuola avrebbe potuto fare tutto. E in fondo avevo ragione. Non volevo anzi tempo alfabetizzare mio figlio; annoiarlo con le cose dell'istruzione; c'era tempo; c'è tempo. Ma non pensavo che i libri avrebbero potuto stringere il mio legame con lui, avrebbero potuto essere una occasione di comunicazione della quale sentivo soprattutto il bisogno. Ora lo so, l'ho provato su noi due e di questo credo proprio di dovervi ringraziare. Ma anche di chiedervi ancora qualcosa. Che cosa si può

leggere ai bambini? Dovreste aiutarci con qualche indicazione abbastanza più semplice di quello che attualmente c'è in circolazione e in cui mi smarrisco.

Grazie ancora e buon successo per Nati per Leggere per il prossimo anno!

Anna Messineo
madre del piccolo Lucio di 18 mesi

Grazie, cara signora. Nessuna lettera che ci ha raggiunti in questi 3 anni di attività ci fa contenti, ci inorgoglisce più della sua. Preferiamo non aggiungere nulla a quanto lei dice, perché lei ha compreso perfettamente il senso di Nati per Leggere in Italia (per lo meno in quella del Nord, dove lei vive) che è indubbiamente un poco diverso dal significato del progetto capostipite nato negli USA. Quanto alla sua richiesta di indicazione di letture i suoi desideri si sono incontrati con il pensiero della redazione. Dallo scorso numero della rivista, infatti, noi pubblichiamo due recensioni con indicazioni che sembrano venire incontro a quanto chiede. Sono naturalmente indicazioni che vanno nelle mani dei pediatri e che speriamo vengano utilizzate.

Il tema della difficoltà del rapporto tra padre e figlio, ancora più complesso se, nel momento critico della maturazione e della acquisizione di una identità autonoma, un ragazzo viene a scoprire che la figura amata e idealizzata non è degna di stima; una tragedia talmente grande da fare tramutare l'amore per il proprio padre naturale o spirituale in odio.

L'errore di idealizzare la figura paterna: *Era mio padre* di Sam Mendes

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Crescere significa prendere coscienza di ciò che ci circonda, aprire gli occhi e capire. Per un bambino, le cose da capire possono essere buone o cattive; e il suo modo di aprire gli occhi sulla realtà può essere graduale o improvviso. Ne deriva che il modo peggiore di crescere è quello di aprire improvvisamente gli occhi su cose cattive.

Nell'Illinois degli anni Trenta, Michael O'Sullivan (Tom Hanks) è un uomo innamorato della moglie e un severo padre di famiglia. I due figli ignorano la sua vera professione e un giorno il più grandicello, Michael jr, spinto dalla curiosità, decide di seguirlo di nascosto. Scopre così di avere un genitore che si guadagna lo stipendio eseguendo stragi su commissione, un killer, un "angelo sterminatore" al servizio del potente boss, John Rooney (Paul Newman).

È il primo di una serie di traumi, giacché il ragazzo viene scoperto a sua volta e innesca senza volerlo un meccanismo impietoso: il boss che ordina lo sterminio dell'intera famiglia, i due Michael che sfuggono per caso alla carneficina e cercano riparo da lontani parenti, O'Sullivan che si trasforma da preda in cacciatore. Il tutto tra rapine, agguati e trappole fino all'inevitabile duello finale (che, per rispetto delle più elementari norme di correttezza narrativa, conviene non svelare).

Ho visto il film a Venezia nello scorso settembre - da mezzanotte alle due e dopo averne visti altri 4 nello stesso giorno - e non mi era dispiaciuto, ma i giudizi che si emettono in quell'occasione sono sempre pericolosi, perché inevitabilmente condizionati dal fresco paragone con altre opere, dalla stanchezza, dal sonno. È come se si pretendesse di giudicare una pietanza in uno di quei pranzi di nozze dove le portate sono infinite. Le abbuffate si fanno e basta; poi, magari, ci si ritorna con calma. Ed è con calma che intendo ritornare su questo *Era mio padre* di Sam Mendes, alla sua seconda prova dopo *American Beauty*, che ha come titolo originale *Road to perdition*, dal voluto duplice significato, visto che la lontana parente alla quale il killer intende affidare il bambino superstite è una zia che abita nella

città di Perdition. Reso il dovuto omaggio alla bravura di Tom Hanks e dell'insostituibile Paul Newman, alla fotografia (chissà che non ci scappi un Oscar) e alla regia, è bene soffermarsi sul contenuto, perché il film si presta a considerazioni di altro genere, come quella dell'improvvisa crescita di un bambino cui si accennava all'inizio.

Il piccolo Michael scopre ciò che tutti abbiamo in certo qual modo scoperto: si sbaglia a idealizzare la figura paterna. E la storia, che può sembrare un ennesimo film di gangster, o un fumetto western, si muta in racconto psicoanalitico su problematici rapporti familiari; doppio racconto, addirittura, giacché Michael O'Sullivan senior, adottato e amato dal boss John Rooney quanto e più del figlio naturale Connor, è costretto a sua volta a ribellarsi, a mutare in odio il profondo affetto che l'ha legato per anni al Padrino. La lettura psicoanalitica è giustificata anche dal punto di vista tecnico. Mendes, infatti, non indugia con piacere sulle inevitabili sequenze di violenza pura e ricorre a espedienti registici che prediligono la prospettiva psicologica, come la soggettiva e l'accenno, il velo della pioggia nella sparatoria muta (forse la più bella scena di tutto il film) e la "delicata" rapina alla banca. Non è certamente per caso che Tom Hanks, parlando del suo personaggio, abbia detto: "Questo film parla di quel preciso momento in cui viene rivelata la verità, quando ci si accorge che il proprio padre ha dei limiti, dei difetti. Il tuo mondo va in pezzi oppure è l'inizio di una nuova consapevolezza, del fatto che tutti gli esseri umani hanno dei limiti". Fra non molto, forse (è giusto dire "forse", visto che sposto il discorso in Italia, dove non si capiscono mai i veri motivi per cui certe cose, come il blocco di un film in lavorazione, accadono), vedremo nelle sale un film di Gabriele Salvatores, tratto dal bel romanzo di Niccolò Ammaniti *Io non ho paura*.

È la storia di un ragazzo di paese che scopre, per caso, all'interno di una buca, un suo coetaneo rapito e incatenato in attesa che venga pagata la somma per la sua liberazione. Tra i banditi, quasi tutti balordi locali,

c'è pure suo padre. Un altro racconto sul rapporto complesso e contraddittorio tra padre e figlio; sullo sfondo, una serie di viaggi che il protagonista fa per portare conforto alla piccola vittima con la quale ha fatto amicizia.

Sulla "strada della perdizione" intrapresa dagli adulti, i ragazzi - americani degli anni Trenta o italiani di oggi - tentano un percorso contrario, verso la redenzione e la salvezza. Da Mendes a Salvatores, da Max Allan (è suo il romanzo *Road to perdition*) ad Ammaniti: il tema dell'amore e delle difficoltà del legame tra padri e figli, tra adulti e ragazzi è sempre attuale e, purtroppo, non sempre con finali lieti.

Luc Besson, nel 1994, aveva scandalizzato i benpensanti con *Leon* che salvava la vita alla dodicenne Mathilda e poi le insegnava il mestiere di killer. Si disse, allora, che "la fantasia dei cineasti era proprio fertile" e con questa giustificazione, in qualche modo, si accantonò la discussione sulla responsabilità degli adulti nell'aggressività degli adolescenti. A livelli più ufficiali si avanzò anche l'ipotesi di una censura cinematografica per scongiurare il pericolo dell'emulazione incosciente.

Qualcuno è ancora convinto della bontà di questa tesi e addossa grosse responsabilità a sceneggiatori e registi che insistono sull'argomento. Ad aprire gli occhi bisognerebbe essere in tanti: i traumi non arrivano solo dallo schermo.

Quotidiani e media - con le prime pagine, i servizi speciali e la spettacolarizzazione - ci ricordano ogni giorno *gangster movie* con insospettiti e maniaci killers, dark ladies, padrini... Qualche titolo *made in Italy*? "Tre ragazzine, la setta satanica, la suora", "Erika e Omar", "Il mistero di Cogne", "Sangue nella lavatrice", "Desireé: il casolare della morte"... Ma, forse e purtroppo, prima che voi leggette ciò che sto scrivendo, la lista si allungherà.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Tanto rumore per nulla?

Nicola D'Andrea
Presidente dell'ACP

Abstract

Food and Drug Administration, generally considered cautious, has approved fluoxetine for children under 12 years of age. Media rapidly put on guard about the hazard derived from the use of the drug which is, moreover, already authorized for adolescence. Every drug has side effects, even tricyclic antidepressants habitually used for similar pathologies do. As for any drug also for fluoxetine doctors must possess knowledge and be very cautious.

Nicola D'Andrea, "Much ado about nothing"

Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 26

Come sempre la notizia è giunta "gridata". Titoli cubitali sull'annuncio che la Food and Drug Administration ha licenziato la fluoxetina anche per i bambini sotto i 12 anni. Tutti i media si sono affannati a mettere in guardia dall'uso del *Prozac*, definito dagli stessi "la pillola della felicità".

"Disturbi dei bambini, i pediatri contro il *Prozac*" "L'infanzia scomparsa" (*Corriere della sera*, 6 gennaio), "Sono contrario, fa male. È un'esigenza del mercato" (*Il Mattino*, 5 gennaio). Interviste a pediatri e neuropsichiatri infantili che demonizzano "la pillola" o "la pasticca". Del tutto contrario all'uso di *Prozac* e simili è Ernesto Caffo, presidente di Telefono Azzurro: "È una falsa cultura scientifica: è ben noto che il farmaco cura al più il sintomo ma non la struttura della patologia, che richiede ben altri interventi" (da *La Stampa*, 5 gennaio).

La gente si farà l'idea che la fluoxetina potrà essere distribuita come gli hamburger o la coca-cola: state alla larga! È un'esorcizzazione della globalizzazione?

Trattasi di problemi importanti e di terapie altrettanto serie.

Gli inibitori della ricaptazione della serotonina (di cui fa parte il *Prozac*) vengono utilizzati dal 1994 negli adulti, e la fluoxetina è autorizzata dalla FDA anche per gli adolescenti. Nel 1989 il gruppo di Joshi aveva riferito al 36° Congresso dell'Accademia Americana di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del trattamento di 14 pazienti (8 maschi e 6 femmine), di età compresa tra i 9 e 15 anni, con diagnosi di depressione maggiore secondo i criteri del DSM-III-R, che non avevano risposto agli antidepressivi triciclici e/o avevano avuto gravi effetti collaterali in seguito alla somministrazione di triciclici.



Dieci pazienti avevano risposto entro 6 settimane a 20 mg di fluoxetina somministrati al mattino. Gli effetti collaterali erano limitati a nausea e iperattività transitoria in un paziente e non avevano reso necessaria la sospensione del farmaco.

Chi non è a conoscenza dei casi di morte nei bambini trattati (o che accidentalmente avevano assunto) con triciclici per la cardiotoxicità di questi farmaci?

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina hanno un profilo molto più sicuro in termini di effetti indesiderati, comprese la letalità per dose eccessiva e la morte improvvisa da alterazioni cardiache non manifeste.

La diagnosi di depressione nel ragazzo e nell'adolescente è meno agevole che nell'adulto: a quell'età non è facile descrivere con appropriatezza i propri stati emozionali. I sintomi compaiono ed evolvono nel giro di qualche settimana. Numerosi studi longitudinali hanno dimostrato che, se non c'è una presa in carico del bambino con depressione, la sintomatologia si "cronicizza" e si ripresenta nell'età successiva; conseguenze ancora più tragiche (suicidio e/o tentativo) possono verificarsi

se la depressione non è diagnosticata e non trattata. Una delle "bibbie" di pediatria (il *Nelson*), già sei anni fa (15° edizione), a proposito della terapia della depressione consiglia: "Più di recente sono stati introdotti gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*trazodone*, *Deyrel*, e *fluoxetina*, *Prozac*), che sono efficaci e hanno meno effetti collaterali". Non ci fu rumore nell'ottobre del 1997, quando la FDA approvò per i ragazzi tra i 6 e i 17 anni l'uso della sertralina (*Zoloft*) per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (sempre più inquadrato come "parente stretto" della depressione maggiore), che da circa due anni è in commercio e approvata con la stessa indicazione anche in Italia.

L'allarme mediatico in occasione dell'ammissione del *Prozac* per i ragazzi sopra i 9 anni non dovrebbe trovare i medici spiazzati: chi ha mai potuto credere alla "pillola della felicità"?

E se qualche ragazzo potrà vivere meglio, dopo una diagnosi rigorosa sospettata da pediatri e poi formulata da specialisti qualificati, perché impedirlo?

Siamo pediatri o...caporali?

Per corrispondenza:

Nicola D'Andrea

e-mail: nicdandre@tiscali.it

Indagine sul gradimento di Quaderni acp

Riservata ai soci dell'Associazione

Cari amici, soci, lettori,

quest'anno Quaderni Acp compie 10 anni. Un bel traguardo per i fondatori, ideatori, direttori, redattori, collaboratori occasionali, che la producono in modo amatoriale (non per questo dilettantesco) e volontaristico. Si è cercato di lavorare per rendere questa iniziativa culturale sempre più attraente e interessante; di certo rispecchia il nostro modo di intendere l'informazione e la formazione in pediatria, e i cambiamenti che si sono verificati in questi dieci anni.

Questo non vuol dire avere raggiunto i traguardi prefissati, né avere raggiunto il cuore e l'attenzione di tutti i lettori. Ci siamo chiesti se conosciamo effettivamente i bisogni informativi e formativi dei nostri soci e lettori; per rispondere a questa "curiosità" vi sottoponiamo un questionario. Lo trovate qui, ma anche sul sito web, e nei congressi che raccolgono il maggior numero di "acipini" nei prossimi mesi.

È un questionario formale, per cui nella prima parte si raccolgono le informazioni essenziali (anagrafiche e professionali del lettore), mentre nella seconda quelle più strettamente concernenti le opinioni sulla rivista.

Confidiamo che risponderete numerosi, per una gestione sempre più partecipata e consapevole, secondo lo spirito che da sempre anima chi lavora in questa Associazione.

Sesso M F Anno di specializzazione _____
Socio ACP dal _____ Singolo In gruppo locale
Attività: pdf ospedaliero universitario comunità/servizi altro
Località in cui eserciti: rurale suburbana centro città
nel Comune di _____ Pr _____

Tipo di popolazione assistita: prevalentemente disagiata mista medio/alta

Tempo dedicato alla lettura scientifica di aggiornamento (ore/settimana) _____

testi in italiano inglese entrambi

Quali riviste leggi abitualmente (specificare):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Accesso ad internet: sì no

se sì: utilizzato per l'aggiornamento sì no

Modalità preferita di aggiornamento (è possibile una sola risposta):

lettura corsi aggiornamento discussione tra pari incontro con esperto altro

(se altro specificare) _____

Ricevi regolarmente la rivista *Quaderni acp*: sì no non sempre

La leggi? sempre spesso mai
per intero in parte la scorro tutta e leggo le cose che mi interessano

Che importanza dai alla veste tipografica?

molta poca

La veste tipografica ti sembra elegante?

eccessivamente buona media scarsa

La rivista è suddivisa in due parti: la prima parte di cultura generale e la seconda di ausili didattici.

Il tuo gradimento va, principalmente, a:

prima parte ausili didattici entrambi

Esprimi una valutazione rispetto all'interesse per le singole rubriche e alla loro rilevanza nella pratica clinica:

0= nullo; 1= scarso; 2= medio; 3= buono

	interesse	pratica clinica		interesse	pratica clinica
<i>Editoriale</i>			<i>Libri</i>		
<i>Statistiche correnti</i>			<i>Nati per leggere</i>		
<i>ACP News</i>			<i>Aggiornamento avanzato</i>		
<i>Salute pubblica</i>			<i>Il punto su</i>		
<i>Osservatorio Internazionale</i>			<i>Il caso che insegna</i>		
<i>Info</i>			<i>Saper fare</i>		
<i>Lettere</i>			<i>Informazioni per genitori</i>		
<i>Film</i>			<i>Organizzazione sanitaria</i>		

Nell'ultimo anno *Ausili Didattici* ha iniziato un percorso di lettura ragionata di Scenari clinici che porta alla risoluzione dei problemi clinici attraverso la consultazione della letteratura. Questo percorso viene ritenuto uno dei modelli formativi più aderenti alla evoluzione della scienza e della pratica clinica. Ti chiediamo:

nella lettura hai avuto difficoltà di comprensione? molte qualcuna nessuna

Ritieni che il metodo della ricerca bibliografica sperimentato in questa rubrica:

- sia di interesse: alto buono scarso nullo

- sia formativo per l'esercizio di una buona pratica clinica: sì no non so

- sia applicabile nella realtà applicabile dopo approfondimento non applicabile

Quali sono gli aspetti di *Quaderni* che giudichi migliori?

- 1) _____
- 2) _____

Quali i peggiori?

- 1) _____
- 2) _____

C'è qualcosa che non trovi nelle altre riviste e che vorresti su *Quaderni*? sì no

Se sì indicane due:

- 1) _____
- 2) _____

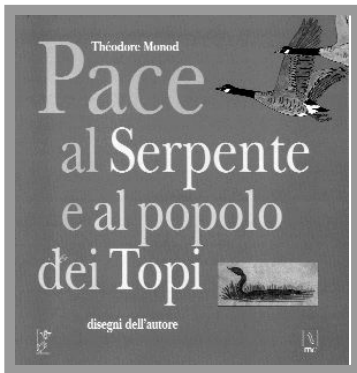
Spazio riservato a commenti e valutazioni generali _____

Cognome, Nome, e-mail (facoltativi) _____

Scrivi in modo leggibile e sintetico rispettando il numero delle possibili risposte aperte (indicate con 1, 2 o 3). Il questionario può essere compilato direttamente sul sito dell'Associazione (www.acp.it) oppure fotocopiando o ritagliando la pagina ed inviandola per posta all'Associazione culturale pediatri, c/o Gianni Piras, Via Nulvi 27, 07100 Sassari, Fax 079 2594096. Ogni socio può compilare un solo questionario. *Grazie.*



Libri: occasioni per una



Piccolo libro colto e dolcissimo; colto con lievità, quasi senza volerlo essere, inevitabilmente colto, perché l'Autore è un famoso antropologo naturalista che, raggiunta l'età anziana, narra con l'eleganza e la misericordia di chi ha attraversato la vita osservando, studiando, cercando di capire la vita stessa. Le sue parabole brevi e sorridenti hanno per protagonisti la battaglia della spiaggia, gli scoiattoli, il serpente che non è cattivo come si vuol far credere, i semi delle piante, astuti e coraggiosi nell'abbandonare la sicura dimora genitoriale, i topolini, le vespe meno ben repute delle cugine api, la pozza d'acqua, i tori sacrificati nelle corride per il sanguinario divertimento di alcuni umani, e, ancora, gli alberi delle vive foreste e i granchi dei nostri pranzi...

Ogni piccolo racconto contiene un'invocazione di pace, una implorazione di pietà, un augurio, una preghiera, una richiesta di giustizia, con proposte divertenti e argute come quella di un contratto tra gli uomini e i topi perché siano preservati dai roscichiamenti di alcuni libri fondamentali, come la *Bagavad Gita* e la *Bibbia*. Le illustrazioni che accompagnano la scrittura, in maggioranza dell'Autore stesso, sono semplici disegni a pastello, tratti da taccuini personali a righe scolastiche. Sono raccontini godibili a tutte le età, per sgranare gli occhi sui misteri delle piccole cose meravigliose della vita in cui siamo immersi, e tutti impregnati di un'attenzione amorevole per le creature più fragili: "Preghiamo per tutti i cuccioli, per il loro diritto a una nuova aurora, a un nuovo giorno di pace, di gioia e di conforto".

f.d.

Théodore Monod

Pace al serpente e al popolo dei Topi
MC Editrice, 2002, pp 56, Euro 17,50



Siamo ormai abituati a parlare di globalizzazione o mondializzazione, nel senso di movimenti liberalizzati dei mercati e delle finanze. Ci sono altri aspetti, però, della mondializzazione, oltre a quelli economici: l'umanità di cui facciamo parte è una "comunità mondiale" perché condivide lo stesso pianeta e necessita delle stesse risorse fondamentali, aria e acqua.

Dal 1977, anno della prima grande conferenza mondiale sull'acqua, organizzata dalle Nazioni Unite, il mondo parla insistentemente dell'acqua con conferenze internazionali che rimbalzano sui giornali e alla televisione.

L'acqua, elemento essenziale per vivere e stare in salute, scarseggia, e sarà ancora più scarsa in futuro; sarà drammaticamente carente nei Paesi del Terzo Mondo.

Esiste un'alternativa a questo destino che sembra segnato? Il libro ci dice che esiste, e traccia un percorso possibile e desiderabile per tutti e per ciascuno, di riflessione e di azione. Per prima cosa l'Autore analizza le cause della penuria d'acqua. La colpa non sta, come troppo superficialmente si crede, nella crescita demografica dei Paesi del Sud del mondo, e non sta nell'esaurimento della risorsa acqua in sé. Non è l'acqua che manca, soprattutto per i più poveri, ma manca l'"accesso" all'acqua, cioè la possibilità di averla pulita, potabile e in quantità sufficiente a un costo compatibile con il reddito. L'inquinamento chimico che interessa le acque superficiali e, sempre più, anche le falde profonde, riduce questa possibilità; il massiccio consumo d'acqua per l'agricoltura intensiva; la cattiva manutenzione delle tubazioni; le scelte politiche che privilegiano interessi economici, finanziari e di potenza rispetto alle esigenze vitali delle popula-

zioni, negano l'accesso all'acqua a un miliardo e mezzo di persone a tutt'oggi.

È necessario, in questo nuovo scenario allargato della globalizzazione, "pensare" e "pensare diversamente" l'acqua. L'acqua è unica, fra i beni che l'uomo utilizza, perché è assolutamente insostituibile. Se si esaurisce il petrolio, si può usare il carbone, ma l'acqua è il principale costituente del corpo umano e non può essere scambiata con alcuna cosa. Perciò non può essere considerata come un bene economico qualsiasi, una merce soggetta alle leggi di mercato e fonte di profitti, proprio perché è, letteralmente, "fonte" di vita. Essendo un bene vitale per tutti gli uomini (e per gli animali e le piante), dobbiamo considerarla per quel che è: patrimonio comune mondiale. L'umanità è diventata "comunità mondiale" e l'acqua è uno dei principali (o il principale) beni mondiali; pertanto si deve lavorare affinché nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo sia incluso il diritto politico, economico, sociale, individuale e collettivo, di accesso all'acqua.

Dal 1998 esiste un Comitato promotore per il Contratto mondiale dell'acqua, primo passo verso un Collettivo mondiale "Acqua per l'umanità". L'idea ispiratrice del Contratto mondiale dell'acqua è partecipativa (cercare insieme le soluzioni migliori nell'interesse generale invece che competere gli uni contro gli altri); comunitaria (i diritti e i doveri in tema d'acqua sono individuali e collettivi); mondiale (il futuro delle nostre società è ormai comune); progressista (è necessità prioritaria rafforzare la solidarietà tra le comunità umane e le generazioni, nell'ambito della globalità del sistema Terra). Le comunità "locali" devono essere i soggetti primari della gestione e conservazione del bene patrimoniale comune "acqua" in nome e su mandato fiduciario della comunità mondiale.

A che cosa serve aumentare il flusso di capitali circolanti nel mondo se, contemporaneamente, aumenta il numero di poveri a cui è negato il diritto alla vita? Questa domanda "globalizzata" esige una risposta che non può essere privata, ma che è anche frutto della personale presa di coscienza, da parte di ciascuno di noi, e di ciascuna comunità di cui facciamo parte, che i beni vitali dell'umanità sono patrimonio collettivo mondiale.

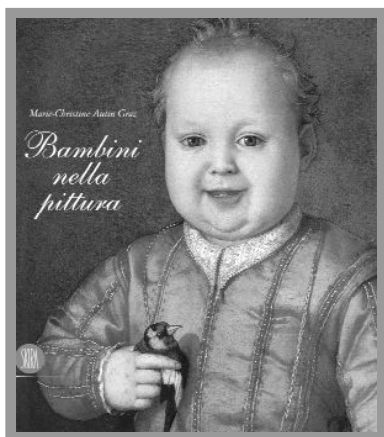
Cristina Cometti

buona lettura

Riccardo Petrella

Il Manifesto dell'acqua

EGA Ed, 2001, pp 143, Euro 11,36



Sono rarissimi i libri dedicati alla raffigurazione dei bambini nella pittura d'Autore; eppure queste raffigurazioni potrebbero consentire di farsi un'idea abbastanza fondata del come gli adulti, nella storia, vedessero i bambini. I bambini reali, che non sono, naturalmente, gli angeli paffuti presenti nei giudizi universali e in gran parte della pittura del '300 o del '400, che fanno da contorno decorativo alla rappresentazione di autori piccoli e grandi come Botticelli o Raffaello; non sono neppure gli angeli musicanti di Melozzo o di un pittore, per molti versi crudo, come Rosso Fiorentino; questi non sono altro che stilemi decorativi messi lì a fare da cornice e non bambini reali. Bambini reali non sono neppure le raffigurazioni ritrattistiche dei figli dei regnanti o dei nobili committenti che - come dice Zeri - sono costretti a ignorare l'infanzia racchiusi in abiti da adulti, con coralli e gorgiere perfino nell'età del lattante; regnanti già da piccoli, come appaiono nei quadri di Tiziano o del Bronzino (come quel piccolo de' Medici col cardellino della copertina del libro di cui stiamo parlando). Per trovare le raffigurazioni vere dell'infanzia occorrerebbe andare altrove; ma dove? Per rimanere alla grande arte del '300 le Madonne con i bambini? Gran parte dei pittori, anche grandi, di fronte alla necessità di raffigurare i bambini "cade"

rovinosamente. Si trovano Madonne bellissime, ma i loro bambini sono goffi, ora cicciuti ora irreali, indecifrabili nella loro età: il bambino della fuga in Egitto di Giotto agli Scrovegni ha un volto di piccole dimensioni, ma i lineamenti possono benissimo essere quelli di uno dei soldati di Erode che lo stanno cercando.

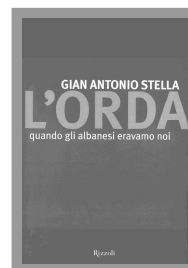
Questi bambini, di piccole dimensioni, ma senza età infantile, sono frequentissimi: basta guardare la Madonna del latte di un altro grande come Ambrogio Lorenzetti. Pochi sfuggono a questo rischio. Il Beato Angelico è fra questi; ci sono due deliziose figure del Giudizio Universale che si abbracciano e il bambino della Madonna delle ombre; vi sfuggono anche Michelangelo o Duccio, ma non si tratta mai di bambini piccoli, ma di preadolescenti con fattezze eleganti e capelli biondi; ma dove mai avranno visto, i pittori italiani, tutti questi bambini biondi che si trascinano anche fuori dall'arte sacra? Simone Martini raffigura biondi sia il bambino incidentato che cade sia quello che lo osserva nelle storie del beato Agostino Novello. Una eccezione è Caravaggio nel martirio di S. Matteo con il ragazzino che fugge, o il Ganimede del Correggio. Il libro che recensiamo limita il suo esame della pittura italiana dal '200 alla fine del '700; poi fa qualche accenno, molto limitato, alla pittura tedesca, alla olandese del '600 (qui i bambini sono "reali"), alla fiamminga, alla francese (con una terribile Madonna del latte di Jean Clouet-1500-nella quale il bambino... soffia nella mammella invece di tirare), alla spagnola fino a Picasso, all'inglese, alla svizzera, alla americana. Il volume è naturalmente limitato. Aver voluto spaziare sulla pittura di tutto il mondo gli ha tolto buona parte della completezza; la descrizione dei dipinti è quasi sempre dedicata al complesso della composizione più che all'immagine del bambino che avrebbe invece dovuto essere l'obiettivo vero del libro. Comunque aver cominciato a occuparsene è già un buon risultato per noi che ci occupiamo di bambini.

gc.b.

Marie Christine Autin Graz

Bambini nella pittura

SKIRA Ed, 2002, pp 235, Euro 48



Il sottotitolo del libro del giornalista del *Corriere della sera* è "Quando gli albanesi eravamo noi", cioè quando, in tutto il mondo, (Stati Uniti, Australia, Argentina, Svizzera, eccetera) gli emigrati italiani erano considerati meno attrattivi degli odiati neri che venivano sollevati sugli altari e portati ad esempio. Eravamo albanesi perché eravamo sporchi, perché affollavamo carrette del mare, perché i bambini erano venduti a intermediari come braccia da lavoro e polmoni da soffiare alle vetrerie francesi o ai fabbricanti di corda. Eravamo terroristi perché seminavamo il "terrore anarchico" fra i capi di stato, e a Wall Street: il primo attacco alla capitale del capitale non è quello dell'11 settembre 2001, ma del 16 settembre 1920. Con un metodo poi adottato dai palestinesi un emigrato italiano fece scoppiare un carro pieno di esplosivo: 33 morti e 300 feriti. È una storia che abbiamo rimosso, e che invece dobbiamo ricordare. Ognuno di noi ha avuto un nonno, uno zio, che ha vissuto questa vita. È la storia della nostra famiglia e ogni tanto sarebbe bene riappropriarsene. Ma è della civile e pulita Svizzera ("Elvezia ci discacci con una vil menzogna" cantavano gli anarchici) che ci giunge la storia che più dolorosamente ci ha colpito. La storia di migliaia di bambini italiani nascosti in casa dai genitori che non avevano il diritto, secondo la legge, di portarsi la famiglia nel suolo elvetico. Erano fatti entrare di nascosto e sepolti vivi nelle case; chiusi a chiave senza potere comparire, ridere, piangere, giocare. Lucia visse come Anna Frank nella soffitta e uscì di casa per la prima volta a 13 anni. Verso la metà degli anni Settanta questi italiani in Svizzera erano trentamila. Metà anni Settanta: quando gli albanesi eravamo noi, era appena ieri.

gc.b.

Gian Antonio Stella *L'orda*

Rizzoli Ed, 2002, pp 267, Euro 24,50

info: notizie

La riforma Moratti per l'Università

La proposta di riforma Moratti per l'Università prevede che, dopo 3 anni dalla vincita di un concorso, il vincitore debba sostenere un esame di valutazione per essere confermato nell'incarico a tempo indeterminato. Rischia il licenziamento chi dopo altri 3 anni fallisce una seconda prova. Il problema sta nel "chi" valuterà i docenti: le facoltà? Gli organismi centrali del ministero che nomineranno la commissione di docenti? I docenti stessi che sceglieranno gli esaminatori? Se saranno le facoltà la cosa non cambierà di molto: già oggi sono le facoltà a giudicare sulla base della produzione scientifica del docente e non accade praticamente mai che un docente su questa base sia licenziato. Se saranno commissioni nominate centralmente a giudicare è possibile che si verifichino schieramenti di scuole a difesa o contro i colleghi da esaminare. Difficile modificare l'etica con le leggi, signor ministro.

red

Pubblicità e pubblicità

Una ditta di farmaci, la Bayer per l'esattezza, ha finanziato la realizzazione di un grazioso e fiorito *Tromp-l'oeil* di 50 metri quadri, raffigurante l'arca di Noè, per l'ingresso dell'ospedale infantile Vittore Buzzi di Milano che dà una graziosa vivibilità all'accesso. Un modo di spendere i propri denari certo più gradevole delle migliaia di orribili gadget che affiorano minacciosi dagli involucri cellofanati delle riviste pediatriche.

red

Furba l'ISTAT!

Va valutata come dotata di particolare acume l'ipotesi ISTAT di sostituire, nel cosiddetto paniere, la visita domiciliare a pagamento del medico generico ("per la quale -dice l'ISTAT- non è obbligatoria la corresponsione di un compenso") con quella del pediatra. È ovvio che l'ISTAT pensa che per quella del pediatra sia con-

sentita la corresponsione di un compenso e che questo sia estremamente diverso da quello del medico di base in modo da potere sconvolgere il paniere. L'ISTAT è certamente un istituto serio, non fosse altro perché ha 2400 dipendenti, ma talora viene in mente l'ironia di Ernesto Rossi di cinquant'anni fa: **ISTituto per l'Approssimazione Transitoria.**

red.

Visite domiciliari in Europa

Non è poi tanto vero quanto affermano i sindacati medici che le visite domiciliari (VD) siano un fenomeno solo italiano. Un questionario postale inviato nel 1994 a un campione randomizzato di medici di medicina generale (MMG) di 18 Paesi europei ha dimostrato che vi sono Paesi (Grecia, Finlandia) in cui le VD non fanno parte della routine del MMG. Vi sono invece altri Paesi in cui la VD è una importante componente della professione.

Paesi europei indagati	Numero medio annuo di visite settimanali
Belgio	44
Portogallo	2
Germania	almeno 25
Austria	almeno 25
Francia	almeno 25
Italia	17

Tipo di contratto	Numero visite settimanali (media tutti i paesi indagati)
Medico a quota capitaria	2.1
Medico a notula	19.9
Medico con lista fissa di pazienti	11
Medico a ciclo di malattia	19

Sembra insomma che le VD siano una componente importante della professione medica nell'area delle cure primarie. (*Eur Gen Pract* 2001;7:132)

red.

Non ci interessa

Tutti i giornali medici del mondo si stanno occupando della nomina del Direttore Generale dell'OMS in sostituzione di Gro Harlem Brundtland. *The Lancet* e la Rockefeller Foundation hanno lanciato una campagna per una migliore chiarezza nella modalità di scelta. *Nature*, *Science*, il *BMJ* seguono ad ogni numero gli eventi che si susseguono nella presentazione delle candidature.

In Italia nessun giornale medico o di informazione ha dato notizia di questo trascurabile evento.

red

Africa: sì e no ai cereali geneticamente modificati

Una parte dei Paesi africani (Zambia, Namibia, Mozambico) resistono alle offerte gratuite nordamericane di semi di cereali geneticamente modificati, mentre Malawi, Lesotho e Swaziland li accettano. Lo Zimbabwe (ex Rhodesia), a sua volta, accetta 17.500 tonnellate di mais, ma solo macinato, cioè "mangiabile", ma non utilizzabile per la semina.

Le motivazioni dell'atteggiamento negativo di parte dei Paesi africani sono sostanzialmente due:

- 1) molti Paesi, fra cui l'Europa, non accettano sul loro mercato tali forme di prodotti alimentari, per cui è un serio problema trovare esportatori;
- 2) i governi temono che gli Stati Uniti vogliano effettuare nei Paesi africani quelle sperimentazioni su larga scala per valutare appieno il rischio di questi prodotti che riesce loro difficile effettuare in USA. Ma la dott.ssa M.J. Hotzel, del Laboratorio di Etologia di Florianopolis (Messico), sostiene che la ricerca dei rischi di un qualsiasi procedimento non verrà mai da chi ricerca soprattutto, anzi solo, sui benefici; la ricerca dei rischi è destinata ad essere lasciata a chi ha qualche ragione personale o gruppetta, ideologica o no, che lo spinge a cercare rischi anziché i benefici.

Intanto l'OMS ha emesso un documento dal titolo *20 questioni sui cibi genetici* -

sulla salute

mente modificati, che tenta di definire vantaggi e svantaggi. I vantaggi sono la resistenza a virus e insetti e agli erbicidi, il possibile arricchimento con minerali e vitamine; gli svantaggi sono il possibile rischio della diminuzione della biodiversità e quindi la diminuzione della varietà alimentare, la dipendenza costante degli agricoltori dall'industria per la sterilità del seme. Inoltre vi potrebbero essere problemi di salute: l'allergenicità; il trasferimento dei geni, in particolare di quelli antibiotico-resistenti, dall'agricoltura ai batteri e dei geni modificati alle colture agricole tradizionali. L'OMS ritiene in definitiva che, al momento attuale, i cibi geneticamente modificati "non presentano rischi per la salute", ma *Lancet* si chiede "quanto questa affermazione è evidence based per quanto riguarda il complesso dei cibi, ma non per i singoli cibi".

A metà del 2003 la Codex Alimentarius Commission dovrebbe valutare i singoli prodotti; l'attesa per questa valutazione è elevata. (*Nature* 2002;418:572; *Lancet* 2002; 360:1261)

red.

La Nestlé fa causa all'Etiopia: vuole 6 milioni di dollari!

L'Etiopia è tra i Paesi più poveri e affamati, ma la Nestlé reclama milioni di dollari di risarcimenti. Una disputa paradossale iniziata quasi trent'anni fa nella terra minacciata da gravi carestie e dove milioni di persone non hanno cibo a sufficienza, secondo i più recenti allarmi lanciati dalla Fao. La Nestlé aveva una fabbrica alimentare in Etiopia; le è stata espropriata nel '75 dall'allora regime militare. Per quell'esproprio nel 2001 la Nestlé ha reclamato sei milioni di dollari a titolo di indennizzo, e i negoziati sono ancora in corso. La multinazionale si difende, malgrado la denuncia di un'organizzazione non governativa: "La situazione può sembrare scandalosa a prima vista, ma non lo è se si conoscono tutti gli aspetti della vicenda", ha detto Francois Xavier Perroud, portavoce della Nestlé.

"Discussioni sono in corso con le autorità etiopiche e la richiesta di sei milioni è solo quella iniziale. Siamo molto flessibili e pronti a investire la somma del risarcimento nel paese africano", ha aggiunto. I negoziati, cui partecipa anche un'agenzia della Banca mondiale, sono ripresi nel 2001 su iniziativa del governo etiopico. Inoltre, il caso Nestlé non è isolato: una cinquantina di simili trattative sono in corso, ha sottolineato Perroud.

Motivo della disputa è l'ELIDCO (*Ethiopian Livestock Development Company*), una fabbrica alimentare in Etiopia che controllava il gruppo tedesco Schweisfurth, rilevato dalla Nestlé nel 1986. Dopo l'espropriazione, le autorità di Addis Abeba avevano poi rivenduto la fabbrica a una società locale nel 1998 per la somma di 8,7 milioni di dollari, ha raccontato Perroud. Con l'acquisto del gruppo tedesco la Nestlé ha ereditato anche i diritti di indennizzo. "Per noi è una questione di principio e saremo inflessibili sul principio di un risarcimento. In caso contrario - ha detto Perroud - la somma di sei milioni di dollari da noi richiesta è solo il punto di partenza di un negoziato: sulla somma, sui tempi e sulle modalità saremo molto, molto flessibili". L'Ong britannica Oxfam ha denunciato la Nestlé in un comunicato affermando che l'Etiopia è un Paese che muore di fame ed è tra i più poveri dell'Africa, con un reddito medio pro capite di meno di 2 dollari al giorno.

m.b.

Unione Europea e diritti dell'infanzia

Nella riunione del 3 dicembre 2002 la Commissione libertà e diritti dei cittadini del Parlamento Europeo ha approvato la "Relazione sulla situazione dei diritti fondamentali nell'Unione Europea (2001)". La relazione sarà votata in aula dal Parlamento il prossimo 13 gennaio. Segnaliamo alcuni passi.

Diritti dell'infanzia

87. Si raccomanda al Belgio, alla Germania, alla Spagna, alla Finlandia e ai Paesi Bassi di firmare la Convenzione europea sullo status giuridico

dei figli nati al di fuori del matrimonio; si raccomanda al Belgio, alla Germania, alla Spagna, alla Francia, alla Finlandia, all'Italia e ai Paesi Bassi di ratificare tale convenzione.

88. Si chiede al Belgio, alla Danimarca, ai Paesi Bassi e al Regno Unito di firmare la Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dell'infanzia; si raccomanda all'Austria, al Belgio, alla Danimarca, alla Spagna, alla Francia, alla Finlandia, all'Italia, all'Irlanda, al Lussemburgo, ai Paesi Bassi, al Portogallo, alla Svezia e al Regno Unito di ratificare tale convenzione.

89. Si esortano gli Stati membri a continuare a garantire i diritti dei bambini conformemente agli obblighi internazionali esistenti, prestando particolare attenzione ai bambini che vivono in situazioni sfavorevoli, come i bambini dei richiedenti asilo, i bambini provenienti da famiglie povere e i bambini che vivono negli istituti per la tutela dell'infanzia, nonché alla lotta contro la tratta di bambini a fini di sfruttamento sessuale o commerciale.

90. Si chiede agli Stati membri di garantire che tutti i bambini presenti sul proprio territorio abbiano il diritto all'istruzione.

91. Si ritiene che l'affidamento di minori avente come unica motivazione condizioni di vita in grande povertà rappresenti una violazione dei diritti fondamentali; se non può essere evitato, l'affidamento deve essere considerato, per quanto possibile, temporaneo e mirare al rientro del minore nella sua famiglia; le condizioni dell'affidamento, sia in una famiglia di accoglienza che in un istituto, e la procedura volta a un'eventuale adozione devono rispettare tutti i diritti della famiglia e del minore in affido; in particolare i genitori devono essere sostenuti per poter continuare a esercitare pienamente le proprie responsabilità nei confronti del minore e mantenere i legami affettivi necessari al suo sviluppo e benessere.

(<http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2PROG=REPORT&L=IT&PUBREF=//EP//TEXT+REPOR T+A5-2002-0451+0+DOC+XML+V0//IT>)

f.d.

le lettere

I pediatri e i panettoni

Quando sta arrivando il Natale “è ora di produrre i panettoni” dice l’industriale ai suoi manager. “Quanti ne produciamo quest’anno?”. “Bisogna vedere se il panettone classico è ancora di moda, eppoi la nostra penetrazione sul mercato ecc. ecc...” rispondono dalle stanze del marketing e della produzione. “E ricordiamoci che quelli con l’uvetta vanno poco, meglio quelli farciti con crema e cioccolato”. Perché non paragonare il fabbisogno di pediatri nel prossimo futuro ai panettoni? A questo penso leggendo l’articolo di *Medico e Bambino* del 30 novembre 2002 “I pediatri nel prossimo futuro: la domanda e l’offerta” di GC. Biasini, e l’altro su *Quaderni acp* del settembre-ottobre 2002 “La salute dei bambini in Italia: problemi aperti”. Qual è il fabbisogno di pediatri per il prossimo futuro? Non sarebbe meglio dire: “Di quali pediatri abbiamo bisogno?”. Oppure: “Per quali necessità c’è bisogno di pediatri?”. Pochi dati: il numero dei bambini è diminuito negli ultimi venti anni; le patologie acute si sono ridotte drammaticamente; i malati cronici sono di meno e meglio seguiti da più specialisti. Tuttavia abbiamo un aumento delle ospedalizzazioni (quasi il doppio rispetto al Regno Unito dove il pediatra non cura in prima battuta il bambino e dove mortalità e morbilità non sono peggiori che da noi). Ci sono una crescita di richieste di visite dal pediatra e un aumento delle richieste di intervento per quello che riguarda le visite della continuità assistenziale e per il pronto soccorso. Diminuiscono bambini e patologie, ma aumentano le richieste di intervento: una prima apparente contraddizione. Quindi si richiedono più pediatri di famiglia, la cui carenza teorica attuale sarebbe di oltre 2500 unità; il numero attuale dei pediatri di famiglia è di 7000 circa e la popolazione pediatrica 0-14 anni è di 7.700.000 unità, non ricordando tuttavia che l’obbligo della scelta pediatrica è solo per i bambini della fascia 0-6 anni. Già il fatto di sostenere che un pediatra segua 800 bambini è una scelta di politica sanitaria. È giusto che un professionista assista un numero così limitato di bambini, quando storicamente sappiamo che le malattie sono diminuite? È giusto che un professionista assista così tanti bambini quando la richiesta di visite per

bambino è invece aumentata negli anni? Un’altra contraddizione apparente. Cosa farà il pediatra del 2010, o meglio, del 2020? Si occuperà dell’adolescente o si interesserà dell’educazione alla famiglia e alla collettività, curerà le riniti catarrali, farà ricerca clinica o servirà per contenere gli accessi impropri in ospedale? Stiamo parlando di pediatri di famiglia, una figura unica in tutto il panorama europeo, caratterizzata da una convenzione “di assistenza globale all’infanzia” vecchia di oltre venti anni. Un’enormità di tempo in campo sia politico che sanitario. Ma non desidero soffermarmi su questo argomento (anzi, lo desidero, ma non è il momento e non sarei la persona giusta), fondamentale per il futuro della pediatria e per l’assistenza all’infanzia e all’adolescenza, se non per deplorare il fatto che, a mia breve memoria, mai si è affrontato un confronto sulla convenzione al di fuori di ambiti sindacali. La convenzione della pediatria di libera scelta è un fatto che non riguarda solo i pediatri di famiglia, ma tutta la sanità. E prima ancora, riguarda la politica. Mi chiedo di che tipo di pediatra ho bisogno per la famiglia di oggi, e, perché no, di domani. È importante tentare di rispondere a questo interrogativo: a quali richieste deve andare incontro questo pediatra? Dovrà visitare 800 bambini con pochissime patologie oppure avrà un bacino di utenza molto più allargato, con un filtro in grado di gestire le patologie minori? Addirittura: sarà un pediatra come tradizionalmente lo immaginiamo, o sarà una nuova figura sanitaria? In un immediato futuro, un pediatra di famiglia, con una preparazione universitaria di almeno undici anni, sarà idoneo a esercitare la pediatria così come è definita oggi? No, io penso. In questo momento questa professione la costruiamo personalmente e singolarmente confrontandoci con temi come il counselling, l’educazione della famiglia, il disagio genitoriale, il consenso informato, la psicologia dello sviluppo, il maltrattamento, i disturbi comportamentali ecc. ecc. Temi relativamente nuovi non affrontati nel percorso didattico universitario. E come si può proporre a un medico specialista di accettare una convenzione che offre poco e che richiede impegno e disponibilità per interventi che per la gran parte dei casi non hanno correlazione con quanto si è imparato per così tanto tempo nel corso degli

studi? Perseguendo la via cieca dei numeri (a tot bambini, tot pediatri), non arriviamo al precipizio, ma ci buttiamo nel burrone. Richiedere, in questa logica di numeri, almeno 2500 pediatri in più degli attuali significa la fine della pediatria di famiglia. Pediatria che sta già morendo di eutanasia. Prima di chiederci quanti dovremmo essere e come ci dobbiamo preparare, dobbiamo interrogarci su che cosa vuole e cosa vorrà da noi la società attraverso il Sistema Sanitario Nazionale. Cioè, che tipo di panettoni dobbiamo essere: farciti, glassati o senza canditi?

Costantino Panza

Il collega Panza ha il difetto di pensare e dice, giocando (come Sancho Panza), molte cose giuste. I dati dei due articoli che cita partono da una semplice analisi ragionieri - stica dell’esistente e per mantenere l’esistente; che è poi quel poco di cui al momento si discorre. Non si parla di quel che il pediatra deve essere, ma di quel che il pediatra oggi è chiamato a fare e che si vuole quantitativamente aumentare: l’obbligato - rietà la si vuole portare a 14 anni (anzi a 16, ai tempi del Progetto Obiettivo Materno-Infantile, e fu il motivo per cui l’irascibile Bindi, oggi così amica dei medici e ai tempi così amata dai medici generici, tenne il progetto per mesi nel cassetto). E poi si parla di nuove funzioni e di nuovi presidi: le guardie mediche e i pronti soccorsi pediatrici, i tra - sporti pediatrici, i pediatri nei trauma cen - ter ecc. Di fronte a tutto questo po’ po’ di roba il conto di quanti ce ne vogliono ha forse un senso.

Ma giustissimo è richiamare l’altra faccia del problema: di quali pediatri abbiamo bisogno? Ciò non vale solo per la pediatria di famiglia, ma è di questa che tratta il collega Panza che dice, fra l’altro, una cosa semplice, ma rivoluzionaria (una di quelle cose che si dicevano nel 1945 e nel 1968); dice che la convenzione è un problema di tutti e che quindi investe la politica e che “mai si è affrontato un confronto sulla convenzione al di fuori di ambiti sindacali”. Sacrosanto! Verissimo! Noi, dell’ACP, però, ci abbiamo provato anche se con palese fastidio da parte degli “ambiti sindacali”. L’ACP ha pubblicato, a commento del PSN 1998-2000, un volumetto con le sue osservazioni nelle quali dominava, per le varie pediatrie, l’idea di una “solitudine”, di un

dei Quaderni acp

“isolamento” del pediatra (più che mai del pediatra di famiglia) che doveva essere rimossa. Dal punto vista istituzionale allora si parlava del Dipartimento, che doveva essere l'integrazione delle varie pediatrie “sempre più separate”; dal punto di vista professionale (ma anche istituzionale per quel tanto che la convenzione presenta) attraverso la sollecitazione istituzionale della pediatria di gruppo, ma anche attraverso la immersione del pediatra nel team multiprofessionale di assistenza (una nostra vecchia fissazione), nel quale al pediatra del territorio venisse riservata una funzione di perno e non di sgattero. Panza ipotizza “un filtro in grado di gestire le patologie minori”, noi dicevamo soprattutto quelle gestibili solo in collaborazione; un gruppo che fosse in grado di gestire e di farsi far da guida da un piccolo sistema informativo, che fosse contemporaneamente alla base della ricerca sul campo, per non dipendere da ricerche fatte negli ospedali e ignote alla patologia del pediatra territoriale e sulle quali si basa una improbabile EBM. Che ne è stato delle nostre proposte? Il Dipartimento per elevare il livello delle prestazioni di tutti? Fallito, fallitissimo; al momento buono nessuno lo ha voluto per timore di perdere il piccolo potere che aveva e ogni pediatra è rimasto solo. Il sistema informativo che avrebbe potuto essere un aiuto formidabile? Si veda il brutto pasticciccio combinato nelle ASL del Milanese per la meningite meningococcica nel lasciar fuori la pediatria dalle sedi (burocratico-universitarie) che elaborano le strategie (?) vaccinali. L'integrazione? Si veda l'altrettanto brutto pasticciccio combinato in Emilia-Romagna quando si sono voluti istituire degli ibridi come i Nuclei delle Cure Primarie per annegare i pediatri e le Unità Pediatriche Distrettuali rimaste tutte sulla carta (e l'ACP la regione l'aveva avvertita che sarebbe finita così!). La ricerca? La presa in giro di mettere dati nei database che poi altri elaborano? Quella di imprese profit? A noi pare, ancora oggi, che solo mettendo insieme le competenze e abbattendo i ruoli si possa affrontare tutto quello di cui parla Panza: il counselling, l'educazione della famiglia, il disagio genitoriale, la pediatria dello sviluppo, il maltrattamento, i disturbi comportamentali. Che su questa rivista sono temi usuali.

gc.b.

Noi, l'ACP e i gruppi locali

Bisogna dire che l'ACP ha contribuito molto alla nostra formazione: grazie ad essa abbiamo imparato concetti importanti per un pediatra che opera nel territorio: il concetto di “fattori di rischio psicosociale” e di “fattori di protezione”; il concetto di “salute”, inteso non come mancanza di malattia ma come condizione di benessere psicofisico.

Vi sono però alcune cose che vorrei dire e che spero siano di spunto per iniziare un dibattito all'interno dell'ACP.

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un cambiamento radicale dei “bisogni di salute” del bambino.

Abbiamo visto scomparire molta patologia organica e abbiamo visto aumentare in senso relativo e anche assoluto i cosiddetti “disturbi” del bambino: disturbi del comportamento (disturbo della condotta, disturbo oppositivo, ADHD), disturbi dell'apprendimento (di lettura, scrittura e calcolo); disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa). Il pediatra di famiglia, però, si trova impreparato ad affrontare questi argomenti e ho la netta sensazione che egli non abbia più un ruolo importante all'interno della società. I gruppi locali ACP dovrebbero iniziare a occuparsi di questi argomenti attraverso una ricerca fatta in collaborazione con le altre figure professionali che si occupano del bambino, insegnanti e neuropsichiatri infantili, al fine di conoscere la reale prevalenza di questi disturbi nel territorio in cui si lavora; dovrebbero inoltre promuovere informazione e formazione presso i pediatri di famiglia su questi argomenti alla luce dei dati che emergono dalla ricerca.

L'ACP centrale dovrebbe dare ai gruppi locali le informazioni e le direttive su come organizzare una ricerca e su come fare informazione e formazione.

Il pediatra di famiglia attuale è lontano dai veri bisogni di salute del bambino.

Io penso che il pediatra di famiglia del prossimo futuro debba essere più neuropsichiatra infantile (anche perché il neuropsichiatra infantile generalmente non si occupa di queste cose).

L'ACP potrebbe dare un importantissimo contributo affinché si crei una nuova cultura nell'ambito della pediatria di base.

Angelo Spataro, ACP Trinacria

Concordo con molte delle cose che dice l'amico Spataro ma non con tutte. È vero che i disturbi dello sviluppo si presentano sempre più frequentemente nell'ambulatorio del pediatra. Meno vero che l'ACP, non abbia dato spazio e importanza sia nella formazione che nella ricerca a questo nuovo ambito di problemi. Ormai da anni sia Quaderni acp sia Medico e Bambino e i Convegni Nazionali ACP sia gli eventi formativi organizzati dai gruppi locali (a Palermo dallo stesso Spataro) hanno inserito pressoché stabilmente tra i propri oggetti di attenzione e dibattito i disturbi di linguaggio e di apprendimento, i disturbi relazionali e di crescita legati al rischio psicosociale. Meno vero è che la neuropsichiatria infantile italiana non si occupi di queste cose. Da Milani-Comparetti a Lo Perfido, a Sabadini, a Levi, la neuropsichiatria infantile italiana si dedica a questi problemi e ha pubblicato lavori clinici ed epidemiologici specie sulla rivista Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, i cui ultimi numeri sono dedicati alla ricerca e ai dati epidemiologici. È verissimo, invece, che non esiste collaborazione tra pediatra e neuropsichiatra infantile che operano isolati gli uni dagli altri e - ancor più grave - dalla scuola, privi di una rete di pensiero e di lavoro che si può realizzare solo con l'attuazione del dimenticato Dipartimento Materno-Infantile la battaglia per il quale è stata condotta dall'ACP, ma assai meno dagli altri. È vero che, su questi temi, tra i pediatri la conoscenza teorica fa fatica a tradursi in pratica ambulatoriale. E questo perché il pediatra pensa di non avere tempo per farsi carico di queste cose e di non essere all'altezza di procedure troppo difficili. Noi, pediatri e neuropsichiatri, abbiamo cercato, in Roma - gna, di lavorare insieme: col lavoro pubblicato anche in volumi per il pediatra come “Pediatria dello Sviluppo” (Carrocci Editore, 1997) e “Lavorare per l'infanzia” (Franco Angeli, 2002) abbiamo cercato di dimostrare che il pediatra è in grado di affrontare questi problemi dotandosi di procedure semplici, accettabili ed efficaci. In altre realtà tutto ciò è passo più difficile da realizzare. Probabilmente non è un caso che i problemi dello sviluppo infantile, strettamente legati alla rete sociale in cui vive il bambino, richiedano per essere affrontati non da pediatri isolati ma da pediatri che facciano rete tra di loro e con gli altri professionisti dell'infanzia di quel territorio.

Francesco Ciotti

congressi controluce

Parigi: farmaci per i bambini d'Europa

La necessità, nel corso dello sviluppo di un farmaco, di prestare particolare attenzione alle indicazioni pediatriche è ampiamente riconosciuta. Negli ultimi anni è stato documentato da più parti che la sicurezza e l'efficacia della maggioranza dei farmaci utilizzati dai bambini non sono state valutate in questa popolazione prima della loro immissione in commercio (*Quaderni acp* 2000;4:42). Seguendo quanto attuato negli Stati Uniti iniziative di regolamentazione si stanno attivando anche in Europa (CEE, EMEA ecc.). Una delle proposte in discussione è rappresentata dalla creazione di un Paediatric Network tra tutte le Agenzie nazionali sanitarie europee per armonizzare l'informazione sui farmaci per i bambini, verificare per quali farmaci non sono disponibili formulazioni ottimali per un uso pediatrico, stilare una lista di farmaci che, pur essendo in commercio, necessitano di ulteriore studio per l'età pediatrica. Sono stati questi i temi di un Seminario svoltosi a Parigi, organizzato dall'Agenzia francese "Afssaps" (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), a cui hanno partecipato rappresentanti della Commissione Europea, della Food and Drug Administration americana, di alcune Società scientifiche europee, in particolare l'ENDIC (European Network for Drug Investigation in Children) (*Quaderni acp* 2000;4:10), delle Agenzie sanitarie nazionali e dell'industria farmaceutica. Nonostante le buone intenzioni molto dipenderà anche da quanto ciascuno a livello nazionale riuscirà ad attivare, coinvolgendo attivamente pediatri, farmacisti, genitori e "organi preposti". In tale contesto, i risultati di alcune iniziative attualmente in corso in Italia (che vedono la partecipazione di numerosi soci ACP), favorite anche dalla sensibilità della direzione del Dipartimento Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza del Ministero della Salute, potranno rappresentare un utile contributo al dibattito nazionale e inter-

nazionale e, cosa più importante, a un uso più razionale dei farmaci per/nei bambini.

m.b.

"Non solo pappa e nanna"

Il bambino "atteso" (che posto ha? è stato voluto? cosa ci si è detti e non ci si è detti rispetto a questa attesa?), il bambino "immaginato" (aspettative, valori, esperienze già fatte, paure), il bambino "statistico" (risponde a determinati criteri di normalità): di questi aspetti, della fatica del professionista e dei genitori nell'osservare e descrivere il bambino e dei nodi comunicativi spesso difficili nel dialogo tra famiglie e professionisti, si è discusso, a Torino, nel novembre scorso, in una giornata di studio, coordinata da Silvana Quadrino, con pediatri, puericultrici, riabilitatori, insegnanti ed educatori della fascia di età 0-6 anni. R. Volpi, epidemiologo ben noto ai nostri lettori, ha indirizzato l'attenzione sui servizi per la prima infanzia, sempre più raffinati e intelligenti, fruiti dalla fascia medio-alta della popolazione: gli attuali criteri di selezione per l'accesso agli asili nido ne escludono in genere la parte più svantaggiata. Predomina anche nelle strutture per i più piccoli l'idea della didattica a tutti i costi, a scapito di un programma educativo essenziale e diffuso; cresce contemporaneamente una "genitorialità gregaria" con figure parentali poco autonome, incapaci di interpretare il proprio bambino, sempre più suddite e alla ricerca di esperti ed educatori.

P. Pozzi, assessore al comune di Torino, ha raccolto queste sollecitazioni e sottolineato alcune delle sfide che attendono i professionisti della prima infanzia: diversificare e differenziare l'offerta, favorire comportamenti positivi sul piano educativo, promuovere la "normalità" dell'essere genitori. È dunque cruciale, ha ricordato S. Quadrino, chiedersi continuamente e rigorosamente cosa è possibile, con una comunicazione alla famiglia che passi dal "devi" al "puoi", per recuperare il ruolo dei genitori, insieme

ad autostima, partecipazione, consapevolezza e assunzione di responsabilità da parte loro. Tamburlini ha tratteggiato la situazione di crisi generale della coesione fra gruppi sociali, fra paesi, fra persone, legata alla disuguaglianza sociale e culturale, a sua volta creatrice di divisioni e responsabile dell'incertezza percepita da adulti e genitori un po' smarriti, da adolescenti e bambini, tutti alla ricerca di risposte nell'immediato. Quali gli interventi possibili in una società che, poco coesa, diseguale, ostile, tantomeno è in grado di produrre in salute a tutti i livelli?

Ancora una volta è stato detto che la chiave è investire nei genitori e potenziarne le capacità, con approcci sempre più liberati da eccessi di presenza professionale: creare occasioni di incontro e gestione degli spazi dà loro la possibilità di confrontarsi, fare ipotesi, misurarsi, sperimentare la possibilità di capovolgere i valori attuali. Non quindi la proposta di un prodotto colto, ma semplicemente del "troviamoci insieme", come si sta sperimentando a Trieste. Anche l'esperienza di Bergamo, presentata da C. Edelstein, psicologa e terapeuta familiare, ha attestato la possibilità di passare "da una diagnosi preoccupata a una microterapia ottimistica". A. Marra si è soffermato sul ruolo particolare del pediatra nel dialogo con le famiglie: professionista in posizione privilegiata, che incontra una relazione che sta nascendo e che poi si protrae nel tempo, che cosa può dire allora ai genitori oggi? Il punto fondamentale di cambiamento in realtà non è "dire", ma fare, raccontare e valorizzare le esperienze, intervenendo con la propria competenza professionale quando c'è un obiettivo chiaro e insieme si può far succedere qualcosa.

Il messaggio finale? Può essere affidato alla frase di Winnicott, scelta per la locandina dell'incontro: "non dobbiamo indottrinare i genitori: dobbiamo cogliere le cose normali, le cose che i genitori quotidianamente fanno, aiutandoli a capire che quello che fanno è di solito pieno di buon senso".

Federica Zanetto

Aggiornamento avanzato

38 Il valore “intangibile” della vaccinazione

I vaccini sono valutati per il valore che assumono nella società.

Il loro futuro, però, può essere compromesso perché il loro valore economico è modesto; ciò li pone in una condizione di non prioritaria attenzione per le industrie.

Occorrono radicali modificazioni di atteggiamento per aumentare il loro valore sia nelle società sviluppate che in quelle in via di sviluppo.

Il “messaggio” di questo articolo è diretto ai politici perché includano, per renderli prioritari, nella valutazione del costo di vaccini anche il valore intangibile che essi hanno per la umana società.

Leggere e fare

41 Ricerca di evidenze o perdita di tempo?

Un gruppo di pediatri inglese ha accettato la sfida di utilizzare la letteratura come esperto per la soluzione di problemi quotidiani. Solo due dei loro quesiti su nove hanno trovato risposte tali da modificare il comportamento.

In uno la ricerca poteva essere stata considerata comunque capace di fornire elementi utili alla pratica. Gli Autori concludono, comunque, che la ricerca è stata utile come allenamento alla ricerca bibliografica e perché ha consentito di conoscere le aree grigie nelle quali è più necessario orientare la ricerca.

Saper fare

43 L'esplorazione rettale nel bambino: quando e come

L'esplorazione rettale nel bambino viene di solito suggerita per due condizioni: l'appendicite acuta e la stipsi. Mentre non ci sono evidenze circa l'efficacia diagnostica della prima applicazione, nella seconda la manovra risulta di una dimostrata efficacia diagnostica. Viene descritta dettagliatamente la procedura.

Il punto su

45 Le cinture di sicurezza e il trasporto del bambino in auto

Vengono presentati i dati statistici degli incidenti stradali in USA che coinvolgono bambini trasportati in automobile. L'autore mette in evidenza come, prendendo in considerazione l'indice di mobilità, il tasso di lesività e mortalità sono molto diversi e come i bambini coinvolti in incidenti stradali subiscano conseguenze più gravi degli adulti. Vengono descritti i dispositivi di ritenuta suddivisi per classi di età e peso, il modo per ottimizzarne l'utilizzo, e la loro utilità nel proteggere i segmenti corporei che rappresentano la criticità quando un bambino trasportato in automobile subisce un trauma.

Medici e pazienti

49 Programmato per autodistruggersi

La scienza medica ha fatto notevoli progressi nella conoscenza e nella gestione dei pazienti con fibrosi cistica. I pediatri esperti di questa patologia hanno imparato a migliorarne lo stato nutrizionale e a curare al meglio le infezioni polmonari, per le quali ci sono antibiotici sempre più efficaci. Così abbiamo aumentato l'età di sopravvivenza di questi pazienti, tanto che si stima che nel 2010 vi sarà un ugual numero di adulti e bambini con FC.

Questa lettera di un paziente malato di FC, con la sua crudele e agghiacciante verità (già sin dal titolo), e il successivo commento ci fanno riflettere su quanto ancora è necessario che impariamo a conoscere per assicurare a questi pazienti anche una migliore qualità di vita.

Il valore “intangibile” della vaccinazione

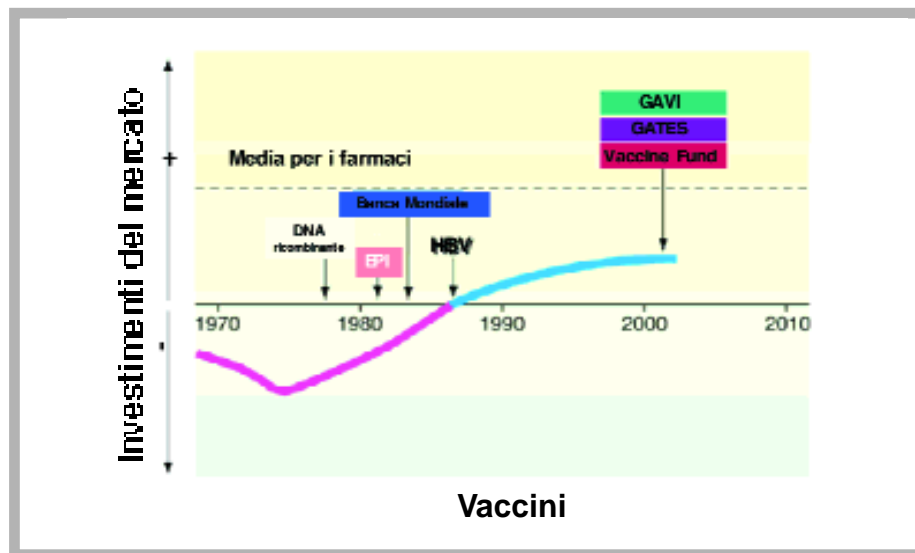
A cura di Rino Rappuoli della Chiron SpA di Siena, su testo pubblicato su *Science* (2002;297:937-8), in collaborazione con Henry I. Miller, Hoover Institution, Stanford University, Stanford, e Stanley Falkow, Department of Microbiology and Immunology, Stanford University School of Medicine, Stanford, USA

L'introduzione dei vaccini all'inizio del ventesimo secolo e l'introduzione, un paio di decenni più tardi, degli antibiotici e delle moderne pratiche igieniche hanno contribuito al declino di quasi tutte le malattie infettive che erano state responsabili della maggior parte della morbilità e della mortalità nella storia dell'uomo. È per questo che la vaccinazione è considerata l'intervento medico più efficace ed economico (*tabella 1*). Sebbene non ci sia stato momento migliore dell'attuale per lo sviluppo e la implementazione dei vaccini, l'amara verità è che il futuro della vaccinazione come strategia preventiva è incerto, e non c'è nessun entusiasmo per lo sviluppo dei vaccini tra coloro che hanno la capacità di svilupparli e produrli. Due esempi sono sufficienti per illustrare la drammaticità del problema. Il primo è che negli ultimi due anni i bambini degli Stati Uniti non hanno potuto ricevere la vaccinazione regolare per mancanza di vaccini sul mercato, il secondo è che, in seguito al panico scaturito dagli attacchi terroristici con l'antrace e la minaccia del vaiolo, il mondo si è trovato indifeso e impreparato, senza scorte dei vaccini che avrebbero risolto a priori il problema. Questi esempi indicano che è necessario un cambiamento radicale del modello economico con cui affrontiamo i vaccini e la medicina preventiva.

Il trend positivo verso i vaccini (*figura 1*) è iniziato nel 1981 quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'United Nations Children's Fund (UNICEF) hanno lanciato l'Expanded Program of Immunization (EPI), che fu concepito per rendere disponibili a più dell'80% dei bambini del mondo i vaccini di base (difterite, pertosse, tetano, poliomielite e morbillo).

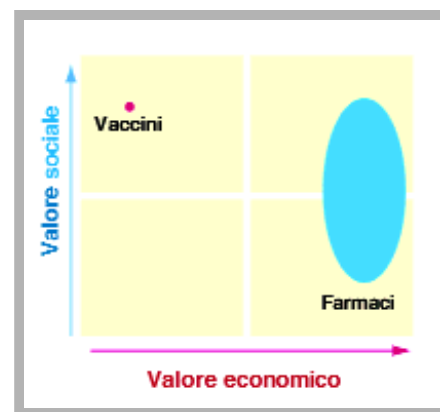
Nel 1983 la Banca Mondiale (World Bank) sviluppò il concetto che la mancanza della salute è l'ostacolo maggiore

FIGURA 1



allo sviluppo economico dei Paesi poveri (2) e suggerì che la vaccinazione è il primo passo per migliorare l'economia. Questa percezione del valore sociale della vaccinazione ha reso i vaccini un bersaglio ideale per istituzioni dedicate alla beneficenza e per i donatori privati e pubblici, rendendo questo momento simile a quello del 1940, quando la March of Dimes si è mobilitata contro la polio. L'entusiasmo ha raggiunto il suo apice nel gennaio 2000, con la fondazione della Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), che ha consolidato tutte le iniziative pubbliche e private nel campo della vaccinazione, e si è data la missione di espandere l'accesso ai vaccini presenti e di accelerare lo sviluppo dei vaccini necessari soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Per raggiungere questo scopo, GAVI ha stabilito il Vaccine Fund, un'entità indipendente che raccoglie risorse finanziarie. La raccolta dei fondi è iniziata con la donazione di \$ 750 milioni da parte della Fondazione Bill e Melinda Gates che è

FIGURA 2



stata seguita da altre donazioni. Oggi il Vaccine Fund possiede più di \$ 1.1 miliardi (*figura 1*).

Nonostante che a tutti sia chiaro il valore sociale dei vaccini, (*figura 2*), il valore economico associato ad essi è irrilevante in confronto a quello dei farmaci.

A livello mondiale, il mercato dei vaccini è di circa 6.5 miliardi di dollari, una cifra che rappresenta soltanto il 2% del-

Per corrispondenza:

Rino Rappuoli

e-mail: rino_rappuoli@chiron.it

Abstract

Vaccines are highly ranked for the value they provide to human society. However, their future may be in jeopardy because the economic value associated with them is negligible and they are not a priority for industry. Radical changes are needed to increase the priority of vaccines both in developed and developing countries. The main message of this paper is for policy-makers to include the intangible benefits of health, as well as cumulative costs of disease treatment, when calculating the value of vaccines. This would make vaccines economically attractive and their development self-sustainable.

Rino Rappuoli, *The intangible value of vaccination*

Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 38-40

l'intero mercato farmaceutico (3), una somma equivalente più o meno alle vendite di un solo farmaco di successo contro l'ulcera. Durante gli ultimi 40 anni la maggior parte delle ditte farmaceutiche non hanno mai considerato i vaccini come una opportunità commerciale attraente a causa del basso ritorno dell'investimento e della esposizione alle responsabilità legali che sono un problema enorme soprattutto negli Stati Uniti. Dal 1967 il numero di produttori di vaccini negli Stati Uniti è diminuito da 37 a 10. Un andamento simile si è verificato anche in Europa. Questo disinteresse globale al mondo dei vaccini è stato provvisoriamente oscurato dall'investimento senza precedenti di istituzioni pubbliche come GAVI e altre (figura 1). Tuttavia anche queste iniziative sono destinate a fallire se non vengono usate per costruire un sistema sostenibile per lo sviluppo e la produzione dei vaccini.

Parte della responsabilità per il declino della produzione dei vaccini è da attribuire agli stessi sostenitori della vaccinazione. Questi, in genere, sono persone colte, ben intenzionate, motivate da spirito umanitario, consapevoli del valore sociale dei vaccini ma ingenui dei principi economici di base. Con l'intenzione di rendere i vaccini disponibili a tutti nel mondo hanno pensato che l'unico modo per farlo è quello di dare ai vaccini un prezzo molto basso. Sfortunatamente, i loro sforzi sono controproducenti, in quanto ogni volta che dicono che i vaccini devono avere un prezzo basso, danno un motivo in più all'industria per disinvestire da questo settore. L'attuale mancanza di vaccini negli Stati Uniti (1, 4, 5) è soprattutto il risultato di questo disinteresse dell'industria. Se la produzione dei vaccini è un problema per gli Stati Uniti, lo sviluppo e la fornitura di vaccini che sono necessari soprattutto nei Paesi più poveri sono ancora più drammatici. Questo spiega perché nessuna delle maggiori aziende farmaceutiche ha un programma serio per lo sviluppo di vaccini contro la tubercolosi o la malaria. Mentre l'industria considera i vaccini poco attraenti, i politici si lamentano che il costo è proibitivo (6). Negli Stati Uniti spesso ai pediatri non viene rimborsato

TABELLA 1: IMPATTO DELLA VACCINAZIONE SU NOVE MALATTIE IN USA NELL'ULTIMO SECOLO

Malattia	Max. no. casi (anno)	No. casi nel 2001	Riduzione (%)	Vaccini con problemi di fornitura
Vaiolo	48.164 (1901-04) [*]	0	100.00%	Fornitura non adeguata e sicurezza non adeguata per fronteggiare il bioterrorismo
Difterite	206.939 (1921)	2	99.99%	Situazione di emergenza per la mancanza di DTap pediatrico e Td per adulti. I principali produttori USA hanno cessato la produzione (3, 4)
Pertosse	265.269 (1934)	4788	98.20%	Situazione di emergenza per la mancanza di DTap pediatrico e Td per adulti. I principali produttori USA hanno cessato la produzione (3, 4)
Tetano ¹	1560 (1923)	26	98.34%	Situazione di emergenza per la mancanza di DTap pediatrico e Td per adulti. I principali produttori USA hanno cessato la produzione (3, 4)
Poliomielite	21.269 (1952)	0	100.00%	Sradicamento globale basato su OPV. Non c'è capacità per completare lo sradicamento usando IPV
Morbillo	894.134 (1941)	96	99.99%	Mancanza di MMR-V in USA (3, 4)
Rosolia	57.686 (1969)	19	99.97%	Mancanza di MMR-V in USA (3, 4)
Parotite	152.209 (1968)	216	99.86%	Mancanza di MMR-V in USA (3, 4)
<i>Haemophilus influenzae</i>	20.000 [†] (1992)	51 [*]	99.75%	Capacità non sufficiente per l'implementazione globale

^{*}Media di casi annuali nel periodo 1901-04, (55, 56).
[†]Morti nel 1923. Casi di malattia nel 1997.
^{*}Numero di casi stimato.
[†]Casi nel 2000 (57).

Referenze aggiuntive (5)
 (1) CDC, *Morbid. Mortal. Wkly. Rep.* 2001;50:1144.
 (2) Orenstein WA, Hinman AR, Rodewald LE, in *Vaccines*, S. Plotkin, W. A. Orenstein, Ed. (Saunders, Philadelphia, ed. 3, 1999), p. 1024.
 (3) CDC, *Morbid. Mortal. Wkly. Rep.* 2002;50: 1159.
 (4) CDC, *Morbid. Mortal. Wkly. Rep.* 2002;51:190.
 (5) Fenner F et al. *Smallpox and Its Eradication* (Geneva, World Health Organization, 1988).
 (6) CDC, *Morbid. Mortal. Wkly. Rep.* 1999;48:243.
 (7) CDC, *Morbid. Mortal. Wkly. Rep.* 2002;51:234.

completamente il costo dei vaccini che amministrano, e la situazione è deteriorata al punto tale che l'Institute of Medicine ha ammonito che potrebbero scoppiare delle epidemie di malattie contro cui esistono i vaccini (6).

Esperti in economia hanno tentato di calcolare i benefici dei vaccini (7, 8). Hanno concluso che i vaccini sono economicamente convenienti perché il loro costo è più basso del costo diretto del trattamento delle malattie prevenute. Per esempio, è stato calcolato che, vaccinando contro il morbillo, la parotite e la rosolia (MMR), si risparmiano 16.34 dollari in costi medici diretti per ogni dollaro speso, mentre vaccinando contro la difterite, il tetano e la pertosse (DTP), se ne risparmiano 6.21 (7). Tuttavia, crediamo che, se tra i benefici economici dei vaccini venisse incluso il valore intangibile di evitare del tutto le malattie (il beneficio "intangibile" di rimanere sano, evitando la malattia), il valore reale da attri-

buire ai vaccini aumenterebbe di un fattore che va da 10 a 100. Un esempio recente mostra come in circostanze particolari sia facile includere questo valore intangibile. In risposta agli attacchi di bioterrorismo, il governo americano ha mobilitato enormi quantità di denaro, per assicurarsi velocemente vaccini contro l'antrace e il vaiolo, e ha firmato contratti per produrne centinaia di milioni di dosi (9). Tutto questo nonostante tutti fossero consapevoli che la qualità di questi vaccini è inaccettabile secondo i criteri di oggi e che il loro uso causerebbe molti effetti collaterali, inclusi casi di morte. Inoltre, un budget di 1.7 miliardi di dollari, che è più del budget totale di GAVI, è stato rapidamente approvato per la ricerca contro il bioterrorismo. La domanda che ci dobbiamo porre è perché abbiamo dovuto aspettare il panico dell'attacco bioterroristico per mobilitare questi soldi? La tecnologia per sviluppare e produrre vaccini migliori esiste da decenni.

I governi hanno molti strumenti per rendere i vaccini più attraenti all'industria. Nei Paesi industrializzati, per esempio, si potrebbero offrire crediti fiscali che permettano di recuperare fino al 50% delle spese di ricerca e sviluppo. Questo ridurrebbe molto il costo dello sviluppo dei vaccini e offrirebbe un incentivo per investire. Tale beneficio sarebbe un vantaggio soprattutto per le aziende ben affermate che fanno profitto; tuttavia per le altre i crediti potrebbero essere trasferibili e commerciabili.

Se esistesse il riconoscimento reciproco dei prodotti approvati tra gli Stati Uniti e l'Unione Europea, questo solo fatto taglierebbe i costi di sviluppo almeno il 20% e diminuirebbe il tempo di sviluppo di almeno 6 mesi, evitando duplicazioni inutili. L'aumento delle entrate che ne risultano dall'approvazione in anticipo e la riduzione dei costi di sviluppo potrebbero ammontare ad alcune centinaia di milioni di euro, una cifra quasi equivalente a quella necessaria per sviluppare un nuovo vaccino.

Le agenzie pubbliche che sono i maggiori acquirenti di vaccini dovrebbero smettere di usare il loro potere d'acquisto per imporre sconti elevati. Per esempio, recentemente la Wyeth Lederle Vaccines ha proposto negli Stati Uniti un costo di 58 dollari per dose per il suo nuovo vaccino contro lo pneumococco. Questo prezzo è stato criticato dal CDC, che ha imposto uno sconto maggiore di 10 dollari a dose. Se, invece di uno sconto, il governo avesse richiesto di re-investire 10 dollari a dose in ricerca e sviluppo, nell'arco di due o tre anni avrebbe pagato lo sviluppo di un nuovo vaccino.

L'estensione della validità dei brevetti, oltre a quella concessa per gli altri prodotti, sarebbe un altro incentivo all'industria. Tre anni di estensione dei brevetti potrebbe valere alcune centinaia di milioni di dollari. Usare in modo creativo la legge per gli "orphan drugs" potrebbe essere una ulteriore facilitazione, per esempio, aumentando di sei mesi l'esclusiva sul mercato di un prodotto a scelta dell'industria che ha sviluppato un vaccino innovativo. In altre parole, proponiamo che l'esclusiva di mercato dovrebbe essere trasferita ad altri prodotti. Per i prodotti che

hanno delle entrate alte, una tale esclusività di mercato potrebbe valere alcune centinaia di milioni di dollari. Dovrebbe essere anche possibile diminuire i rischi e le responsabilità dell'industria mediante l'indennizzo da parte dei governi di eventuali effetti collaterali causati da vaccini registrati (purché non ci sia nessuna negligenza) (10). Questo implicherebbe, in effetti, che quando un produttore farmaceutico soddisfa i requisiti per l'approvazione dei vaccini, qualsiasi incidente causato dall'uso del prodotto sarebbe considerato come del tutto imprevedibile. La responsabilità dei produttori sarebbe attenuata dal severo controllo effettuato sui prodotti da parte delle agenzie regolatorie (EMEA e FDA) dalle fasi iniziali della ricerca clinica fino ad arrivare all'approvazione per il mercato, e dopo dalla sorveglianza post-marketing e il controllo del materiale per l'etichettatura e la pubblicità. Altri incentivi potrebbero essere l'esenzione dalle "user fees" da parte della FDA e EMEA per le sottomissioni regolatorie dei vaccini. Un'industria sana nei Paesi sviluppati è la migliore garanzia dello sviluppo di nuovi vaccini.

Per i Paesi in via di sviluppo vi sono state tante proposte economiche per permettere lo sviluppo dei vaccini e il loro successivo acquisto e distribuzione (11,12); tuttavia, secondo noi, benché queste proposte siano nella direzione giusta, non sono abbastanza coraggiose da risolvere il problema. Esse si affidano interamente a istituzioni di beneficenza e fondi governativi, e non hanno l'ambizione di creare un sistema sostenibile capace di mantenersi da solo nel tempo. Eppure questo sarebbe facilmente raggiungibile se venisse applicato semplicemente il valore economico corretto ai vaccini. Le prime difficoltà riscontrate nel campo hanno già suscitato dei dubbi sulla sostenibilità a lungo termine dei presenti piani di GAVI (13).

Come possiamo mobilitare i governi dei Paesi sviluppati a prendersi le loro responsabilità? Una commissione delle Nazioni Unite ha proposto che i Paesi "ricchi" mettano da parte lo 0.1% del prodotto lordo nazionale e lo usino per finanziare i servizi sanitari dei Paesi poveri (14). Forse i governi dovrebbero impegnarsi a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria dedicata a garantire a tutti i vaccini raccomandati. Se

siamo stati capaci di firmare trattati internazionali per limitare la proliferazione nucleare o bandire le mine anti-uomo, perché non possiamo fare accordi internazionali per salvare un numero incalcolabile di vite? Anche i più restii dittatori militari sono sensibili alle vaccinazioni e hanno sospeso momentaneamente le loro attività per permettere l'immunizzazione (15). La disperazione per i figli persi è un potente strumento per reclutare nuovi terroristi o per attirare quelli scontenti del proprio governo. Infatti, esiste un rapporto tra la percentuale di bambini morti per malattie contro cui esistono vaccini e la probabilità per una nazione di entrare in un conflitto armato (16). Un investimento a lungo termine nella salute usando la tecnologia disponibile ha più senso dell'investimento in un sistema di difesa antimissile fuori moda, basato su una tecnologia non provata, e dell'uso limitato contro vaghe minacce di attentati di bioterrorismo. O, forse più realisticamente, ci deve essere spazio per entrambe le cose in una società illuminata.

Bibliografia (La bibliografia segue i criteri di *Science*)

1. Altro materiale è disponibile su ScienceOnline all'indirizzo www.sciencemag.org/cgi/content/full/297/5583/937/DC1.
2. Bloom DE, Channing D. *Science* 2000; 287:1207.
3. Gréco M. *Vaccine* 2002;20:S101.
4. CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002;50:1159.
5. CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002;51:190.
6. Institute of Medicine. *Calling the Shots. Immunization Finance Policies and Practices*. Washington, DC: National Academy Press, 2000:1.
7. CDC. *An Ounce of Prevention...What Are the Returns?* CDC, Atlanta, ed. 2, rev. October 1999; disponibile su www.cdc.gov/epo/prevent.htm.
8. Institute of Medicine. In: KR Stratton, JS Durch, RS Lawrence (eds). *Vaccines for the 21st Century. A Tool for Decisionmaking*. Washington, DC: National Academy Press, 2000, pp. v-460.
9. Uno dei contratti firmati (con Acambis) per produrre il vaccino contro il vaiolo supera i 400 milioni di dollari.
10. Viscusi WK. In: Epstein RA, et al. (eds). *Advancing Medical Innovation: Health, Safety, and the Role of Government in the 21st Century*. Washington, DC: Progress & Freedom Foundation, 1996.
11. Brookings Policy Brief, no. 57, May 2000.
12. Barks-Ruggles E. The globalization of diseases, will the U.S. catch cold when the Congo sneezes? *San Francisco Chronicle*, 6 January 2002, p. D6.
13. Brugh R, et al. *Lancet* 2002;359:435.
14. Sachs J. Wage a global battle against epidemics. *San Francisco Chronicle*, 6 January 2002, p. D6.
15. Hull HF. *Science* 1997;275:40.
16. Hotez JP. *EMBO Report* 2001;2:862.

Ricerca di evidenze o perdita di tempo?

Giancarlo Biasini

Centro per la Salute del Bambino, Onlus - Trieste

Abstract

A group of English paediatricians has accepted the challenge to use scientific literature as an expert in solving everyday problems. Only two over nine questions gave answers able to modify their behaviours. In one query research was able to give useful elements for clinical practice. Authors conclude that research is useful anyway as a form of training to bibliographic search and as a way to know the "gray areas" within it seems necessary to direct research.

Giancarlo Biasini, Searching for evidence or just losing time?

Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 41

Le riviste che hanno accettato di diffondere l'applicazione della medicina basata sull'evidenza nella pratica e di suggerire l'uso della letteratura come esperto non sono poche. Gli *Archives of Disease in Childhood*, la più famosa rivista inglese di pediatria, è fra queste. Nel 2001 gli *Archives* hanno inserito nel loro corpo una sezione intitolata "Archimedes": sei pagine in media, con il proposito di assistere i pediatri nel dare risposte "evidence based" alle comuni questioni che capitano negli ambulatori. Queste domande non sono frontiere della ricerca, ma sono problemi della pratica quotidiana. Gli *Archives* consigliano di fare nella pratica quello che "Archimedes" fa sulle pagine della rivista e che così puntualizza i passi che sono solitamente usati per l'utilizzo della letteratura come esperto:

- 1) descrizione del problema;
- 2) formulazione della domanda strutturata;
- 3) strategia di ricerca;
- 4) commento;
- 5) conclusioni.

Un gruppo di pediatri ospedalieri e di comunità di Leeds ha raccolto la sfida e ha applicato la sequenza nella pratica: ognuno si è proposto di esaminare un problema tra quelli che gli sono capitati nella pratica e su un recente numero degli *Archives* (2002;87:168) ha esposto i risultati di 9 ricerche. Le riassumiamo nella **tabella**.

Alla fine dell'impresa solo due dei quesiti avevano trovato evidenze di una qualità tale da modificare il comportamento. I quesiti riguardavano due ambiti: il 3 e il 6. In due casi su nove, cioè nel 22% dei problemi affrontati, la ricerca era stata tale da indurre cambiamenti; in uno (il 2) la ricerca poteva essere stata considerata comunque capace di fornire elementi utili alla pratica.

Domanda	Qualità di evidenza raggiunta	Tempo della ricerca	Tempo per avere gli articoli	La ricerca cambia la pratica?
1. Qual è il miglior trattamento per la sindrome di astinenza neonatale?	Non conclusiva	4-5 ore	2 ore	No
2. La fusione labiale è segno di abuso?	Non del tutto conclusiva	2 ore	2 ore	Possibile ragionevole aumento del sospetto
3. Rx torace ed ECG aggiungono qualcosa all'esame obiettivo nella valutazione di un soffio?	Buona evidenza Ambedue sono poco utili	2 ore	1 ora	Sì
4. La melatonina serve nell'insonnia dei bb con disabilità?	Evidenza di scarsa qualità	1 ora	3 ore	No
5. C'è rischio a usare il BCG in un bb con madre HIV-infetta?	Studi di piccole coorti e case reports	3 ore	3 ore	No
6. Gli inalatori servono per trattare la tosse ricorrente e persistente?	RCT di buona qualità	8 ore	2 ore	Sì
7. La prescrizione di EpiPen serve nei bb con allergia alle arachidi?	Non conclusiva	2 ore	2 ore	No
8. L'uso di una dose singola di vit D è efficace nel trattamento del rachitismo nei bb ad alto rischio?	Nessuna evidenza	3 ore	2 ore	No
9. I "grommets" (1) migliorano lo sviluppo del linguaggio in bb con ritardo dovuto a otite secretiva?	Un solo trial non conclusivo per perdita dei controlli	2 ore	2 ore	No

(1) Wallace e Grommets sono due personaggi di gomma di una serie della tv inglese. Traslatò il tubicino di gomma che si inserisce nell'orecchio in caso di glue ear per favorire la penetrazione dell'aria.

Ne valeva la pena, visto che nei trattamenti per i quali non si dimostra una superiorità di una scelta nei riguardi delle altre quello che alla fine pesa nella scelta è l'esperienza del medico?

La domanda insomma era: si può suggerire di impiegare questo non indifferente tempo per cercare evidenze che modificano la nostra attività solo 2 volte su 9? Ebbene, quasi a sorpresa, gli autori dicono di sì: ne valeva la pena, perché l'esercizio ha sensibilmente aumentato le nostre capacità di:

- 1) "cercare" nei database elettronici;
- 2) formulare buone richieste strutturate correttamente; quindi l'esperienza del "saper fare" non può che essere giudicata positivamente.

È ben vero che, dal punto di vista strettamente quantitativo, questo successo del 22% (ma il responsabile della rubrica "Archimedes" dice che, nel complesso, le risposte utili sono da valutare in misura ben maggiore) dà ragione a coloro che sostengono che la EBM ha conquistato una eccessiva enfasi.

Ma si deve dire che va giudicato positivamente anche solo l'essersi resi conto che esistono aree nelle quali la ricerca finora è stata scarsa, o di bassa qualità, e che ci sono delle aree nelle quali le linee guida che le istituzioni ci propongono sono basate su poco o su nulla. Senza l'iniziativa di "Archimedes" - dicono gli Autori - a queste conclusioni non saremmo arrivati.

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: gcbias@tin.it

L'esplorazione rettale nel bambino: quando e come

Miris Marani

UO di Pediatria e Patologia neonatale, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena

Abstract

Rectal examination is often advised for two conditions: acute appendicitis and constipation. There are evidences regarding the efficacy of rectal examination only for the latter condition. The procedure is hereby described.

Miris Marani, Rectal examination: when and how.

Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 43-44

L'esplorazione rettale è una manovra molto sgradita al bambino e praticata raramente dal pediatra; tuttavia è da considerare una procedura importante nella valutazione di alcuni problemi clinici. Vediamone l'efficacia diagnostica in alcune delle indicazioni.

Nell'appendicite acuta

Una delle indicazioni classiche dell'esplorazione rettale è il dolore addominale acuto. Il riscontro di dolorabilità alla palpazione attraverso il retto del lato destro del Douglas è ritenuto un buon supporto alla diagnosi di appendicite acuta.

I medici di un Pronto Soccorso Pediatrico di Indianapolis hanno esaminato quanto spesso i pediatri ricorrono a questa manovra nella valutazione del dolore addominale acuto: solo 56 su 1140 bambini giunti al Pronto Soccorso con questo sintomo erano stati sottoposti a esplorazione rettale dal pediatra inviante. Gli elementi clinici che più frequentemente avevano indotto i pediatri alla manovra erano stati: dolore alla palpazione addominale, storia di stipsi, sanguinamento rettale. Solo in 12 su 56 la manovra aveva contribuito, però, alla diagnosi, che era stata di stipsi in quasi la metà dei casi (1). La manovra è poco praticata anche dai pediatri ospedalieri ed è in diminuzione: all'ospedale di Birmingham la frequenza con cui un bambino con dolore addominale acuto viene sottoposto a esplorazione digitale del retto è dimezzata in un decennio senza diminuzione dell'efficacia diagnostica (2).

Peraltro, anche uno studio condotto su 1028 pazienti adulti, giunti a valutazione chirurgica per dolore al quadrante inferiore destro dell'addome e dolorabilità alla palpazione nella stessa sede, ha dimo-

strato che l'esame rettale non aggiunge rilevanti informazioni diagnostiche (3). *Dunque, non ci sono definitive indicazioni di utilità, ma le ricerche sono poche e non eccellenti; pare dunque che la spiccata procedura possa essere frequentemente risparmiata ai piccoli pazienti se il sospetto diagnostico è di appendicite. Assolti allora i pediatri che vi ricorrono poco e malvolentieri, anche se un supplemento di ricerche deve essere senz'altro suggerito.*

Nella stipsi cronica e nell'incontinenza fecale

Un'altra indicazione all'esplorazione digitale del retto nel bambino è la *stipsi cronica*: viene utilizzata per differenziare la stipsi idiopatica dalla malattia di Hirschsprung classica, e per valutare la presenza, le dimensioni, la consistenza dell'impatto fecale. La stipsi è un problema molto comune nell'infanzia: si stima che ne sia affetto il 5-10% dei bambini. Nella maggior parte dei casi è funzionale; va sospettata una causa organica quando:

- esordisce entro il primo anno di vita;
- si rileva all'anamnesi passaggio ritardato di meconio;
- quando si accompagna a distensione addominale e scarsa crescita.

In uno studio statunitense del 1999 si è voluto valutare quanto i pediatri effettuino l'esplorazione digitale del retto nella stipsi cronica.

A 128 bambini, giunti al Servizio di Gastroenterologia di un ospedale pediatrico dello Stato di New York per stipsi cronica, fu chiesto se erano mai stati sottoposti prima a esplorazione rettale (gli Autori precisano che i bambini erano assicurati in parte privatamente e in parte dal Medicaid e tutti inviati da un pediatra

non ospedaliero): 97 bambini (77%) non erano mai stati sottoposti a esplorazione rettale; di questi 53 (54%) presentavano impatto fecale.

Nel bambino stitico l'esplorazione rettale ha una forte efficacia diagnostica perché:

- nella stipsi cronica idiopatica il retto è disteso e pieno di feci;
- nella malattia di Hirschsprung classica è vuoto e stretto (4).

Inoltre il trattamento della stipsi cronica non può prescindere dalla preliminare rimozione dell'impatto fecale, e sapremo dall'esplorazione rettale se il bambino ha il retto vuoto ed è "pronto" per la terapia di mantenimento.

Non è infrequente che il bambino acceda all'ambulatorio del pediatra per un problema di incontinenza fecale: la stipsi è causa di incontinenza fecale nel 95% dei bambini affetti (5).

Nella valutazione dell'incontinenza fecale l'esplorazione rettale va particolarmente enfatizzata: un bambino con soiling e retto ripieno di feci è un bambino stitico. *In conclusione, anche se la ricerca bibliografica consente di accedere a ricerche modeste, si deve dire di sì all'esplorazione rettale nella stipsi e nell'incontinenza fecale.*

Come si fa

Con il piccolo paziente si dovrà stabilire un rapporto amichevole e duraturo: si stima che la maggior parte delle stipsi croniche richieda non meno di un anno di trattamento e numerosi incontri durante questo lungo periodo tra famiglia, bambino, pediatra; l'esplorazione, che abbiamo già detto molto sgradita, sarà ripetuta e, se possibile, non dovrebbe compromettere la nascita di un rapporto amichevole. Al bambino stitico, o incontinente, chiederemo di porsi supino sul lettino,

Per corrispondenza:

Miris Marani

e-mail: mspinolo@iol.it

NATI PER LEGGERE

Ferrara – 11-12 aprile 2003 - Corso di 12 ore

Presupposti

Il corso intende proporre una modalità di approccio uniforme e ragionata al progetto Nati per Leggere, che ormai è in fase di divulgazione su tutto il territorio nazionale.

Obiettivo didattico

Acquisizione delle conoscenze per: 1) consigliare adeguatamente i genitori sulla lettura precoce; 2) individuare nel proprio territorio i percorsi per la creazione delle collaborazioni con altre professionalità; 3) l'ottenimento di fondi locali necessari alla diffusione del progetto.

Programma del corso

Revisione delle evidenze scientifiche nazionali e internazionali su: competenze emergenti relative alla lettura nello sviluppo del bambino "emergent literacy", ambiente familiare e sviluppo delle competenze, efficacia della promozione della lettura negli ambulatori dei pediatri sulla attitudine delle famiglie a leggere ai propri figli, lettura ad alta voce e sviluppo delle competenze emergenti, lettura ad alta voce e successo scolastico.

Intervento nell'ambulatorio del pediatra.
 Modalità di attuazione della ricerca per monitorare, prima e dopo l'intervento, l'aumento della lettura a voce alta in famiglia.
 Modalità di proponimento del progetto ad altri operatori.

In applicazione della legge 23/112/2000 n. 388 legge finanziaria 2001, art. 92, comma 5, capitolo n. 3616 art. 6 viene avviata la richiesta di accreditamento per i corsi alla Commissione di Educazione continua del Ministero della Salute.

Si prega di inviare questo coupon a: Centro Salute del Bambino via dei Burlo 1, 34123 Trieste. Fax 040 3224842

.....
 Sì, sono interessato a partecipare a:

Nati per Leggere. Formazione per pediatri
 Ferrara, 11-12 aprile

Nome Cognome

Professione

Tel. Tel. Mobile

Posta elettronica

Indirizzo

CAP Sigla Provincia

vestito nella parte superiore del corpo perché si senta meno indifeso e con un genitore a fianco. Spiegheremo quello che ci accingiamo a fare. Cominceremo con una accurata ispezione anale con le ginocchia flesse sul corpo e mantenute dal genitore in questa posizione. L'ispezione ci informa sulla posizione dell'ano (distanza dai genitali esterni) e sulla eventuale presenza di ragadi e/o flogosi anale-perianale. Poi il bambino riappoggia i piedi sul lettino, mantenendo le ginocchia flesse e distanti. Indosseremo il guanto e spalmeremo il dito medio, o indice, a seconda dell'abitudine o della lunghezza, di vaselina filante; mostreremo il dito con la crema al bambino, lo inviteremo a toccarla e a sentire che è morbida; lo informeremo che questa crema sarà spalmata sul suo culetto. Con l'apice del dito o a piatto sull'orifizio anale inviteremo il bambino a compiere la manovra di Valsalva ("spingi come quando sei sul vasetto") che aiuta il rilassamento dello sfintere: a questo punto potremo introdurre il dito. Il tempo di permanenza del dito nel retto sarà molto breve: in pochi secondi si possono apprezzare la presenza di impatto fecale ed eventualmente quella peculiare sensazione di "dito stretto" in ampolla priva di feci suggestiva di megacolon agangliare. Se volessimo utilizzare l'esplorazione per la diagnosi di appendicite acuta, dovremmo effettuare la palpazione, con la punta del dito, del lato sinistro e di quello destro, cercando di valutare la maggiore dolorabilità di quest'ultimo. Il dito viene quindi estratto molto lentamente, informando il bambino che può alzarsi dal lettino e rivestirsi.

Bibliografia

(1) Schler SJ, et al. Use of rectal examination on children with acute abdominal pain. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37:311-6

(2) Dunning PG, Goldman MD. The incidence and value of rectal examination in children with suspected appendicitis. *Ann R Col Surg Engl* 1991; 73:399-400

(3) Dixon JM, et al. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991 Feb 16;302:386-8

(4) Gold DM, et al. Frequency of digital rectal examination in children with chronic constipation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;377:1538

(5) Loenig-Bauche V. Fecal incontinence in children. *Am Fam Physician* 1997;55:2229

Napoli 30 e 31 maggio 2003 - S. Maria La Nova, Sala del chiostro

**Da "Il bambino a rischio sociale"
 (convegno di Napoli 1995)
 ai programmi di sostegno precoce, promozione della salute
 dei bambini e delle famiglie**

30 maggio
 Le disuguaglianze nella salute
 I programmi di sostegno internazionali, nazionali, regionali

31 maggio
 Le politiche locali, i modelli, le esperienze
 Conclusioni e raccomandazioni

Segreteria organizzativa: DEFLA via dei Mille 16 Napoli
 Tel Fax 081 402093
 e mail acpcampania@tin.it

Le cinture di sicurezza e il trasporto del bambino in automobile

Giancarlo della Valle

ELASIS SCpA - Sistema di Ricerca FIAT nel Mezzogiorno

L'analisi delle statistiche nazionali italiane permette di conoscere il numero di bambini che, coinvolti in incidenti stradali, subiscono lesioni più o meno gravi (morti e feriti). Osservando i dati degli ultimi anni, si riscontra un trend pressoché stazionario per tale categoria di occupanti: il numero di bambini morti o feriti in incidenti stradali non subisce grandi variazioni con il passare degli anni. Negli incidenti stradali del 1999 si sono registrati 38 decessi e quasi 4500 feriti nella popolazione di bambini fino a 9 anni; di contro 39 bambini sono deceduti e quasi 3300 sono stati feriti nella classe di età tra i 10 e i 14 anni.

Ovviamente, un tale dato non è confrontabile con le conseguenze riportate dagli adulti se non viene incrociato con la popolazione distribuita per le singole classi di età. Essendo le statistiche nazionali abbastanza carenti per ciò che riguarda alcuni aspetti degli incidenti stradali (non si conosce il numero di bambini trasportati, ma soltanto il numero di quelli lesionati; non esiste alcun dato sull'utilizzo dei dispositivi di ritenuta ecc.), è utile analizzare che cosa accade negli Stati Uniti ai bambini coinvolti in incidenti.

In **tabella 1** viene riportata la distribuzione, in funzione dell'età, dei passeggeri delle autovetture morti e di quelli feriti in incidenti stradali del 1999; a tale valore viene aggiunto il tasso di mortalità per 100.000 abitanti. Tale dato evidenzia che i bambini hanno un tasso di mortalità molto vicino al valore medio della popolazione (eccezion fatta per la classe 5-9 anni che è un po' più distante); mentre il tasso di lesività dei bambini fino a 14 anni è sempre superiore al valore medio della popolazione.

In realtà il rischio corso dai bambini negli incidenti stradali è sicuramente

TABELLA 1: PASSEGGIERI DI AUTOVETTURE MORTI E FERITI IN INCIDENTI STRADALI NEGLI USA NEL 1999 E TASSO DI MORTALITÀ/LESIVITÀ PER 100.000 ABITANTI

Età (anni)	Popolazione (in migliaia)	Morti	Tasso di mortalità	Feriti	Tasso di lesività
<5	18.942	363	1,92	51.000	269
5-9	19.947	295	1,48	62.000	311
10-15	23.369	637	2,73	100.000	428
16-20	19.826	1040	5,24	109.000	550
21-24	14.128	590	4,17	58.000	411
25-34	37.936	891	2,35	105.000	277
35-44	44.813	716	1,60	79.000	176
45-54	35.802	519	1,45	61.000	170
55-64	23.389	383	1,64	32.000	137
65-74	18.218	459	2,52	27.000	148
>74	16.322	723	4,43	21.000	129
Totale	272.692	6.626	2,43	705.000	259

maggiore rispetto agli adulti, poiché tali dati non prendono in considerazione l'*indice di mobilità*, che indica il tempo giornaliero medio trascorso all'interno di un mezzo di trasporto. Tale indice per i bambini è decisamente inferiore rispetto a quello degli adulti e, quindi, il tempo di esposizione al rischio dei bambini è significativamente inferiore.

Questa considerazione ci consente di correggere i dati sopra riportati valutando che, per i bambini fino ai 15 anni, sia il tasso di mortalità sia il tasso di lesività sono sicuramente superiori a quelli emersi dalle statistiche. **Pertanto risulta evidente che i bambini coinvolti in incidenti stradali subiscono conseguenze più gravi degli adulti.**

La protezione degli occupanti nell'auto I dispositivi di ritenuta più efficaci per gli occupanti dei veicoli sono, senza ombra

di dubbio, le cinture di sicurezza che riducono i decessi e i feriti gravi in misura del 50-60% (in funzione del tipo di veicolo, della posizione occupata ecc.), limitandone i danni fisici.

La massima efficacia della cintura di sicurezza si riscontra nell'evitare l'espulsione al di fuori del veicolo, circostanza che aumenta in maniera esponenziale il rischio di lesioni dell'occupante (il 75% degli occupanti sbalzati fuori dal veicolo è deceduto).

Dai dati degli incidenti stradali negli Stati Uniti, nel corso del 1999, si osserva che il 22% degli occupanti non cinturati è stato totalmente espulso dal veicolo, mentre tra quelli cinturati soltanto l'1% ha subito analoga sorte. Ovviamente la cintura di sicurezza, progettata e sviluppata per coprire la maggior parte della popolazione, non è idonea a proteggere i bambini che hanno una morfologia e una

Per corrispondenza:

Giancarlo della Valle

e-mail: valle@elasis.fiat.it

il punto su

Abstract

Statistical data regarding street accidents in USA concerning children are here described. The author underlines how, considering the mobility index, injury and mortality index vary much, and how children involved in car accidents usually have serious complications compared to adults. The article describes the safety devices divided by age and weight groups and the way to optimize their:

Giancarlo della Valle, Safety belts and driving with children
Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 45-48

resistenza corporea totalmente diversa dall'adulto. Per la protezione dei bambini sono stati sviluppati dispositivi di ritenuta *ad hoc*, i cosiddetti "seggolini".

Norme e regolamenti

Le norme per l'utilizzo delle cinture di sicurezza e dei dispositivi di ritenuta per i bambini sono regolamentate in Italia dall'articolo 172 del Codice della Strada. Questo articolo al comma 4 cita: "I passeggeri di età inferiore ai dodici anni che abbiano una statura inferiore a 1,50 metri devono essere trattenuti da un sistema di ritenuta, adeguato alla loro statura e al loro peso". Occorre pertanto evidenziare che l'utilizzo di specifici dispositivi di ritenuta viene imposto non soltanto in funzione dell'età del passeggero ma anche considerandone la morfologia; infatti, un bambino che raggiunga la statura di 1,5 metri può ricevere protezione adeguata indossando la cintura di sicurezza, essendo comparabile a un adulto di piccola statura.

La costruzione e l'omologazione dei seggiolini per bambini sono regolamentate nell'Unione Europea dal regolamento ECE 44 (Legislazione Internazionale di Ginevra). La differenza tra l'organismo degli adulti e quello dei bambini si può comunque riscontrare, seppure in misura minore, tra i bambini di differenti età; per proteggere adeguatamente tutte le classi di età sono stati progettati dei dispositivi "personalizzati" per alcune di esse.

I dispositivi di ritenuta per bambini sono suddivisi in quattro gruppi in funzione del peso del bambino; in **tabella 2** è riportata la classificazione dei seggiolini. All'interno del regolamento ECE 44 vengono descritte tutte le prove che un seggiolino deve superare per essere giudicato idoneo a proteggere i bambini che viaggiano all'interno dei veicoli. Comprendono sia

normali prove a cui vengono sottoposti tutti i dispositivi ai quali viene vincolato un bambino (corrosione, abrasione, resistenza alla polvere ecc.) sia altre specifiche che ne devono garantire il buon comportamento negli incidenti.

Dispositivi di ritenuta per bambini

Descriviamo le tipologie di seggiolini in funzione del gruppo di appartenenza.

Gruppo 0 A questo raggruppamento appartengono tutti i bambini fino a 9 kg (1 anno di età circa).

Il dispositivo più diffuso per questa categoria è il seggiolino, con cinture ad esso integrate, montato "contromarcia"; in esso il bambino assume una posizione quasi sdraiata. La principale caratteristica che lo distingue dagli altri dispositivi che vedremo in seguito è la necessità di essere montato in vettura contromarcia, cioè in modo tale che il bambino abbia la faccia rivolta verso il posteriore del veicolo, con l'utilizzo della cintura di sicurezza a tre punti (**figura 1**).

Tale accorgimento è stato studiato per consentire una migliore protezione al bambino negli urti frontali tra due veicoli che marcano in senso di marcia opposto, che sono i più severi; infatti in questo caso la velocità relativa dell'urto è pari alla somma delle singole velocità dei veicoli al momento dell'impatto. Nel seggiolino montato contromarcia, in caso di urto frontale per il veicolo che lo trasporta, il bambino verrà proiettato verso lo schienale del dispositivo che tratterrà il suo peso senza interagire in maniera invasiva. Il seggiolino montato contromarcia offre un livello di protezione maggiore, ma pone alcuni problemi. Infatti, il bambino, crescendo, comincia a trovarsi in condizioni tali da non avere sufficiente spazio per distendere le

gambe, perché vanno a urtare contro lo schienale del sedile.

Gruppo I Questo raggruppamento include i bambini da 9 a 18 kg (da 1 anno a 4 anni circa). I seggiolini di questo gruppo, contrariamente a quelli del precedente, devono essere montati nel veicolo in modo che il bambino rivolga il volto verso l'anteriore. In questi seggiolini, che possono essere vincolati alla vettura con la cintura di sicurezza installata dal costruttore, sia a tre punti sia a due punti (solo ramo addominale), il bambino viene posizionato seduto e viene in esso trattenuto con differenti accorgimenti: imbracatura a 4-5-6 punti (**figura 2**), cuscino addominale, cintura di sicurezza della vettura, guidata da specifici dispositivi.

Occorre precisare che i seggiolini vanno sempre montati secondo le istruzioni, senza abbandonarsi a ragionamenti su come sia possibile migliorare il loro impiego, poiché alla base della loro costruzione e utilizzo prescritto dal costruttore esistono studi approfonditi volti ad ovviare alle principali criticità che la morfologia e la fragilità del corpo di un bambino manifestano. Una delle criticità della protezione dei bambini negli incidenti stradali è il collo.

I bambini, contrariamente agli adulti, hanno il capo molto sviluppato rispetto alle altre parti del corpo e il collo non sufficientemente resistente per sopportare la flessione che il peso del capo gli impone negli urti violenti. Mentre il seggiolino con il cuscino, evitando la rotazione della testa che trasla con il torace, non provoca severe sollecitazioni al collo del bambino, quello con l'imbracatura, trattenendo il torace, comporta che l'inerzia della testa venga sopportata completamente dal collo.

Per ovviare a questo inconveniente, i seggiolini del secondo tipo hanno, negli urti frontali, un leggero movimento rotazionale verso l'anteriore del veicolo che riduce il movimento relativo testa/torace. Qualora l'installazione del seggiolino fosse modificata con l'aggiunta di vincoli sullo schienale del dispositivo (con l'idea di renderlo più sicuro), si correrebbe

TABELLA 2 : CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI DI RITENUTA PER BAMBINI

Gruppo	0	I	II	III
Peso	0-9 kg	9-18 kg	15-25 kg	22-36 kg

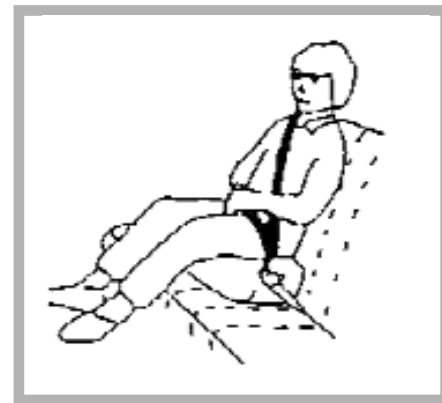
FIGURA 1: SEGGIOLINO DI GRUPPO 0 (DA ZERO A 9 KG) CHE VA MONTATO CONTROMARCIA



FIGURA 2: SEGGIOLINO DI GRUPPO I (DA 9 A 18 KG)



FIGURA 3: SEGGIOLINO DI GRUPPO II E III (DA 18 A 36 KG)



il rischio di aggravare le conseguenze del bambino in caso di urto.

Gruppo II I bambini di questo gruppo (15-25 kg; da 4 a 6 anni circa) vengono trattenuti dalla cintura di sicurezza del veicolo opportunamente guidata perché non si trovi a sollecitare zone delicate dell'organismo protetto.

Si possono quindi osservare *altre criticità nella protezione del bambino: l'addome e il bacino*. Entrambi hanno sicuramente una resistenza inferiore rispetto a quella di un adulto e il ramo addominale della cintura di sicurezza, che, come abbiamo visto, nei seggiolini precedenti era circondato da un cuscino o inserito in un'imbracatura che distribuiva il carico su tutta la superficie del busto, esercita una notevole sollecitazione per trattenere il peso del corpo. Altro motivo per cui il bacino richiede un adeguato supporto è la morfologia della cresta iliaca del bambino.

Occorre precisare che in un adulto il ramo addominale della cintura di sicurezza, se correttamente indossata, poggia sulla cresta iliaca e scarica su di essa tutta la sollecitazione in fase di trattenimento dell'occupante. Nel bambino questo non può accadere, poiché la forma della cresta iliaca provoca lo scivolamento del nastro della cintura che va a comprimere l'addome con un serio rischio di lesioni. Pertanto questa categoria di seggiolini presenta nella parte bassa delle sporgenze atte a trattenere il ramo addo-

minale della cintura in modo da evitarne la penetrazione nell'addome.

Gruppo III Le considerazioni espresse al punto precedente rilevano la necessità di proteggere i bambini, anche quelli più grandi (da 6 a 12 anni circa), con specifici dispositivi che impediscano alla cintura di sicurezza di provocare lesioni. Sono dei "rialzi" (*figura 3*) che presentano delle sporgenze per guidare il ramo addominale della cintura di sicurezza e che permettono al bambino, che ci si siede sopra, di indossare anche il ramo toracico che gli passerà correttamente sulla spalla, come agli adulti, e non sul collo.

Utilizzo dei dispositivi di ritenuta

Tutti gli sforzi che sono stati fatti per progettare e costruire sistemi di ritenuta in grado di proteggere tutti gli occupanti dei veicoli (adulti e bambini) sono resi ovviamente vani da un cattivo (o in alcuni casi dal mancato) utilizzo degli stessi. È purtroppo radicata l'opinione che tene-

re in auto un bambino tra le braccia lo preservi da possibili rischi.

Tale convinzione è di per sé errata già se l'adulto che lo "protegge" utilizza la cintura di sicurezza, ma diventa ancora più assurda qualora l'adulto, non facendo uso di tale dispositivo, si troverà a schiacciare il bambino con il peso del suo corpo, aggravando le conseguenze che egli avrebbe riportato se fosse stato seduto sul sedile. È opportuno evidenziare che in un urto violento un bambino di 6 kg, a causa della decelerazione subita dalla vettura, raggiunge un peso di 150 kg circa; è impensabile che le braccia dell'adulto riescano a sostenere un simile sforzo.

Anche in questo caso i dati delle statistiche nazionali italiane non ci supportano adeguatamente, poiché l'unico occupante del quale si conosce l'utilizzo della cintura di sicurezza è il conducente. Pertanto, analizzando ancora i dati statunitensi del 1999, rileviamo le percentuali di utilizzo dei dispositivi di ritenuta riportate in *tabella 3*.

TABELLA 3: UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI RITENUTA PER I PASSEGGERI COINVOLTI IN INCIDENTI MORTALI NEGLI USA NEL 1999 (FARS-GES 1999)

Fascia di età (anni)	0-4	5-9	10-14	15-19	>19
Percentuale di utilizzo	72	60	51	46	57

Da questi dati si evidenzia che l'utilizzo dei dispositivi di ritenuta per i bambini fino a 9 anni è percentualmente superiore rispetto a quelli di età superiore e agli stessi adulti. Questa informazione mette maggiormente in evidenza la criticità esistente nella protezione dei bambini; infatti, come già sottolineato, i bambini subiscono conseguenze più gravi degli adulti pur avendo, attraverso un maggiore utilizzo dei sistemi di ritenuta, un livello di protezione superiore.

Si potrebbe pertanto ritenere che i seggiolini progettati per i bambini non offrono lo stesso grado di protezione che le cinture di sicurezza offrono agli adulti. Sebbene vi sia sicuramente la possibilità di migliorare i dispositivi specifici per i bambini, non bisogna trascurare un altro aspetto molto importante: l'uso errato o non appropriato di essi. Le principali cause di utilizzo non adeguato sono: errata installazione, errato trattamento del bambino sul dispositivo ed errata scelta del dispositivo: per età (o meglio per il suo peso). Uno studio di incidenti reali realizzato nell'ambito di un progetto europeo (CREST - *Child REstraint SysTem for car*) ha consentito di riscontrare un'elevata percentuale di utilizzo errato o non appropriato.

In **tabella 4** si riportano le percentuali suddivise per fasce di età. Si osserva quindi che soltanto i bambini di 1 anno e, soprattutto, quelli tra i 10 e i 12 anni sono protetti in modo pressoché adeguato. Per gli altri va considerato che le principali cause di protezione non adeguata sono l'utilizzo di seggiolini del gruppo I, quindi montati nel senso di marcia della vettura, per i bambini fino a un anno (gruppo 0), e l'utilizzo della cintura di sicurezza da adulto senza alcun dispositivo ausiliario per i bambini di 8-9 anni (grup-

po III), circostanza purtroppo molto diffusa, poiché anche i genitori ritengono erroneamente che i seggiolini siano soltanto per i bambini più piccoli.

Airbag

L'airbag ha un ruolo importante nella protezione degli occupanti, di ausilio alla cintura di sicurezza aumentando la percentuale di efficacia di quest'ultima in ragione del 10% circa, proprio perché può ricoprire esclusivamente alcune parti dell'abitacolo e attutire gli impatti contro di esse. L'airbag, proprio per le sue caratteristiche che ne richiedono il gonfiaggio in pochi decimi di secondo, non deve interagire con il bambino che non possiede la resistenza fisica di un adulto per il quale tale dispositivo è stato progettato. Pertanto *si consiglia di evitare che i bambini non appartenenti al gruppo 0, seppure ritenuti in un dispositivo di ritenuta adeguato, si trovino a contatto con un airbag frontale*; ciò significa che è sempre più prudente far viaggiare il bambino sui sedili posteriori della vettura. Discorso diverso va fatto per i bambini del gruppo 0 (fino a un anno di età), il cui seggiolino va montato contromarcia: *per i bambini del gruppo 0 è ASSOLUTA - MENTE VIETATO montare il seggiolino contromarcia sul sedile del passeggero anteriore in presenza di airbag frontale*, a meno che non sia possibile disattivarlo con specifico interruttore; l'airbag in fase di espansione colpirebbe violentemente lo schienale del seggiolino provocandone il ribaltamento e proiettando il bambino contro lo schienale del sedile della vettura, con il rischio di gravissime (talvolta letali) lesioni. In assenza dell'interruttore specifico si deve utilizzare un seggiolino che possa essere montato sul sedile posteriore della vettura. Da statistiche

statunitensi, dove gli airbag sono installati massicciamente dal 1990, emerge che dal 1997 al 2000 dei 100 occupanti circa che hanno subito lesioni in seguito all'esplosione dell'airbag in urti a bassa velocità perché si trovavano in posizione scomposta, ben 14 erano bambini al di sotto dei dodici anni.

Conclusioni

I bambini coinvolti in incidenti stradali subiscono conseguenze generalmente più gravi rispetto agli adulti, soprattutto considerando che il tempo da essi trascorso a bordo di un'autovettura è sensibilmente inferiore a quello di un adulto (esposizione al rischio sicuramente inferiore).

L'utilizzo di dispositivi di ritenuta, ovviamente demandato ai genitori, è, purtroppo, molto spesso carente; si aggiunga a ciò che la morfologia e la fragilità dell'organismo del bambino rendono molto difficile il compito di coloro che devono sviluppare dispositivi atti a proteggerli all'interno della vettura.

Occorre evitare che il bambino interagisca con l'airbag per urti frontali, per gli adulti una protezione aggiuntiva, che per i più piccoli può essere lesivo.

Il semplice accorgimento di far sedere sui sedili posteriori il bambino in presenza di airbag sui posti anteriori può evitare l'interazione. Resta invece obbligatorio per i seggiolini montati contromarcia la disattivazione dell'airbag frontale oppure, laddove non sia possibile, l'utilizzo dei sedili posteriori.

Sebbene negli ultimi anni molti progressi siano stati compiuti anche nella protezione dei bambini trasportati nelle autovetture, ancora molto si può fare; infatti, a livello europeo, molte attività di ricerca sono in corso ed altre saranno avviate nei prossimi anni.

TABELLA 4: PERCENTUALE DI USO ERRATO O NON APPROPRIATO DEI DISPOSITIVI DI RITENUTA (CREST)

Fascia di età (anni)	<1	1	2	3-4	5	6-7	8-9	10-12
Percentuale di utilizzo errato o non appropriato	22	8	12	25	30	52	79	—

Il caso della fibrosi cistica

Samantha Hillyard

International Association of Cystic Fibrosis Adults

Geneticamente programmata per autodistruggermi

Mentre crescevo con la fibrosi cistica, pensavo alla malattia come a qualcosa che mi rendeva un'entità unica differente dai miei pari. Ero felicemente ignorante delle realtà incombenti in futuro. Fin dall'adolescenza ho subito molte operazioni per asportare i polipi nasali. I miei sintomi polmonari erano pochi, grazie a una diagnosi precoce, ma soffrivo regolarmente di blocchi intestinali e severi sintomi addominali. Comunque io classificavo questi sintomi come qualcosa di cui avevo il parziale controllo.

Dall'adolescenza il mio polmone è stato colonizzato dalla *Pseudomonas aeruginosa*, e come risultato ho tossito aggressivamente dai dieci fino a metà dei vent'anni. Facevo sempre la fisioterapia, anche nei giorni in cui non vedevo alcun effetto immediato (per esempio lo sputo). Credevo che la mia adesione fosse semplicemente al di sotto di un eccessivo bisogno di routine. Dai 17 anni vivevo sola e avevo un lavoro a tempo pieno e una vita sociale attiva. Facevo fisioterapia ogni giorno e prendevo le medicine religiosamente, ma ora avevo un nuovo, talvolta eccessivo, stile di vita (ho persino fumato per un anno). Durante i successivi 5 anni gradualmente mi aggravai. Sebbene la funzionalità polmonare fosse ancora accettabile, cominciai a tossire sangue sempre più spesso e la mia preoccupazione sulla frequenza di questi sanguinamenti crebbe.

Il senso di autocoscienza si intensificò, fino a che divenni incapace di conciliare la mia condizione con il mondo esterno, specie con il lavoro.

Il risultato fu che ero stressata, stanca e mi indebolii. Decisi di lasciare il lavoro e di vivere dei sussidi di invalidità. In

realtà continuai a lavorare a casa su base volontaria, scrivendo articoli e curando riviste per persone con fibrosi cistica. Nel frattempo, i miei sanguinamenti avevano raggiunto il punto in cui potevano scatenarsi anche solo piegandomi. Avevo strane perdite di sensibilità di parte del mio corpo, accompagnate da confusione, indebolimento della vista, e paralisi. Non ho mai avuto la sensazione di essere presa sul serio dai medici che mi avevano in cura, quando raccontavo i miei problemi.

Nell'estate del 1996 divenni depressa. Per la prima volta non avevo il controllo del mio corpo. In autunno ebbi una vasta emorragia e persi conoscenza (paralizzata e cieca). È stata, questa, la più spaventosa esperienza della mia vita, ed è stato anche il giorno che sono stata crudelmente privata della mia fiducia. Quando mi svegliai, riuscii a chiamare aiuto e fui portata in ospedale per una trasfusione di emergenza.

Il giorno dopo feci una broncoscopia, e una embolizzazione. Con questa procedura i sanguinamenti divennero saltuari. Ho avuto ancora ampie perdite, ma nessuna così grave come quell'emorragia. Anche adesso ho tracce di sangue nell'espettorato ogni giorno. Più o meno in quel periodo, le convulsioni cominciarono a diventare più regolari e dovetti rinunciare alla patente di guida.

Fui indirizzata a un neurologo, che diagnosticò un'ernia cerebrale, e ipotizzò che le convulsioni fossero causate da questo difetto, verificatosi per aver regolarmente tossito durante tutta la vita. Sebbene sollevata per avere avuto una diagnosi, mi sentivo ingannata: la fisioterapia, che per tutta la vita avevo fatto diligentemente allo scopo di migliorare la mia salute, mi si era ritorta contro. Sì, come effetto la mia vita si era allungata,

ma la sua qualità fortemente peggiorata. Poiché le emorragie spesso si accompagnavano alle convulsioni, avevo bisogno di assistenza per 24 ore.

Trovai questo molto difficile da affrontare emotivamente, e sviluppai un disordine alimentare per recuperare un qualche controllo del mio corpo. Nonostante tutto, credo di avere imparato a tenere testa alla mia condizione, con l'aiuto del mio partner, della famiglia e degli amici. Attualmente mi rivolgo a una clinica diversa, dove le mie necessità sono meglio prese in carico e dove lo staff mi aiuta a personalizzare la terapia. Per esempio, hanno esplorato varie forme di fisioterapia per minimizzare la pressione sull'ernia cerebrale, e come risultato le convulsioni sono diventate meno frequenti. Essere co-responsabile della terapia mi ha aiutato a ricostruire un po' della fiducia che avevo perduta. Sono grata alla ricerca medica, perché sono sicura che senza di essa non sarei qui. Nonostante questi progressi, con il passare degli anni, i pazienti con fibrosi cistica incontrano numerosi problemi, spesso dovuti proprio agli interventi medici.

Ecco alcuni esempi di queste difficoltà ulteriori che dobbiamo affrontare: osteoporosi, diabete, eczema, incontinenza, afte orali o vaginali, perdita dei riflessi viscerali, infertilità e dolori severi ad addome, torace, articolazioni. Io sono geneticamente programmata per autodistruggermi, ma devo provare a sconfiggere il mio genotipo (Delta F508/ Delta F508) con la stessa ribelle determinazione che riservavo ai miei genitori quando ero una adolescente.

Alla pagina seguente il commento di Giuseppe Magazzù dell'Università di Messina.

Per corrispondenza:

Samantha Hillyard

e-mail: arb@hotelturbo.co.uk

Abstract

Great progress has been made by medical science in the knowledge and management of cystic fibrosis (CF). Expert paediatricians have learned to improve nutritional state and to take better care of pulmonary infections, for the latter there are new and more efficacious antibiotics. Thus the survival age has increased so, that it is estimated that in 2010 there will be an equal number of children and adults with cystic fibrosis. This letter of a patient with CF, with its terrible and spine-chilling truth (even from the title) and the following comment make us consider how much it is necessary to learn in order to assure these patients a better quality of life.

Samantha Hillyard, Giuseppe Magazzù, Programmed for auto destruction
Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 49-50

Aiutare a trovare la propria identità di persona

Sono grato alla redazione di *Quaderni acp* per avermi proposto il commento di un'altra lettera apparsa sul supplemento di *Lancet* di dicembre 2001, dedicato alle malattie croniche e in particolare al vissuto di malattia dei pazienti. Le malattie prese in considerazione sono varie e a prognosi diversa, alcune potenzialmente fatali. Ho recensito in precedenza la lettera della Presidentessa dell'Associazione Finnica della Celiachia, che evidenziava come fosse cambiata la sua qualità di vita, dopo aver avuto la "soluzione" con la diagnosi ai suoi problemi, ma che ci diceva anche che la qualità di vita di una persona con malattia cronica non fosse direttamente correlata con la gravità e con la prognosi, ma piuttosto con la percezione della propria condizione.

È istintivo rinfacciare a una persona celiaca la "fortuna" di avere un problema che si risolve "solo con una dieta", magari aggiungendo "pensa se avessi la fibrosi cistica". D'altra parte, qual è il commento da fare a quanto scritto da chi si sente geneticamente programmata per autodistruggersi? Sono ovvie l'angoscia e la disperazione di una persona che illustra la storia naturale di fibrosi cistica.

Non è, però, così ovvio che un medico si preoccupi di quello che il paziente sente. Il commento a questo è che il fascicolo speciale di *Lancet* dovrebbe costituire un insostituibile testo base per la formazione di un medico, da far leggere sin dai primi giorni del corso di laurea.

Come sottolineano Barbour e Kleinert, nel loro editoriale, nelle Facoltà di Medicina si insegna a raccogliere un'anamnesi completa, ma questa spesso non comprende gli aspetti sociali.

Quando invece sono i pazienti a descrivere le loro malattie, essi non raccontano le procedure subite o i dettagli della patologia, ma come la malattia influenzi loro e le loro famiglie.

Le persone affette da malattie croniche devono combattere il più spesso per riaf-

fermare la loro identità di individuo che esiste a prescindere dall'essere paziente. Si insegna a riconoscere le malattie e non a riconoscere chi sta dietro un problema di salute.

Sarebbe una grande "novità" se si programmasse un "tirocinio" nei primi giorni dopo l'iscrizione al Corso di Laurea in Medicina presso un reparto di malattie croniche a contatto con le persone con problemi di salute, per arrivare eventualmente a definire un percorso formativo che dalla persona arrivi all'alterazione biochimica o biomolecolare che è spesso alla base della malattia.

Il percorso inverso, in atto nelle varie scuole di Medicina, dalla chimica alla cellula, al tessuto, alla fisiologia, per continuare alla patologia, farà diventare bravi a conoscere la malattia, ma non la persona che ne è affetta.

Con l'intento di colmare la separazione che sempre più profonda si sta creando tra la scienza medica e le esigenze avvertite dal paziente (e questa parola mi ricorda come il più spesso abbiamo abusato della loro "pazienza", e potrebbe essere sostituita da "persona con un problema di salute"), questo numero speciale affianca le novità della scienza al vissuto della persona con la malattia, ed è l'effetto speculare che meglio ci fa capire quanto avere migliorato la prognosi non significhi sempre avere assicurato anche una buona qualità di vita.

Penso che la lettura con questo approccio per gli studenti pre-laurea sarebbe illuminante, e la sua adozione nelle scuole di specializzazione potrebbe servire a iniziare, come Barbour e Kleinert scrivono "to bridge the divide" e "to still get excited about what medicine and science can do, but we must also understand the priorities of those who live with illness".

Giuseppe Magazzù

Per corrispondenza:
Giuseppe Magazzù
 e-mail: magazzug@imeuniv.unime.it

NO COMMENT**Diritti dell'età e lavori scientifici**

Gli AA sono pregati di specificare il contributo dati dai singoli Autori nella sezione Acknowledgments. La rivista spera fortemente che in questo modo diminuisca la disonorevole pratica di fare firmare le pubblicazioni anche da colleghi che non hanno partecipato alla ricerca in virtù della sola autorità legata all'età (*Nature; istruzioni per gli autori*)

I soldi europei vanno in fumo

La Unione Europea spende 1 miliardo di Euro ogni anno per sostenere i coltivatori di tabacco. Tre quarti di questi sono in Italia, e Grecia. Il restante quarto lo ricevono i coltivatori francesi e spagnoli. La cifra corrisponde grosso modo a quella spesa in ricerca nel settore pubblico della UE (*Nature 2001; 416:461*)

Un milione di interventi inutili

Il direttore del Dipartimento di prevenzione della ULSS 20 di Verona, Massimo Valsecchi, ha calcolato che, nell'area di salute pubblica, vengano forniti ogni anno interventi sanitari manifestamente inefficaci a circa un milione di persone; si riferisce esclusivamente agli interventi inerenti il settore di igiene pubblica e medicina legale escludendo le aree della salute nei luoghi di lavoro e della veterinaria. Alla faccia dell'EBM. (*Sole24or sanità 3 febbraio 2003*)

Nuova terapia per le basse stature

Il minibasket... (*omissis*) non è adatto, come si pensa, solo ai più alti: la statura è un requisito importante quando questa attività è praticata a livello agonistico. Negli altri casi, in cui è solo un gioco, permette anzi ai bambini di guadagnare qualche centimetro, perché i salti in alto esercitano un'azione allungante sulla colonna vertebrale. (*Insieme 2002; 8:155*)

Invecchia anche il latte

Tutti i pediatri ritengono oggi che il latte vaccino non debba essere somministrato prima del 6° mese di vita, tenuto conto della maturazione anatomofunzionale dell'apparato digerente e del rene. Se possibile, l'allattamento al seno può essere protratto sino al 6°/7° mese, quando iniziano i cosiddetti processi di invecchiamento del latte materno.

(http://www.centralelatte.torino.it/ita/mamme/divezz_quattro.html).

IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

Il **Centro per la Salute del Bambino (CSB)** è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) fondata nel 1999 da un gruppo di operatori, in primo luogo pediatri, attivi nel campo della salute del bambino.

La missione fondamentale del Centro è quella di promuovere ricerca, formazione e interventi di efficacia dimostrata in aree orfane di attenzione, quali i programmi di prevenzione nelle prime epoche della vita e in adolescenza.

A questo fine il Centro si propone di favorire la collaborazione tra operatori e servizi diversi, fornendo documentazione, occasioni di confronto, percorsi di formazione e di ricerca e supporto alla progettazione di interventi integrati.

Il Centro svolge la propria attività in collaborazione con Enti pubblici e privati, Associazioni, Società scientifiche, Fondazioni, Istituti di Ricerca e Agenzie Governative e non, nazionali e internazionali.

LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Ricerca e documentazione

- Conduzione, partecipazione e supporto a progetti di ricerca
- Collaborazione con il progetto finalizzato del Ministero della Salute "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile"
- Coordinamento della ricerca ACP "Studio collaborativo di verifica dell'applicabilità di linee guida in pediatria ambulatoriale. L'esempio dell'otite media acuta"
- Ricerca sulle abitudini alla lettura ai bambini, in collaborazione con "Nati per leggere"

2. Formazione e aggiornamento

- Corsi di formazione rivolti a operatori sanitari dell'infanzia (pediatri, neuropsichiatri, riabilitatori, ostetriche e ostetrici-ginecologi, psicologi, infermieri, educatori)
- Corsi multidisciplinari sull'abuso e il maltrattamento dei minori per operatori delle aree socio-sanitaria, socio-educativa e giudiziaria
- Corsi per operatori con responsabilità dirigenziali nel settore materno-infantile
- Corsi per operatori sanitari e sociosanitari per le cure agli adolescenti (adattamento del curriculum elaborato a livello europeo dal programma EuTeach)
- Corsi su ricerca e sperimentazione clinica in pediatria ambulatoriale

- Corsi per operatori sanitari su promozione e pratica dell'allattamento al seno
- Corsi per "peer counsellor" sull'allattamento al seno

3. Sviluppo di servizi e progetti

- Attività di formazione e sviluppo di strumenti educativi rivolti a genitori, pianificazione e valutazione di programmi e servizi nell'area materno-infantile, attività di supporto tecnico per programmi di cooperazione sanitaria internazionale, interventi diretti di cooperazione e solidarietà
- Iniziativa "Nati per leggere"
- Progetto "Genitori quasi perfetti" di supporto alla funzione genitoriale
- Collaborazione al progetto della Regione Calabria "Assistenza domiciliare al puerperio"
- Collaborazioni con Aziende sanitarie ed Enti locali per programmi di prevenzione
- Percorsi formativi per operatori sanitari sull'allattamento al seno

4. Solidarietà internazionale

- Raccolta fondi per il Center for Reproductive Health and Environment di Nukus (Mare di Aral)

Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

Email csb.trieste@iol.it

<http://www.salutedelbambino.it>