

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 seconda. Priorità e interventi efficaci 7 Cure perinatali 8 Salute mentale del bambino e dell'adolescente 9 Prevenzione degli incidenti negli adolescenti e giovani adulti 9 Prevenzione dell'obesità 10 Diseguaglianze 10 Sistema informativo 12 Indicatori di salute elaborati in Italia 14 Indicatori di salute elaborati in EU 15 commenti al Rapporto 18 Essere e Avere di Nicolas Philibert 20 Regali, premi e qualche appunto 22 Nati per leggere. Notizie dalla Sicilia, dal Piemonte, dall'Umbria, dalla Toscana, dalla Basilicata 23 Libri per bambini 23 Giragiralibro: una nuova iniziativa 27 Abuso infantile: esperienza di un gruppo 31 Nelle Marche il garante per l'infanzia 31 Intramoenia: le aziende ci rimettono 31 Finanziamenti per la ricerca in Europa 31 Consumo di giornate per l'ECM 31 Acido folico in gravidanza 33 Indicazioni e strategie terapeutiche per il disturbo da deficit attentivo con iperattività 38 La sindrome di Munchausen by proxy 42 Sono utili gli antistaminici per migliorare la prognosi dell'OME? 44 L'allattamento al seno aumenta il rischio di asma? 46 Una dodicenne in stato confusionale a scuola 48 L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini

marzo-aprile 2003 vol X n° 2

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 seconda
*Anna Macaluso, Silvia Pivetta,
Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini*
- 7 SEZIONE IV PRIORITÀ ED INTERVENTI EFFICACI
Le sei priorità
Cure perinatali
Salute mentale del bambino e dell'adolescente
Prevenzione degli incidenti
in adolescenti e giovani adulti
Prevenzione dell'obesità
Diseguaglianze
Sistema informativo
- 12 SEZIONE V INDICATORI DI SALUTE
Indicatori di salute elaborati a livello italiano
Indicatori di salute elaborati a livello europeo
- 15 COMMENTI AL RAPPORTO
Cure perinatali
*Carlo Corchia, Giuseppe La Gamba,
Savino Mastropasqua*
Salute mentale del bambino e dell'adolescente
Francesco Ciotti
Prevenzione degli incidenti
in adolescenti e giovani adulti
Massimo Farneti
Prevenzione dell'obesità
*Antonella Brunelli Maurizio Iaia,
Giancarlo Biasini*
Sistema informativo
Roberto Buzzetti

Film

- 18 Quando la coperta è un film:
Essere e Avere di Nicolas Philibert *Italo Spada*

Attualità

- 20 Regali, premi e qualche appunto
Comitato editoriale di Quaderni acp

Nati per leggere

- 22 Notizie dalla Sicilia
22 Notizie dal Piemonte
22 Notizie dall'Umbria
23 Notizie dalla Toscana
23 Notizie dalla Basilicata
23 Libri per bambini

Giragiralibro

- 23 Una nuova iniziativa

Esperienze

- 27 Abuso infantile: esperienza di un gruppo
Francesco Ciotti

Info

- 31 Nelle Marche il garante per l'infanzia
31 Intramoenia: le aziende ci rimettono
31 Finanziamenti per la ricerca in Europa
31 Consumo di giornate per l'ECM
31 Acido folico in gravidanza

Consensus

- 33 Indicazioni e strategie terapeutiche
per il disturbo da deficit attentivo come iperattività
Conferenza nazionale (Cagliari, 6-7 Marzo 2003)

37 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 38 La sindrome di Munchausen by proxy
Rita Semprini, Alessia Martellani

Leggere e fare

- 42 Sono utili gli antistaminici
per migliorare la prognosi dell'OME?
*Teresa Cazzato, Gaetano Carassi,
Laura Dell'Edera et al.*
- 44 L'allattamento al seno
aumenta il rischio di asma?
Carlos González

Il caso che insegna

- 46 Una dodicenne in stato confusionale a scuola
*Chiara Locatelli, Gianluca Vergine,
Giampiero Casadei et al.*

Saper fare

- 48 L'esame obiettivo degli organi genitali
nei bambini
*Sergio Facchini, Valentina Leone,
Mauro Pocecco*

Su questo numero di Quaderni acp, per mancanza di spazio non compaiono alcune rubriche: Congressi, Lettere, Libri. Le riprenderemo dal prossimo numero.

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 Gangemi
Stefania Manetti
Paolo Siani
Francesca Siracusanò

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

La figura della copertina rappresenta un particolare del "Miracolo del bambino che cade dal balcone" di Simone Martini.

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 Monteferru 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 seconda: priorità ed interventi efficaci**

Una buona parte di questo numero è dedicato alla seconda parte del Rapporto del Centro 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). Si tratta di materiale di lettura, di documentazione e di consultazione che sarà continuamente aggiornato su www.salutedelbambino.it/rapporto.html.

La prima parte, pubblicata sul numero 1 del 2003 della rivista da pagina 6 a pagina 20, ha analizzato 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. La seconda parte pubblicata su questo numero analizza gli interventi prioritari. Vengono suggerite sei aree prioritarie (cure perinatali, in particolare al Sud; salute mentale; incidenti nei ragazzi e giovani adulti; obesità; sistema informativo e disegualianze) sulla base di criteri quali il peso sanitario in termini di mortalità e morbosità, i margini di intervento/evitabilità, l'esistenza di tendenze epidemiologiche sfavorevoli, l'importanza di principio o strategica. Gli interventi efficaci sono indicati e brevemente discussi per ciascuna delle sei aree. Sia le indicazioni di priorità che gli interventi proposti si configurano come proposte finalizzate alla discussione, non come raccomandazioni consolidate, e a questo fine il rapporto include anche una serie di commenti da parte di esperti esterni. Resta in ogni caso necessario un adattamento da operarsi localmente, a livello regionale e aziendale.

Film

18 Quando la coperta è un film:
Essere e Avere di Nicolas Philibert

Accordi e disaccordi su un bel film francese sulla scuola che molti stanno cercando di tirare dalla propria parte, perché tanti dicono la loro sulla scuola. Anche il nostro critico dichiara di avere utilizzato il pretesto del film per ripensare alla scuola, e non solo a quella che ci fa conoscere Philibert, ma alla nostra, per la quale proprio in questi giorni è stata approvata una riforma che fa discutere. E anche questo film, che forse proprio per questo si dà la veste di documentario, fa discutere.

Attualità

20 Regali, premi e qualche appunto

Alcuni problemi inerenti i conflitti di interesse in medicina verificatisi recentemente, e portati davanti ai giudici, portano il comitato editoriale della rivista a rivisitare il codice di comportamento dei soci dell'ACP.

Nati per leggere

22 La diffusione del progetto

In questo numero pubblichiamo ancora notizie dalle regioni sulla situazione generale del progetto che continua a crescere e a diffondersi con progetti e corsi di aggiornamento in tutta Italia.

Continuiamo a raccogliere testimonianze della diffusione e a pubblicare indicazioni bibliografiche e lettere dei nostri lettori.

Giragiralibro

23 Una nuova iniziativa

Viene presentata una nuova iniziativa per la diffusione del libro lanciata da ACP e CSB

Esperienze

27 Abuso infantile: esperienza di un gruppo

Viene presentato in sintesi il lavoro di quattro anni condotto nel territorio di Cesena sull'abuso infantile da parte di un Gruppo Operativo Interistituzionale. Di questo lavoro vengono descritti gli obiettivi, le azioni e i processi, mentre i risultati sono riportati ancora in maniera parziale e incompleta, ma da essi risulta un aumento costante delle segnalazioni dalle 2 del 1996 alle 6 del 1999, alle 12 del 2002 che dimostrano una continua sensibilizzazione al problema.

Info

31 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo

Vengono fornite notizie sui finanziamenti per la ricerca in Italia ed in Europa, sulla campagna per l'uso di acido folico in Canada, sulla istituzione del garante per l'infanzia nelle regioni ed altre notizie dal mondo sulla salute.

Consensus

33 Indicazioni e strategie terapeutiche per il disturbo da deficit attentivo con iperattività

Dopo il recente dibattito, sia tra gli operatori sanitari che sulla stampa, in merito alla probabile reintroduzione in commercio del metilfenidato per curare l'ADHD, che ha suscitato confusione e sconcerto anche nell'opinione pubblica, e in mancanza di protocolli operativi nazionali condivisi, si è tenuta a Cagliari il 6-7 marzo scorso, organizzata dall'Università degli Studi di Cagliari e dall'Istituto "Mario Negri" di Milano, una Conferenza nazionale di consenso sull'ADHD. Al termine dei lavori, a cui hanno partecipato anche l'ACP e il CSB, è stato redatto e sottoscritto un documento che viene presentato.

ausili didattici

38 tutti gli abstract di ausili didattici

Su questo numero di Quaderni acp, per mancanza di spazio non compaiono alcune rubriche: Congressi, Lettere, Libri. Le riprenderemo dal prossimo numero.

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Parte seconda. Priorità e interventi efficaci

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 second part of the report identifies six priority areas to improve child and adolescent health in Italy: perinatal care, mental health, accidents in adolescents and young people, obesity, inequalities in health and information system. Interventions likely to be feasible and effective are indicated and briefly discussed for each specific area. By suggesting such a plan of action the report intends to prompt debate and stimulate action among child health professionals and health planners. Adaptation to local needs and resources will be required. Indicators that have been recently proposed for assessing and monitoring child and adolescent health at national and international (European Union) level are also briefly illustrated.

*Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini
Report on the health of children and adolescents in Italy. Second part: priority and effective interventions*

Quaderni acp 2003; vol X n° 2: 6-17

Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia

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

SOMMARIO

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| • Parte prima (*) | • Parte seconda |
| - Introduzione | - Sezione IV |
| - Sezione I Mortalità | Priorità e interventi efficaci |
| - Sezione II Morbosità | - Sezione V |
| - Sezione III Determinanti | Indicatori di salute |

(*) La prima parte del rapporto è stata pubblicata sul numero 1 del 2003 di *Quaderni acp*, da pagina 6 a pagina 20

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 (parte seconda).

Vengono suggerite sei aree prioritarie (cure perinatali, in particolare al Sud; salute mentale; incidenti nei ragazzi e giovani adulti; obesità; sistema informativo e disegualanze) sulla base di criteri quali il peso

Introduzione: priorità e interventi; suggerimenti per un percorso complesso

Questa seconda parte del rapporto si propone di delineare, sulla base dei dati e delle analisi riportate nella prima parte, alcune priorità e, nell'ambito di queste, individuare gli interventi efficaci.

La definizione di priorità è sempre un passo complesso, che implica la valutazione di diversi aspetti e che risente fortemente di fattori extrasanitari (tabella 1). Il nostro intende essere un esercizio di identificazione ragionata di alcune priorità, condotto con criteri espliciti e con riferimento a dati e a evidenze. Ci è

sanitario in termini di mortalità e morbosità, i margini di intervento/evitabilità, l'esistenza di tendenze epidemiologiche sfavorevoli, l'importanza di principio o strategica. Gli interventi efficaci sono indicati e brevemente discussi per ciascuna delle sei aree.

Sia le indicazioni di priorità che gli interventi proposti si configurano come proposte finalizzate alla discussione, non come raccomandazioni consolidate, e a questo fine il rapporto include anche una serie di commenti da parte di esperti esterni. Resta in ogni caso necessario un adattamento da operarsi localmente, a livello regionale e aziendale.

chiaro che, dagli stessi dati ed evidenze, altri potrebbero trarre conclusioni diverse, e soprattutto che, stante l'autonomia di Regioni e aziende sanitarie, le scelte devono tener conto della realtà locale non solo in termini epidemiologici ma di scenario politico amministrativo.

Per questo le indicazioni qui riportate assumono un carattere di indicazione generale, di proposta per la discussione, non certo di raccomandazioni per le quali manca il necessario processo di consenso e in molti casi anche una base consolidata di evidenze. Anche a questo fine, per inaugurare una dialettica sui temi, sono stati richiesti i commenti di esperti per ognuno degli aspetti cui si è ritenuto di dare maggiore rilievo (pag. 15-17).

In ogni caso le indicazioni avanzate richiedono il necessario processo di adattamento alle realtà locali.

Vengono inoltre riportati, in questa seconda parte del rapporto, sia gli indicatori di salute a suo tempo elaborati in sede nazionale sia quelli recentemente elaborati dal progetto CHILd per l'Unione Europea, strumenti che riteniamo utili soprattutto a quanti sono coinvolti in programmi di salute pubblica.

TABELLA 1: FATTORI PRINCIPALI CHE INFLUENZANO LA DEFINIZIONE DI PRIORITÀ IN AMBITO DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA

- Margini esistenti sul budget disponibile
- Evidenze di efficacia di interventi
- Carico evitabile di mortalità/morbosità/disagio
- Costo/efficacia e costo/opportunità dei diversi interventi
- Importanza percepita da parte della popolazione
- Necessità (di adeguamento a leggi nazionali e direttive internazionali)
- Fattibilità (grado di consenso politico e praticabilità istituzionale)
- Convenienza politica (a fini clientelari, propagandistici, di alleanze ecc.)

SEZIONE IV PRIORITÀ E INTERVENTI EFFICACI

Le sei priorità

Probabilmente è il caso di riconoscere innanzitutto che le sei priorità individuate (*tabella 2*) si situano su piani diversi: mentre la salute perinatale e la salute mentale coprono aree tematiche ampie e una serie complessa di problemi e quindi di interventi, la prevenzione degli incidenti e l'obesità costituiscono tematiche ben individuabili e limitate. Quanto alla disegualianza e al sistema informativo, si tratta anche qui di elementi fortemente disomogenei: il sistema informativo è uno strumento di politica sanitaria mentre la riduzione delle disegualanze in salute costituisce una vera e propria "politica" che si avvale di strumenti specifici sia di lettura che di intervento. Detto questo, è il caso di esplicitare i criteri utilizzati per l'individuazione delle sei priorità: peso sanitario del problema, valutazione della sua evitabilità

TABELLA 2: AREE PRIORITARIE SUGGERITE DAL RAPPORTO

- Cure perinatali (in particolare al Sud)
- Salute mentale del bambino e dell'adolescente
- Prevenzione degli incidenti in adolescenti e giovani adulti
- Prevenzione dell'obesità
- Riduzione delle disegualanze in salute
- Miglioramento del sistema informativo

(quanta salute si può produrre intervenendo nell'area in questione), tendenze epidemiologiche sfavorevoli in atto, importanza di principio o strategica. Le sei aree rispondono in modo diverso a questi requisiti. Peso sanitario del tema e valutazione del gap esistente tra assistenza reale e assistenza possibile sono presenti soprattutto nel caso delle cure perinatali e della salute mentale. Tendenze epidemiologiche sfavorevoli, in termini di peggioramento o mancato miglioramento, sono il caso rispettivamente dell'obesità e degli incidenti, anche se per entrambi i problemi le evidenze sulle possibilità di intervento efficace sono limitate e, in ogni caso, affidate a interventi complessi a carattere anche extrasanitario. Il rilievo di principio e quello strategico caratterizzano la riduzione delle disegualanze e il sistema informativo: la prima costituisce una priorità ineludibile per un Paese che aderisce alle Convenzioni ONU, a partire da quella che riguarda l'infanzia, e si fonda sull'eguaglianza di opportunità, e il secondo risponde a una altrettanto ineludibile esigenza, quella di disporre di una informazione coerente e puntuale, senza la quale molto poco può essere compreso e quindi attuato. Ciò premesso, presentiamo una breve discussione per ciascuno dei sei punti, corredati da un commento estemo che la arricchisce, la rende dialettica e consente già un inizio di discussione.

Cure perinatali

Le azioni proposte sono quattro, anche in questo caso di ben diverso livello e complessità. Non vi sono dubbi che sia essenziale attuare la regionalizzazione dei livelli di assistenza perinatale con la razionalizzazione dei punti nascita, l'individuazione dei centri di riferimento per il trasporto sia delle gravide a rischio che dei neonati patologici, l'organizzazione della rete di riferimento e delle risorse necessarie. Dove sono state attuate compiutamente (Trentino e Friuli-Venezia Giulia, soprattutto), i risultati sono stati evidenti. Il processo è ancora in corso in molte regioni; vi sono ritardi (non solo in regioni del Sud) essenzialmente dovuti a resistenze politiche e al mancato accordo tra i responsabili, sia di parte ostetrica che pediatrica, dei punti nascita. Tuttavia, laddove i fattori di rischio a livello di popolazione sono più forti e le infrastrutture più deboli, come al Sud, la mancata realizzazione di un piano perinatale comporta conseguenze più pesanti in termini di mortalità e morbosità. Questo fa sì che alcune regioni del nostro Sud abbiano livelli di mortalità perinatale e neonatale tra i più alti in tutta l'Europa Unita, compresi molti Paesi che stanno ora entrando nell'Unione. Slovenia, Ungheria, Repubbliche Ceca e Slovacca hanno indicatori migliori delle nostre regioni meridionali, pur in presenza di livelli socioeconomici che, con l'eccezione della Slovenia, sono meno favorevoli (OMS, Regione Europea. *Health For All data base*; www.who.int).

Il che non può essere accettabile; né è accettabile un ricorso ingiustificato a pratiche e procedure, quali il taglio cesareo, con percentuali che sono quasi ovunque tra le più alte d'Europa e che raggiungono, in Campania, livelli superiori al 50%. Esiste quindi la necessità di un investimento per la definizione condivisa e l'implementazione di linee guida sugli aspetti di maggior

rilievo del percorso nascita: scadenze e contenuto dei controlli perinatali (clinici, ematologici ed ecografici), indicazioni per il parto operativo, promozione dell'allattamento al seno, dimissione protetta della madre e del neonato, supporto al puerperio.

Linee guida e raccomandazioni su questi temi già esistono sia a livello internazionale sia nazionale; si tratta di incentivare con appositi strumenti il loro adattamento, la loro condivisione da parte dei diversi servizi e operatori coinvolti, e il monitoraggio della loro messa in opera. Sull'esempio di quanto utilmente sperimentato da alcune Regioni (Cattaneo A, et al. *Eur J Public Health* 2001;11:397-401) alcuni di questi obiettivi possono essere supportati da una politica di incentivi alle Aziende che si dimostrano capaci di perseguirli efficacemente.

Quanto alla supplementazione periconcezionale con acido folico e all'astensione dal fumo, in gravidanza e successivamente in luoghi frequentati da bambini, si tratta di raccomandazioni consolidate, per le quali si rinvia al "Progetto di prevenzione sei più

uno" (*box*) che ne ha sperimentato modalità di attuazione, elaborato i materiali per operatori e genitori e contribuito a migliorare gli indicatori esistenti (discreti per quanto riguarda la percentuale di donne che continuano a fumare durante la gravidanza, pessimi per quanto riguarda la supplementazione con acido folico (Mastroiacovo P, Tamburlini G. *Medico e Bambino* 2000;19:306-9; Progetto "sei più uno", Rapporto finale: www.epicentro.iss.it e www.salutedelbambino.it).

Salute mentale del bambino e dell'adolescente

Si tratta forse dell'area in assoluto di maggior rilievo per il peso relativo dei problemi di salute e la loro rilevanza anche a lungo termine, anche se le strategie e gli interventi sono molto meno consolidati e con minori evidenze storiche di efficacia che nel caso delle cure perinatali.

L'ambito è estremamente vasto e quindi si è operata una scelta di interventi prioritari che distribuisse l'attenzione sia agli aspetti di prevenzione sia a quelli di diagnosi precoce, di cura e presa in

PROGETTO «SEI PIÙ UNO»

Razionale e obiettivo - Alcune azioni sono dimostrate efficaci nella prevenzione delle principali cause di mortalità e morbosità nel primo anno di vita. Molti di questi interventi sono attuati in misura insufficiente. Il progetto si propone di aumentarne la diffusione attraverso una strategia di coinvolgimento degli operatori professionali che si occupano di salute della donna e del bambino. La promozione simultanea di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio comporta effetti sinergici e probabilmente un miglior profilo di costo/efficacia rispetto a interventi singoli.

Popolazione - Regione Basilicata, Regione Friuli-Venezia Giulia, Regione Piemonte (4 aziende sanitarie).

Metodi - Intervento di promozione della salute a largo raggio basato sugli operatori sanitari e i media; valutazione pre e post-intervento di conoscenze e pratiche relative alle sette aree considerate.

Finanziamento - Ministero della Salute (progetti finalizzati); Regioni coinvolte: Basilicata, FVG, Piemonte.

Durata - Luglio 2000-febbraio 2003.

AZIONI PREVISTE DAL "SEI PIÙ UNO" E LORO EFFETTI PROTETTIVI

AZIONI	PROTEZIONE NEI CONFRONTI DI
Assunzione di acido folico	Spina bifida*, anencefalia*, difetti del cuore settali e troncoconali, labiopalatoschisi, altre malformazioni
Astensione dal fumo, prenatale	Basso peso neonatale*, prematurità*, mortalità perinatale*, SIDS
Astensione dal fumo, post-natale	Patologie delle prime vie respiratorie*, SIDS*
Allattamento materno	Infezioni gastrointestinali*, infezioni delle prime vie respiratorie*, SIDS*
Posizione supina per il sonno del lattante	SIDS*
Utilizzo di mezzi di protezione in auto	Incidenti*
Vaccinazioni	Specifiche malattie infettive*
Lettura precoce ad alta voce	Difficoltà di apprendimento (vedi nota)

* Livello di evidenza disponibile molto robusto

Nota. Numerose sono le evidenze dei benefici di questo intervento per il bambino, sia dal punto di vista cognitivo (migliore comprensione della lettura di un testo scritto all'ingresso a scuola, conseguente riduzione delle difficoltà specifiche soprattutto tra i gruppi con svantaggio socio-culturale) che relazionale (migliore relazione con gli adulti). La lettura ad alta voce diventa quindi un intervento di prevenzione a largo raggio.

carico. Si tratta quindi di interventi che vanno da approcci universalistici, di tipo preventivo, al rafforzamento della presa in carico per numeri limitati di soggetti affetti però da patologie gravi. Il primo tipo di interventi riguarda il supporto alla genitorialità: la letteratura in merito è vasta e nel complesso suggerisce fortemente che interventi di supporto precoce siano efficaci a migliorare le competenze genitoriali e l'outcome finale del bambino, inclusa la possibile riduzione di problematiche quali la trascuratezza, se non la violenza, problemi comportamentali, che trovano in epoca precoce importanti e decisivi fattori di rischio e protezione (Tamburini G. *Atti della Conferenza Nazionale sulla salute mentale*. Ministero della Salute, 10-12 gennaio 2001; Semprini R, *Quaderni acp* 2000;6:45).

Una descrizione delle caratteristiche che questi interventi devono avere per essere efficaci esula dalle possibilità di questo lavoro, anche perché caratteristiche non sono codificabili e risentono del contesto delle popolazioni in oggetto ecc. Il Centro per la Salute del Bambino (CSB) ha attualmente in atto programmi sia di intervento che di ricerca in questa direzione e quindi è in grado di fornire indicazioni per un approfondimento.

L'interfaccia tra pediatri di base, operatori socio-educativi (scuola per l'infanzia e scuola elementare innanzitutto) e servizi specialistici è al centro delle possibilità di mettere in atto interventi di diagnosi e trattamento che siano condivisi e perciò efficaci. È matura una iniziativa (magari opportunamente supportata dalle società scientifiche e gruppi professionali a livello nazionale) che porti a concordare i protocolli per la diagnosi e la gestione di tutta l'area dei problemi di apprendimento e di comportamento, dall'ADHD, ora sugli scudi, ai disturbi di lettoscrittura, al disturbo comportamentale. Sicuramente va rafforzata l'offerta pubblica di luoghi e persone che siano in grado di accogliere e prendersi in carico in modo olistico le problematiche più pesanti nell'arco che comprende l'infanzia e l'adolescenza, quindi dei bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo, dei ragazzi e ragazze con grave depressione, anoressia mentale, dei casi di abuso. Probabilmente è uno dei pochi settori di tutto il settore materno-infantile in cui non vi siano solo carenze qualitative, ma anche quantitative, di risorse umane e finanziarie. Esse riguardano non solo gli psichiatri infantili e dell'adolescenza ma anche professionisti quali psicologi ed educatori, necessari per completare un'offerta terapeutica e di sostegno all'ambito familiare e sociale.

Non è stata toccata l'area dell'accoglienza/prevenzione a livello dei ragazzi in età adolescenziale, soprattutto perché non vi è sufficiente consenso sugli interventi da proporre: sportelli scolastici con psicologi? Educatori? Spazi giovani multifunzionali? Il bisogno, tuttavia, esiste.

Prevenzione degli incidenti in adolescenti e giovani adulti

Il problema è di grande rilievo quanto di difficile e complessa soluzione. Come per gran parte delle tematiche riguardanti gli incidenti, e soprattutto in questo gruppo di età, gli interventi più efficaci sono quelli legati alla legislazione e ai relativi controlli:

le speranze affidate al cambiamento dei comportamenti sono, in questo caso, destinate a essere deluse. Ci si rende conto dunque che gli interventi proposti sono di tipo essenzialmente regolatorio e sanzionatorio.

Non mancano esperienze diverse, ma tutte sono state attuate su piccola scala e hanno richiesto una quantità di risorse non facilmente attivabili su larga scala.

Inoltre si tratta di una tipica tematica che richiede un piano congiunto tra diversi settori: viabilità e trasporti, polizia urbana e stradale, intrattenimento ecc. In questo caso i servizi sanitari possono giocare il ruolo di sensibilizzazione degli amministratori della popolazione e di iniziatori facilitatori di "tavoli" inter-settoriali con obiettivi precisi. L'informazione/educazione è un passo necessario ma di per sé produce molto poco.

Prevenzione dell'obesità

Le stime sulla riduzione dell'aspettativa di vita futura nelle giovani generazioni di oggi, legata all'aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nei giovani, sono allarmanti quanto difficilmente verificabili: sta di fatto che un'azione si impone. Ci si riferisce qui evidentemente a interventi di sanità pubblica e non alle cure individuali che, tra l'altro, hanno dimostrato una efficacia limitata e solo transitoria. In assenza di studi controllati, peraltro difficilmente realizzabili in un campo ove le variabili sia di intervento che di contesto sono molte e il risultato si

TABELLA 3: APPROCCIO COMBINATO DI "BUON SENSO" ALLA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

- **Casa**
Dedicare tempo e attenzione a una dieta salubre e all'attività fisica. Limitare il tempo davanti alla TV.
- **Scuola**
Investire in attività motorie obbligatorie. Definire standard precisi per la refezione, combattere le merendine, gli snack, le bibite zuccherate e le macchinette che le forniscono; cercare di diffondere cibi salutari anche attraverso concessioni mirate ai bar scolastici e a macchinette adeguate.
- **Città**
Promozione della mobilità con spazi aperti, piste e aree pedonali e ciclabili.
- **Mass media e marketing**
Tassare di più i fast food e le bevande dolci. Diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura). Obbligare a inserire etichette negli alimenti. Proibire la pubblicità di alimenti per bambini. Aumentare i fondi per campagne di salute pubblica per la prevenzione dell'obesità.
- **Politica**
Porre restrizioni all'influenza delle industrie nell'indurre scorrette abitudini alimentari specialmente nelle scuole.

misura solo a distanza, ci si può riferire all'approccio cosiddetto "di buon senso" suggerito in un recente lavoro di *Lancet* (2002;360:473). Questo prevede cinque ambiti di intervento (*tabella 3*), e un'azione tipicamente multisettoriale coordinata tra autorità sanitarie, medici di famiglia, scuola, settore trasporti e mobilità, media, con aspetti anche legislativi riguardanti, per esempio, alcuni obblighi (etichette che esplicitamente dichiarano la composizione di alimenti), divieti (distribuzione di merendine) e l'uso della leva fiscale per incentivare o disincentivare il consumo di particolari prodotti.

È chiaro che un approccio di questo genere richiede, come peraltro è il caso della prevenzione degli incidenti, uno strumento di programmazione intersettoriale come, ad esempio, i Piani di zona ed i Piani di salute, che vedano i Comuni protagonisti di una partnership di più settori. Le esperienze in questo ambito sono limitate (una di queste è riportata nel commento), e quindi si tratta in questo caso di avviare una sperimentazione attraverso gli strumenti che le Regioni e le Aziende dispongono, e curando una valutazione a distanza.

Diseguaglianze

Gli interventi per ridurre le diseguaglianze in salute si situano evidentemente su due livelli: il primo è il livello delle politiche sociali, definito a livello nazionale, ma in modo crescente a livello regionale e di Enti Locali, volto a definire quegli interventi a carattere economico o di offerta di servizio che si propongono di mitigare lo squilibrio di opportunità sofferto dai meno abbienti: sussidi ai nuclei familiari, quindi, ma anche accessibilità ai servizi per l'infanzia, dai nidi alle ludoteche e alle scuole materne, a trasporti e abitazioni decenti ecc.; il secondo è dato dalle politiche sanitarie, sia quelle di recupero dei costi (ticket, compartecipazioni ecc.), che evidentemente possono ridurre l'accesso a certe fasce di popolazione, sia quelle relative all'offerta dei servizi e alla loro accessibilità e fruibilità di fatto. Esiste una legge non scritta ma che puntualmente si attua nella pratica dei servizi sanitari di tutto il mondo: si tratta della "inverse care law" in base alla quale sia la copertura che la qualità del servizio offerto tendono ad essere maggiori per chi ne ha meno bisogno e comunque per i gruppi sociali più avvantaggiati. È quindi compito dei servizi sanitari innanzitutto sapere in che misura e per quali servizi questo si verifichi anche nel nostro sistema universalistico, e in secondo luogo includere esplicitamente nelle scelte strategiche dei servizi azioni che mirano a ridurre il gap o possibilmente a eliminarlo. La questione è stata in passato molto dibattuta anche nel mondo pediatrico italiano (Corchia C, Barociani D, Ghetti V. *Epidemiologia della diseguaglianza*. Ist Med Soc 1995) e rinviamo a quei contributi per un approfondimento.

Il punto di partenza, che viene ripreso nella prossima sezione riguardante gli indicatori di salute, è che occorre partire da un riconoscimento delle storture distributive all'interno dell'operatività dei servizi, introducendo negli indicatori utilizzati anche la misura della loro distribuzione: come si distribuisce l'allattamento al seno tra le classi sociali? o i ricoveri? o gli incidenti?

Sistema informativo

Dati correnti sulla salute del bambino sono ricavabili da fonti numerose quanto eterogenee (*tabella 4*). I dati disponibili variano tuttavia considerevolmente quanto a copertura, completezza e affidabilità, rendendo arduo qualsiasi confronto nazionale e internazionale che resta fattibile solo per i dati più "dui" e qualitativamente omogenei, quali quelli di mortalità e anche in questo caso con alcuni limiti. Lo stesso utilizzo dei dati varia anch'esso notevolmente, dall'uso corrente obbligato, in quanto legato al sistema di remunerazione a tariffa, a esercizi di analisi prodotte da osservatori e centri di ricerca non sempre legati alla pratica dei servizi. L'uso più comune è quello della produzione e pubblicazione di compilazioni annuali di revisioni statistiche. I principali problemi individuati rispetto al sistema informativo sono i seguenti:

1. i dati correnti prodotti dall'ISTAT, come quelli relativi a natalità e mortalità, vengono pubblicati con un ritardo di 3-4 anni rispetto alla loro raccolta. Questo significa che sono attualmente disponibili al "pubblico" i dati relativi al 1998;
2. risultano molto carenti i dati relativi alla morbosità, che non sono per lo più esistenti su base nazionale ma derivabili prevalentemente da studi realizzati localmente, e che comunque si basano su definizioni imprecise e/o disomogenee, rendendo molto arduo il loro confronto; altra area carente è quella relativa all'analisi dei fattori di rischio e protettivi (ad esempio quelli ambientali e comportamentali);
3. anche quando disponibili, i dati sono di non semplice accesso, richiedendo tempo e fatica per il loro reperimento, anche presso gli uffici ISTAT presenti in varie città italiane. In molti casi la costruzione dei tassi richiede la ricerca in volumi diversi di numeratori e denominatori, e la cosa non è semplice per chi non è abituato a tale lavoro;
4. l'eliminazione del certificato di assistenza alla nascita (CEDAP), solo recentemente reintrodotta, porterà per alcuni anni a una carenza dei dati relativi a gravidanza e neonato;
5. l'indagine Multiscopo dell'ISTAT, pur fornendo informazioni su vari campi in precedenza poco o per nulla esplorati, ha comunque dei limiti sia rispetto agli ambiti studiati che rispetto alle definizioni utilizzate per la raccolta dei dati (si

TABELLA 4: PRINCIPALI FONTI DI DATI UTILIZZABILI

- ISTAT (dati correnti e Multiscopo)
- EUROSTAT
- OMS (Health For All data base)
- Sistema Informativo Ospedaliero (SDO)
- Studi ad hoc (Progetto indicatori, Progetto "sei più uno" ecc.)

veda ad esempio il dato dell'allattamento al seno).

Per i problemi sopra riportati il rapporto identifica una serie di possibili interventi:

1. il miglioramento della qualità della raccolta dei dati attraverso l'adozione di definizioni e "recall period standard" e internazionalmente riconosciuti e utilizzati;
2. l'attivazione di survey di popolazione, cioè di sistemi di sorveglianza focalizzati in una raccolta di dati protratta nel tempo e che utilizza una metodologia d'indagine campionaria sulla popolazione, e l'adesione a quelle già attivate a livello europeo;
3. l'adozione di un sistema di indicatori comuni. Esperienze di questo genere sono già state realizzate in Italia grazie a un Progetto ministeriale che ha identificato e sperimentato sul campo in due Regioni (Friuli-Venezia Giulia e Calabria) un set minimo di indicatori atti a descrivere lo stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza (Ronfani L, La Gamba G, Corchia C, et al. *Medico e Bambino* 2001;20:37-42). La raccolta degli indicatori selezionati (*tabella 5*) ha fornito informazioni utili per la programmazione sanitaria, permettendo di identificare, nelle due regioni, aree critiche e quindi di intervento rispetto alla salute infantile e adolescenziale. In questo senso si è mossa anche l'Unione Europea con il progetto CHILD (*tabella 6*);
4. l'adesione a programmi e progetti promossi dall'Unione Europea e l'integrazione con il sistema statistico europeo, sottolineata anche nei punti precedenti, che potrebbe ispirare il processo di completamento delle fonti informative;
5. la maggiore diffusione dei dati, che dovrebbero essere resi disponibili e facilmente accessibili ai destinatari dell'informazione, a tutti i livelli del sistema sanitario.

TABELLA 5: INDICATORI SUGGERITI PER LA SALUTE DI BAMBINI E ADOLESCENTI

Indicatori	Livello*
1. Natimortalità	
- numero di morti fetali per 1000 nati	R, A
- numero di morti intrauterine (22-27 settimane di età gestazionale) per 1000 nati	R
- numero di morti prenatali (>27 settimane di età gestazionale) per 1000 nati	R
- numero di morti fetali durante il parto per 1000 nati	R
2. Tasso di mortalità neonatale	
- numero di morti 0-6 giorni di vita per 1000 nati vivi	R, A
- numero di morti 0-28 giorni di vita per 1000 nati vivi	R, A
3. Tasso di mortalità neonatale peso-specifico	
- numero di morti 0-28 giorni di vita in bambini con peso <1500 g per 1000 nati vivi <1500 g	R, A
- numero di morti 0-28 giorni di vita in bambini con peso tra 1500-2499 g per 1000 nati vivi tra 1500-2499 g	R, A
- numero di morti 0-28 giorni di vita in bambini con peso ≥2500 g per 1000 nati vivi ≥2500 g	R
4. Tasso di mortalità infantile	
- numero di morti sotto l'anno di vita per 1000 nati vivi	R, A
- numero di morti sotto l'anno di vita dovute a SIDS per 1000 nati vivi	R
- numero di morti sotto l'anno di vita dovute a incidenti per 1000 nati vivi	R
5. Tasso di mortalità 1-14 anni	
- numero di morti 1-14 anni per 100.000 persone 1-14 anni	R, A
- numero di morti 1-14 anni dovute a incidenti per 100.000 persone 1-14 anni	R
6. Tasso di mortalità 15-24 anni	
- numero di morti 15-24 anni per 100.000 persone 15-24 anni	R, A
- numero di morti 15-24 anni dovute a incidenti per 100.000 persone 15-24 anni	R
- numero di morti 15-24 anni dovute a suicidio per 100.000 persone 15-24 anni	R
7. Basso peso alla nascita	
- neonati con peso alla nascita inferiore ai 2500 g per 1000 nati	R, A
8. Malformazioni congenite	
- numero totale di malformazioni congenite rilevabili alla nascita per 1000 nati	R, A
- presenza di difetti del tubo neurale rilevabili alla nascita per 1000 nati	R
- presenza di labioschisi/palatoschisi rilevabili alla nascita per 1000 nati	R
9. Disabilità	
- numero di bambini nati in un determinato anno con diagnosi di paralisi cerebrale infantile nei primi 3 anni di vita per 1000 nati vivi in quell'anno	R
- numero di bambini con disabilità riconosciuta agli effetti dell'invalidità civile 0-4 e 5-14 anni per 1000 bambini 0-4 anni e 5-14 anni	R, A
- numero di bambini 3-13 anni con attribuzione di sostegno scolastico per 1000 bambini 3-13 anni	R, A
10. Abuso	
- numero di nuovi casi/anno in bambini 0-14 anni per 1000 bambini 0-14 anni	R, A
- numero di nuovi casi di abuso sessuale/anno in bambini 0-14 anni per 1000 bambini 0-14 anni	R, A
11. HIV pediatrico	
- numero di nuovi casi/anno in bambini 0-14 anni per 1000 bambini 0-14 anni	R
12. Gravidanza <20 anni	
- numero di nuove gravidanze/anno condotte a termine in donne 15-19 anni per 1000 donne 15-19 anni	
- numero di nuove IVG/anno in donne <15 anni per 1000 donne <15 anni	
- numero di nuove IVG/anno in donne 15-19 anni per 1000 donne 15-19 anni	R, A
13. Tossicodipendenza 15-19 anni	
- numero di nuovi casi/anno in ragazzi 15-19 anni per 1000 ragazzi 15-19 anni	R, A
14. Nati da parto cesareo	
- numero di nati da parto cesareo per 100 nati	R, A
15. Allattamento al seno	
- numero di bambini a 4 mesi di età allattati esclusivamente al seno nelle ultime 24 ore per 100 bambini a 4 mesi	R, A
16. Tasso di vaccinazione	
- numero di bambini a 24 mesi di età vaccinati contro il morbillo per 1000 bambini a 24 mesi di età	R, A
17. Minori istituzionalizzati non penali (con durata >3 mesi)	
- numero di bambini 0-18 anni istituzionalizzati per 1000 bambini 0-18 anni	R, A
18. Ospedalizzazione	
- numero di ospedalizzazioni 0-14 anni per 1000 persone 0-14 anni	R, A
- numero di ospedalizzazioni 15-19 anni per 1000 persone 15-19 anni	R, A
- numero di ospedalizzazioni al di fuori della regione di residenza 0-19 anni per 1000 persone 0-19 anni	R

*R=Regioni; A=Aziende sanitarie

SEZIONE V INDICATORI DI SALUTE**Indicatori di salute elaborati a livello italiano**

Si è detto prima, a proposito del sistema informativo, che i dati sulla salute del bambino sono ricavabili da fonti numerose ed eterogenee, che variano tuttavia considerevolmente quanto a copertura, completezza e affidabilità, rendendo arduo qualsiasi confronto nazionale e internazionale che resta fattibile solo per i dati più “duri” e qualitativamente omogenei.

Nonostante il bisogno sia ampiamente riconosciuto, manca dunque una raccolta sistematica e qualitativamente valida ed omogenea di dati relativi ai principali aspetti della salute, utilizzabile per la valutazione e la pianificazione degli interventi. Partendo da questi presupposti, è stato creato nel 1997 un gruppo di lavoro per sviluppare un set essenziale, e quindi limitato,

di indicatori di salute perinatale, infantile e adolescenziale, utilizzabile a livello delle Aziende Sanitarie e delle Regioni (Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. *Medico e Bambino* 1999;18:315-20; Ronfani L, La Gamba G, Corchia C, et al. *Medico e Bambino* 2001;20:37-42).

Al termine di questo lavoro è stato raggiunto un consenso su un set limitato di indicatori comprendente sia indicatori di outcome (mortalità e morbilità) che di processo. Gli indicatori descrivono sia i bisogni di salute che l'utilizzo e l'accesso ai servizi sanitari. Sono stati proposti 33 indicatori, appartenenti a 17 aree (Tamburlini G. *Meeting on child health indicators for Life and Development*. Helsinki, 29-30 September 2001; Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. *Eur J Public Health* 2001; 11:11-17), di cui è stato suggerito anche il livello di utilizzo nell'ambito del sistema sanitario (*tabella 5 a pag. 11*).

TABELLA 6: EU COMMUNITY HEALTH MONITORING PROGRAMME, CHILD HEALTH INDICATORS OF LIFE AND DEVELOPMENT (CHILD) PROJECT*

A. Demographic & Socio-Economic

- A 1 Socio-economic Circumstances
- A 2 Children in Poverty
- A 3 Parental Educational Attainment
- A 4 Child in Single Parent Households
- A 5 Asylum Seekers

B. Child Health Status, Well-being**Child Mortality**

- B 1 Child Mortality Rates
- B 2 Selected Cause-specific Mortality

Child Morbidity

- B 3 Cancer
- B 4 Diabetes
- B 5 Asthma
- B 6 Infectious Diseases
- B 7 Dental Morbidity

Injuries to Children

- B 8 Burns Necessitating Admission
- B 9 Poisoning Necessitating Admission
- B 10 Fracture of Long-bones

Mental Health of Children

- B 11 Attempted Suicide

C. Determinants Risk factors

- C 1 Breastfeeding
- C 2 Household Environmental Tobacco

- C 3 Parental Support
- C 4 Physical Activity
- C 5 Tobacco Smoking
- C 6 Alcohol Abuse
- C 7 Substance Misuse
- C 8 Overweight and Obesity
- C 9 Children in Care
- C 10 Early School Leavers
- C 11 Educational Enrolment
- C 12 Air Pollution Exposure

D. Child Health Systems & Policy**Health Systems Policy**

- D 1 Marginalised Children's Health Care
- D 2 Parental Inpatient Accompaniment

Health System Quality

- D 3 Immunisation Coverage
- D 4 Leukaemia 5-year Survival

Social Policy Indicators

- D 5 Physical Punishment
- D 6 Anti-bullying policies in schools

Physical Protection Policy

- D 7 Child Transportation Safety
- D 8 Exposure to Lead
- D 9 Exposure to Hazardous Noise
- D 10 Environmental Tobacco Smoke

*Riportiamo solo i titoli generici. Per il C5 si veda invece la tabella 7.

Indicatori di salute elaborati a livello europeo

Anche in seguito a questo lavoro, si è sviluppato un progetto (CHILD: *Child Health Indicators for Life and Development*) con il mandato da parte dell'Unione Europea di sviluppare una proposta di indicatori di salute dell'infanzia e dell'adolescenza, da integrare poi nel sistema europeo di indicatori. Altri due progetti (PERISTAT e REPROSTAT) contribuiscono alla definizione di una proposta per l'intera area delle cure alla donna e al bambino (*tabella 6*). Rispetto all'originale proposta italiana, che il progetto europeo accoglie in gran parte, la novità risiede nel fatto di aver allargato l'ambito ad aree quali il contesto socio-economico, le politiche sanitarie e sociali, per le quali sono stati individuati alcuni markers ritenuti significativi, nella consapevolezza dell'impraticabilità di un sistema che monitorasse tutto. Inoltre, aspetto questo essenziale, come discusso in precedenza in relazione al tema delle disuguaglianze, è stata prevista la distribuzione degli indicatori nella popolazione: per molti indicatori è prevista l'analisi per stato socio-economico, livello educativo dei genitori e genere.

Per ogni indicatore sono stati previsti dei quadri "tecnici". Di questi ne riportiamo uno relativo all'attuazione di politiche sul fumo (*tabella 7*), anche per fornire un esempio concreto della tipologia degli indicatori di "azione" introdotti proprio su proposta italiana (Rigby M, Köhler L, eds. *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)*: Report to the European Commission; Keele, Centre for Health Planning and Management for European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General, 2002).

Le referenze essenziali sono contenute nel testo. Una bibliografia più vasta, e il rapporto completo, è disponibile presso gli autori (tamburli@burlo.trieste.it).

TABELLA 7: ESEMPIO DI INDICATORE DI AZIONE

«Indicatore di azione» (C5) per ridurre l'esposizione al fumo di tabacco nell'ambiente (*Fonti: OMS e progetto CHILD*)

• Definizione tecnico-operativa

Esistenza e applicazione di leggi e regolamenti per la protezione del bambino dall'esposizione ambientale al fumo di tabacco nei luoghi pubblici.

• Motivazioni per la selezione dell'indicatore

L'esposizione prenatale e post-natale al fumo di tabacco è un fattore sicuramente capace di produrre esiti perinatali sfavorevoli relativamente alla morbilità del lattante e del bambino e a un possibile ritardo dello sviluppo.

La riduzione dell'esposizione al fumo di tabacco può essere efficacemente raggiunta con l'adozione di politiche tese a proteggere i bambini da questa esposizione nei locali pubblici.

• Criteri tecnici

L'indice che viene proposto (con punteggio da 0 a 6) è calcolato come la somma di variabili, per ognuna delle quali viene applicato il seguente score:

Punti 0: se il programma non esiste

Punti 1: se esiste, è chiaramente stabilito, ma è solo parzialmente applicato

Punti 2: se esiste, è chiaramente stabilito e sostanzialmente applicato

1. Programmi di salute pubblica evidence based per ridurre il fumo in gravidanza e in casa*
2. Proibizione di fumare nelle scuole e negli ambulatori
3. Proibizione di fumare nei luoghi pubblici
4. Proibizione di fumare sui mezzi di trasporto pubblico
5. Proibizione di fumare nei luoghi di cura
6. Proibizione di fumare o restrizioni al fumo (aree separate per i fumatori) sui mezzi di trasporto di lunga percorrenza
7. Proibizione di fumare o restrizioni al fumo (aree separate per i fumatori) nei bar e nei ristoranti
8. Pubblicità per il tabacco da fumo proibita

• Fonti di dati

Informazioni sull'esistenza e sull'applicazione della legislazione e di programmi antifumo possono essere ottenuti dai responsabili dei programmi nazionali sul tabacco o presso Istituti nazionali di Sanità Pubblica o altre Agenzie analoghe.

*Informazioni di routine fornite da infermiere, assistenti sanitarie e da tutti i servizi anche con materiale scritto. Il Progetto 6+1 può essere considerato un esempio di tali programmi.

• Referenze

Tamburini G, Von Ehrenstein OS, Bertollini R (eds). European Environment Agency and WHO, Regional Office for Europe "Children's environmental health: review of the evidence", Copenhagen, 2002; <http://www.who.it/childrenhealth>

WHO Publication E70610 *Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke: report on a WHO working group meeting, Lisbon, Portugal 29-30 May 2000*; <http://www.who.dk/document/e70610.pdf>

COMMENTI AL RAPPORTO

Cure perinatali

di Carlo Corchia, Giuseppe La Gamba, Savino Mastropasqua (carlocorchia@tin.it)

Le aree di intervento individuate per l'obiettivo "Cure perinatali in specie per le Regioni del Sud" fanno giustamente riferimento a tre aspetti fondamentali per il miglioramento delle cure perinatali, basati su interventi e azioni di dimostrata efficacia: essi sono l'organizzazione territoriale dell'assistenza, la prevenzione primaria e la formazione degli operatori. C'è da considerare inoltre che le motivazioni storiche del divario Nord-Sud, e cioè un più elevato rischio riproduttivo per una più bassa qualità di vita e di salute fra le popolazioni meridionali e una carente offerta sanitaria complessiva, non giustificano più l'attuale differenza nei tassi di mortalità perinatale e infantile (Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2002;5:10).

La qualità (gli esiti) delle cure ostetrico-neonatali è fortemente correlata all'efficacia dei modelli organizzativi (i processi) che ne regolano i vari segmenti assistenziali. Nelle regioni del Sud si registrano, ad esempio, numerose distorsioni organizzative, una delle quali è rappresentata dall'eccessivo numero di centri nascita con parcellizzazione dell'assistenza, cattivo utilizzo delle risorse e bassa qualità delle cure (Bonati M, Campi R. Nascere e crescere oggi in Italia. Statistiche della salute materno-infantile nelle regioni italiane. Il Pensiero scientifico editore, 2003; in stampa).

La regionalizzazione delle cure perinatali costituisce una strategia fondamentale per migliorare l'impiego delle risorse e produrre interventi efficaci; essa deve accompagnarsi a processi formativi adeguati, all'applicazione di linee guida evidence-based e a procedure assistenziali di alta qualità sia nel campo degli interventi primari che in quello della terapia intensiva neonatale.

I Piani Sanitari Regionali, sulla scorta di quanto contenuto nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile, possono individuare e adottare le soluzioni più opportune, quali:

- la conoscenza e il monitoraggio dei bisogni effettivi e delle risorse disponibili e spesso disperse;
- il ridimensionamento quantitativo e la giusta distribuzione territoriale dei centri nascita;
- il potenziamento quali-quantitativo dei centri di terzo livello per l'assistenza della donna in gravidanza e dei neonati a rischio elevato;
- la realizzazione di centri nascita di secondo livello per l'assistenza dei neonati a medio rischio;
- la realizzazione di un sistema di trasporto neonatale.

Ciò vale ancora una volta e in particolar modo per le regioni meridionali, dove vanno anche fronteggiati e superati alcuni fattori di resistenza all'attuazione di queste soluzioni, fra cui l'impopolarità "politica" delle decisioni, l'uso di modelli operativi statici e non dinamici di presidio, e la resistenza al cambiamento da parte degli operatori.

Salute mentale del bambino e dell'adolescente

di Francesco Ciotti (fciotti@ausl-cesena.emr.it)

Concordo con la collocazione nelle priorità degli interventi per la salute mentale di cui il rapporto fornisce alcuni dati: aggiunge - rei quelli citati da Bennet (Prospettive in pediatria 1997): il 3% dei bambini ha un ritardo mentale, l'1% ha un handicap motorio o sensoriale. La individuazione delle priorità si scontra sul piano operativo, con i dati della organizzazione dei servizi nelle regioni. Secondo Nardocci (Psichiatria dell'infanzia e adolescenza 2002) in Italia 7 regioni (Liguria, FVG, Toscana, Umbria, Campania, Molise, Basilicata) non prevedono assetti organizzativi della NPI inquadrabili nei modelli indicati o dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile o di Salute Mentale. Delle altre regioni, in 9 non si raccolgono neppure i dati di attività. La necessità di un miglioramento (esistenza?) del sistema informativo è perciò la primissima priorità.

In un tale quadro diffondersi in interventi "condivisi ed efficaci" pare azzardato. Dove il sistema informativo raccoglie per lo meno i dati di attività si dimostra, poi, che gli interventi, anche quando svolti, lo sono troppo tardi. In Emilia-Romagna, nel 2000 la percentuale di popolazione 0-17 anni giunta al servizio è del 6,4% rispetto alla generale. Però solo il 3,8% nell'età 0-5 anni; l'8,8% nell'età 6-10 anni; il 4,8% in quella 14-17 anni.

I problemi sono segnalati più spesso all'ingresso nella scuola dell'obbligo, invece che prima. Si concentrano qui gli interventi per disturbi di apprendimento, disturbi d'ansia e psicosomatici.

La situazione suggerisce perciò di concentrarsi, priorità nella priorità, sui problemi in cui la prognosi naturale è fortemente negativa e in cui vi sono maggiori prove di efficacia, facendo appello alla collaborazione con i pediatri che possono rappresentare uno strumento collaborativo che, nella nostra esperienza, si è dimostrato possibile ed utile.

Fra i problemi a prognosi naturale negativa i disturbi di apprendimento influiscono sulla mortalità e abbandono scolastico; sono difficilmente modificabili dagli interventi logopedici; andrebbero prevenuti intercettando precocemente i disturbi del linguaggio tra

i 3 e i 4 anni nella scuola materna (Curci e Ruggerini In tema di dislessia Guerrini Ed. 1991) e quando, nonostante la prevenzione e l'educazione precoce alla lettura, il disturbo si sviluppa, richiede una rieducazione linguistica intensiva e concentrata, anziché diluita e interminabile (Barratt e coll. Arch. Dis Child 1992). Nel riconoscimento precoce del disturbo del linguaggio il pediatra può avere un ruolo decisivo.

I disturbi di linguaggio e di comportamento sono fortemente influenzati (Greenberg in Cassidy Handbook of attachment Gilford Press 1999) da un parenting inefficace, da un attaccamento insicuro, da fattori di stress psicosociale: quindi programmi intensivi di home visiting possono dare supporto alla genitorialità nelle famiglie a rischio sociale che assume valore protettivo e può essere attuato con modalità individuali (home-visiting) e di gruppo. Con lo stesso intervento è modificabile la forte correlazione negativa tra depressione materna nel 1° anno di vita e successivo attaccamento e sviluppo cognitivo del bambino (Lyons-Ruth Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale 1999).

I disturbi del comportamento, ADHD e oppositivo-provocatorio, possono avere una evoluzione sfavorevole verso il disturbo della condotta e antisociale; essi sono però più facilmente modificabili se riconosciuti nelle loro prime manifestazioni che precedono sempre i sei anni di età; anche in questo caso il pediatra può utilizzare strumenti utili per individuare il disturbo iperattivo o oppositivo.

Hanno invece una prognosi naturale favorevole i disturbi d'ansia e fobici dell'infanzia (Graham International Journal of Mental Health 1993): perciò potrebbero non richiedere necessariamente una presa in carico. Così le psicoterapie andrebbero riservate ai disturbi comportamentali; hanno dimostrato efficacia quelle a valenza cognitivo-comportamentale che sembrano utili anche per il trattamento dei disturbi alimentari dell'adolescente maggiorenne autonoma mentre per la minorenni che vive in famiglia è più efficace la psicoterapia familiare (Roth e Fonagy Psicoterapia e prove di efficacia. Il Pensiero Scientifico Ed. 1997).

Sono queste le priorità che affiderei ai servizi di salute mentale nell'infanzia e adolescenza.

Prevenzione degli incidenti in adolescenti e giovani adulti

di Massimo Farneti (mfarneti@ausl-cesena.emr.it)

Concordo con la scelta delle priorità elencate, pur condividendo le perplessità enunciate nel commento sull'obesità. Mi sentirei di aggiungere una settima: la prevenzione delle malattie infettive per le quali esiste un vaccino efficace e sicuro (morbillo in primis). Mi sembra che tale area possa rispondere completamente ai criteri utilizzati per la scelta delle priorità anche per la recente tragedia della epidemia di morbillo nelle Regioni meridionali.

Entrando nello specifico della seconda priorità individuata "Prevenzione degli incidenti in adolescenti e giovani adulti", non posso che concordare con il commento introduttivo: "Gli interventi più efficaci sono legati alla legislazione e ai relativi controlli; le speranze affidate ai cambiamenti dei comportamenti sono in questo caso destinate ad essere deluse". Illuminante in proposito appare l'indagine IARD, anche se un po' datata, sui giovani e la salute (Buzzi C. La salute del futuro, Il Mulino Ed. 1994) da cui "emerge una predisposizione mentale che porta molti giovani a negare la rilevanza dei comportamenti e delle responsabilità personali nell'evento accidentale". Ancor più sorprendente l'assoluta ininfluenza dell'esperienza diretta (aver subito un incidente) sugli atteggiamenti e comportamenti rispetto al tema e il rilievo che il livello di informazione/istruzione non è in rapporto con una migliore attitudine a comportamenti più "sicuri"; anzi emerge il contrario: più è alto il livello culturale, più il giovane "accetta il rischio". I margini per interventi di tipo informativo-educazionale sembrano, dunque, essere limitati e possono avere senso se inseriti nel contesto di interventi molto più articolati e complessi. L'esperienza inglese potrebbe essere un buon punto di riferimento. In Inghilterra la mortalità generale per incidenti stradali era simile alla nostra (circa 7000 morti per anno) e nell'arco di alcuni anni sono stati raggiunti risultati eccellenti: attualmente la mortalità è intorno a 3000 morti per anno. L'intervento è complesso e si basa su:

- A. **Aumento drastico dei controlli** (su velocità, su punti di traffico pericolosi, sull'uso dei sistemi di sicurezza individuali, sull'uso di alcol e sostanze nei guidatori di veicoli, ecc.)*
- B. **Miglioramento della legislazione** (diminuzione del tasso alcolico tollerato per la guida, semplificazione della normativa legata ai controlli, inasprimento delle pene, ecc.)*
- C. **Aumento della informazione** (campagne "shock" sulle conseguenze degli incidenti, uso massiccio dei media, ecc.)*

Può sorgere un dubbio: sarà possibile proporre provvedimenti di questo genere in Italia?

Per concludere: un accenno agli incidenti nella fascia di età fino a 14 anni. Qui interventi di tipo educativo potrebbero migliorare la situazione in particolare sul versante della infortunistica stradale. L'articolo di della Valle sull'utilizzo di sistemi di ritenuta per i bambini (Quaderni acp 2003;1:45) sottolinea che vi è un'alta percentuale di utilizzo errato o inappropriato di tali sistemi che può suggerire utile un intervento informativo-educativo. Anche esperienze statunitensi per il corretto trasporto dei neonati (prestito della culla di sicurezza in uscita dalla maternità, corsi sul corretto posizionamento del neonato e della culla di sicurezza nella vettura) hanno dato risultati positivi (Committee on injury and poison prevention. Pediatrics 1999;104:4) e potrebbero essere ripresi.

Prevenzione dell'obesità

di Antonella Brunelli, Maurizio Iaia, Giancarlo Biasini (craugb@tin.it)

Le prime due aree di priorità (Cure perinatali, in particolare nelle Regioni del Sud; Prevenzione degli incidenti, in particolare tra 15 e 24 anni) sono completamente accettabili. Il problema nasce con la terza: l'obesità appunto. Cercare di porre un freno all'aumento della prevalenza dell'obesità deve essere considerato problema di sanità pubblica per la sua crescente prevalenza e per la cosiddetta "bomba ad orologeria" che scoppierà nelle generazioni future quanto a morbilità, disabilità, qualità della vita e mortalità. Purtroppo manca una condizione per inserire la prevenzione del sovrappeso nelle priorità programmatiche: l'individuazione di azioni efficaci atte a contrastarla (si veda Effectice Health Care, edizione italiana 2002;6:6). Il successo di queste azioni è gravato da una grande serie di incertezze. Si può dire che hanno poca fortuna quelle che si fondano solo sulla scuola o solo sui medici, compreso uno studio italiano condotto su pediatri di famiglia (Nova, et al. Ambul Child Health 2001;7:239), che ha avuto un successo immediato modesto esauritosi rapidamente. Modesto, e transitorio, il successo di piccoli studi fondati sull'impegno dei genitori così come quelli di diversi programmi, con numeri piccolissimi, basati sulla modificazione comportamentale che coinvolgano genitori e bambini. Mancano prove di qualità anche sulla praticabilità tecnica degli interventi e sull'efficacia nella popolazione generale di sperimentazioni condotte su piccoli numeri.

La presenza in letteratura di dati che provano che strategie orientate su uno o due attori danno risultati modesti e transitori suggerisce di passare ad azioni che comportino un coinvolgimento il più vasto possibile, un rafforzamento delle alleanze esistenti nel campo della salute e la creazione di nuove, passando da atti di singole strutture a Piani per la salute come strumento unificante (Stefanini A. Quaderni acp 2001;5:23). Tutti gli interventi segnalati sembrano da perseguire insieme. Qualcosa del genere in nuce si è svolto nel nostro territorio fin dal 1986 (dieta mediterranea nelle scuole dell'infanzia ed elementari che hanno servizio di refezione, uso di prodotti biologici, consigli per i pasti extrascolastici, informazioni per genitori, insegnanti e personale di cucina delle scuole da parte dei pediatri di famiglia e di comunità, con consegna di schede per una alimentazione equilibrata fin dal divezzamento, istituzione di un consultorio per i bambini obesi). La rilevazione del sovrappeso nei bilanci di salute del 5° e 10° anno è stata fatta fin dal 1993 su coorti annuali di 1400-1600 bambini circa; è stata fatta all'inizio con la valutazione dell'eccesso di peso rispetto al peso ideale e si è continuato con questo indicatore, piuttosto desueto, per coerenza nella comparazione longitudinale: nel 1994 a 5 anni l'eccesso di peso superiore al 20% era presente nel 6.5% e a 10 anni nel 16.5%. Potrebbe essere puramente casuale, ma da allora le variazioni annue sono state modeste e senza un sostanziale aumento.

Sistema informativo

di Roberto Buzzetti (r.buzzetti@ausl.mo.it)

Le aree critiche identificate nel rapporto del CSB sono in gran parte condivisibili. Appaiono centrali sia il discorso delle cure perinatali sia quello sulla salute mentale, per non parlare poi della morbosità e mortalità di origine traumatica tra i 15 e i 25 anni, vero e proprio flagello di giovani e adolescenti. Qualche riserva si potrebbe forse esprimere sulla prevenzione del sovrappeso e dell'obesità (per i quali ancora manca la piena comprensione della definizione del problema e della storia naturale, nonché della reale entità del rischio da sovrappeso infantile sulla patologia dell'età adulta). Viene inoltre da chiedersi se non identificare altre aree critiche, significative dal punto di vista della rilevanza e della presenza di soluzioni efficaci (alcune malattie infettive prevenibili, alcune malformazioni, la SIDS.).

Sicuramente cruciali anche gli ultimi due problemi elencati: quello della disuguaglianza, madre di tutti i problemi compresi quelli sanitari, e quello della cronica "anemia" (in molti casi "aplasia") che affligge cronicamente il sistema informativo sanitario del nostro Paese.

La crisi del settore informativo, ben tratteggiata dal rapporto, è una crisi anzitutto di cultura, e anche di organizzazione. Contro il primo tipo di carenze, appare urgente promuovere una cultura del dato, della sua fornitura, della sua trasmissione, dell'elaborazione e della restituzione agli utenti finali (i cittadini) e agli utilizzatori professionali (medici e operatori della salute).

Dal punto di vista delle modalità organizzative sono certamente da favorire uno snellimento delle procedure di rilascio dei dati da parte dell'ISTAT e una ristrutturazione dell'intera impalcatura dei flussi informativi. In questo senso un segnale positivo viene dalla reintroduzione del CEDAP (certificato di assistenza al parto) e, dal punto di vista strutturale, dalla creazione sempre più capillare di uffici e osservatori epidemiologici, anche a livello di singole aziende sanitarie.

È ora che anche per aree strategiche, come per quella perinatale e infantile, si giunga alla condivisione a livello europeo di indicatori condivisi da tutti gli stati, e ci si attrezzi per la rilevazione e l'interpretazione degli indicatori stessi.

Accordi e disaccordi su un bel film francese sulla scuola che molti stanno cercando di tirare dalla propria parte, perché tanti dicono la loro sulla scuola. Anche il nostro critico dichiara di avere utilizzato il pretesto del film per ripensare alla scuola, e non solo a quella che ci fa conoscere Philibert, ma alla nostra, per la quale proprio in questi giorni è stata approvata una riforma che fa discutere. E anche questo film, che forse proprio per questo si dà la veste di documentario, fa discutere.

Quando la coperta è un film: *Essere e Avere* di Nicolas Philibert

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

“Tirare la coperta dalla propria parte” è, come si sa, una colorita metafora che sta a indicare la voglia di appropriarsi di qualcosa, di avere una prova, di trovare una giustificazione, di assicurarsi una copertura. Nel cinema, questo tema è ricorrente in molti generi e in quello comico viene spontaneo accostarlo alle gags del periodo muto, quando le competizioni finivano inevitabilmente con il lancio di torte in faccia. Però, se si cambia genere e si va, per esempio, al western o al poliziesco, invece delle torte arrivano le pallottole e il sangue scorre a fiumi. Insomma, come direbbe Woody Allen, *Accordi & Disaccordi* e *Tutti dicono: I love you*.

Accordi e disaccordi su un bel film francese sulla scuola che molti stanno cercando di tirare dalla propria parte, perché tutti dicono (alla scuola): “I love you”. Il film è *Essere e Avere* di Nicolas Philibert; un film che, pur avendo vinto il premio del cinema europeo EFA, non è stato visto da molti, anche perché si presenta con la veste del documentario, genere filmico economicamente poco redditizio. Narrarne la trama è facile, ma non ne fa risaltare i pregi che sono racchiusi in mille sfumature, nei particolari gustabili solo da chi, oltre a leggere una recensione, ne vedrà anche le immagini.

In una piccola scuola rurale francese, esattamente a Saint-Etienne sur Ussan, nell’Auvergne, un maestro in procinto di andare in pensione insegna un po’ di tutto ai suoi alunni: dalle prime nozioni al rispetto reciproco, dalle vocali alle tabelline, dal disegno alla lettura. Nella classe ci sono solo 13 allievi, tra i 4 e i 12 anni, e il maestro è costretto a dividerli (e a dividersi) tra il gruppo dei piccoli e quello dei grandi. La macchina da presa - che Nicolas Philibert sembra aver piazzato nel paesino più come suppellettile che come occhio indiscreto da “Grande Fratello” - registra anche il susseguirsi delle stagioni, l’estenuante lavoro nei campi e nelle stalle, le abitudini familiari, i silenzi e gli sguardi, il ritmo di una comunità che sembra dimenticata da Dio e dagli uomini.

Lo confesso: ho scelto questo film per parlare della scuola. Non di una scuola in astratto, ma di quella italiana in cui lavora-

no buoni e cattivi maestri, dove vivono e si formano bambini, adolescenti, giovani. Seleziono, tra tante, una sequenza: quella in cui il maestro insegna ai suoi alunni come preparare una crêpe. La tecnica è uguale a quella della frittata: si rompono le uova, si sbattono, si lascia friggere, si dà un colpo secco per rigirare tutto, si assiste con trepidazione al volteggio in aria, ci si complimenta con se stessi se si riesce a farla ricadere nella padella. Qualche alunno ci riesce, qualche altro fa un bel pasticcio e la crêpe-frittata casca per terra.

Con la coperta e con la frittata questo film ha molte cose in comune: qualcuno se lo sta tirando e girando a proprio piacimento. Per esempio, coloro che la pensano come il Ministro Moratti, i quali lo stanno indicando come la conferma della validità e dell’importanza del maestro unico nella scuola elementare. È bene - dicono - che gli alunni abbiano un esempio ben preciso a cui ispirarsi, un maestro, uno solo, al quale fare riferimento. Ciò che in Italia si è sperimentato negli ultimi tempi (3/4 maestri) va abolito, perché i bambini hanno bisogno di relazionarsi con una sola figura, paterna o materna che sia.

La risposta (la coperta da tirare, la frittata da girare) non si è fatta attendere. Se i maestri di tutte le scuole del mondo - si è ribattuto - fossero come il maestro di *Essere e Avere*, potremmo anche discuterne e stare tranquilli, ma quale punto di riferimento avrebbero quei bambini affidati alle cure di un cattivo maestro? Non è forse vero che un consulto tra medici dà ai malati maggiore garanzia del parere di un singolo medico? Tre o quattro maestri (e, per giunta, specialisti in varie materie) non costituiscono forse una maggiore garanzia per la formazione dell’individuo? Il film, piuttosto, va letto in altro modo; esattamente come “denuncia” contro le classi numerose che da un po’ di tempo il governo impone per far quadrare i conti della spesa pubblica. I tagli alla scuola e l’abolizione delle classi dove il numero degli alunni è ridotto stanno impedendo un lavoro più capillare, ostacolano il dialogo, non permettono di agire in profondità per la formazione dei ragazzi.

Chi ha ragione? Chi può “tirare” il film dalla sua parte?

Chiarimo subito una cosa. Solo in apparenza Nicolas Philibert ha girato un documentario. Le notizie di cronaca narrano, infatti, di una permanenza della troupe nella piccola scuola per l’intero anno scolastico. La macchina da presa è stata posizionata tra i banchi, all’interno delle case dei contadini, nelle stalle e nella campagna, e ha registrato tutto quello che c’era da registrare. In realtà sappiamo benissimo che la mole di materiale raccolta è passata inevitabilmente attraverso le forbici del montaggio. Ciò significa, in altre parole, che le varie situazioni sono state ricucite e adattate. Di conseguenza la storia che si vede (meglio: la storia di alcune storie) è solo apparentemente veritiera.

Ci saranno stati, in tutti quei mesi di riprese, molte altre cose che il film non dice, episodi di vita scolastica e familiare che non sapremo mai. Ma ammesso pure che le cose stiano come Nicolas Philibert le racconta, dire che *Essere e Avere* dà ragione al maestro unico è una baggianata, è strumentalizzare un film che ricuce in un unico ambiente singole storie di vita: da quella della ragazza portatrice di handicap a quella del ragazzino robusto che fa a botte, da quella della bimba silenziosa a quella del simpatico monello che cerca scuse per non studiare, dalla gita scolastica ai commoventi addii finali. Ma dov’è oggi possibile trovare un maestro che vive come un eremita, tutto casa e scuola, senza moglie e figli, come un missionario d’altri tempi e d’altri luoghi? Dov’è questa scuola idilliaca di 13 alunni? Nella più grande riforma della scuola degli ultimi 90 anni - è il Ministro dell’Istruzione che l’ha annunciato - si prevedono classi formate da un minimo di 25 alunni. E il massimo? Non si sa. Io ne ho 36. Perché non ci va il Ministro a fare lezioni e a sperimentare quant’è bello e poetico insegnare in una classe numerosa? Del film vero e proprio possiamo parlarne in seguito.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Regali, premi e qualche appunto

A cura del Comitato Editoriale di *Quaderni acp*

La cronaca

1. La multinazionale Glaxo SmithKline (Gsk) ha il 7% del mercato mondiale, 100.000 dipendenti di cui 3000 in Italia, 108 stabilimenti in 41 Paesi. Ha subito una indagine di polizia scattata a giugno 2002 per una verifica sui bilanci La tributaria è stata colpita dalla voce "regali e premi" per 100 milioni di euro, 200 miliardi di vecchie lire. Sono stati attuati controlli in 45 USL e 28 province; 80 perquisizioni; 13.000 ore di intercettazioni. È stato identificato il sistema informatico "Giove" che contiene dati per "investimento e resa del medico". I primi provvedimenti di polizia sono avvenuti in febbraio 2003.

Sono state denunciate 2900 persone con la motivazione di "esercizio di comparaggio". Dai dati risulterebbe che la regola generale che doveva essere perseguita era: 1 milione investito nel capitolo "Giove", ne avrebbe dovuto rendere 10 se fondato sulla collaborazione di un generalista; 100 se investito su quella di un primario. I doni, secondo quanto reso noto da *Il sole 24 ore Sanità* del 18-24 febbraio 2003, variavano dal denaro (da 500 a 25.000 euro) alle apparecchiature, dai testi ai vini, dai computer ai soggiorni a Berlino, Sharm El Sheik, Montecarlo per il Grand Prix.

Il prof. Leonardo Fabbri, pneumologo dell'Università di Modena, ha dichiarato al *Corriere della sera* il 19.03.2003: "Dopo la fusione di Glaxo con SmithKline ho notato una progressiva escalation della pressione commerciale nei confronti della comunità scientifica. Nei miei confronti, prima della fusione, non ci sono mai stati atteggiamenti scorretti da parte di Glaxo. Successivamente mi è capitato di subire pressioni perché enfaticassi, nelle mie relazioni, i dati a favore delle molecole della Gsk".

2. Non è solo questa la catena di problemi recentemente occorsi ai medici: un cardiocirurgo di un ospedale milanese ha dichia-

rato, sempre al *Corriere della sera*: "Una ditta disponibile a finanziare un corso di aggiornamento è venuta allo scoperto chiedendo di garantire la prescrizione di un certo farmaco a pazienti in dimissione". Armando Santoro, responsabile del Dipartimento di Onco-ematologia dell'Istituto Humanitas di Milano: "Troppe volte mi è capitato di vedere pazienti provenienti da altri ospedali che prendevano farmaci assolutamente non indicati e prescritti solo per compiacenza a ditte farmaceutiche". Giovanni Fava, ordinario di Psicologia dell'Università di Bologna, ha dichiarato al *Corriere della sera* il 20.02.2003: "La maggior parte del budget di una Società scientifica (ma non quello dell'ACP nella quale non un solo centesimo deriva dall'industria, ndr) deriva dai contributi delle aziende farmaceutiche".

Il generale della guardia di finanza, Vincenzo Suppa, alla commissione parlamentare di indagine sul SSN ha dichiarato che esiste tuttora "un'attività ispettiva nei confronti di altre sei aziende farmaceutiche di rilevanti dimensioni in parte ancora in corso".

3. Nel febbraio del 2003 è stato arrestato il primario cardiocirurgo di Padova; il suo sostituto è stato, a sua volta, indagato. Nel febbraio 2002 a Padova era morto un paziente operato di impianto di valvola cardiaca brasiliana della Ditta Tri Technologies; queste valvole erano immesse comunque regolarmente in commercio e autorizzate. Nel novembre 2002 due cardiocirurghi delle Molinette erano stati arrestati con l'accusa di concussione e turbativa d'asta sempre per l'impianto di valvole che sono risultate non sufficientemente sperimentate.

L'industria del congresso

4. Nella confusione dell'indagine sulla Gsk, Farminindustria ha chiesto al ministro

istruzioni sulle sponsorizzazioni che "evitino ogni ambiguità (il comparaggio è ambiguità?) e non siano di difficile interpretazione"; ha poi bloccato il 19 febbraio le sponsorizzazioni ai congressi e la distribuzione dei gadget. Poi è tornata sui suoi passi e ha rimandato a maggio l'attuazione della decisione. Incentive & Convention, in seguito alla minaccia, ha dichiarato che avrebbe provocato la disdetta di 11.000 prenotazioni solo ad Alitalia e preannunciava uno stato di crisi dell'industria congressuale. Il presidente di Federalberghi, il 27 febbraio, aveva comunque sottolineato che i contratti firmati fra Federalberghi e agenzie avrebbero dovuto essere comunque onorati. Emilio Stefanelli, vicepresidente di Farminindustria: "Abbiamo messo in conto di perdere i soldi impegnati".

L'Ordine dei Medici

5. Il Presidente degli Ordini dei Medici, Giuseppe del Barone, confessa: "l'aggiornamento dei medici è oramai in gran parte delegato alle industrie e agli informatori del farmaco" (*Il sole 24 ore Sanità*, 4-10 marzo 2003).

L'economista

6. Scrive Gilberto Muraro, economista su *Il sole 24 ore sanità* (4-10 marzo), e lo fa senza scherzare, che i medici sostengono che il comparaggio "è una innocente partecipazione agli utili delle imprese che non fa danno ai loro pazienti, i quali ricevono esattamente quello che avrebbero comunque avuto; i prezzi dei farmaci sono controllati dallo Stato che quindi danno non può ricevere".

Il ministro

7. Il ministro della salute, incapace di applicare le regole esistenti, pensa o si illude di eliminare il fenomeno aumentando, con un decreto legge, le pene e portando le sanzioni amministrative pecuniarie minime a 50.000 euro per coloro che:

Per corrispondenza:

e-mail: red@quaderiacp.it

1. effettuano prescrizioni farmaceutiche o diagnostiche non pertinenti con la malattia del paziente;
2. determinano ingiustificati ricoveri ospedalieri;
3. assumono impegni contrattuali di danno per le ASL o gli ospedali.

Più che rimedi sembrano impegni confusi che ignorano che il comparaggio non è legato a prescrizioni non pertinenti (punto 1) e non ha carattere contrattuale (punto 3). Rivelano poi una assoluta miopia sulla questione morale (non è con le "manette" che si recuperano i valori della professione) e sulla necessità di una modifica radicale dell'informazione sui farmaci. I giuristi dicono che pene più severe, in qualsiasi ambito, non fanno diminuire gli illeciti, specialmente se non sono applicate neppure quelle esistenti. Del resto dov'è la logica di un governo che fa la faccia feroce da una parte e condona e depenalizza dall'altra?

L'ACP e il suo codice

8. Noi dell'ACP abbiamo da anni un codice per i rapporti con l'industria, di cui pubblichiamo uno stralcio ricordando che la versione integrale si trova sul sito www.acp.it:

A. Ciascun socio è invitato a valutare se quanto riportato nel materiale scientifico di informazione inviatogli o sottopostogli sia coerente con le evidenze disponibili, non contrasti con i principi di eticità e scientificità, e non configuri messaggi fuorvianti.

B. Analogo controllo dovrebbe essere esercitato riguardo alla informazione verbale dell'informatore scientifico e alla pubblicità su riviste e giornali.

C. I soci sono invitati a contribuire affinché l'informazione ai professionisti e al pubblico sia quanto più possibile corrispondente ai criteri di cui sopra, attraverso la segnalazione scritta o verbale degli eventuali messaggi ritenuti scorretti o fuorvianti

D. L'osservanza dei principi di eticità e scientificità vale, a maggior ragione, per l'informazione, incluse le inserzioni da parte dell'industria, contenuta sulle pubblicazioni edite dall'Associazione.

E. L'offerta di campioni gratuiti, pratica volta a familiarizzare con il prodotto, è da scoraggiare ed è da proscrivere, in particolare se si tratta di lattini in formula (pratica

espressamente vietata dal Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei surrogati del latte materno).

F. L'omaggio di materiale promozionale, in particolare se di valore, è da scoraggiare.

G. Analogamente sono da scoraggiare offerte di partecipazione a iniziative di aggiornamento di non specifica pertinenza medico-scientifica.

Aggiornamento

1. Pubblicazioni e volumi scientifici, sottoscrizione di abbonamenti a riviste di riconosciuta qualità scientifica possono essere accettati. I soci appartenenti a gruppi locali sono invitati a favorire la costituzione di una comune risorsa locale di aggiornamento.

2. Analogamente è possibile accettare materiale scientifico di natura informatica (software, collegamenti a Banche Dati, CD-Rom ecc.), purché non di natura pubblicitaria.

3. L'accettazione di contributi finanziari da parte di singole industrie, parziali o totali, diretti o indiretti, per sostenere le spese di iscrizione, viaggio, vitto o alloggio in qualità di partecipante a corsi, congressi, convegni e riunioni scientifiche, nazionali o internazionali è subordinata al rispetto dei principi generali del codice. La partecipazione di chi non usufruisce di sponsorizzazioni va incoraggiata da parte degli organizzatori degli eventi, anche con formule a costi ridotti.

4. Sono, però, da scoraggiare: contributi per accompagnatori, per congressi direttamente organizzati da case farmaceutiche, per partecipazioni a iniziative in cui la componente scientifica sia secondaria rispetto a quella ludico-turistica.

Ricerca

1. La partecipazione a ricerche è vincolata all'esistenza di uno specifico protocollo, approvato da un comitato etico-scientifico formalmente costituito e, se necessario, autorizzato ai sensi di legge.

2. Il partecipante alla ricerca deve disporre di una copia del protocollo e deve averne presa attenta visione ed espresso un proprio parere prima di partecipare.

3. Per la partecipazione a iniziative di ricerca promosse dall'industria il singolo non deve accettare alcun compenso, diretto o

indiretto; può ricevere un rimborso di spese documentate. Eventuali equi compensi economici possono invece essere corrisposti a gruppi associativi quale contropartita per una partecipazione collettiva, ai fini di sostenere le iniziative culturali del gruppo, e a consulenti e coordinatori delle ricerche.

4. La collaborazione dell'industria allo svolgimento di ricerche è subordinata all'impegno di consentire la libera pubblicazione e diffusione dei risultati, anche se negativi, con chiara esplicitazione delle fonti di finanziamento che hanno reso possibile l'attuazione della ricerca.

Convegni, congressi e riunioni scientifiche

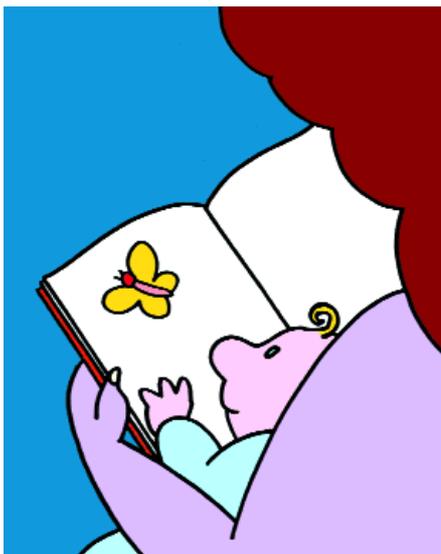
1. Per l'organizzazione di convegni, congressi e riunioni scientifiche è possibile ricorrere alla collaborazione con l'industria. In ottemperanza ai principi generali enunciati nell'introduzione, non ci si deve avvalere della collaborazione di industrie che risultino, da evidenze ufficialmente riconosciute, aver violato codici stabiliti. Non sono da assecondare iniziative autonome (di tipo sociale, culturale o turistico), organizzate da singole industrie o comunque non dagli organizzatori.

2. Gli associati si impegnano affinché l'organizzazione e la realizzazione di queste iniziative possano avvalersi in modo preferenziale di contributi da parte di Aziende Sanitarie e di altri Enti pubblici, e a considerare eventuali collaborazioni da parte di industrie non correlate all'attività professionale in base agli stessi principi generali, con riferimento in particolare alla coerenza di contenuti e modalità dell'attività produttiva con la Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia.

3. I contenuti scientifici devono rispondere a criteri di eticità e scientificità e le modalità organizzative a criteri di economicità e sobrietà.

4. Al fine di garantire la trasparenza dell'operato relativamente a chi organizza, finanzia e partecipa alle iniziative, un consuntivo scientifico e di spesa deve essere preparato dai responsabili organizzativi e tenuto a disposizione.

5. Iniziative conviviali o di rappresentanza indipendenti da specifiche attività scientifiche sono da evitare.



Sicilia

Nel distretto sanitario di Sciacca è giunto al terzo anno di attività il progetto "Nati per Leggere". Il progetto vede la partecipazione di 13 pediatri di base del distretto sanitario di Sciacca, appartenenti all'ACP "Empedocle", che hanno in carico 9672 bambini (su un totale di 11.370) da 0 a 14 anni.

Vi partecipano 6 Comuni: Sciacca, Menfi, Montevago, Sambuca, Santa Margherita di Belice e Caltabellotta, l'ASL 1 di Agrigento con il Centro di Salute Mentale e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di Sciacca, il Liceo Scientifico, il Liceo Pedagogico, l'Istituto Superiore Tecnico Agrario e Professionale di Sciacca.

I pediatri dell'ACP "Empedocle" sono stati i promotori del progetto; hanno dapprima coinvolto i Servizi Socio-Sanitari con i quali c'è da tempo una stretta e fattiva collaborazione per quanto riguarda la gestione di singoli casi e la realizzazione di interventi di prevenzione primaria come i Corsi di Educazione Alimentare. Proprio grazie a questa collaborazione è emersa la comune convinzione che tanti dei malesseri portati dai bambini hanno origine da condizioni familiari socialmente svantaggiate: svantaggio economico, culturale, ma anche, spessissimo, relazionale. Gli Operatori dei Servizi dell'ASL, componenti del gruppo provinciale "Prevenire il Disagio", si sono impegnati nel progetto perché sono fermamente convinti che "Nati per Leggere" abbia tutte le caratteristiche per svolgere un ruolo positivo di stimolo al cambiamento culturale per un miglioramento delle relazioni intrafamiliari e per prevenire percorsi scolastici svantaggiati.

La partecipazione di tutti i Comuni del distretto sanitario è stata uno degli obiettivi che il gruppo di lavoro (ACP e ASL) si è posto nel primo anno di attività: ciò nella

convinzione che un tale progetto di cambiamento culturale necessita della collaborazione, ma soprattutto della sensibilizzazione, degli Enti Locali, detentori di potere economico e decisionale, affinché vengano influenzate ulteriori scelte politiche atte a promuovere il benessere dell'infanzia. I Comuni hanno aderito all'iniziativa garantendo per cinque anni la copertura finanziaria del progetto: acquisto di libri da donare ai bambini nella fascia di età 9-18 mesi e materiale informativo per i genitori di bambini nella fascia di età 6 mesi-6 anni.

Nel corso del 2002 sono stati donati 763 libri a tutti i bambini nati nel 2000 e distribuiti circa 4000 depliant informativi.

Nelle sale di attesa di ogni ambulatorio dei pediatri di base è stata creata una piccola biblioteca a disposizione dei lettori volontari e delle mamme, per far sì che leggano favole ai bambini.

Nel corso del 2003 è previsto il dono del libro, sempre da parte del pediatra, a tutti i bambini nati nel 2001. Il gruppo di lavoro ha deciso di coinvolgere nell'iniziativa le classi delle scuole materne: verranno donate delle raccolte di fiabe a ogni classe, invitando le insegnanti a ritagliare uno spazio quotidiano per la lettura ad alta voce ai bambini. Il coinvolgimento degli Istituti Superiori, una delle peculiarità del progetto, si è reso necessario per il reclutamento di lettori volontari ai quali è stato offerto "in cambio" un credito formativo. Hanno aderito 60 adolescenti (tra questi pochi di sesso maschile) che, dopo un corso di formazione della durata di tre giorni tenuto dagli operatori socio-sanitari, hanno consentito l'attivazione di 14 punti di lettura: uno per ogni Ambulatorio di Pediatria e uno presso il Reparto di Pediatria dell'Azienda Ospedali Civili Riuniti di Sciacca. Durante questa attività di lettura è emerso un effetto virtuoso del progetto che vale la pena di evidenziare: gli adolescenti chiamati a "donare" ai bambini, attraverso la lettura a voce alta, momenti di tenerezza, coinvolgimento emotivo, libera espressione di sentimenti ecc. hanno dichiarato di aver "ricevuto" a loro volta dai bambini momenti di serenità e tenerezza estremamente gratificanti. Riteniamo che questo si sia verificato per il fatto che in adolescenza si presenta una condizione molto simile a quella vissuta durante l'infanzia: un forte

nati

bisogno (negato dagli stessi adolescenti o dagli adulti di riferimento che ormai li considerano grandi) di tenerezza e affettività in una fase che, per i cambiamenti fisici e psicologici che la contraddistinguono, procura un forte senso di smarrimento. Spesso, come nell'infanzia, tale bisogno viene camuffato con atteggiamenti di insofferenza, aggressività, apatia.

È importante mettere in evidenza, a testimonianza del successo del progetto, che si è registrato un incremento delle vendite di libri per la prima infanzia in molte librerie dei comuni aderenti al progetto.

Aurelia La Bella, Vincenzo Montalbano

Piemonte

A Chieri (TO), a fine febbraio, nella Sala Conferenze Comunale è stata fatta la presentazione del progetto "Nati per Leggere" alla città con la presenza di Agostino Gay, Sindaco della città, Giorgio Rabino, Presidente dell'ASL 8, e Rolando Picchioni, Presidente della Fiera Internazionale del Libro di Torino. Ha introdotto Liliana Viora, Assessore al Sistema Educativo e Politiche Sociali della Città di Chieri.

Ci sono stati interventi di Aldo Ravaglia, dell'Associazione Culturale Pediatri, che ha discusso il tema "Perché il pediatra è figura indispensabile nel progetto", mentre Francesco Lancione, Primario di Pediatria di Chieri, e Roberto Massimello, Pediatra di base, hanno esposto i termini del rapporto fra lettura e benessere psico-fisico del bambino. Hanno inoltre parlato Rita Valentino Merletti ed Erica Gay, dirigente del Settore Biblioteche della Regione Piemonte, che ha esposto il progetto della Regione; Gianni Garena, Dirigente dell'Area Servizi Sociali, Culturali, Educativi della Città di Chieri, che ha esposto il progetto ambientato a Chieri, e Maria Francesca Gamero, direttrice della Biblioteca Civica di Chieri.

red.

Umbria

In occasione dell'inaugurazione di "Nati per Leggere" in Umbria i pediatri dell'ACP Umbria hanno curato una graziosa pagina web che invitiamo a visitare: <http://digilander.libero.it/natiperleggereumbria>. La pagina è stata allestita da Alberto Romizi.

per leggere

Toscana

La biblioteca comunale di Collesalveti ha sempre svolto attività di promozione della lettura ai ragazzi in età evolutiva con progetti realizzati in collaborazione con le scuole del territorio: materna, elementare, medie inferiori.

Quest'anno è prevista l'adesione al progetto "Nati per Leggere"; le azioni previste si ispirano alle linee proposte dalle associazioni promotrici in sede di coordinamento nazionale (AIB, ACP, CSB), che avrà la fattiva collaborazione del pediatra operante nell'area secondo il binomio professionale ritenuto basilare per il progetto: pediatra/biblioteca.

Il pediatra, dott. Frontini, informerà i genitori sull'importanza della lettura ai bambini fin dalla più tenera età, collaborerà all'allestimento nel suo studio di momenti di animazione, fomirà consigli di lettura, anche sulla base della guida bibliografica prodotta dall'AIB.

In biblioteca il pediatra affronterà con i genitori e gli operatori il tema dell'importanza della lettura fra le abitudini con cui l'adulto aiuta il bambino a crescere bene e nel rapporto affettivo adulto-bambino.

Carla Biagioni

Basilicata

Il 28 marzo è stata firmata una convenzione tra l'università di Basilicata (Facoltà di Lettere, librandi@unibas.it) e l'Associazione Culturale Pediatri per una collaborazione per il progetto Nati per leggere: gli studenti del corso di laurea in scienze dell'informazione primaria, dopo aver fatto un corso di formazione sulla lettura ad alta voce, frequentano ambulatori, reparti ospedalieri, asili nido per leggere ai bambini presenti; tale attività rientra in quelle del loro corso di laurea; sono attribuiti crediti per questa attività.

Libri per bambini

Papà non riesce a dormire
di Michael Forman

Piemme editore, 2002, pp 36, euro 9,90

I bambini vogliono vicini i genitori quando devono dormire, nel passaggio fra la realtà concreta di un giorno a un mondo sconosciuto. Il protagonista del libro è un panda che non riesce a dormire nonostante il padre

gli abbia fatto contare -inutilmente- le pecore; e poi gli farà contare i maiali, le mucche, i rinoceronti, tanti animali e, dopo ogni avventura, il piccolo chiede senza potere dormire ancora l'aiuto del padre. Che torna dal figlioletto e che trova? La stanza piena degli animali contati. Certamente il bambino si diventerà a questo finale sorprendente e certamente lo farà a ogni ritorno della storia. Le illustrazioni sono belle, forse un po' troppo irreali (gli elefanti dovevano proprio essere azzurri?) e il bambino ci metterà un poco a concretizzarle.

Livia Vitali

Che cosa facciamo con Baby Uee Uee?

di Cressida Cowell;
Illustrazioni di Ingrid Gordon

Emme, 2001, euro 8,90

Anche questo è un libro di nanna, ma per Baby Uee Uee la nanna è anche l'ora di capricci e di strilli nonostante tutte le storie, i giochi, la pappa, il bagnetto, il cane, il micio. E se gli amici che lascio col sonno non ci fossero più domani? Il finale è con sorpresa.

Livia Vitali

Re, papere e rape

di Graham Percy

Einaudi Ragazzi Ed. Lo scaffale d'oro, 2002, pp 80, euro 12,8

È una raccolta di fiabe già note e talora tradizionali (la lepre e la tartaruga, il topo di campagna e il topo di città, i tre porcellini) per bambini piccoli, scritte "come si parla" in modo da potere essere lette e ascoltate senza difficoltà anche dai piccoli.

Oltre a quelle note ci sono favole "nuove" e con un minimo di suspense, altre con un finale inatteso (la volpe che...) o il contadino che chiama i bambini in aiuto perché deve sradicare un'immensa rapa. Un mondo che sfocia nel magico, ma che parte dal reale, da una realtà precisa e già nota al bambino o che il bambino comunque impara. I racconti sono piuttosto brevi: quanto basta per non affaticare né il lettore né l'ascoltatore. È un libro illustrato, a piene pagine, anche ai margini; le illustrazioni sono reali e comprensibili, che non è poco se si tiene conto di qualche albo illustrato di oggi così stilizzato e immaginario da risultare incomprensibile ai più piccoli. L'età? Lo consiglieremmo anche prima dei 3 anni, all'epoca dei primi racconti concreti.

Livia Vitali

GIRAGIRALIBRO

Il programma radiofonico pomeridiano di RAI 3 "Fahrenheit", che si occupa di libri e cultura in generale, ha lanciato da diversi mesi tra i suoi ascoltatori una iniziativa chiamata "Passalibro". Chi vuole partecipare lascia, in un luogo ritenuto idoneo, un libro di sua scelta in modo tale che possa essere facilmente notato e *rubato* da chiunque lo prenda in mano. Per favorire il furto autorizzato, sulla copertina o in altra pagina facilmente visibile del libro, va incollata una etichetta preparata dalla redazione di Fahrenheit, dove si spiega che quel libro è da prendere liberamente, leggere e rimettere in circolazione. L'idea è stata copiata da una analoga iniziativa statunitense, il Bookcrossing, e NPL ha pensato di copiarla a sua volta lanciando il "Giragiralibro", con l'obiettivo di passare ugualmente libri, ma ovviamente per bambini da 0 a 6 anni. A chi volesse aderire raccomandiamo di utilizzare la nostra etichetta, qui riprodotta e che potete scaricare dal sito di quaderni ACP, e possibilmente di inserire nel libro il depliant informativo del progetto NPL prodotto.



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 a 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>		
<i>Ricerca</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.*



Abuso infantile: esperienza di un gruppo

Francesco Ciotti

Responsabile del Programma Materno-Infantile, AUSL Cesena

Nel marzo 1998 l'ASL di Cesena decise di costituire un Gruppo Operativo Interistituzionale (GOI) sull'abuso infantile, formato da diversi professionisti: pediatri, ginecologi, medici di pronto soccorso, psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, insegnanti, operatori dell'Ufficio Minori della Questura (1) con alcuni obiettivi che riassume.

1. Formazione dei professionisti dell'infanzia al fine di riconoscere gli indicatori di abuso/maltrattamento/trascuratezza.

2. Costruzione di un percorso condiviso dalla segnalazione alla valutazione, al trattamento nel caso di abuso/maltrattamento/trascuratezza o solo sospettato o accertato.

Individuati i rappresentanti delle diverse professionalità e istituzioni e ottenuto l'avallo di ciascuna istituzione coinvolta, il GOI si insediò nel settembre 1998 e organizzò i propri lavori con riunioni organizzative a scadenza bimestrale. Da queste ciascuno sarebbe uscito con compiti possibilmente operativi.

Si decise che metà del gruppo si sarebbe dedicato ai compiti della formazione e l'altra metà a quelli relativi all'obiettivo del percorso.

La formazione

L'obiettivo generale della formazione venne suddiviso in due obiettivi specifici: a) formazione generale o sensibilizzazione ai temi dell'abuso (formazione trasversale);

b) formazione specifica (formazione verticale).

Per la *formazione generale* si individuarono due azioni principali: una rivolta ai professionisti dell'infanzia e all'opinione pubblica attraverso l'organizzazione di un convegno aperto alla città; una seconda rivolta a grandi gruppi di medici o insegnanti.

Per la *formazione specifica* si pensarono seminari formativi rivolti a piccoli grup-

pi di operatori psicosociali o di insegnanti o di medici ospedalieri e territoriali organizzati anche come Case-Conferenze.

Il convegno venne organizzato nel marzo 1999 (2) con pubblico numerosissimo, formato da addetti ai lavori e cittadini, riscontro sulla stampa e sulle televisioni regionali.

Tra marzo e aprile 1999, in collaborazione col Provveditorato degli Studi di Forlì-Cesena fu organizzato un Corso di Aggiornamento sulla prevenzione dell'abuso all'infanzia nella scuola (3).

Entrambe le iniziative furono finanziate con i fondi della 285.

Per la formazione specifica degli operatori sanitari ospedalieri, si pensò a una operazione di "learning by doing": raccogliere i dati epidemiologici dei reparti di Ostetricia, Pediatria e Pronto Soccorso al fine di riconoscere e individuare le criticità sulle quali impostare un lavoro di formazione. Nell'aprile 1999 venne programmata una ricerca retrospettiva sui dati di accesso ospedalieri dal 1994 al 1998: "visita ginecologica" nella fascia 0-14 anni sui dati della UO di Ostetricia-Ginecologia e "trauma toraco-addominale" nella fascia 1-6 anni sui dati del Pronto Soccorso.

Risultati. Su 14 visite ginecologiche eseguite in Ginecologia a minori di 14 anni, in 2 si poté sospettare un abuso sessuale con i criteri internazionali di classificazione di abuso sessuale.

I traumi analizzati nella fascia di età 1-6 anni furono solo quelli dei bambini/ragazzi successivamente ricoverati nella UO di Pediatria: i casi disponibili erano 16, in 3 dei quali l'abuso fisico era sospettabile e in 1 caso era dichiarato: la madre riconosceva che le lesioni erano state provocate dalle percosse del padre. A questa prima raccolta di dati ne è seguita una seconda, sempre retrospettiva: si sono revisionati tutti i traumi nella

fascia di età 0-1 anno ricoverati in Pediatria nel 1998 e quelli ricoverati per ustione nello stesso anno in Dermatologia.

Risultati: su 46 traumi esaminati, 6 erano sospettabili di abuso fisico. Su 5 ustionati 1 bambino di 7 mesi con ustioni a calza ai due piedi era fortemente sospettabile. In nessuno di questi casi il sospetto di abuso era stato posto e nelle cartelle la raccolta anamnestica era in genere del tutto insufficiente e la dinamica dell'incidente o assente o indagata con superficialità.

Sulla base di questi dati per il 2000 si programmò 1) di presentare i dati della ricerca retrospettiva e di fare proposte di formazione per i medici ospedalieri; 2) di iscriverne, con i fondi ASL, due assistenti sociali al "Corso di formazione triennale" sull'abuso del CBM di Milano; 3) di inserire nell'aggiornamento obbligatorio dei pediatri di libera scelta una giornata su abuso e trascuratezza con la partecipazione di De Muro, del Numero Blu di Cagliari; 4) di programmare, nell'anno scolastico 2000/2001, due interventi di formazione specifica sull'abuso a piccoli gruppi per insegnanti in due Circoli Didattici.

Alla presentazione della ricerca, la presenza dei medici ospedalieri dei Reparti di Pronto Soccorso, Pediatria, Dermatologia, Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia fu del tutto deludente. Il GOI discusse con la Direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero le ragioni del fallimento dell'iniziativa e la ripropose con un coinvolgimento diretto dei primari ospedalieri dei reparti maggiormente interessati al problema abuso.

La costruzione dei percorsi

Nella costruzione dei percorsi ne vennero individuati due principali: a) un primo per le situazioni di trascuratezza (4), in cui non ci sia rilevanza penale; b) un secondo sull'abuso infantile (5).

Per corrispondenza:

Francesco Ciotti

e-mail: fciotti@ausl-cesena.emr.it

Abstract

The article presents the synthesis of a work on sexual abuse done in the Cesena area by an Operative Inter Institutional Team. Objectives, actions and processes are hereby shown, whereas results are still reported in part and incompletely.

Results show a constant increase in reporting these situations: from 2 cases in 1996 to 6 in 1999 to 12 in 2002. This is the demonstration of the continuous awareness regarding the problem.

Francesco Ciotti, *Sexual abuse: a group's experience.*
Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 28-30

TABELLA 1: CASI DI MALTRATTAMENTO FISICO-ABUSO SESSUALE

	1996	'97	'98	'99	2000	Totale	'01	'02	Totale
Abuso	2	5	8	5	9	29	7	6	42
Maltrattamento			9	1	6	16	9	6	31
Totale	2	5	17	6	15	45	16	12	73

Vengono schematizzati i due percorsi e i punti critici rilevati. Nella discussione del percorso effettuato su due bambini con trascuratezza familiare, presentato nel GOI da due assistenti sociali a titolo esemplificativo, emerge l'assenza di coinvolgimento del pediatra di base anche nella semplice raccolta delle informazioni.

Per verificare i percorsi della segnalazione su abuso sessuale e maltrattamento fisico nella loro realtà, alla fine del 2000 il Servizio Sociale effettuò una indagine interna, su tutti i casi pervenuti nel periodo 1996-2000.

I casi riscontrati, dal 1996 fino al 2000 e compresi nella *tabella 1*, furono 45: 29 per abuso sessuale ugualmente distribuiti negli anni 1996-2000, 16 per maltrattamento, presenti solo dal 1998 al 2000 e quasi tutti sopra i 7 anni. Sul totale dei 45 casi fino al 2000, 18, cioè circa la metà, erano stati segnalati da scuola e famiglia; nessuno da medici di base o ospedalieri. Di tutti i 45 casi, 19 hanno terminato il primo iter giudiziario, conclusosi con 14 archiviazioni, 1 assoluzione, 1 patteggiamento, 2 rinvii a giudizio, 1 condanna. I minori allontanati dalla famiglia di origine e affidati ad altra famiglia sono stati 12.

Questa rilevazione confermò che esiste un problema di mancata segnalazione da parte dei medici e che, dopo la denuncia, la collaborazione tra servizi sociali, Tribunale dei Minori, Procura Penale, è insufficiente.

Per questa ragione il GOI chiese un incontro col Procuratore e col Presidente del Tribunale dei Minori per discutere i percorsi giudiziari dei casi più problematici ancora in corso. Successivamente il GOI riportò a tutti gli operatori della ASL interessati (psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali) gli esiti

dell'incontro e le modalità concordate per l'audizione del minore.

Le iniziative successive

Nel corso del 2001 il GOI aderì a una iniziativa della Provincia per la formazione di formatori degli insegnanti sui temi dell'abuso e della trascuratezza, concordando una lista di professionisti (pediatra, pedagogisti, operatori sociali) che parteciparono al Corso provinciale per diventare formatori nei Circoli Didattici del territorio. Nello stesso anno il GOI contattò tutti i primari ospedalieri e preparò insieme a loro un Convegno ospedaliero, nel cui programma era previsto

che fossero i primari stessi a presentare ai colleghi una relazione clinica sui segni di abuso relativi alla propria disciplina e a delineare il che fare.

Il convegno si tenne nel giugno 2002 con la presentazione degli aspetti clinici e diagnostici da parte dei primari di Dermatologia, Radiologia, Ortopedia, Neuroradiologia, Neurochirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso. I responsabili del Servizio Sociale e del Modulo di Psicologia dell'Età Evolutiva affrontarono gli aspetti legali, normativi e quelli emotivi. La sala Convegni in questa occasione è piena di medici ospedalieri; le relazioni sono di qualità; l'ascolto è attento.

In ospedale si costituisce un gruppo di lavoro ristretto che si propone la elaborazione/sperimentazione di una cartella clinica studiata per i casi di sospetto abuso. Il resto è storia recente: nell'ottobre 2002 i formatori hanno concluso il Corso provinciale e possono iniziare a lavorare nelle scuole con gli insegnanti. Gli operatori psicosociali hanno ridefinito il per-

TABELLA 2: PROVENIENZA DELLE SEGNALAZIONI PER MALTRATTAMENTO-ABUSO E DELLE ETÀ DEI BAMBINI/RAGAZZI SEGNALATI

Età (anni)	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	>15
Scuola		XXXxxx	xxx	Xx	XXXXXXx	XX
Madre	XX	Xx	XXx	X	X	
Polizia	x	XXx	XXXxxxx		x	XX
Anonima		Xx	Xxx	X		
Ospedale			X			
Distretto		X	XXXxx	XX		
San. privata		XXX				
Famiglia aff.		X				
Educatori				xxx	X	
Padre		X				
Tel. Azzurro		x		X		
Nonni			x			
Vicini					XX	
Autosegn.						X

X: Abuso sessuale x: Maltrattamento fisico

corso interno sull'abuso fisico e sessuale (6); nell'anno 2002, col finanziamento ASL, hanno condotto una supervisione sui casi denunciati, con Foti di Torino e Cancrini di Roma. Quattro componenti del GOI sono membri stabili di quattro Commissioni Scientifiche del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia). Alla fine del 2002 viene effettuato un nuovo monitoraggio sui casi di abuso sessuale e maltrattamento esteso al 2001-2002. Si tratta di 28 casi (compresi nella *tabella 1*): 13 di abuso sessuale e 15 di maltrattamento fisico. Nell'ultimo periodo quindi si assiste a un numero pressoché equivalente di segnalazioni di abuso sessuale e maltrattamento fisico. Sono aumentate le segnalazioni da parte dei servizi distrettuali, in cui compaiono operatori dei servizi di neuropsichiatria infantile, psichiatria, consultorio familiare, ma i medici di base e ospedalieri continuano ad essere assenti, se si eccettua un caso di abuso sessuale denunciato dall'ospedale (*tabella 2*).

Note

1. Daniela Amadori, Antonella Brunelli, Clara Faedi, Maurizio Iaia, Antonella Stazzoni, pediatri; Oreste Capocasa, Commissario PS; Dorian Chiuchiù, psicologa; Francesco Ciotti, neuropsichiatra infantile; Monica Esposito, Monica Piolanti, pedagogiste; Cristina Falaschi, Grazia Galassi, Franca Magnani, Germana Nuti, Daniela Rossetti, assistenti sociali; Silvia Furani, ginecologa; Cristina Zani, medico in Pronto Soccorso.

2. Parteciparono Bertotti del CBM di Milano, Facchin della Clinica Pediatrica di Padova, Rosetti del Tribunale dei Minori di Bologna, Soavi della ASL di Ferrara, oltre alle autorità sanitarie e sociali dell'ASL e degli Enti Locali.

3. Parteciparono Foti del Centro Hansel e Gretel di Torino; Fontana del CBM di Milano; Luppi, psicopedagogista.

4. Il percorso delle situazioni di trascuratezza senza rilevanza penale prevede i passi sottoelencati.

1. *Segnalazione*. Può essere fatta direttamente al servizio sociale che avvia una valutazione della situazione familiare del minore, coinvolgendo immediatamente la famiglia, cercando di avviare un lavoro di sostegno e valutando i comportamenti di cambiamento della famiglia.

2. *Iter giudiziario*. Se la famiglia non cambia i propri comportamenti di incuria e anzi nega i problemi o rifiuta l'intervento del servizio, questi provvede a

segnalare la situazione al Tribunale dei Minori. Il Tribunale dei Minori emette un decreto di affidamento al servizio sociale con limitazione della potestà genitoriale e obbligo per i genitori di seguire le prescrizioni date dal servizio. Una équipe minima del servizio sociale composta da un assistente sociale e da uno psicologo valuta le capacità di recupero delle capacità genitoriali della famiglia di origine e, se la valutazione è negativa, propone al Tribunale dei Minori l'allontanamento del minore e l'affido temporaneo a una famiglia affidataria, individuata e offerta da una équipe centralizzata del servizio sociale. Nel frattempo la famiglia di origine intraprende un percorso di terapia familiare e il decreto di affidamento del Tribunale dei Minori ha termine in relazione al recupero delle capacità genitoriali sancito dai terapeuti familiari.



5. Il percorso delle situazioni di abuso prevede i passi sottoelencati.

1. *Segnalazione*. Può essere fatta in differenti modi:
1.1. Direttamente da chi rileva, alla Procura del Tribunale Ordinario.

1.2. Tramite gli organi di polizia: Commissariato PS, Carabinieri.

1.3. Tramite i servizi sociali che trasmettono la segnalazione contemporaneamente alla Procura del Tribunale Ordinario e alla Procura del Tribunale dei Minori.

NB. Il punto critico del percorso è la mancanza di un punto di riferimento fisso e facilmente identificabile per avere informazioni circa le modalità di segnalazione, che potrebbe essere utilizzato da medici, insegnanti e cittadini e che potrebbe essere costituito da un referente fisso all'interno dei servizi sociali.

2. *Iter giudiziario*. Segue due binari paralleli:

2.1. La Procura del Tribunale Ordinario avvia una indagine di Polizia Giudiziaria tesa a evidenziare l'ipotesi di un reato penale, l'individuazione del responsabile di reato e della relativa pena. A questo scopo vengono attivati diversi canali di indagine, tra i quali vi può essere anche l'audizione del minore.

2.2. La Procura del Tribunale dei Minori avvia un percorso di valutazione sulla situazione di tutela del minore, tesa a evidenziare se esistano le condizioni di protezione del minore. A questo scopo vengono attivati i servizi sociali del territorio perché conducano una valutazione sulla famiglia di origine, un sostegno al minore e alla famiglia, oppure un allontanamento del minore.

NB. Il punto critico principale è la mancanza di comunicazione fra le attività delle due Procure, per cui le indagini del Tribunale Ordinario hanno la priorità, impediscono di comunicare alla famiglia la segnalazione per non incorrere nell'inquinamento delle prove, impediscono l'intervento del Tribunale dei Minori e dei Servizi Sociali sia a scopo di aiuto che a scopo di tutela del minore. Inoltre, a indagine ultimata, non sempre il Tribunale Ordinario comunica al Tribunale dei Minori l'esito e il Tribunale dei Minori può prendere con i servizi sociali delle decisioni per la tutela fisica e psicologica del minore, come un suo allontanamento dalla famiglia di origine, senza sapere che l'indagine preliminare ha dato, per esempio, esito negativo.

6. Linea Guida per il percorso (Maltrattamento fisico e Abuso sessuale)

1. *Segnalazione*. Tutte le segnalazioni vanno inviate a una équipe centralizzata presso la sede del servizio sociale. L'équipe centralizzata:

1.1. Contatta la Procura del Tribunale Ordinario e la Polizia Giudiziaria.

1.2. Richiede la curatela del minore al Giudice per le Indagini Preliminari ed esegue interventi urgenti di prima protezione del minore se necessario.

1.3. Attiva l'équipe territoriale di riferimento (assistente sociale e dallo psicologo del territorio di residenza della famiglia abusante).

2. *Intervento*. L'équipe territoriale:

2.1. Valuta il quadro complessivo della situazione traumatica sia negli aspetti individuali del danno che negli aspetti relazionali delle dinamiche e risorse familiari.

2.2. Valuta il modello di pensiero del bambino rispetto all'abuso e all'abusante.

2.3. In alcuni casi provvede all'allontanamento del minore dai suoi familiari.

2.4. In ogni caso attiva la vigilanza sul minore e valuta la risposta della famiglia alla domanda di cambiamento.

2.5. Attiva il trattamento centrato sullo stress traumatico della vittima e sulle relazioni della vittima con la famiglia abusante o con la nuova famiglia.

L'équipe territoriale utilizza una supervisione permanente sui casi clinici seguiti. Può richiedere l'affiancamento di altre figure territoriali a seconda delle situazioni. Il trattamento dell'abusante non viene mai effettuato dall'équipe che tratta la vittima, e viene affidato ad altra équipe.

Nelle Marche il garante per l'infanzia

Nella Regione Marche è stato istituito il garante per l'infanzia e l'adolescenza al fine di assicurare la piena attuazione nel territorio regionale dei diritti e degli interessi, sia individuali che collettivi, dei minori. I suoi compiti sono i seguenti. Il garante promuove, in collaborazione con gli enti e le istituzioni che si occupano di minori, iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti; promuove e sostiene forme di partecipazione dei bambini e delle bambine alla vita delle comunità locali; vigila affinché sia data applicazione su tutto il territorio regionale alla Convenzione internazionale e alla Carta europea; accoglie segnalazioni in merito a violazioni dei diritti dei minori e sollecita le amministrazioni competenti all'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela; interviene nei procedimenti amministrativi della Regione e degli enti da essa dipendenti e degli enti locali ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241: "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" ove sussistono fattori di rischio o di danno per le persone di minore età; cura la realizzazione di servizi di informazione destinati all'infanzia e all'adolescenza; vigila sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e sulle altre forme di comunicazione audiovisive e telematiche affinché siano salvaguardati e tutelati i bambini e le bambine allo scopo di segnalare all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni e agli organi competenti le eventuali trasgressioni commesse in coerenza con il codice di autoregolamentazione della RAI; promuove iniziative per la prevenzione e il trattamento dell'abuso dell'infanzia e dell'adolescenza; fornisce sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione; istituisce un elenco al quale può attingere anche il giudice competente per la nomina di tutori o curatori; assicura la consulenza e il sostegno ai tutori o curatori nominati; verifica le condizioni e gli interventi volti all'accoglienza e all'inserimento

del minore straniero non accompagnato; collabora all'attività di raccolta ed elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale; esprime pareri su atti normativi e di indirizzo riguardanti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, di competenza della Regione, delle Province e dei Comuni. Forse troppe cose per un uomo solo. Ce la farà o tutto sarà come prima?

f.d.

Intramoenia Bindi: le aziende ci rimettono

Supera un miliardo e mezzo di euro il premio contrattuale per i medici del SSN che svolgono attività clinica e che hanno scelto l'intramoenia (cioè il 90,36% dei sanitari clinici a rapporto d'impiego). Nelle casse delle Aziende a fronte del miliardo e mezzo uscito sono entrati, per compartecipazione alla libera professione, 93 milioni di euro, cioè il 13% del totale incassato. L'incasso pro capite in relazione alla popolazione regionale è stato di 33.800 lire nelle regioni del Nord, di 25.080 in quelle del Centro, di 10.630 in quelle del Sud. Il peggiore affare, quindi, l'ha fatto il Sud. Chi ci ha rimesso di meno è stata l'Emilia-Romagna, con una quota pro capite di 42.800 lire di ingresso nelle casse delle Aziende; ci ha rimesso di più la Calabria con un introito di 4100 lire. Si tratta di un altro indicatore di povertà?

red.

I finanziamenti per la ricerca in Europa

Pubblichiamo di seguito l'entità dei finanziamenti per la ricerca nell'Unione Europea, espressi come percentuale del prodotto interno lordo in ordine di stanziamento. La media della UE è pari a 1.93%. Svezia 3.78; Finlandia 3.37; Germania 2.48; Francia 2.16; Danimarca 2.06; Paesi Bassi 2.02; Belgio 1.96; Regno Unito 1.86; Irlanda 1.21; **Italia totale 1.04** (di cui pubblico 0.57); Spagna 0.94; Portogallo 0.76; Grecia 0.60. Un problema di non poco conto è che nel maggio del prossimo anno l'UE crescerà di altri 75 milioni di cittadini con l'accesso dei Paesi ex comunisti dell'Europa centrale e orientale. Insieme con i popoli entreranno nella UE anche 250.000 ricercatori: la forza lavoro della UE nel campo della ricerca crescerà così

del 15%, ma i fondi disponibili solo del 3.5%. Infatti i finanziamenti per la ricerca nei Paesi dell'Europa centrale e occidentale, espressi come percentuale del prodotto interno lordo sono i seguenti: Slovenia 1.51; Repubblica ceca 1.24; Polonia 0.75; Ungheria 0.69; Repubblica slovacca 0.66; Romania 0.40. Ma non è solo un problema di denaro: infatti tutti questi Paesi hanno una ricerca per nulla competitiva; i ricercatori sono oramai vicini alla pensione e con pochi stimoli per miglioramenti e per contatti con l'estero, anche se in qualche Paese come la Polonia si sta assistendo a un tentativo di rinnovamento nel campo della struttura della ricerca (*Il sole24ore sanità*, 23 dicembre 2002; *Nature* 2003;421;459).

red.

Consumo di giornate per l'ECM

Nel 2002 ogni operatore sanitario per acquisire i 10 crediti previsti impiegherà in formazione 1.5-2 giornate lavorative. Nel 2003 per acquisire 20 crediti dovrà destinarne 3-4. Nel biennio 2002-2003 gli operatori del SSN (900.000) impiegheranno 3-5 milioni di giornate lavorative in attività di ECM (*Management* 2002;10:19).

red.

Acido folico in gravidanza

Poiché molte donne non assumono acido folico prima dell'inizio della gravidanza, ma solo dopo, in Canada, dal gennaio 1998, alla gran parte dei cereali è stato aggiunto acido folico in modo da fare assumere alla popolazione generale un'aggiunta di 0,1-0,2 mg al giorno di folati. La somministrazione solo post-concezionale di folati sembra, infatti, raggiungere risultati lontani dall'atteso. Successivamente all'introduzione della supplementazione è stata valutata l'incidenza di difetti del tubo neurale nella provincia dell'Ontario. Fra 337.000 donne che hanno fatto un prelievo per screening per difetti del tubo neurale la prevalenza del difetto prima dell'intervento di comunità era di 1.13/1000; dopo l'intervento di supplementazione la prevalenza era scesa a 0.40-0.67/1000. La monitoraggio della popolazione continua per mettere in evidenza eventuali effetti indesiderati connessi alla supplementazione (*Lancet* 2002;360:2047).

red.

Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo con iperattività

A cura della Consensus Conference di Cagliari (6-7 marzo 2003)

Dopo il recente dibattito, sia tra gli operatori sanitari che sulla stampa, in merito alla probabile reintroduzione in commercio del metilfenidato per curare l'ADHD, che ha suscitato confusione e sconcerto anche nell'opinione pubblica, e in mancanza di protocolli operativi nazionali condivisi, si è tenuta a Cagliari il 6-7 marzo 2003, organizzata dall'Università degli Studi di Cagliari e dall'Istituto "Mario Negri" di Milano, una Conferenza nazionale di consenso sull'ADHD. Al termine dei lavori, a cui hanno partecipato anche l'ACP e il CSB, è stato redatto e sottoscritto il documento qui allegato.

1. Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo dell'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva, caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria. In Italia, a tutt'oggi, non sono stati condotti studi epidemiologici che consentano di stimare con precisione e accuratezza la prevalenza del disturbo a livello nazionale; in altre nazioni (in particolare gli Stati Uniti) la prevalenza dell'ADHD è stimata tra il 3 e il 5% della popolazione in età scolare, mentre la prevalenza delle forme particolarmente gravi (*disturbo ipercinetico* della classificazione ICD-10 dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. Tuttavia, ampio è l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del *setting* osservato.

2. Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, coinvolge e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, potendo predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. L'espressione sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.

3. La diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM IV per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evo-

lutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere, oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. A tal fine è particolarmente utile l'uso di strumenti quali questionari (ad esempio *Scale Conners* e *ADHD-RS*, *SCOD*) e le interviste diagnostiche (ad esempio *Kiddie-SADS* e *PICS-IV*), opportunamente standardizzati e validati, possibilmente su campioni italiani. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino.

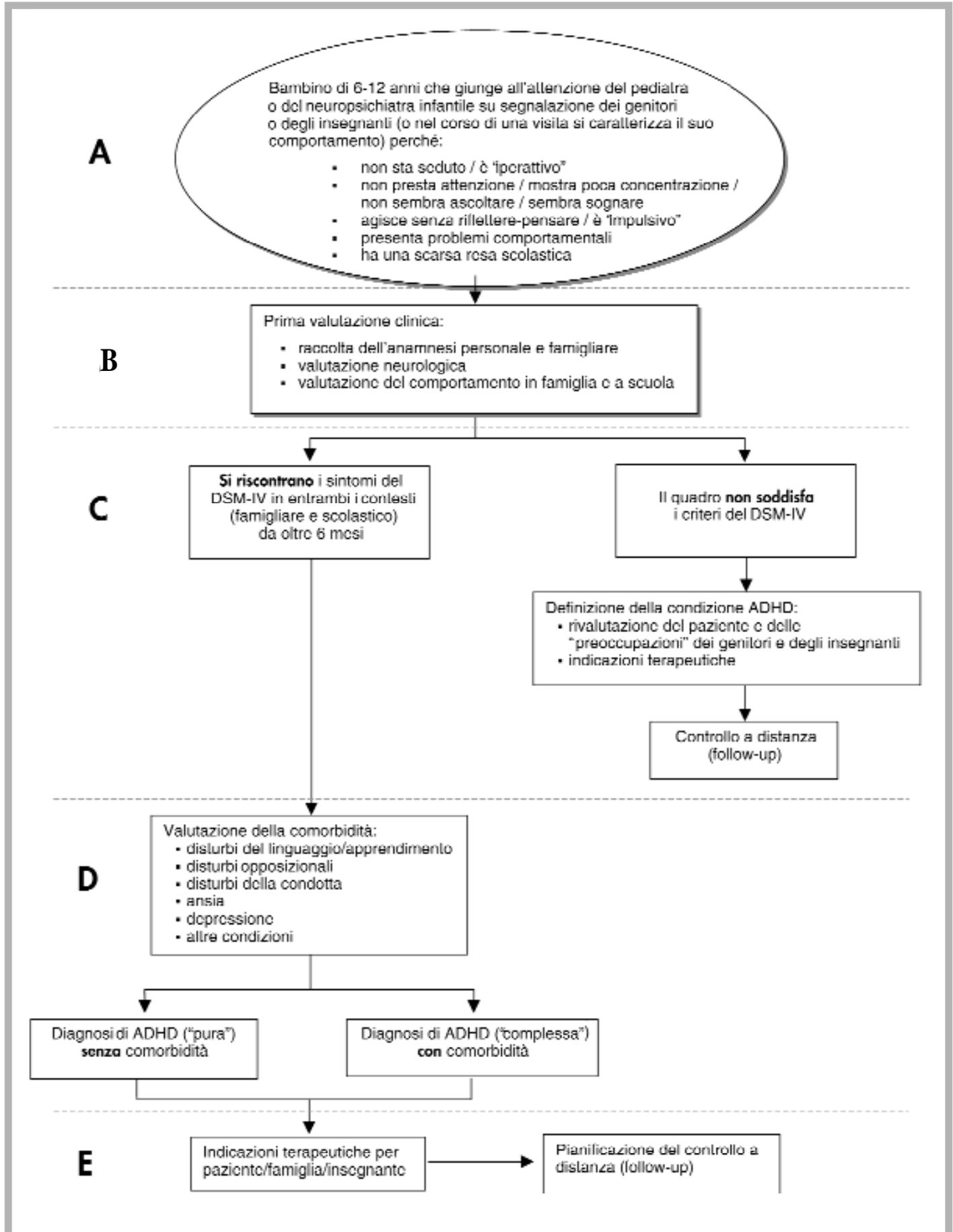
4. Circa i due terzi dei bambini con ADHD presentano sintomi di altri disturbi o associati a situazioni sociali e ambientali disagiate; è quindi auspicabile una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga a un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso (vedi algoritmo della *figura 1*). L'ADHD deve essere considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare. Scopo principale degli interventi terapeutici svolti dagli operatori dell'età evolutiva deve essere quello di migliorare il benessere globale (la salute) del bambino. In particolare gli interventi terapeutici devono tendere a: migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare le capacità di apprendimento

scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.

5. Sebbene la più ampia gamma di possibili interventi sia auspicabile, la mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi giustifica l'inizio della terapia farmacologica, quando appropriata. I genitori devono essere informati, in modo comprensibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie.

6. Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Gli interventi psicologici includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Il lavoro con i genitori (*parent training*) ha lo scopo di favorire la comprensione dei comportamenti del bambino, fornire strategie per la loro gestione e modificazione, migliorare la qualità delle interazioni all'interno della famiglia e con il contesto sociale. Il lavoro con gli insegnanti ha lo scopo di favorire un'adeguata integrazione scolastica del bambino, di ristrutturare la percezione del contesto scolastico nei suoi confronti e di consentire strategie educative più adeguate. L'intervento psicologico con il bambino prevede interventi di modulazione cognitiva al fine di favorire la riflessione sui propri processi di pensiero e quindi una maggiore riflessività e l'uso di piani d'azione. Ad esso può associarsi un intervento psicoterapico di sostegno, in particolare nei soggetti con manifestazioni depressive e/o ansiose, interventi volti a

FIGURA 1: ALGORITMO PER LA DIAGNOSI E LA VALUTAZIONE DELL'ADHD



favorire i processi di socializzazione in gruppi di coetanei e interventi riabilitativi più specifici per le abilità scolastiche. Tali interventi non-farmacologici sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto all'intervento farmacologico. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.

7. L'intervento farmacologico va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, presentandolo come un ausilio agli sforzi intrapresi e non come la soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali.

8. Gli psicostimolanti (il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD (compromissione del funzionamento globale misurata, ad esempio, da un punteggio alla C-GAS uguale o inferiore a 40). Il metilfenidato risulta essere efficace in circa i due terzi dei soggetti trattati. Sono attualmente utilizzati anche altri farmaci (ad esempio antidepressivi triciclici ad azione noradrenergica, agonisti alfa-adrenergici), sebbene, in base alle prove di evidenza disponibili, il loro uso dovrebbe essere di seconda scelta.

9. Il metilfenidato deve essere utilizzato con prudenza nei bambini con ADHD che presentano sintomi o storia familiare di disturbo bipolare, tic o sindrome di Gilles de la Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, cardiopatie, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela anche nei bambini con epilessia o con altre patologie interistiche segnalate dal pediatra curante. La partecipazione del pediatra di base è anche necessaria per il monitoraggio degli effetti indesiderati e delle reazioni avverse (*tabella 1*).

10. La terapia con metilfenidato deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile

dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e consultati gli altri operatori sanitari e sociali (pediatra di famiglia, psicologo, assistente sociale ecc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia. Appare opportuno che la prima prescrizione avvenga in Centri di riferimento indicati dalle regioni (almeno uno per regione) operanti presso strutture accreditate di Neuropsichiatria Infantile. Tutto il percorso diagnostico e terapeutico per bambini e adolescenti con ADHD dovrebbe far riferimento a questi Centri, che dovranno prevedere in organico o in convenzione le figure professionali del pediatra, dello psicologo, del pedagogista e dell'assistente sociale.

11. I bambini in terapia con metilfenidato devono essere monitorati regolarmente. Appare opportuna, per ogni bambino, la definizione di un piano terapeutico personalizzato che preveda un controllo clinico da parte del neuropsichiatra infantile del Centro di Riferimento dopo il primo e il secondo mese di terapia per la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità. Qualora venga deciso di mantenere la terapia farmacologica, saranno programmati controlli clinici dopo 4 mesi e successivamente almeno ogni 6 mesi. Il piano terapeutico dovrà riportare la durata prevista del trattamento (massimo 6 mesi, rinnovabili). La valutazione nei periodi intermedi potrà essere effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, in collaborazione con il pediatra di famiglia, lo psicologo e l'assistente sociale. Si suggerisce

che, in questi periodi intermedi, il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o il pediatra possano effettuare la prescrizione del farmaco, attenendosi a quanto previsto dal piano terapeutico del Centro di riferimento che dovrà accompagnare (in copia) la ricetta. Appare opportuno sospendere, almeno una volta all'anno (p. es. nelle vacanze estive), il trattamento farmacologico per verificarne la reale necessità.

12. Ogni bambino con diagnosi di ADHD dovrebbe essere seguito con visite periodiche per almeno due anni, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso. Dovranno essere attentamente monitorate l'intensità dei sintomi, la compromissione del funzionamento globale, l'eventuale comorbidità e/o comparsa di complicanze, l'efficacia e la tollerabilità degli interventi terapeutici.

13. È auspicabile che l'intero percorso diagnostico-terapeutico e di monitoraggio degli esiti sia parte di un dettagliato e specifico piano nazionale, ad articolazione regionale, volto alla valutazione di una comune e appropriata assistenza al bambino con ADHD e alla sua famiglia. In tale contesto, per una più appropriata pianificazione dei futuri interventi, sarebbe opportuno attivare iniziative quali:

a) un **Censimento dei Centri di riferimento** esistenti e dei casi seguiti, quale attività della SINPIA e delle Associazioni dei genitori;

b) uno **Studio epidemiologico formale** che definisca la prevalenza e l'incidenza nazionali dell'ADHD e delle variabili a

TABELLA 1: EFFETTI INDESIDERATI (ALCUNI RARI) ASSOCIATI AL TRATTAMENTO CON METILFENIDATO

- **Sistema nervoso centrale e periferico**
Insonnia, ansia, disforia, diminuzione dell'appetito, tic, allucinazioni, psicosi a contenuto persecutorio, aumento dell'iperattività
- **Tratto gastrointestinale**
Dolore addominale, nausea, vomito, secchezza delle fauci
- **Apparato cardiovascolare**
Tachicardia, palpitazioni, aritmie, ipertensione, angina pectoris
- **Cute e/o ipersensibilità**
Rash, prurito, orticaria, febbre, artralgia, alopecia

questa associate, oltre ai diversi approcci diagnostici e terapeutici;

c) un **Registro nazionale dei casi di ADHD** associati alle prescrizioni di metilfenidato quando sarà nuovamente commercializzato.

14. Le indicazioni del presente documento possono essere così riassunte:

- la diagnosi di ADHD, e degli altri disturbi con sintomi simili, deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve coinvolgere, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;
- il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino;
- occorre predisporre un piano nazionale (con un'articolazione a livello regionale) specifico riguardo a questa patologia, per una diagnosi che valuti in modo accurato il disturbo e per fornire un'assistenza adeguata al bambino malato e alla sua famiglia.

Hanno partecipato ai lavori della Conferenza e alla stesura del presente documento finale:

Dante Besana, Maurizio Bonati, Carlo Calzone, Bernardo Carpinello, Carlo Cianchetti, Cesare Cornoldi, Paolo Curatolo, Franco Dessì, Raffaele D'Errico, Filippo Drago, Walter Fratta, Silvio Garattini, GianLuigi Gessa, GianMarco Marzocchi, Gabriele Masi, Pierluigi Morosini, Massimo Omerini, Paolo Pancheri, Carlo Pintor, Alessandro Zuddas.

Il presente documento è stato approvato dalle seguenti Società Scientifiche e Associazioni:

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA); Società Italiana di Pediatria (SIP); Società Italiana di Psichiatria (SIP); Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI); Società Italiana di Farmacologia (SIF); Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF); Associazione Italiana Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA); Associazione Culturale Pediatri (ACP); Centro per la Salute del Bambino (CSB); Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP); Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività (AIDAI); Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA); Giunta del Collegio Nazionale Professori Ordinari di Neuropsichiatria Infantile.

“CONGRESSO NAZIONALE ACP 2003” 9 - 10 - 11 - 12 OTTOBRE

Centro Congressi “Ville Ponti” - Varese

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE

Giornata di studio su

“L'infermiere e l'assistenza al bambino: prospettive per la formazione e la pratica”

Per informazioni: Prof. M. Seguini 328 4097736

VENERDÌ 10 OTTOBRE

ore 9,15 Apertura del Congresso *M. Narducci, N. D'Andrea*

Relazione e reti in pediatria Discussant: *M. Gangemi*

9,30 **La competenza del genitore** *L. Sanicola*

10,00 **Discussione**

10,30 **Il pediatra di famiglia come attivatore di reti** *F. Zanetto*

10,45 **Discussione**

11,00 break

11,30 **Il progetto “genitori quasi perfetti”** *G. Tamburlini*

12,00 **Discussione**

13,00 Colazione di lavoro

Dalla teoria alla pratica Discussant: *M. Fontana*, commento in chiave EBM di *R. Buzzetti*

14,30 **Le linee guida NASPGHN sul GER: scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia**

A. Biolchini, E. Mazzocchi, L. Rabbone, L. Saleri

- vomito ricorrente associato a GER non complicato, scarsa crescita, irritabilità

- GER e apnea, ALTE

- GER e asma, polmonite ricorrente, URI

16,30 break

17,00 **Novità in tema di epatite C** *G. Maggiore*

17,30 **Novità in tema di obesità** *C. Maffei*

Ad ogni capitolo della sessione seguirà discussione di 10'

SABATO 11 OTTOBRE

Vecchio e nuovo nelle malattie infettive Discussant: *A. Alberti, J. A. Levi*

9,15 **La condizione del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme** *G. Tamburlini*

9,45 **Discussione**

10,00 **Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un paese in via di sviluppo** *L. Castelli*

10,30 **Discussione**

10,45 break

11,15 **Una vecchia novità: la TBC** *G. Besozzi*

11,45 **Discussione**

12,45 **ACP e dintorni: sessione poster e comunicazioni brevi**

13,30 colazione di lavoro

15,00 **Incontro dei Soci ACP con il Comitato Editoriale di Quaderni acp**

16,00 **Assemblea nazionale dei Soci ACP con elezione del presidente**

e di 4 componenti il consiglio direttivo. Sono in scadenza: Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali, Corrado Rossetti e Antonella Stazzoni; non sono rieleggibili.

20,30 CENA SOCIALE

DOMENICA 12 OTTOBRE

Ci sono novità? Discussant: *M. Farneti*

9,00 **Punti di vista su: varicella, morbillo, influenza** *G. Bartolozzi, L. Grandori*

11,30 **Come sono cambiati i bambini** *F. Panizon, M.L. Bassani*

12,30 Chiusura del congresso

Segreteria

Mario Narducci 02 95339123 marionarducci@tin.it

Federica Zanetto 039 6080083 zanetof@tin.it

Segreteria organizzativa: Quickline sas

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste 040 372 8911

Quote di iscrizione: Soci ACP euro 200 entro 20/7 (dopo tale data 250 euro); non soci euro 300 entro 20/7 (dopo tale data 350 euro); specializzandi ed infermieri euro 100 entro 20/7 (dopo tale data 150 euro).

Come arrivare al Centro Congressi: Autostrada A8 casello Varese; seguir e le indicazioni per Centro Congressi. Ville Ponti-Villa Panza. Ferrovie Nord da Milano piazzale Cadorna. Ferrovie dello Stato da Milano Porta Garibaldi. Mezzi pubblici: dalle due stazioni ferroviarie a Varese bus AVT lettera A. Aeroporto Malpensa.

Aggiornamento avanzato

38 La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire da un inganno?

L'articolo passa in rassegna la letteratura relativa alla sindrome di Munchausen by proxy allo scopo di fornire un quadro dello stato attuale delle conoscenze sulla sindrome. Viene sottolineata la necessità di stabilire chiari e riconosciuti criteri diagnostici e strategie di approccio al problema, nonché la necessità di ulteriori dati di ricerca e approfondimenti, soprattutto in Paesi come il nostro, in cui mancano ancora studi sistematici in questa direzione.

Leggere e fare

42 Sono utili gli antistaminici per migliorare la prognosi dell'otite media essudativa?

Gli Autori si chiedono se sia razionale la prescrizione di antistaminici nel migliorare la prognosi dell'otite media essudativa. Il trial clinico randomizzato analizzato nel lavoro esaminato non dimostra alcun beneficio rispetto al miglioramento del quadro otoscopico, audiometrico e timpanometrico. La prescrizione di antistaminici nell'otite media essudativa non sembra, dunque, basata su prove di efficacia.

44 L'allattamento al seno aumenta il rischio di asma?

L'articolo di Sears e coll. oramai famoso, pubblicato su "Lancet" ha suscitato molto dibattito tra gli operatori sanitari e da più parti lo studio ha subito critiche sui metodi e l'analisi dei risultati con lo scopo di confutarne le conclusioni. In questo articolo Carlo Gonzales, pediatra di famiglia di Barcellona, offre un'altra chiave di lettura, da estendere anche ad altri articoli che tentano di trovare un nesso causale (anche in senso protettivo), tra allattamento e malattie.

Il caso che insegna

46 Una dodicenne in stato confusionale a scuola

Una bambina si presenta con uno stato confusionale acuto che progredisce verso un coma di I-II grado. Per un inquadramento diagnostico sono risultati utili un'accurata anamnesi personale e familiare e l'EEG eseguito durante la crisi, che ha mostrato un tracciato lento diffuso. Il caso si è risolto con somministrazione per via endovenosa di salicilato di lisina e metoclopramide suggeriti da un articolo di "Lancet" che ha permesso di fare diagnosi.

Saper fare

48 L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini

L'articolo prende origine dalla difficoltà che il pediatra ambulatoriale, che non si occupi in modo specifico di endocrinologia, talvolta avverte nella valutazione clinica dei genitali del bambino a seconda delle diverse tappe dell'età evolutiva. L'argomento viene affrontato in modo sistematico, corredandolo di tabelle di riferimento utili nella pratica quotidiana e limitandosi a quelle di solito non disponibili nei trattati di pediatria generale.

La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire da un inganno

Rita Semprini, Psicologa. Bologna

Alessia Martellani, Laureanda in Psicologia all'Università di Bologna

La sindrome di Munchausen by proxy (MSBP) fa parte del vasto capitolo degli abusi verso l'infanzia; è un disturbo del tutto particolare per le peculiarità che la caratterizzano, che ne rendono difficile l'individuazione, la collocazione in una categoria diagnostica e in una nosografia precisa. È anche una malattia "fittizia", quindi finta, ingannevole, simulata, ma nello stesso tempo reale, seppure "by proxy", cioè procurata da un'altra persona, in genere dalla madre.

L'abuso, in senso lato, connota la sindrome e tutta la storia clinica dei singoli casi; viene infatti ripetutamente abusato un bambino, ma sono in qualche modo abusati anche il medico, gli specialisti, il pediatra, lo staff ospedaliero, i quali possono diventare, a loro volta, abusatori per procura.

La definizione di MSBP «può essere applicata a chiunque induca in modo costante sintomi su un'altra persona, che di conseguenza viene considerata malata; ma la definizione viene usata soprattutto in casi riguardanti i bambini» (1). La forma "by proxy" si distingue dalla sindrome di Munchausen (MS), tipica invece dell'adulto, in cui soggetti adulti producono e/o simulano intenzionalmente segni o sintomi fisici sulla propria persona (spesso questa rappresenta una evoluzione nel tempo della originale forma infantile "per procura").

La MSBP viene definita come un insieme di sintomi e/o segni in stretta relazione fra loro costituenti il seguente cluster:

1. Malattie in un bambino, simulate e/o prodotte da un genitore o da qualcuno che è *in loco parentis*.
2. Il bambino viene sottoposto a visite e cure mediche di solito prolungate e spesso a molteplici e complessi trattamenti medici.

3. Colui che danneggia il bambino nega di conoscere la causa della malattia.

4. I sintomi acuti e i segni di malattia nel bambino cessano quando viene separato dalla persona che li causa.

Nella definizione vengono specificamente escluse le situazioni di solo abuso fisico, di solo abuso sessuale e di solo arresto dello sviluppo senza causa organica. Il *Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali* dell'Associazione Psichiatri Americani, DSM IV (3) include la MSBP nella categoria delle malattie indotte artificialmente; utilizza il termine "Factitious Illness by Proxy" e stabilisce i seguenti criteri:

- A. Produzione o simulazione intenzionale di sintomi in un'altra persona che è affidata al soggetto.
- B. La motivazione di tale comportamento è di assumere il ruolo di malato per procura.
- C. Sono assenti incentivi esterni per tale comportamento (ad esempio un vantaggio economico).
- D. Il disturbo non è meglio giustificabile da un altro disturbo mentale.

La falsificazione dei sintomi

La falsificazione della malattia nel bambino può avvenire sia attraverso la simulazione di malattia (la madre simula una malattia ma non causa direttamente dolore, ad esempio mente al medico riferendo sintomi inesistenti, oppure introduce sangue nelle urine dichiarando che il bambino ha perdite ematiche), sia attraverso la produzione di malattia (la madre causa realmente una malattia nel bambino, ad esempio soffocandolo ripetutamente e dicendo che soffre di episodi di

apnea); le due situazioni possono coesistere. I bambini diventano vittime del comportamento dell'abusante e presentano una gamma incredibile di malattie, tutte fittizie; vengono ricoverati molto spesso in diversi ospedali e sottoposti continuamente a visite ed esami clinici, più o meno invasivi, che nella maggior parte dei casi danno risultati negativi o molto strani. La cosa induce a indagare ulteriormente, ma raramente viene fatta una diagnosi senza riserve. Spesso i medici pensano di trovarsi di fronte a una patologia rara, a un caso mai descritto prima. Quando i sintomi e i segni sembrano coerenti con un determinato tipo di patologia, il disturbo può essere inespugnabilmente classificato come refrattario a qualsiasi terapia convenzionale.

La sindrome include sintomi di ogni tipo: i più comuni sono di tipo ematologico (emorragie, presenza di sangue in feci/urina), respiratorio (apnea), neurologico (crisi convulsive), gastrointestinale (vomito e diarrea), dermatologico (eruzioni cutanee), febbre. I problemi si presentano più comunemente in bambini molto piccoli, ma possono verificarsi in qualsiasi momento dell'infanzia, compreso il periodo perinatale, ed estendersi fino all'adolescenza. La gravità della MSBP dipende dal danno inferto; di solito la patologia indotta è più grave per il bambino di quella simulata, ma anche la patologia simulata può essere molto grave, e perfino produrre più danni, a causa degli interventi medici e chirurgici, spesso non necessari, cui il bambino è sottoposto.

Le caratteristiche dell'abusante

Fra le caratteristiche "tipiche" della sindrome merita particolare attenzione la

Per corrispondenza:

Rita Semprini

e-mail: semprita@inwind.it

aggiornamento avanzato

Abstract

The paper presents a review of literature in order to have a picture of the present knowledge about Munchausen syndrome by proxy. It is highlighted the necessity of clear and recognized diagnostic criteria and approach strategies to the problem, as well as the necessity of further research data, especially in those countries, like Italy, still lacking in systematic studies.

Rita Semprini, Alessia Martellani, Munchausen syndrome by proxy

Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 38-41

figura della madre abusante, la quale si presenta sempre come molto affettuosa e attenta verso il figlio, molto partecipe e collaborativa con tutto lo staff medico. Una sorta di "madre modello": è sempre vicina al bambino, non lo lascia mai solo in ospedale durante i ricoveri, si presta ad aiutare il personale infermieristico nelle diverse procedure mediche. Insiste nel dire che è l'unica con cui il bambino mangia, beve o prende le medicine; spesso chiede, e ottiene, di essere lei stessa a somministrare farmaci o a raccogliere campioni di sangue o urina, trasformandosi nell'infermiera di suo figlio, anche in ospedale.

Le madri riescono a instaurare con il personale di assistenza un rapporto che assume toni confidenziali, amichevoli. Esse infatti si pongono in modo disponibile, attento, incoraggiante, si potrebbe dire "seduttivo", ottenendo di attirare a sé l'attenzione del personale, di coinvolgerlo su un piano personale, tanto da aumentare il loro interesse e la disponibilità verso il caso specifico.

Riescono alla fine a conquistare la totale fiducia dello staff, anche perché spesso mostrano grande familiarità con la terminologia medica; in molti casi svolge lavori di tipo infermieristico o a stretto contatto con un ambiente medico. Nel rapporto col figlio, nonostante l'apparente legame molto stretto, quasi simbiotico, colpisce l'assenza di partecipazione emotiva rispetto alla sofferenza del bambino per le numerose procedure mediche, a volte molto dolorose e invasive, cui è sottoposto.

I medici e le infermiere rimangono perplessi e stupiti di fronte all'atteggiamento della madre, non solo di accettazione, ma quasi di compiacimento alla prospettiva di un nuovo intervento sul bambino. A ciò si associa la tendenza a consultare un numero elevato di specialisti, a cambiare frequentemente medico e a passare da un ospedale all'altro.

Rosenberg (4) tenta di definire la "gamma dell'inganno" della MSBP, tracciando una sorta di lista di problematiche in cui si imbatte chi ha a che fare con questo tipo di disturbo.

- Il segno distintivo della MSBP è la contraffazione di una patologia medica per un certo periodo di tempo (da giorni-settimane a mesi o anni).
- Gli autori della MSBP non rientrano necessariamente in una tipologia precisa: chi simula può diventare autore della malattia; la stessa simulazione richiede un grado notevole di psicopatologia, anche se nascosta e non precisata.
- La varietà di mezzi con cui le madri possono simulare o produrre la patologia è incredibile (ad esempio, sono numerosi i modi per produrre il vomito).
- La MSBP può comprendere la deliberata omissione di medicine o cure per un bambino che è veramente malato (la MSBP si distingue dalla più comune negligenza medica per la premeditazione nell'omissione).
- MSBP e malattia reale possono avvenire insieme: ciò rende particolarmente difficile la diagnosi e la valutazione delle reali condizioni del bambino (il bambino può avere una patologia clinica vera che però non scompare con le cure mediche adeguate; il bambino può ammalarsi più frequentemente a causa di un sistema immunitario indebolito dalla malattia cronica indotta artificialmente).
- La MSBP può manifestarsi attraverso anomalie comportamentali, di sviluppo o psichiatriche (sono stati riportati fra i disturbi da MSBP anche paralisi cerebrali, ritardi di sviluppo, sordità, problemi psichiatrici).
- I bambini che concordano di avere tutti i sintomi, fisici o psicologici, denunciati falsamente dalle madri non devono essere considerati dei bugiardi (i bambini credono a ciò che viene detto loro dagli adulti che li accudiscono; è il loro modo di imparare).
- La MSBP deve essere distinta da altri disturbi che rivelano l'ansia del genitore (in pratica si tratta di distinguere

le situazioni in cui c'è o non c'è contraffazione).

- Le caratteristiche visibili di chi perpetra questo abuso rientrano in una gamma molto ampia (è sbagliato credere che il perpetratore appartenga solo a ceti socio-economici medio-alti con un buon livello culturale).
- Coloro che perpetrano la MSBP possono "vendicarsi" o accanirsi contro i medici e l'ospedale (a volte le madri denunciano l'ospedale o il medico curante per negligenza, a volte sporgono denuncia per essere state accusate; la perseveranza e la determinazione con cui vengono perseguite tali azioni sono simili a quelle con cui è stata fabbricata la malattia).

I dati della letteratura

Le prime pubblicazioni risalgono agli anni Settanta. Non esiste un corpus di ricerca consolidato, mancano tecniche adeguate e riconosciute per l'identificazione dei casi, strumenti per l'identificazione dei bambini a rischio, indicatori che mostrino il rapporto fra malattia del bambino ed eventi di vita familiare e studi di follow-up a lungo termine. La gamma delle manifestazioni del disturbo è talmente vasta da renderne particolarmente difficile la definizione e la individuazione di criteri diagnostici accettati. Scarsi sono anche gli studi di incidenza e di prevalenza della malattia anche in Italia (comunicazione personale: CBM, Milano, e Ospedale Bambin Gesù, Roma).

Gli studi e le ricerche sull'argomento provengono quasi esclusivamente da cinque Paesi: Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, Nuova Zelanda e Australia.

La letteratura si basa essenzialmente su relazioni e descrizioni di singoli casi o raramente, di piccole casistiche.

Fra gli studi più importanti quello condotto negli anni Ottanta in Colorado dall'équipe di Rosenberg (2) su un campione di 117 bambini con un'età media di

40 mesi, per metà maschi e per metà femmine, che riporta dati e considerazioni particolarmente interessanti (5).

Per esempio, risulta che oltre l'80% dei casi di produzione di malattia avvengono in ospedale, mentre il bambino è ricoverato: dato che fa riflettere circa la sicurezza dell'ospedale per i bambini vittime di MSBP.

L'indagine riporta una mortalità del 9% a un'età inferiore ai 3 anni, causata dalla madre, dovuta prevalentemente a soffocamento e avvelenamento da sale o veleni di altro genere.

Interessante anche quanto emerge da questo studio a proposito del perpetratore che risulta essere nel 90% dei casi la madre biologica e nel 2% la madre adottiva. Altre indagini (6) confermano la colpevolezza della madre in una percentuale del 90%, del padre in un 5% dei casi e di un'altra figura femminile (infermiera o baby-sitter) ancora nel 5%. Il 10% di queste donne presentano esse stesse la sindrome di Munchausen (MS). Il disturbo psichiatrico più comune a carico del perpetratore risulta essere la depressione, e i disturbi di personalità più diffusi sono la personalità isterica e la personalità borderline.

Le madri responsabili dell'abuso spesso mostrano un rapporto emotivamente distaccato con il coniuge, mancanza di sostegno e isolamento sociale.

La definizione della psicopatologia dell'abusante resta un problema ancora aperto fra gli studiosi della sindrome.

La notevole abilità nell'inganno, la varietà delle forme che può assumere la malattia e i molti modi per procurarla rendono praticamente impossibile l'utilizzo delle classificazioni dei disturbi psichiatrici attualmente in uso (7). Fra i tentativi fatti in questo senso è significativo lo studio di Bools (8), dal quale risulta che la psicopatologia più rilevante è il disturbo di personalità e, in prevalenza, quello di tipo istrionico e borderline. Tuttavia la maggior parte dei soggetti soddisfa i criteri per più di una categoria di disturbo di personalità.

Meadow (6) pone l'accento su due questioni importanti non ancora studiate in modo sistematico: la possibilità di serial killing, cioè che la persona accusata del reato possa avere commesso o commettere altri reati e che il perpetratore soffra della sindrome di Munchausen.

Ciò riporta al problema della sicurezza dei fratelli delle vittime e dei bambini che vivono con persone che presentano la MS. Pur non disponendo ancora di dati precisi, risulta comunque che una certa percentuale di soggetti che commettono questo abuso sono stati a loro volta abusati allo stesso modo.

Questo è in linea con i dati relativi alla trasmissione transgenerazionale per quanto riguarda gli abusi e i maltrattamenti in generale.

Interessante ancora, a proposito della mancanza di conoscenze circa le conseguenze a lungo termine per i bambini vittime di MSBP e per i loro fratelli/sorelle e dei rischi che questi ultimi possono correre è il problema della possibile relazione fra MSBP e SIDS. Una ricerca (9) su ventisette casi di MSBP con soffocamento e apnea ha trovato che diciotto dei bambini avevano fratelli/sorelle maggiori che erano morti e molte di queste morti erano state classificate come SIDS.

Naturalmente questo non consente di trarre alcuna conclusione, ma diversi Autori si interrogano sulle probabilità che una percentuale di morti classificate come SIDS siano di fatto infanticidi.

Nella letteratura europea la MSBP fa la sua comparsa solo nella seconda metà degli anni Ottanta; gli studi sono ancora scarsi. Nel 2002 è stata pubblicata una rassegna (10) degli articoli apparsi in tutti gli altri Paesi del mondo fra i quali l'Italia (11), al di fuori dei cinque principali.

In questi Paesi pare non esistano testi dedicati alla MSBP in lingua originale; non sono stati fatti tentativi di valutare l'incidenza e la prevalenza della sindrome; si ritiene vi siano grandi probabilità che il problema venga sottovalutato.

Linee guida per l'approccio

Jones (12) propone alcune linee guida per un corretto approccio medico in casi di MSBP sospetta:

- Praticare qualsiasi test o esame clinico che possa fornire delle conferme oggettive alla diagnosi, considerando come obiettivo primario la sicurezza del bambino.
- Ricordare che i metodi di produzione di malattie da parte del perpetratore sono potenzialmente infiniti.
- Ricordare che l'ospedale è il luogo migliore per la valutazione diagnostica; è importante pianificare una strategia in collaborazione con tutto lo staff medico e infermieristico, tenendo presente tuttavia che l'ospedale è anche il luogo in cui gran parte della MSBP viene prodotta; occorre pertanto fare in modo che il bambino sia tenuto sotto controllo costantemente.
- Se il bambino è già in grado di parlare, si può tentare un'intervista diretta, cercando di avere da lui una serie di informazioni.
- Controllare personalmente i resoconti della madre, chiedendo informazioni ad altre persone vicine al bambino o che possono aver assistito al manifestarsi della "malattia" nel bambino. Controllare anche le precedenti cartelle cliniche.
- Prendere contatti diretti con il medico di famiglia o altri pediatri che hanno avuto in cura il bambino per verificare la veridicità della storia medica familiare riferita dai genitori.
- Verificare se ci sono malattie mal classificabili nei fratelli o nei genitori del piccolo paziente.
- Valutare scrupolosamente gli esami di laboratorio.
- Se necessario, allontanare la madre dal bambino, o far supervisionare le visite da una persona esperta in medicina, che deve essere sempre presente per tutto il tempo della visita.

- Richiedere una valutazione psichiatrica e psicologica del bambino.
- Richiedere alla magistratura che vengano revisionati i referti medici e visitati tutti i fratelli.

La presentazione della diagnosi alla famiglia è un problema: non ci sono indicazioni precise per questo, ma viene raccomandato di essere chiari e semplici, di essere supportivi e non accusatori, di essere pronti a proteggere immediatamente il bambino.

I servizi sociali e la magistratura devono essere al corrente della situazione prima di parlare con la madre. È necessario garantire un'assistenza psichiatrica ai genitori immediatamente dopo la rivelazione della diagnosi. Ci sono seri rischi di tentativi di suicidio da parte della madre.

Conclusioni

Il comportamento del pediatra deve essere di grande prudenza. I casi di morte per MSBP di solito avvengono ad opera della persona abusante, ma i bambini possono morire anche a causa di complicazioni insorte per "curare" la patologia indotta.

Nella MSBP molte volte il male più grande sui bambini è commesso dalle azioni diagnostiche e terapeutiche di medici in buona fede, ma ingannati.

Pertanto il pediatra, pur essendo abituato ad ascoltare i genitori e a basarsi sulle loro informazioni, dovrebbe riuscire a riservarsi un piccolo angolo per il dubbio: uno degli ostacoli maggiori alla scoperta della MSBP e alla diagnosi in tempi brevi è l'esclusione della malattia fittizia dalla diagnosi differenziale. Si è calcolato che il tempo medio che intercorre fra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi è più di un anno; secondo alcuni Autori raggiunge addirittura i venticinque mesi.

Accorciare i tempi significa non solo proteggere il bambino, ma anche preve-

nire in grande misura la morbilità e la mortalità associate alla MSBP. La MSBP è una diagnosi pediatrica, non psichiatrica. Non esiste nessun esame psichiatrico o psicologico, nessuna tecnica di intervista che possa escluderla.

Esami psicologici possono evidenziare la personalità dell'autore dell'abuso o le sue caratteristiche psicopatologiche, ma ciò non aiuta molto nella definizione diagnostica.

Il miglior test diagnostico è l'allontanamento del minore dal sospetto colpevole per verificare se il bambino migliora radicalmente. Mian (13) sottolinea come si renda assolutamente necessario un approccio multidisciplinare, per una serie di ragioni che impediscono il rapido e corretto intervento quali: la scarsa conoscenza della sindrome e la difficoltà a credere che i genitori possano essere i veri responsabili, dato anche il tipo di rapporto che il perpetratore ha con la vittima.

A ciò si aggiunge la straordinaria capacità dell'abusante di negare il danno inferto e di persuadere circa la propria innocenza. Solo un team multidisciplinare e una costante e corretta comunicazione fra i membri dello staff possono consentire di fare fronte a tutti i problemi e i raggiri che la MSBP comporta, fornendo a ogni componente della squadra il sostegno necessario per affrontare le proprie difficoltà.

La stessa diagnosi è in se stessa un atto di accusa in quanto la MSBP più che una malattia è una forma molto grave di abuso sul minore.

Anche se il medico non è un giudice, è suo dovere avere il coraggio di affrontare il genitore perpetratore, i servizi sociali e i servizi di tutela per l'infanzia e dichiarare ciò di cui ha le prove.

Per quanto difficile possa essere è sempre doveroso, per chiunque si occupi dell'infanzia, proteggere i bambini, e sempre meno pericoloso che fingere di non vedere e di non sapere: il peggiore degli abusi.

Bibliografia e note

- (1) Meadow R. Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:501-8
- (2) Rosenberg D. Web of deceit: a literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 1987;11:547
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington DC: Autor, 1994
- (4) Rosenberg D. Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della Sindrome di Munchausen per procura. In: La sindrome di Munchausen per procura. Milano: Centro Scientifico Editore, 1996
- (5) È questo uno dei pochi studi che riporta dati di prevalenza, confermati anche da studi successivi, che sono: emorragie/perdite di sangue 44%; apnea/violente improvvise crisi respiratorie 42%; depressione del SNC 15%; diarrea 11%; vomito 10%; febbre 10%; esantema 9%. La maggior parte dei bambini presentava più problemi contemporaneamente.
- (6) Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1997;2:343-5
- (7) Bools C. Factitious illness by proxy. Munchausen Syndrome by Proxy. *British J Psychiatry* 1996;169:268-75
- (8) Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen Syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect* 1994;18:773-88
- (9) Meadow R. Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J Pediatr* 1990;117:353-7
- (10) Feldman MD, Brown RMA. Munchausen Syndrome by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:509-24
- (11) In specifico, per quanto riguarda l'Italia, nella rassegna vengono citati articoli pubblicati dal 1987 al 2000, che descrivono un totale di dieci casi riguardanti bambini di età compresa fra la primissima infanzia e i 12 anni. L'abusante risulta essere sempre la madre; la natura della MSBP comprende: ipoglicemia procurata da somministrazione di libellamide, vomito provocato e denutrizione, avvelenamento da furosemide, pseudo-ostruzioni intestinali, sospetto avvelenamento da oppioidi o da anticolinergici.
- (12) Jones J, et al. Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 1986;10:33-4
- (13) Mian M. Un approccio multidisciplinare. In: La sindrome di Munchausen per procura. Milano: Centro Scientifico Editore, 1996

Sono utili gli antistaminici per migliorare la prognosi dell'otite media essudativa?

Teresa Cazzato, Gaetano Carrassi, Laura Dell'Edera, Pietro Fanelli, Vito Lisi, Maria Stella Liuzzi, Annamaria Moschetti, Ornella Soligno
ACP Puglia-Basilicata

Abstract

Authors ask if the use of antihistamines in improving the prognosis of otitis media with effusion should be considered rational. A randomized clinical trial analyzed in this paper does not show any improvement on otoscopic examination, audiometry or tympanometry tests. The prescription of antihistamines for otitis media with effusion is not then evidenced based.

Teresa Cazzato, Gaetano Carrassi, Laura Dell'Edera, Pietro Fanelli, Vito Lisi, Maria Stella Liuzzi, Annamaria Moschetti, Ornella Soligno
Are antihistamines useful in improving prognosis of otitis media with effusion?

Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 42-43

Scenario clinico

I genitori di una bambina di 6 anni con una storia di otiti acute recidivanti hanno la sensazione che la bambina abbia una diminuzione dell'udito; vengono eseguite un'audiometria e un'impedenziometria: diagnosi "ipoacusia trasmissiva bilaterale in soggetto con otite media essudativa". Viene prescritta una terapia con amoxicillina e antistaminico per bocca. I genitori chiedono al curante se è d'accordo di intraprendere la terapia.

Background

L'otite media con effusione (OME) è caratterizzata dalla presenza di liquido nell'orecchio medio. I bambini si presentano di solito con problemi di diminuzione della capacità uditiva e di ritardo di sviluppo del linguaggio. Il 5% dei bambini tra 2 e 4 anni ha una perdita bilaterale della capacità uditiva associata a OME per almeno 3 mesi e può persistere fino a 1 anno. La prevalenza del difetto cala notevolmente dopo i 6 anni.

La domanda in tre parti

In un [bambino con OME]

[POPOLAZIONE]

la terapia con [antistaminici]

[INTERVENTO]

è efficace nel migliorare [la prognosi]

[OUTCOME]

Strategia di ricerca

Con l'aiuto del **MeSH Browser** di PubMed troviamo i seguenti termini: "Otitis Media with Effusion" - "Histamine H1 Antagonists" - prognosis.

Immettiamo i termini trovati nelle CLINICAL QUERIES digitando: "Otitis

A	Qual è l'intervento (es. posologia e modalità di somministrazione del farmaco in sperimentazione)? Amoxicillina (40 mg/kg/die in 3 somministrazioni per 2 settimane) + sciroppo di pseudoefedrina e clorfeniramina (1 mg e 0.09 mg /kg x 4 v/die x 4 settimane per os)
B	Motivo dell'intervento Guarigione OME
C	Quale esito si sta studiando (e a che distanza temporale)? Risoluzione otoscopica dell'effusione, risoluzione timpanografica dell'effusione, miglioramento della capacità uditiva con audiometria dopo 4 settimane
D	Quanti ricevono l'intervento? 178
E	Quanti hanno un esito favorevole con l'intervento? 1. Otoscopia: 52 2. Timpanometria: 26 3. Audiometria: 38
F	Proporzione (E/D: proporzione dell'esito favorevole) 1. 0,292 (52/178) 2. 0,146 (26/178) 3. 0,213 (38/178)
G	Quale è il controllo? Placebo
H	Quanti ricevono il farmaco di controllo (placebo)? 172
I	Quanti hanno un esito favorevole con il farmaco di controllo? 1. Otoscopia: 25 2. Timpanometria: 13 3. Audiometria: 43
J	Proporzione (I/H) 1. 0,145 (25/172) 2. 0,075 (13/172) 3. 0,250 (43/172)

Per corrispondenza:

Laura Dell'Edera

e-mail: l.delledera@tiscalinet.it

Media with Effusion” AND “*Histamine H1 Antagonists*” AND *prognosis*; selezionando **Therapy and Specificity** si trova 1 articolo.

Articolo selezionato

Cantekin E, et al. Antimicrobial therapy for otitis media with effusion (“secretory” otitis media). *JAMA* 1991; 266:3309

Caratteristiche principali dello studio

Nazione: USA. *Tipo di studio:* RCT in doppio cieco. *Follow-up:* 4 settimane. *Setting:* Children’s Hospital of Pittsburgh. *Randomizzazione:* effettuata nello stesso Ospedale.

Pazienti e interventi confrontati

Pazienti arruolati: N = 518 bambini (7 mesi - 12 anni) con OME mono o bilaterale; la diagnosi si basava sull’esame otoscopico e sulla timpanometria

Gruppo di controllo

N = 172 bambini trattati con 2 placebo (per 2 e 4 settimane)

Gruppi sperimentali

N. 1 = 178 trattati con amoxicillina (40 mg/kg/die in 3 somministrazioni per 2 settimane) + sciroppo di pseudoefedrina e clorfeniramina (1 mg e 0.09 mg/kg x 4 volte/die x 4 settimane per os)

N. 2 = 168 trattati con amoxicillina (40 mg/kg/die in 3 somministrazioni per 2 settimane) + placebo (per 4 settimane)

Criteri di esclusione

Malformazioni congenite; malattie sistemiche; pregresso intervento di tonsillectomia, di adenoidectomia o di inserzione di tubo endotimpanico; deficit uditivo non attribuibile a effusione nell’orecchio medio; severa ostruzione delle alte vie aeree; OMA; sinusite acuta o cronica; trattamento con antistaminici nei 30 giorni precedenti; allergia alle penicilline.

Analisi degli eventi presentati dagli Autori

A distanza di 4 settimane i bambini sono stati controllati per essere sottoposti a:
- *otoscopia* (e suddivisi in 3 gruppi in base all’esito: 1. presenza di effusione, 2. OMA, 3. guarigione);

- *timpanometria* (e suddivisi in 3 gruppi: 1. presenza di effusione, 2. OMA, 3. guarigione);

- *audiometria* (e suddivisi in 3 gruppi: 1. stazionario, 2. peggiorato, 3. migliorato). Per calcolare l’NNT (che gli Autori non calcolano) rispetto alle 3 misure di esito proposte utilizziamo la tabella da *Bandolier* (la rivista di EBM inglese consultabile gratuitamente in rete all’indirizzo <http://www.jr2.ox.ac.uk:80/Bandolier/index.html>). Nella nostra analisi utilizziamo l’*intention to treat* (analisi secondo l’intenzione a trattare) (*Quaderni acp* 1998; 6:38); cioè calcoliamo F e J utilizzando al denominatore 178 e 172 come numero di pazienti, perché erano quelli che erano stati randomizzati all’inizio (*tabella*); gli Autori, viceversa, hanno escluso dall’analisi dell’efficacia del trattamento 23 pazienti nel gruppo 1 e 22 del gruppo 2 perché non avevano eseguito il follow-up. L’analisi secondo l’intenzione a trattare riflette meglio ciò che potrà accadere nella realtà quando un trattamento viene offerto ai pazienti.

L’NNT si calcola con la formula: $1/F - J$, dove F è la proporzione di esiti favorevoli tra i trattati e J la proporzione di esiti favorevoli tra i controlli. Se prendiamo in considerazione l’otoscopia, il numero dei pazienti da trattare (NNT) con antibiotico e antistaminico per ottenere un esame otoscopico normale è 6.8 (per approssimazione, 7) (IC 95%: 4,3-16,3); per ottenere una timpanometria normale bisogna trattarne 14 (IC 95%: 7,4-19,6,5), mentre per l’audiometria la proporzione di bambini che migliorano a 4 settimane è maggiore tra coloro che avevano ricevuto il placebo!

Se paragoniamo tra loro i gruppi che hanno ricevuto i due trattamenti sperimentali, non si evidenzia alcuna differenza nelle misure di esito considerate.

Nell’articolo sono inoltre riportati effetti collaterali nel 15% dei soggetti del gruppo 1 (amoxicillina + antistaminico), nel 9% dei soggetti del gruppo 2 (amoxicillina + placebo), nel 6% del gruppo 3 (placebo + placebo). A questo punto il curante potrà informare i genitori che è molto probabile che il trattamento proposto non sarà efficace nella risoluzione dell’OME, e che la bambina potrebbe avere degli effetti collaterali in seguito al trattamento.

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
Email: acpcampania@tin.it

**Le giornate di
Medico e Bambino
e
“GLI ARGONAUTI”**

**IV Incontro tra i pediatri
delle regioni meridionali**

Congresso e corsi di formazione
Polo turistico “Nova Yardinia”
Villaggio “Il Calanè”
SS 106 - Castellaneta Marina (TA)

16-18 maggio 2003

Tel. 099 8432601
Fax 099 8432609

E-mail: ilvalentino@ilvalentino.it

Segreteria ed informazioni

ACP Puglia e Basilicata
via Sele, 13 - Altamura
Tel. e Fax 080 3149709

sito web: www.acppugliabasilicata.it
E-mail: acppb@tiscalinet.it

Nicola D’Andrea
Ospedale di Matera
Tel. 0835 243323
Fax 0835 243293

L'allattamento al seno aumenta il rischio di asma?

Carlos González

Pediatra di famiglia, Barcellona (Spagna)

Abstract

The article by Sears et al. published on The Lancet has aroused much debate among health operators. Much criticism has been made regarding methods and result's analysis aiming at confuting conclusions. González in this article offers another point of view extendable also to other articles searching for a causal bond (in a protective way also) between breast feeding and asthma.

**Carlos González, Breast feeding and asthma risk
Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 44-45**

I fatti

C'è stato clamore attorno all'articolo di Sears e coll. (1), che hanno analizzato i dati di una coorte di nati nel 1972-'73 in una regione della Nuova Zelanda. Vediamo: su 1661 bambini nati in un ospedale in quell'anno, 1139 erano ancora residenti nella stessa regione all'età di 3 anni; di questi, 1037 sono stati reclutati nello studio.

I dati sulla durata dell'allattamento al seno sono stati raccolti mediante un questionario applicato all'età di 3 anni e sono stati completati dai dati dei registri compilati dalle infermiere che visitavano regolarmente i bambini a casa. Il 45% dei bambini non erano mai stati allattati al seno; il 7% erano stati allattati per meno di 4 settimane; il 49% per più di 4 settimane. Quasi tutti avevano ricevuto qualche biberon di latte formulato nel periodo neonatale. I bambini sono stati valutati a 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 e 26 anni. A partire dai 7 anni, sono stati indagati con attenzione i sintomi e la diagnosi di asma e allergia, e a partire dai 9 anni è stata fatta una spirometria a ogni visita. A 13 e a 21 anni sono state fatte prove cutanee di allergia nei confronti di vari antigeni non alimentari.

Tra i 9 e i 26 anni i bambini allattati al seno hanno sofferto di asma significativamente di più dei non allattati (odds ratio tra 1,50 e 2,93 a seconda dell'età); a 13 e 21 anni avevano anche più prove cutanee positive all'epitelio di gatto, agli acari e al polline. La prevalenza dell'asma era aumentata indipendentemente dalla durata (da 3 a 26 o più settimane) dell'allattamento al seno. L'associazione persisteva anche aggiustando per precedenti familiari di allergia e in un model-

lo multifattoriale aggiustato per livello socioeconomico, ordine di nascita, uso di pelle di pecora nell'infanzia e fumo materno (odds ratio 1,83 per il rischio di asma tra 9 e 26 anni).

Il commento

L'effetto protettore dell'allattamento al seno nei confronti dell'asma e di altre malattie allergiche è stato sempre controverso; si sospettava che l'allattamento al seno proteggesse solo contro l'allergia al latte vaccino e ad altri alimenti introdotti tardivamente (2). Questo studio non analizza le allergie alimentari. Sorprende e preoccupa, tuttavia, che l'allattamento al seno non solo non diminuisca, ma aumenti il rischio di asma, nonostante altri studi abbiano mostrato risultati simili (3). Che impatto può avere questo studio sulla promozione dell'allattamento al seno?

In primo luogo, quanto affidabili sono questi risultati? Si tratta di uno studio ben disegnato, nel quale si è cercato di evitare molti possibili bias.

Sarebbe assurdo sottomettere ogni dettaglio dello studio a un attento scrutinio alla ricerca di possibili errori (i più evidenti sarebbero quelli legati alla classificazione dell'esposizione, cioè dell'allattamento al seno, che a detta degli stessi Autori non era mai di tipo esclusivo), visto che non siamo altrettanto esigenti con i numerosi studi favorevoli all'allattamento al seno.

D'altra parte, non si conosce alcun meccanismo men che ipotetico per il quale l'allattamento al seno possa causare asma; ancor meno si comprende come la selezione naturale possa aver permesso che ciò succeda. Sembra logico attende-

re i risultati di altri studi, in diverse popolazioni e con disegni ancora più accurati (soprattutto nel classificare l'esposizione), per vedere se confermano questa associazione, prima di darla per dimostrata. Esiste una remota possibilità che sia solo frutto del caso. Esiste anche una piccola possibilità che si tratti di un compromesso evolutivo, che il piccolo aumento del rischio di asma sia il prezzo da pagare per una protezione molto maggiore nei confronti di altre malattie. Sembra più probabile che qualche fattore ancora non identificato, forse associato allo stile di vita occidentale, interagisca con l'allattamento al seno facendo aumentare il rischio di asma, e che in assenza di questo fattore l'allattamento non aumenti il rischio.

Si potrebbero quindi suggerire dei temi per future ricerche: studiare popolazioni con bassa prevalenza di asma, come quelle di aree poco industrializzate o rurali; studiare che cosa succede quando si seguono le attuali raccomandazioni sull'alimentazione infantile, cioè l'allattamento al seno esclusivo fino a circa 6 mesi (quasi tutti i bambini dello studio di Sears avevano preso biberon di formula nei primi giorni e probabilmente altri liquidi e alimenti complementari a 3-4 mesi o prima, come si usava negli anni Settanta; l'80% dei bambini è stato allattato per meno di 4 mesi); aggiustare per altri possibili fattori di confusione (frequenza alla scuola materna, modi e tempi dell'introduzione di alimenti complementari, presenza di animali domestici). In uno studio caso-controllo è stata riscontrata una forte associazione tra l'introduzione precoce di cereali e l'asma per allergia al polline (4).

Per corrispondenza:

Carlos González

e-mail: carlosgon@ya.com

leggere e fare

Le conclusioni

Dobbiamo smettere di promuovere l'allattamento al seno? O, in altre parole, dovremo raccomandare l'allattamento artificiale per prevenire l'asma? Evidentemente no. Se addirittura fosse definitivamente provata l'associazione tra allattamento al seno e asma, l'aumento del rischio non sarebbe grande e sarebbe ampiamente compensato dalla protezione che l'allattamento al seno offre per altre malattie. Inoltre, il latte artificiale attuale è molto diverso da quello che si usava negli anni Settanta e nessuno ci garantisce che i risultati sarebbero gli stessi.

Infine, dovremmo cambiare le nostre strategie di promozione dell'allattamento al seno? Credo che in questo caso la risposta sia sì. Dobbiamo smetterla di porre enfasi sui vantaggi e sui benefici dell'allattamento al seno. L'allattamento è una parte normale del ciclo riproduttivo della donna e una tappa normale dello sviluppo del bambino. Ha un valore in sé, non come semplice strumento per migliorare la salute. La frase «è meglio dare il seno perché il biberon aumenta il rischio di diarrea» è equivalente alla frase «è meglio vedere, perché essere cieco aumenta il rischio di essere investiti». Non prestiamo attenzione ai nostri occhi per evitare di essere investiti, ma per evitare la cecità.

Se una persona fa dell'esercizio fisico contro i suoi desideri, perché gli hanno detto che l'esercizio "fa bene al cuore", smetterà immediatamente di fare esercizio se legge che "recenti studi indicano che l'esercizio fisico fa male al cuore". Chi fa esercizio fisico lo fa perché gli piace e si diverte e non si lascerà impressionare da queste notizie.

Proprio perché per decenni si è parlato dei vantaggi dell'allattamento al seno e lo si è promosso come mezzo per migliorare la salute, qualsiasi studio che mostri o sembri mostrare il più piccolo effetto negativo dell'allattamento al seno diventa immediatamente una notizia (5).

Per circa un milione di anni le madri hanno dato il seno senza sapere che aveva dei vantaggi. Se vogliamo recuperare la cultura dell'allattamento al seno, dobbiamo mettere da parte il perché e

concentrarci sul come: formare operatori che possano sostenere efficacemente le madri e ricreare le condizioni sociali ed economiche che facilitino l'allattamento. La maggioranza delle madri non ha bisogno di altra motivazione che non sia la soddisfazione stessa di allattare. Se crediamo che sia necessario usare l'argomento dei vantaggi per convincere coloro che stabiliscono le politiche di promozione della salute, sarebbe prudente concentrarsi su quei pochi vantaggi che sono stati dimostrati in maniera ineccepibile, come per esempio la prevenzione della diarrea (6).

Bibliografia

- (1) Sears MR, Greene JM, Willan AR, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO, Herbison GP, Poulton R. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet* 2002; 360:901
- (2) Jenmalm MC, Bjorksten B. Exposure to cow's milk during the first 3 months of life is associated with increased levels of IgG subclass antibodies to beta-lactoglobulin to 8 years. *J Allergy Clin Immunol* 1998;102:671
- (3) Takemura Y, Sakurai Y, Honjo S, et al. Relation between breastfeeding and the prevalence of asthma: the Tokorozawa Childhood Asthma and Pollinosis Study. *Am J Epidemiol* 2001;154:115
- (4) Armentia A, Bañuelos C, Arranz ML, et al. Early introduction of cereals into children's diets as a risk-factor for grass pollen asthma. *Clin Exp Allergy* 2001;31:1250
- (5) Leeson CP, Kattenhorn M, Deanfield JE, Lucas A. Duration of breast feeding and arterial distensibility in early adult life: population based study. *BMJ* 2001;322:643
- (6) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413

PER I LETTORI

Su questo numero di "Quaderni acp", per mancanza di spazio, non compaiono alcune rubriche (congressi, lettere, libri). Le riprenderemo dal prossimo numero.

LUISELLA GRANDORI CONSULENTE ACP PER LE VACCINAZIONI

Il Consiglio direttivo acp nella riunione del 6 marzo ha affidato a Luisella Grandori il compito di seguire, per l'Associazione, i problemi delle vaccinazioni in età pediatrica. I gruppi ed i singoli possono utilizzare la consulenza di Luisella Grandori, contattandola al suo E-mail luisegra@tin.it o al suo indirizzo (via Archirola, 98 - 41100 Modena), Tel. 059 395322.

GIORNATE PEDIATRICHE PERUGINE

Sala Camera di Commercio
19-21 settembre 2003

Segreteria scientifica

Franco Passalacqua franzisbe@yahoo.it
Lucio Piermarini tinap@tin.it

Segreteria organizzativa *Quickline sas*
Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 040 363586

Su LIBER LIBRI PER L'OSPEDALE

Sul n° 56 di LIBER vi sono numerosi saggi sull'utilità dei libri in ospedale; tutti i saggi sono utili, ma a noi sembra che quello dotato di maggiore significato sia il contributo di Maria Letizia Meacci sui libri dedicati alla preparazione del bambino al suo ingresso in ospedale. Questa situazione ancora viene presentata e vissuta in maniera traumatizzante e per essa i libri possono mettere in atto energie per accettare la malattia come momento di crescita. I medici ospedalieri dovrebbero conoscere abbastanza di questa lettura. La Meacci score una decina di titoli di estrema utilità per i pediatri (ospedalieri e non).

LIBER è una rivista trimestrale che si occupa di libri per bambini e ragazzi. È pubblicata da Idest, Via Ombrone 1, 50013. Campi bisenzio (FI). Tel. 0558 966577; e-mail: liber@idest.net.

Agli iscritti ACP viene concesso uno sconto sull'abbonamento: 33,57 euro invece di 41,32 da versare sul c.c.p. 15192503, intestato a Idest. Indicare nello spazio la causale "socio ACP".

Una dodicenne in stato confusionale a scuola

Chiara Locatelli, Gianluca Vergine, Giampiero Casadei, Giancarlo Cerasoli, Mauro Pocecco
 UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", AUSL Cesena

La storia

Sara, 12 anni, è a scuola; improvvisamente ha cefalea e poi uno stato confusionale con impossibilità a leggere e a concentrarsi. Viene portata in ospedale dalla mamma che è andata a prenderla, chiamata dall'insegnante.

Quando viene visitata, Sara è pallida, sudata, agitata, lamenta nausea e conati di vomito, e non si regge in piedi. Ha inoltre un eloquio rallentato, dice frasi senza senso e riferisce di avere una riduzione del visus che non sa precisare meglio. La progressione verso uno stato comatoso è rapida.

All'ingresso Sara è disorientata, obnubilata e presenta un coma di I-II grado della "Glasgow Coma Scale":

- apre gli occhi su stimolo verbale;
- risponde alle domande usando parole inappropriate;
- localizza lo stimolo dolorifico.

Sono assenti segni meningei e neurologici focali; i riflessi osteotendinei sono normoevocabili; le pupille sono isocriche, isocicliche e normoreagenti allo stimolo luminoso. La restante obiettività clinica è negativa. PA 120/75 mmHg.

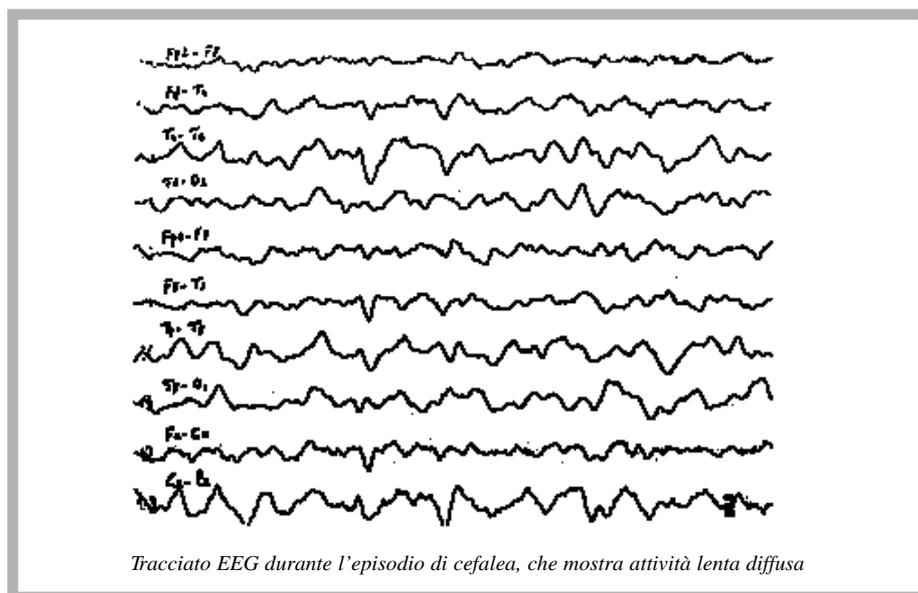
Gli esami ematochimici non sono significativi: gli indici di flogosi sono negativi; elettroliti, glicemia, funzionalità epatica e renale sono nella norma. La TC cerebrale risulta negativa e l'EEG mostra un'attività lenta theta e delta diffusa (figura 1).

Il decorso e la diagnosi

Si tratta di un primo episodio di coma, accompagnato a cefalea in una bambina "grande". L'esame neurologico è negativo per segni focali, ma si sa quanto insicuro sia il pediatra nel fare questa affermazione con sicurezza.

Nel tentativo di inquadramento il primo pensiero (per restare sul ragionevole) va alle intossicazioni farmacologiche o da

FIGURA 1: TRACCIATO EEG ALL'ACCETTAZIONE



Tracciato EEG durante l'episodio di cefalea, che mostra attività lenta diffusa

monossido di carbonio. Nel nostro caso non c'è storia e le pupille sono normali. Nell'intossicazione da barbiturici le pupille sono a punta di spillo, in quella da benzodiazepine sono miotiche e iporeagenti allo stimolo luminoso e in quella da alcol sono midriatiche. Comunque sono state fatte le ricerche tossicologiche, che sono risultate a posteriori negative. Un'intossicazione da monossido di carbonio è negata dalla storia: la bambina è l'unica ad essere stata male in classe e non ha il classico colore "rosso ciliegia" delle gote. Anche un accidente vascolare può esprimersi con questo quadro, ma l'assenza di segni meningei depone contro un'emorragia subaracnoidea, e la normalità della TC esclude una malformazione artero-venosa sanguinante. Ancora in questo caso non si spiegherebbe l'assenza di focalità all'EEG. La normalità della TC esclude un quadro di tumor o pseudotumor. Una meningoen-

cefalite è più difficile da escludere: la clinica, un po' "tirata per i capelli", potrebbe anche essere compatibile con tale patologia e l'EEG potrebbe starci. Manca però la febbre e qualche segno prodromico di interessamento corticale (disturbi del comportamento, modificazioni dell'umore ecc.). Per essere sicuri si sarebbe potuto fare una rachicentesi. Non è stata fatta.

Un coma post-parossistico deve essere considerato per completezza, ma manca completamente il precedente anamnestico di convulsioni. Un coma da encefalopatia metabolica è stato ragionevolmente escluso dai primi accertamenti: la bambina non è ipertesa, la glicemia 107 mg/dl, la creatinina è 0.75 mg/dl, l'ammoniemia e le transaminasi sono nella norma (GOT 19 UI/l, GPT 14 UI/l). Proseguendo nell'inquadramento, viene valorizzata la storia che viene riferita con precedenti episodi di cefalea di breve durata e l'a-

Per corrispondenza:

Mauro Pocecco

e-mail: mpocecco@ausl-cesena.emr.it

il caso che insegna

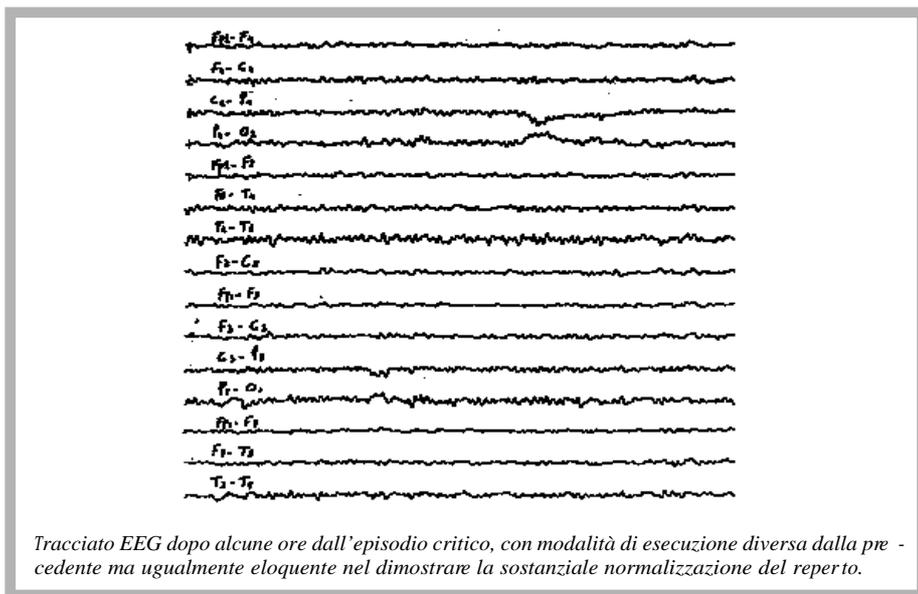
Abstract

The article presents the story of a girl with an acute confusional condition progressing toward a I-II grade coma. A very accurate personal and family anamnesis and an electroencephalography exam during the crisis showing diffused slower waves, allowed the diagnosis. The solution came through the intravenous infusion of lysine salicylate and metoclopramide.

Chiara Locatelli, Gianluca Vergine, Giampiero Casadei, Giancarlo Cerasoli, Mauro Pocecco
A twelve-year old with a confusional condition in school.

Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 46-47

FIGURA 2: TRACCIATO EEG DI CONTROLLO



namnesi familiare: il padre ha una emicrania.

Si prospetta la diagnosi probabile di emicrania e si procede con un ex adiuvantibus mediante la somministrazione per via endovenosa di salicilato di lisina (1000 mg) e metoclopramide (10 mg), suggerita da un articolo di *Lancet* (1). Segue un rapido miglioramento delle condizioni cliniche. A distanza di un'ora Sara è completamente vigile, normoreattiva e ben orientata, ricorda l'accaduto anche se in modo confuso e lamenta solo una modesta cefalea in sede bitemporale. L'EEG di controllo ripetuto dopo cinque ore circa dall'episodio dimostra una completa normalizzazione (figura 2). Formalizziamo quindi la diagnosi di emicrania e nel caso specifico di emicrania confusionale.

Commento

La storia familiare e personale ci ha indirizzato; ciò conferma che bisogna raccogliercela accuratamente. Sara aveva già presentato episodi di emicrania, soffriva di cinetosi e anche il padre aveva una storia analoga. La madre aveva inoltre sottolineato gli imponenti fenomeni vegetativi che avevano accompagnato l'episodio. Il caso ci insegna quindi come la diagnosi di emicrania, specie all'esordio, sia

una diagnosi essenzialmente clinica, di esclusione, molto dipendente da una buona anamnesi, sospettabile solo "se la si sa sospettare". Degli "strumenti" solo l'EEG si è dimostrato utile durante la crisi; l'ex adiuvantibus ci ha permesso di confermare la diagnosi presuntiva di emicrania. L'associazione di salicilato di lisina e metoclopramide, farmaci a portata di ogni pediatra è considerata la terapia di prima scelta da un articolo, non più recentissimo, apparso su *Lancet* (1). Nel lavoro citato veniva comparata l'associazione soprariportata con il più potente sumatriptan nell'emicrania senza sostanziali differenze, e cioè con rapido effetto in entrambe le occasioni (1).

Il percorso diagnostico ci ha ricordato che l'emicrania viene classificata in diversi sottogruppi: la forma "comune" (senz'aura), "classica" (con aura), le forme "atipiche" o "migraine variants", che comprendono il vomito ciclico e gli stati confusionali acuti, e le emicranie complicate (emicrania basilare, emicrania oftalmoplegica, amaurosi fugace ed emicrania emiplegica).

La nostra emicrania confusionale (2), è una forma inquadrabile in una atipica, caratterizzata principalmente da cefalea associata a stato confusionale, sopore, agitazione e disorientamento, che può

rapidamente progredire verso un coma generalmente di I-II grado della Glasgow Coma Scale (3). Qualche volta possono essere presenti segni neurologici (atassia, nistagmo, allucinazioni ecc.) e disturbi vegetativi (nausea, vomito, ipotensione, aritmie, apnee). In alcuni casi un'amnesia globale transitoria domina il quadro clinico (4). La crisi può essere precipitata da un trauma cranico, in genere di lieve entità (5,6), o da uno stress fisico-psichico intenso e tipicamente si risolve nell'arco di alcune ore. Spesso si evidenzia una storia personale e familiare positiva per emicrania (soprattutto da parte della madre). Le immagini neuroradiologiche sono nella norma e l'esame del liquor è negativo. Particolarmente utile è l'EEG che può mostrare la presenza di un tracciato lento diffuso transitorio (7).

Dalla letteratura e dal caso abbiamo imparato che:

- 1) dobbiamo innanzitutto ricordarci che fra le cause di coma o più semplicemente di stato confusionale acuto nel bambino deve essere annoverata anche l'emicrania e, in particolare, una variante specifica denominata "emicrania confusionale";
- 2) la diagnosi è posta essenzialmente sui criteri clinico-anamnestici e sull'esclusione di altre patologie;
- 3) l'ex adiuvantibus con un antiemicranico è un tempo diagnostico essenziale;
- 4) l'EEG, eseguito durante la crisi, può aiutare a supportare la diagnosi.

Bibliografia

- (1) Tfelt-Hansen P, et al. The effectiveness of combined oral lysine acetylsalicylate and metoclopramide compared with oral sumatriptan for migraine. *Lancet* 1995;346:923-6
- (2) Shaabat A. Confusional migraine in childhood. *Pediatr Neurol* 1996;15:23-5
- (3) Haan J, et al. Acute confusional migraine. Case report and review of literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1988;90:275-8
- (4) Sheth RD, et al. Acute confusional migraine: variant of transient global amnesia. *Pediatr Neurol* 1995;12:129-31
- (5) Neinstein L, Milgrom E. Trauma-triggered migraine and acute confusional migraine. *J Adolesc Health* 2000; 27:119-24
- (6) Soriani S, et al. Confusional migraine precipitated by mild head trauma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:90-1
- (7) Pietrini V, et al. Acute confusional migraine: clinical and electroencephalographic aspects. *Cephalgia* 1987;7:29-37

L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini

Sergio Facchini, Valentina Leone, Mauro Pocecco
 UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", AUSL Cesena

L'esame del perineo può precisare lo stato degli organi genitali esterni: il pene deve essere misurato in lunghezza e diametro. Il volume dei testicoli deve essere determinato e rapportato al valore normale per l'età. L'aspetto dello scroto o delle grandi labbra deve essere precisato, così come la localizzazione esatta degli orifizi urogenitali.

Valutazione dei genitali esterni nel maschio

Pene. Le dimensioni del pene variano a seconda degli individui. Il pene del bambino deve essere misurato nella sua lunghezza massima, vale a dire deprimendo il grasso sovrappubico ed esercitando una leggera trazione sul glande se il bambino è circonciso, o immediatamente sotto il glande nel bambino non circonciso. Nel bambino da 1 a 11 anni si può considerare micropene un pene di lunghezza inferiore a 3 cm, soprattutto se consensualmente ha anche una circonferenza molto inferiore alla media. Un pene affondato nel grasso non è un micropene. Le dimensioni medie normali del pene sono riportate nella *tabella 1*. Andranno registrate età e dimensioni.

Scroto. In epoca prepuberale ci si limiterà a valutare la simmetria delle borse. Le modificazioni che interessano lo scroto durante lo sviluppo puberale sono descritte più avanti. Nella valutazione della borsa scrotale, specie in età adolescenziale, va rilevata l'eventuale presenza di un varicocele. Il varicocele è una anormale dilatazione del plesso pampiniforme nello scroto, secondaria a insufficienza valvolare delle vene spermatiche, che interessa prevalentemente il lato sinistro.

Il varicocele può essere così classificato:

- grado I (piccolo): vene peritesticolari palpatoriamente allargate, aumentate dalla manovra del Valsalva;
- grado II (moderato): massa scrotale di vene, identificabili facilmente alla palpazione senza manovra del Valsalva;

TABELLA 1: DIMENSIONI MEDIE DEL PENE

Età (anni)	Lunghezza media (cm)	Circonferenza media (cm)
Neonato	3,5 +/- 0,4	3,3 +/- 0,3
1-9	4 - 6	3,6 - 4,4
10	6,2	4,5
11	6,5	4,7
12	7,1	5,0
13	8,7	5,7
14	9,7	6,8
15	11,8	7,6
16	12,5	7,9
17	13,2	8,4

- grado III (grande): massa scrotale visibile ispettivamente.

Testicoli. I testicoli del bambino sono molto mobili, oscillanti spontaneamente dal canale inguinale allo scroto, e lasciano quest'ultimo sotto l'influenza del freddo, del contatto, dell'emozione; questi stimoli provo-

cano il riflesso cremasterico, interferendo con la esplorazione del testicolo. L'esame deve essere attento, prolungato, in atmosfera calda, con mani calde. Il bambino deve essere in posizione di rilasciamento muscolare: steso sul dorso, con cosce e gambe semi-flesse; o seduto sul bordo di un tavolo con gambe penzoloni. Il pediatra registrerà

TABELLA 2: DIMENSIONI MEDIE DEI TESTICOLI

Età (anni)	Lunghezza per larghezza media (cm)	Volume medio +/- DS (ml)
Neonato	19 x 12	1,6 +/- 0,4
1-9	15 x 10	< 1
10	18 x 11	1,2 +/- 0,4
11	20 x 14	1,8 +/- 0,8
12	23 x 18	4,0 +/- 2,7
13	30 x 23	7,0 +/- 4,5
14	34 x 25	10,8 +/- 5,8
15	36 x 26	12,8 +/- 5,4
16	38 x 27	14,4 +/- 4,5
17	40 x 28	17,6 +/- 4,0

Per corrispondenza:

Mauro Pocecco

e-mail: mpacecco@ausl-cesena.emr.it

Abstract

The paediatrician working on out patients basis has often problems in the clinical evaluation of genitalia's development in children. The topic is therefore approached in a systematic way with reference tables useful in daily practice and not usually available in general paediatric texts.

Sergio Facchini, Valentina Leone, Mauro Pocecco, *The clinical exam of genitalia in children*

Quaderni acp 2003 vol X n° 2; 48-50

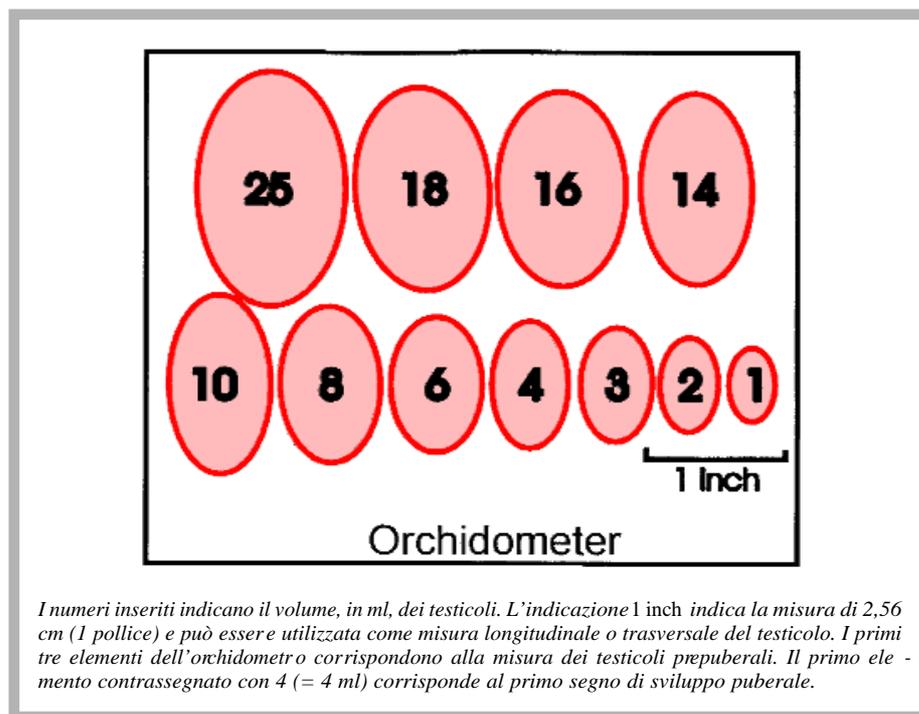
L'abbassabilità dei testicoli, il loro volume, la loro consistenza. Il testicolo prepubere è piuttosto duro; diventerà più elastico durante la pubertà. Un testicolo molle o la presenza di un nodulo nell'ambito di un testicolo sono ritrovamenti patologici. Le dimensioni del testicolo vanno confrontate con le dimensioni medie per l'età riportate nella *tabella 2* e nella *figura 1*, ove è schematizzato l'orchidometro di Prader. Una consistente differenza di volume dei testicoli, anche in assenza di noduli palpabili, è un segno di sospetto di neoplasia, specie in caso di virilizzazione precoce; in questo caso sarà opportuna un'ecografia.

Maturazione e tempi dello sviluppo puberale nel maschio

Tappe cliniche della pubertà maschile

Lo sviluppo dei caratteri sessuali avviene secondo un ordine preciso che può essere seguito nelle raffigurazioni schematiche degli stadi di sviluppo puberale maschile secondo Tanner disponibili su tutti i trattati (Nelson, 16ª Ed., pag. 53). L'aumento di volume dei testicoli è il primo segno che annuncia la pubertà. Esso inizia circa un anno prima dell'apparizione dei caratteri secondari. È più rapido nei primi anni e continua per circa 5 anni. Lo sviluppo della verga e dello scroto è rapido in modo che in due anni si possono ottenere le dimensioni definitive. Nel medesimo tempo gli organi genitali esterni si pigmentano ed il loro rivestimento cutaneo si modifica. Lo sviluppo del pelo pubico inizia di solito qualche mese dopo quello della verga e dello scroto, e avviene con un ritmo meno rapido. Il pelo ha uno sviluppo triangolare durante i primi 2-3 anni della pubertà, poi aumenta lentamente per ottenere, dopo 4-5 anni e talvolta solamente in età adulta, la caratteristica forma a losanga dell'adulto. Tuttavia, accade che compaia una peluria pubica prima dello sviluppo dei testicoli, in questo caso dovuta alla secrezione surrenalica di androgeni. Lo sviluppo del pelo ascellare è un po' più tardivo, e lo scarto con il pelo pubico è in media di un anno. Il pelo della faccia, del tronco e delle membra si sviluppa in modo e tempi assai variabili, di solito raggiunge il suo pieno sviluppo dopo circa 5 anni dall'inizio della pubertà, e sovente anche più tardi. Le areole mammarie nei maschi normalmente si allargano durante la pubertà in quel quadro noto

FIGURA 1: ORCHIDOMETRO DI PRADER



come ginecomastia puberale. Durante i primi due anni di pubertà un terzo dei maschi presenta anche una piccola intumescenza (normale fino ai 2-3 cm di diametro), uni o bilaterale, delle ghiandole mammarie. Infine la mutazione della voce, la comparsa di seborrea ed acne, l'aumento della massa muscolare e lo sviluppo della prostata si instaurano in modo molto differente. La prima eiaculazione avviene in media a 14 anni e tre mesi (+/-9 mesi).

Valutazione degli organi genitali esterni nella femmina

Per eseguire l'esame la bambina verrà posta in posizione supina con le ginocchia flesse e le gambe abdotte. Per visualizzare gli organi genitali esterni basterà esercitare una leggera trazione verso l'esterno sulle cute prossima alle grandi labbra.

Grandi e piccole labbra. In epoca prepuberale sarà sufficiente valutare l'eventuale adesione delle piccole labbra. In questo caso le piccole labbra, fondendosi a livello del vestibolo della vagina, non permetteranno di visualizzare l'orifizio vaginale.

Clitoride. Il clitoride si situa alla confluenza anteriore delle piccole labbra. L'unico

aspetto da valutare è la sua dimensione. L'unica eccezione da non considerare è la falsa ipertrofia nelle nate pretermine. In epoca prepuberale un clitoride normale misura 3 mm in lunghezza e 3 mm in diametro. Se la larghezza del clitoride supera i 6 mm, il caso deve essere indagato con approfondimenti diagnostici. Nell'adulto la sua lunghezza può variare da pochi mm fino a 1,5 cm. Nel 75% delle donne adulte la lunghezza del clitoride si trova tra 2,5 e 6,5 mm.

Orifizi urogenitali. Gli orifizi sono due: sbocco dell'uretra e orifizio vaginale. Il primo si trova più anteriormente ed è più piccolo rispetto al secondo. La presenza o meno di tali orifizi assume significato quando ci si trovi di fronte ad un'ambiguità sessuale. Se ne parlerà in seguito.

Maturazione e tempi dello sviluppo puberale nella femmina

Tappe cliniche della pubertà femminile

Nella femmina solo i caratteri sessuali secondari permettono di seguire lo sviluppo della pubertà mentre le gonadi sfuggono all'esame clinico. Lo sviluppo mammario è il repere principale che può essere seguito

nelle raffigurazioni schematiche degli stadi di sviluppo secondo Tanner, disponibili su tutti i trattati (Nelson, 16ª Ed., pag. 53). Il primo fenomeno è l'aumento dei capezzoli; segue un aumento dei seni propriamente detti. Non è raro che durante i primi mesi lo sviluppo sia unilaterale o asimmetrico. Gli stadi seguenti sono caratterizzati dall'aumento del volume delle ghiandole mammarie, la crescita dei capezzoli, l'allargamento e, talvolta, la pigmentazione delle areole. In 2-3 anni circa, lo sviluppo mammario si attua completamente. Anche la crescita del pelo puberale può essere seguita nelle raffigurazioni schematiche secondo Tanner. Appare in genere qualche mese dopo l'inizio dello sviluppo mammario, raggiungendo in due anni il suo sviluppo completo. Il pelo ascellare compare 12-18 mesi dopo il pelo pubico ed in 2-3 anni raggiungerà lo stadio adulto. Le modificazioni della vulva iniziano con un cambiamento della mucosa, che diviene più rosea e più umida; poi le grandi labbra si ipertrofizzano, le piccole labbra divengono sporgenti e più colorate. Una leggera leucorrea è frequente nel corso della pubertà. Il menarca costituisce il termine di riferimento più preciso della pubertà femminile. Compare circa 2 anni dopo l'inizio dello sviluppo dei seni.

Valutazione della maturazione nelle femmine mediante ecografia degli organi genitali interni

La valutazione degli organi genitali interni (utero e gonadi) risulterà utile soprattutto di fronte al sospetto di pubertà anticipata e nelle situazioni di ambiguità sessuale, ove vanno ricercate strutture mülleriane a testimonianza della secrezione dell'inibitore mülleriano durante la vita fetale.

Utero. Dall'età di 6 mesi fino a 9 anni la lunghezza dell'utero è circa 3 cm (da 26 a 38 mm), il diametro antero-posteriore da 0,5 a 1 cm (media 8 mm), l'area intorno a 2,5 cm²; il rapporto corpo/cervice 1 a 2. Alla pubertà l'area diventa superiore a 4 cm² e il rapporto corpo/cervice s'inverte.

Ovaie. Nei primi anni di vita si ha la crescita di alcuni follicoli, che poi spontaneamente regrediscono. L'aspetto pubere dell'ovaio è caratterizzato da un volume superiore a 3 cm³, con presenza di numerosi follicoli, alcuni dei quali con diametro superiore a 9 mm (tabella 3).

TABELLA 3: CARATTERISTICHE ECOGRAFICHE PRINCIPALI DELLE OVAIE ALLE VARIE ETÀ

Stadio dello sviluppo	Volume (cm ³)	N° follicoli	Diametro follicoli (mm)
Bambina prepubere < 8,5 anni	< 2	< 4	fino a 9
Telarca prematuro	< 2	fino a 5	alcuni/fino a 15
Bambina prepubere tra 8,5-11 anni	< 2	> 6	4-9
Bambina con pubertà precoce completa	> 3	multicistico	3-10, possibili megacisti

Valutazione dei genitali ambigui

Nel valutare gli organi genitali di un bambino ci si può trovare di fronte a genitali non chiaramente classificabili come maschili o femminili. L'ambiguità degli organi genitali esterni è oggetto di una classificazione in cinque stadi proposta da Prader:

Tipo I: semplice ipertrofia del clitoride, orifizio vulvare normale.

Tipo II: ipertrofia del clitoride associata a una fusione posteriore delle grandi labbra; l'orifizio uretrale e l'orifizio vaginale restano distinti.

Tipo III: ipertrofia importante del clitoride, fusione pressoché completa delle grandi labbra che avvolgono un orifizio unico che sbocca nel seno urogenitale.

Tipo IV: pene più o meno sviluppato, ricoperto da un prepuzio incompleto; fusione completa delle vescicole genitali, orifizio urogenitale unico e di piccola dimensione alla base del pene, aspetto di ipospadia perineale con seno urogenitale basso.

Tipo V: pene ben sviluppato con prepuzio circonfenziale completo e orifizio urogenitale all'estremità del glande, scroto piatto e vuoto, seno urogenitale alto.

In tutti i casi, nell'esame del soggetto con genitali ambigui, è molto utile la ricerca di "masserelle" in regione inguino-scrotale, riferibili a testicoli rudimentali e quindi espressione di probabile maschio ipovirilizzato.

Maturazione e tempi dello sviluppo puberale: precisazioni

Variazioni cronologiche della pubertà

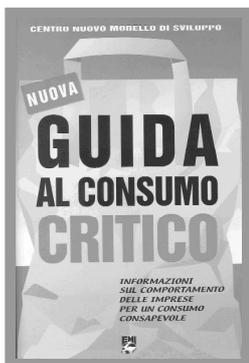
Differenti fattori influiscono sulla data di inizio della pubertà. Alcuni sono familiari.

Esistono correlazioni frequenti tra l'età di inizio della pubertà tra genitori e figli e tra fratelli. Gli altri fattori sono lo stato di salute, lo stato di nutrizione e l'ambiente. Le malattie croniche e l'insufficiente alimentazione tendono a ritardare la pubertà anche di più anni. Il sovrappeso anticipa invece l'età media della pubertà. Sembra inoltre esistere una correlazione tra le condizioni di vita e l'inizio della pubertà. L'anticipo della data delle mestruazioni da una generazione all'altra è stato osservato in alcuni Paesi parallelamente al miglioramento delle condizioni di vita, di igiene e di alimentazione, mentre la pubertà è più tardiva nelle categorie socio-economicamente meno favorite e nelle famiglie più numerose.

Evoluzione puberale della crescita e della maturazione ossea

L'accelerazione della crescita è un elemento costante della pubertà e rappresenta un vero carattere sessuale secondario. Nei maschi la velocità di crescita è in media 8,7 cm durante il primo anno di pubertà e 6,5 cm nel secondo. La crescita è accompagnata da un allargamento delle spalle e da un allungamento degli arti. La crescita termina in media 5 anni dopo l'inizio della pubertà. Nella femmina la velocità di crescita media è di 7,5 cm il primo anno e 5,5 cm il secondo. L'allungamento relativo degli arti è meno importante che nel maschio. La crescita termina circa 4 anni dopo l'inizio della pubertà. L'età ossea è il termine di confronto essenziale. In media, al momento dell'inizio della pubertà, è di 13 anni nel maschio e di 10,5-11 anni nella femmina, e progredisce parallelamente con i caratteri sessuali. Il menarca compare tra i 12,5 e i 13 anni di età ossea.

Libri: occasioni per una



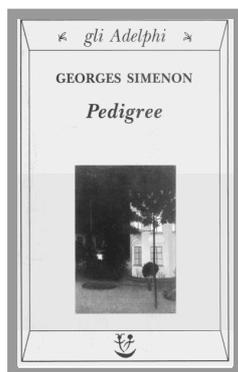
Un gesto talmente abituale e comune da risultare automatico. Il panorama del supermercato è luminosissimo, colorato e affollato. Tutti siamo dei compratori, o meglio dei "consumatori", che significa "compratori frequenti, assidui, abbondanti" che esauriscono in fretta le scorte (producendo residui) e in fretta le rimpiazzano.

Che cosa compriamo? In genere, prodotti a prezzo "buono" e prodotti che siamo convinti, per effetto della pubblicità, che "siano meglio degli altri". Il libro fornisce schede informative sulle maggiori industrie presenti sul mercato. Ciascuna scheda dà notizie circa le società componenti il gruppo industriale, i marchi proposti, le caratteristiche della pubblicità e dell'etichettatura (troppo spesso le etichette sono illeggibili!), il comportamento verso l'ambiente (residui delle lavorazioni più o meno inquinanti, uso di pesticidi e quali) e verso i lavoratori (sicurezza e contratti, sfruttamento del lavoro, lavoro minorile); le speculazioni condotte in Paesi economicamente deboli; i test su animali; la disponibilità aziendale a rendere trasparenti le proprie politiche economiche. In altra parte del libro troviamo un giudizio sui prodotti alimentari e per l'igiene personale e domestica più diffusi. Anche i giornali riportano che in Brasile, in Indonesia e in Malesia si distruggono pezzi di foresta per far posto alle piantagioni di cacao nelle quali vengono utilizzati pesticidi molto pericolosi per i braccianti, per l'ambiente e, in minor misura, ovviamente, anche per noi, e si tratta di pesticidi che sono proibiti nei Paesi industrializzati! Ma non solo la cioccolata ha una storia, anche la

carta igienica e i tovagliolini di carta per i quali vengono pure distrutti pezzi di foreste, e ciascun altro prodotto ha una storia umana, geografica, sanitaria, ecologica, economica. Oggi sono attive diverse associazioni di consumatori impegnate a raccogliere informazioni, a vagliarle e a farle conoscere. Se noi compratori-consumatori riusciamo a fare i nostri acquisti con conoscenza e coscienza, possiamo indirizzare le produzioni, influenzando le decisioni aziendali e le loro politiche economiche. Il libro ci aiuta a capire e a comportarci.

Cristina Cometti

Centro Nuovo Modello di sviluppo
Nuova Guida al consumo critico
Editrice Missionaria italiana, 2000,
pp 416, Euro 12,91



Quest'anno ricorre il centenario della nascita di George Simenon, scrittore belga conosciuto soprattutto per i romanzi polizieschi che hanno come protagonista il commissario Maigret. In *Pedigree* egli racconta la sua vita, intrecciando con abilità la descrizione di alcuni tra i più importanti avvenimenti storici dei primi due decenni del Novecento con le vicende della sua famiglia. Nelle pagine del libro il filo della memoria si dipana svelando i contorni dei personaggi che più di altri hanno influenzato l'infanzia e l'adolescenza di Simenon; in primo luogo i genitori e la vasta schiera dei componenti delle loro famiglie e in secondo luogo i coetanei e gli amici. Di essi l'Autore traccia un profilo che non è semplice descrizione fisica ma diventa analisi interiore, scavo nella profondità dei senti-

menti. Gli avvenimenti che si succedono sono, infatti, raccontati non solo nella loro realtà materiale ma, piuttosto, attraverso le impressioni che generano. Il libro si apre con la nascita di Roger, l'alter ego di Simenon, ma, invece del parto, sulla scena campeggiano i sentimenti dei futuri genitori: la paura della madre al manifestarsi delle doglie, il timore e l'orgoglio del padre. Il primo pensiero del bambino che diventa consapevolezza e memoria è l'immagine della piazza vicina a casa, con le abitazioni colorate e illuminate, piene di suoni, e i profumi che da allora diventeranno inconfondibili. Il fiume sotterraneo delle sensazioni affiora in pagine illuminanti, come quella nella quale è descritta la percezione di Roger adolescente di potersi trasformare in un'infinità di persone, completamente diverse le une dalle altre, con la consapevolezza dolorosa che la decisione finale su cosa diventare sia determinata, inesorabilmente, dal caso. L'abilità con la quale Simenon sa cogliere e descrivere questi stati d'animo è sorprendente e riesce a mettere in secondo piano la concezione aristocratica dell'Autore, ben evidente nel libro, dell'inutilità della ribellione e dell'immutabilità della storia.

Giancarlo Cerasoli

Georges Simenon
Pedigree
Adelphi, 2002, pp 554, Euro 9,50



Si tratta di una sorprendente, fascinosa e convintamente antiscientifica ricerca della chiave per capire perché ciascuno di noi è quello che è e, nello stesso tempo, di una rigorosa contestazione di

buona lettura

alcuni dogmi della cultura moderna, quale quello che vuole che l'uomo, ciascun uomo, sia il risultato dell'interazione tra genetica e ambiente; o quello che vuole, qualunque sia la scuola psicologica, psicanalitica, cognitivista o comportamentista, l'influenza dei genitori così grande sul futuro del bambino (quella che Hillman chiama la superstizione parentale).

Hillman vuole dichiaratamente riportare la psicologia indietro di almeno duecento anni, ai tempi in cui l'entusiasmo romantico smantellava l'età della Ragione; e la visione del mondo ai tempi dei miti greci, del *daimon*, appunto, e delle Moire, del destino che ci viene attribuito prima ancora della nascita, della vocazione ad essere ciò che siamo. Ma non esita in una visione aristocratica per non dire superomistica, tutt'altro; egli vorrebbe che ognuno di noi si sforzasse di cogliere in se stesso, e magari nel figlio o nell'alunno, il senso di questa vocazione e di non tradirla, lasciandole invece spazio di espressione, anche se non è destinata al successo e anche se può anzi essere interpretata come devianza dalla norma. Ad esempio, Hillman vede in sintomi che saremmo tentati con l'aiuto, appunto, della psicologia a diagnosticare come patologici, l'espressione del demone che ci accompagna ancora da prima della nascita e che, come cerca di dimostrare in una serie di godibili casi, arriva anche a scegliersi i genitori più adatti a facilitare lo svelarsi della vocazione di ognuno. Hillman fa larghissimo uso di casi personali di personaggi famosi, nel bene e nel male, per confortare la sua tesi, in modo a volte francamente irritante per chi sia abituato a seguire la ragione, ma sempre letterariamente pregevole. Ad esempio, il pezzo in cui argomenta della diversità irriducibile dei gemelli omozigoti a partire dalla evidente diversità delle loro manie amorose resta forse uno dei brani più brillanti scritti contro una visione deterministica della genetica.

Giorgio Tamburini

James Hillman

Il codice dell'anima

Adelphi, 1997, pp 320, Euro 18



Il cantiere Eole è vissuto e cresciuto sotto la superficie di una Parigi ignara, abitata da milioni di persone, estendendosi per chilometri e chilometri di gallerie, vere catacombe dei tempi moderni. La sua esistenza sconosciuta e silenziosa si configura come luogo ideale per violenze, soprusi e intolleranza razziale. Ahmed è uno fra i tanti immigrati che lavorano nel cantiere. Nonostante un passato difficile trascorso nella sua terra natale, l'Algeria, cerca di condurre una vita tranquilla e onesta insieme alla famiglia. Ma Rachid, suo collega e infiltrato integralista islamico, è deciso a coinvolgerlo nel grande attentato che i gruppi fondamentalisti stanno organizzando ai danni del cantiere

e dell'intero quartiere sovrastante. Ricattato e dilaniato dalle pressioni di questi fanatismi, Ahmed si troverà a dover scegliere tra la vita di sua figlia e quella di migliaia di parigini, in un crescendo di tensione e colpi di scena. Abbandonati gli abissi marini, il nuovo romanzo di Larsson (è l'Autore de *La vera storia del pirata Long John Silver* e de *Il porto dei sogni incrociati*, segnalati già su *Quaderni*) è ambientato sotto terra. Opera collettiva, senza eroi, che si confronta e analizza drammaticamente il grande problema della nostra epoca, l'intolleranza che genera violenza, *L'occhio del male* ha anticipato con straordinaria chiarezza gli eventi di estremismo e terrorismo islamico di questi ultimi mesi, mostrandone i sottili meccanismi. L'Autore non ci lascia consigli o lezioni di morale, solo una grande speranza: imparare a vivere insieme, nel rispetto reciproco e lontano dalla paura del "diverso".

Nicola D'Andrea

B. Larsson

L'occhio del male

Iperborea, 2002, pp 341, Euro 17

info: notizie

Nelle Marche il garante per l'infanzia

Nella Regione Marche è stato istituito il garante per l'infanzia e l'adolescenza al fine di assicurare la piena attuazione nel territorio regionale dei diritti e degli interessi, sia individuali che collettivi, dei minori. I suoi compiti sono i seguenti. Il garante promuove, in collaborazione con gli enti e le istituzioni che si occupano di minori, iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti; promuove e sostiene forme di partecipazione dei bambini e delle bambine alla vita delle comunità locali; vigila affinché sia data applicazione su tutto il territorio regionale alla Convenzione internazionale e alla Carta europea; accoglie segnalazioni in merito a violazioni dei diritti dei minori e sollecita le amministrazioni competenti all'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela; interviene nei procedimenti amministrativi della Regione e degli enti da essa dipendenti e degli enti locali ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241: "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" ove sussistano fattori di rischio o di danno per le persone di minore età; cura la realizzazione di servizi di informazione destinati all'infanzia e all'adolescenza; vigila sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e sulle altre forme di comunicazione audiovisive e telematiche affinché siano salvaguardati e tutelati i bambini e le bambine allo scopo di segnalare all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni e agli organi competenti le eventuali trasgressioni commesse in coerenza con il codice di autoregolamentazione della RAI; promuove iniziative per la prevenzione e il trattamento dell'abuso dell'infanzia e dell'adolescenza; fornisce sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione; istituisce un elenco al quale può attingere anche il giudice competente per la nomina di tutori o curatori; assicura la consulenza e il sostegno ai tutori o curatori nominati; verifica le condizioni e gli interventi volti all'accoglienza e all'inserimento del minore straniero non accompagnato; collabora all'attività di raccolta ed elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale; esprime pareri su atti normativi e

di indirizzo riguardanti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, di competenza della Regione, delle Province e dei Comuni.

f.d.

Intramoenia Bindi: le aziende ci rimettono

Supera un miliardo e mezzo di euro il premio contrattuale per i medici del SSN che svolgono attività clinica e che hanno scelto l'intramoenia (cioè il 90,36% dei sanitari clinici a rapporto d'impiego). Nelle casse delle Aziende sono entrati, per compartecipazione alla libera professione, 93 milioni di euro, cioè il 13% del totale incassato. L'incasso pro capite in relazione alla popolazione regionale è stato di 33.800 lire nelle regioni del Nord, di 25.080 in quelle del Centro, di 10.630 in quelle del Sud. Il peggiore affare, quindi, l'ha fatto il Sud. Chi ci ha rimesso di meno è stata l'Emilia-Romagna, con una quota pro capite di 42.800 lire di ingresso nelle casse delle Aziende; chi ci ha rimesso di più la Calabria con un introito di 4100 lire. Si tratta di un altro indicatore di povertà?

I finanziamenti per la ricerca in Europa

Pubblichiamo di seguito l'entità dei finanziamenti per la ricerca nell'Unione Europea, espressi come percentuale del prodotto interno lordo in ordine di stanziamento. La media della UE è pari a 1.93%. Svezia 3.78; Belgio 1.96; Finlandia 3.37; Regno Unito 1.86; Giappone 2.98; Irlanda 1.21; Germania 2.48; **Italia totale 1.04** (di cui pubblico 0.57); Francia 2.16; Spagna 0.94; Danimarca 2.06; Portogallo 0.76; Paesi Bassi 2.02; Grecia 0.60. Un problema di non poco conto è che nel maggio del prossimo anno l'UE crescerà di altri 75 milioni di cittadini con l'accesso dei Paesi ex comunisti dell'Europa centrale e orientale. Insieme con i popoli entreranno nella UE anche 250.000 ricercatori: la forza lavoro della UE nel campo della ricerca crescerà così del 15%, ma i fondi disponibili solo del 3.5%. Infatti i finanziamenti per la ricerca nei Paesi dell'Europa centrale e occidentale, espressi come percentuale del prodotto interno lordo sono i seguenti: Slovenia 1.51; Repubblica ceca 1.24; Polonia 0.75; Ungheria 0.69; Repubblica slovacca 0.66; Romania 0.40. Ma non è solo un problema di denaro: infatti tutti

questi Paesi hanno una ricerca per nulla competitiva; i ricercatori sono ormai vicini alla pensione e con pochi stimoli per miglioramenti e per contatti con l'estero, anche se in qualche Paese come la Polonia si sta assistendo a un tentativo di rinnovamento nel campo della struttura della ricerca (*Il sole24ore sanità*, 23 dicembre 2002; *Nature* 2003;421;459).

Consumo di giornate per l'ECM

Nel 2002 ogni operatore sanitario per acquisire i 10 crediti previsti impiegherà in formazione 1.5-2 giornate lavorative. Nel 2003 per acquisire 20 crediti dovrà destinarne 3-4. Nel biennio 2002-2003 gli operatori del SSN (900.000) impiegheranno 3-5 milioni di giornate lavorative in attività di ECM (*Management* 2002;10:19).

red.

Acido folico in gravidanza

Poiché molte donne non assumono acido folico prima dell'inizio della gravidanza, ma solo dopo, in Canada, dal gennaio 1998, alla gran parte dei cereali è stato aggiunto acido folico in modo da fare assumere alla popolazione generale un'aggiunta di 0,1-0,2 mg al giorno di folati. La somministrazione solo post-concezionale di folati sembra, infatti, raggiungere risultati lontani dall'atteso. Successivamente all'introduzione della supplementazione è stata valutata l'incidenza di difetti del tubo neurale nella provincia dell'Ontario. Fra 337.000 donne che hanno fatto un prelievo per screening per difetti del tubo neurale la prevalenza del difetto prima dell'intervento di comunità era di 1.13/1000; dopo l'intervento di supplementazione la prevalenza era scesa a 0.40-0.67/1000. La monitoraggio della popolazione continua per mettere in evidenza eventuali effetti indesiderati connessi alla supplementazione (*Lancet* 2002;360:2047).

red.

sulla salute

Prematurità e seggiolino in auto

L'uso del seggiolino di sicurezza in macchina potrebbe costituire un problema per mantenere la stabilità respiratoria nei pretermine. Infatti l'Accademia Americana di Pediatria raccomanda, prima della dimissione dall'ospedale, per i neonati con età gestazionale inferiore alle 37 settimane il monitoraggio per apnea, bradicardia e/o desaturazione di ossigeno nel seggiolino. In una ricerca pubblicata su *Pediatrics* sono stati studiati alla dimissione 50 neonati pretermine e 50 nati a termine in posizione supina per 30 minuti dopo un pasto e per 90 minuti nel seggiolino. Gli Autori hanno trovato un declino significativo nella saturazione di ossigeno già dopo 15 minuti di posizionamento nel seggiolino senza differenza tra nati a termine e pretermine; il 12% di questi ultimi ha avuto anche apnea e bradicardia. Inoltre il 35% dei genitori in studio non possedeva un seggiolino o ne possedeva uno che non soddisfaceva i criteri di sicurezza. In base a tali risultati gli Autori concludono che non è così semplice seguire l'indicazione dell'AAP, e che in ogni caso ai genitori andrebbe raccomandato di evitare quanto più possibile il trasporto del bebè in auto nei primi mesi di vita (*Pediatrics* 2001;108:647).

s.cn.

Informazioni su Internet: siti "pro" e "contro" le vaccinazioni

Qualche mese fa la BBC ha pubblicato un articolo riguardante i motori di ricerca di Internet che rinviano per lo più a siti sulle vaccinazioni dei bambini. Il 55% degli adulti con accesso a Internet li utilizzano per ricercare informazioni su argomenti inerenti alla salute: è preoccupante riscontrare che i risultati dei primi dieci siti indicati dal motore di ricerca Google conducono l'utente a siti contrari alle vaccinazioni. Ricercatori dell'università di Sidney hanno dimostrato che, inserendo la parola "Vaccinazione" o "Immunizzazione" in sette motori di ricerca, inclusi Google, Yahoo, Lycos e Altavista, il 43% dei links indirizza l'utente su siti contrari alle vaccinazioni. I contenuti di questi siti sono molto vari; utilizzano bibliografie, riviste mediche, testimonianze personali, appelli di un ritorno alla natura, teorie di cospira-

zioni in cui sarebbero coinvolti medici, industrie farmaceutiche e uomini politici. Uno dei più famosi ricercatori, il Prof. S. Chapman, ritiene che, pur presentandosi alcuni di questi siti in veste professionale e autorevole, in realtà siano inattendibili. Infatti le informazioni fornite utilizzano bibliografia medica non coerente né comprensiva e spesso a senso unico. Queste siti possono influenzare negativamente i genitori che navigano alla ricerca di informazioni riguardanti le vaccinazioni. I ricercatori suggeriscono che, forse, l'unico modo per rendere gli utenti più consapevoli e critici sui contenuti di questi siti sia quello di pubblicare informazioni ad alto impatto emotivo sui benefici delle immunizzazioni (*NIV gennaio* 2003).

Terapia genica e leucemia

Per i sostenitori della terapia genica il 2002 è stato un anno triste. Un bambino in terapia genica per Immunodeficienza Severa Combinata (SCID) ha sviluppato una leucemia ed è in terapia all'Ospedale Necker di Parigi. Il campo della SCID è, all'interno della terapia genica, quello più promettente, con una casistica di 9 bambini trattati all'Ospedale Necker (*Nature* 2002;420:735).

The Lancet su Lula De Silva

Lula De Silva ha vinto le elezioni in Brasile con il 61% dei voti e lo slogan "pace e amore". Ora si trova ad affrontare i problemi dell'economia e della sanità che presenta una situazione di drammatica disuguaglianza fra il più sviluppato Sud e le regioni del Nord e Nordest. Il governo centrista di Josè Serra ha ridotto la mortalità infantile da 43 a 30/1000 su scala nazionale, ma nel Nordest 44/1000 bambini non raggiungono l'età di 1 anno, mentre altri Paesi sudamericani (Cile e hanno mortalità Uruguay) infantile a una cifra. La situazione brasiliana è "visivamente" diseguale: ci sono ospedali per ricchi tecnologicamente avanzatissimi senza liste di attesa e altri arretrati e con liste lunghissime. L'Istituto di Statistica del Brasile stima che il 24% dei cittadini sono impediti dall'accesso alle cure mediche. La spesa dello Stato è ora di \$ 50 pro capite contro un atteso di \$ 500 raccomandato dall'OMS e di \$ 2000 disponibili in Gran Bretagna. Lula deve affrontare questi problemi dal 1° gennaio 2003. Non sarà facile (*Lancet* 2002;360;1488).

red.

Diritti negati? Non solo per l'AIDS

L'accesso ai farmaci essenziali è negato a un terzo della popolazione mondiale, percentuale che aumenta al 50% in certe regioni dell'Africa e dell'Asia. Il motivo è semplice: la maggior parte della ricerca in campo medico è nelle mani dell'industria farmaceutica, che ovviamente è orientata su criteri di profitto. La denuncia arriva da Medici Senza Frontiere (MSF), che da tre anni è impegnata in una campagna internazionale per garantire l'accesso ai farmaci essenziali, e dall'Istituto "Mario Negri" di Milano, che ha avviato una collaborazione con MSF. Se, da una parte, spesso i farmaci ci sono, ma sono troppo costosi, dall'altra esistono malattie letteralmente dimenticate dalla ricerca, malattie spesso mortali. Sono 5000 e, per curarle, i medici sono costretti a usare terapie elaborate diversi anni fa, ormai quasi inutili a causa della resistenza sviluppata dai microrganismi. È il caso della malattia del sonno (tripanosomiasi africana), malattia neurologica inesorabilmente mortale se non curata, che colpisce attualmente 500.000 persone. Dei 60 milioni di persone a rischio, solo 4 milioni (7%) hanno accesso a diagnosi e trattamento.

Uno dei principali ostacoli da superare è l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), che considera i farmaci nella categoria dei Trips, cioè dei brevetti. [In considerazione delle decisioni di fine anno del senato americano, più che l'OMC si può affermare che sono gli USA, garanti e difensori degli interessi della Bigpharma, il principale ostacolo]. Ciò significa che l'industria farmaceutica può detenere il brevetto sul farmaco per 20 anni, e decidere il prezzo che vuole. L'altro ostacolo sta, ovviamente, nel vasto campo della ricerca e dello sviluppo, cioè principalmente nelle industrie, che continuano a trascurare malattie che mietono vittime nei Paesi impoveriti. Basti pensare che, tra il 1975 e il 1999, su 1393 farmaci approvati, solo l'1% era per il trattamento di malattie tropicali e tubercolosi. Secondo MSF è possibile attivare azioni che cerchino di cambiare le carte in tavola. A questo proposito è stata creata una DNDi (*Drugs for Neglected Diseases initiative*), insieme ad altri 5 fondatori (l'Istituto Pasteur, altri istituti o fondazioni di ricerca in India, Brasile e Malesia, e il Tdr, struttura internazionale per la ricerca delle malattie tropicali, finanziata da OMS, PNUD e Banca Mondiale).