

# Quaderni acp

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

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

**A pagina 8 e 24 Il bambino iperattivo**



**5** Questo numero **6** Un calendario vaccinale nuovo e diverso? **8** Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli-Venezia Giulia **10** La sindrome di Urbani - SARS **11** Film: Le facce della paura in "Io non ho paura" di Gabriele Salvatores **12** Il Progetto "adozione sociale" a Napoli: tra illusioni e delusioni **15** XV Congresso ACP: elezioni alle cariche direttive **17** J.W. Lee: nuovo Direttore Generale dell'OMS **20** NPL La diffusione del progetto in Emilia-Romagna e Campania **21** Lettere a NPL **22** Libri **24** ADHD, realtà o "mito americano?" **26** La Cina è vicina e pericolosa **26** Anche questo è bioterrorismo? **26** Diritti negati non solo per l'AIDS **26** Viva Brescia **27** Il caso Pfizer in Toscana **27** Sirchia si ritira **27** Sirchia vs Formigoni **29** La posta elettronica nella comunicazione fra pediatra e genitori **31** Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT **32** Medici e letteratura **34** Aziende, medici e pubblicità **35** Una lettera da Oral **35** Una proposta **35** L'immagine di copertina **38** Fattori prenatali, postnatali e preferenze alimentari dei bambini **40** È utile l'esplorazione rettale per la diagnosi di appendicite? **40** Quale è il miglior trattamento del criptorchidismo? **44** Gli steroidi inalatori ovvero "la grande appuffata" **46** Lo sviluppo del vostro bambino e i libri **49** Uno strano "globo vescicale"

**maggio-giugno 2003 vol X n°3**

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

# Quaderni acp

maggio - giugno 2003 vol X n° 3

## Editoriale

- 6 Un calendario vaccinale nuovo e diverso?  
*Luisella Grandori, Nicola D'Andrea*

## Ricerca

- 8 Il disturbo di attenzione con iperattività:  
indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia  
in Friuli-Venezia Giulia  
*Giancarlo Besoli, Daniele Venier*

## Attualità

- 10 La sindrome di Urbani - SARS  
*Alfredo Guarino*

## Film

- 11 Le facce della paura in "Io non ho paura"  
di Gabriele Salvatores  
*Italo Spada*

## Salute pubblica

- 12 Il Progetto "adozione sociale" a Napoli:  
tra illusioni e delusioni  
*Paolo Siani, Salvatore Esposito,  
Giovanni Attademo, Olindo Gracci,  
Giuseppe Cirillo*

## ACP News

- 15 XV Congresso ACP:  
elezioni alle cariche direttive

## Osservatorio internazionale

- 17 J.W. Lee: nuovo Direttore Generale dell'OMS  
*Eduardo Missoni*

## Nati per leggere

- 20 La diffusione del progetto  
in Emilia-Romagna e Campania  
21 Lettere a NPL

## Libri

- 22 Centro Nuovo Modello di Sviluppo  
*Nuova Guida al consumo critico*  
22 G. Simenon *Pedigree*  
23 J. Hillman *Il codice dell'anima*  
24 B. Larsson *L'occhio del male*

## Lettere

- 24 ADHD, realtà o "mito americano"?  
*Lawrence Diller*

## Info

- 26 La Cina è vicina e... pericolosa  
26 Anche questo è bioterrorismo?

- 26 Diritti negati? Non solo per l'AIDS

- 26 Viva Brescia  
27 Il caso Pfizer in Toscana  
27 Sirchia si ritira  
27 Sirchia vs Formigoni

## Esperienze

- 29 L'utilizzo della posta elettronica  
nella comunicazione tra pediatra e genitori  
*Massimiliano Maria Dozzi*

## Statistiche correnti

- 31 Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT  
*Paolo Siani*

## Medici e letteratura

- 32 Letture da  
*G. García Márquez, A. Moravia, S. Márai*

## Lettere

- 34 Aziende, medici e pubblicità *Efrem Marri*  
35 Una lettera da *Oral*  
35 Una proposta *Rita Valentino Merletti*  
35 L'immagine di copertina *Simona Pieraccini*

## 37 Ausili Didattici

## Aggiornamento avanzato

- 38 Fattori prenatali, postnatali  
e preferenze alimentari dei bambini  
*Gabriella Caporale, Sonia Policastro,  
Erminio Monteleone*

## Leggere e fare

- 40 È utile l'esplorazione rettale  
per la diagnosi di appendicite?  
*Sandro Bianchi*  
41 Quale è il miglior trattamento del criptorchidismo?  
*Laura Dell'Edera, Gina Padula,  
Anna Maria Moschetti, Gaetano Carrassi*

## Il punto su

- 44 Gli steroidi inalatori ovvero "la grande appuffata"  
*Lucio Piermarini*

## Materiali per genitori e pazienti

- 46 Lo sviluppo del vostro bambino e i libri  
*Centro Salute del Bambino*

## Il caso che insegna

- 49 Uno strano "globo vescicale"  
*Maddalena Monelli, Carmela Di Lucca,  
Fabio Forte*

## 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 Siracusano

## Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli  
*storia della medicina*

Francesco Ciotti  
*scuola e società*

Giuseppe Cirillo  
*salute pubblica*

Anna Grazia Giulianelli  
*editoria per bambini e ragazzi*

Luisella Grandori  
*vaccini*

Italo Spada  
*film per ragazzi*

Lucio Piermarini  
*un po' per gioco*

## Organizzazione

Giovanna Benzi

## Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

## Progetto grafico

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## La copertina

L'immagine rappresenta un particolare dell'«Ultima Cena» di Pieter Pourbus (1548). Olio su tela. Bruges. Groeningemuseum.

## 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](mailto:red@quaderniacp.it)

## Indirizzi

### Amministrazione

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

### Direttore

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

### Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari  
Tel. 3332562649, Fax 0792594096  
e-mail: [notes@fiscali.it](mailto:notes@fiscali.it)

### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [dima@interoffice.it](mailto: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 di ausili didattici, di ricerca nell'area delle cure primarie. Tutti i lavori saranno sottoposti al giudizio di almeno un revisore.

Il commento dei revisori 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 13.000 battute; in casi eccezionali, da concordare con la direzione, il numero di battute può superare le 13.000, con un massimo di tre tabelle o figure.

Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto di massimo 400 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.

**Editoriale****6 Un calendario vaccinale nuovo e diverso?**

L'editoriale prende occasione dall'iniziativa di un sindacato di pediatri (la FIMP) che ha indicato ai suoi iscritti l'adozione di un calendario vaccinale. L'editoriale sottolinea l'inusualità di una indicazione sindacale per un problema di salute pubblica che potrebbe interferire con la situazione immunitaria generale sulla quale si basa il calendario vaccinale dell'Istituto Superiore di Sanità. L'editoriale prende in esame le singole indicazioni suggerite nel calendario proposto.

**Ricerca****8 Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli-Venezia Giulia**

**Obiettivi e metodi:** Una indagine è stata condotta, mediante questionario, sui 108 pediatri di libera scelta del Friuli - Venezia Giulia per conoscere quanti bambini iperattivi sospettassero di avere tra i propri assistiti.

**Risultati:** Sono stati raccolti 74 questionari in rappresentanza del 70% dei pediatri di famiglia riferentisi a circa 64.800 bambini. Il numero totale di bambini ritenuti affetti da ADHD è stato di 280 che, rapportato alla popolazione di 64.800 bambini da zero a 14 anni, evidenzerebbe una prevalenza dello 0.43%.

**Conclusioni:** La prevalenza è nettamente inferiore a quella considerata nelle statistiche della letteratura (3-4%).

**Attualità****10 La sindrome di Urbani - SARS**

L'articolo riporta le informazioni essenziali e la situazione epidemiologica mondiale al 24 maggio 2003 sulla sindrome Urbani - SARS. Riferisce inoltre circa le caratteristiche essenziali che questa sembra rivestire nell'età pediatrica dove morbilità e mortalità sembrano inferiori a quelle registrate in età adulta.

**Film****11 Le facce della paura in "Io non ho paura" di Gabriele Salvatores**

Salvatores contrappone nel suo film, come egli stesso dichiara anche fisicamente, il mondo degli adulti a quello dei bambini. A contatto con gli adulti, i bambini sono costretti a scoprire la realtà della cattiveria in ciò che li circonda e se di questa cattiveria è responsabile il proprio padre, scoprirlo sarà ancora più doloroso. Da questa esperienza il bambino porterà come segno una cicatrice, testimonianza fisica del dolore che accompagna spesso la crescita e la maturazione di ogni individuo.

**Salute pubblica****12 Il Progetto "adozione sociale" a Napoli: tra illusioni e delusioni**

Vengono riferiti i primi, parziali, risultati del Progetto "adozione sociale" sperimentato a Napoli. Viene inoltre illustrato il Progetto nel suo complesso, dai primi cauti interventi in solo quartiere cittadino altamente a rischio (Secondigliano) al maxi intervento che ha coinvolto quasi tutti i Punti nascita (oltre 20) della città. Vengono raccontati gli errori che sono stati commessi nel corso degli anni e poi pian piano corretti mentre si lavorava sul campo, la grande voglia di cambiamento che si respirava a Napoli in quegli anni e la nuova fase di programmazione degli interventi sociali.

**ACP News****15 XV Congresso ACP: elezioni alle cariche direttive**

Vengono presentati i curricula dei candidati alla presidenza e al consiglio direttivo dell'ACP per le elezioni che si terranno nel corso del XV Congresso Nazionale.

**Osservatorio internazionale****17 J.W. Lee: nuovo Direttore Generale dell'OMS**

I membri del Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno nominato nuovo Direttore Generale il sud-coreano Jong-Wook Lee. La nomina è stata per molti una sorpresa, rappresentando forse la soluzione di compromesso tra interessi inconciliabili. Lee rivendica per l'OMS visione, impegno e integrità. Sintetizza la sua visione nel compimento dell'obiettivo statutario

dell'OMS "il raggiungimento da parte di tutti i popoli del più alto livello possibile di salute". Si vedrà se saprà anche restituire all'Organizzazione Mondiale della Sanità l'orgoglio di stabilire le regole del gioco per la salute globale.

**Nati per leggere****20 La diffusione del progetto**

In questo numero pubblichiamo notizie dalle regioni ove il progetto si sta diffondendo. Particolare attenzione viene rivolta all'impianto del progetto in Campania, nella penisola sorrentina.

**Libri****22 Vengono presentati quattro libri:**

Nuova Guida al consumo critico del Centro Nuovo Modello di Sviluppo, Pedigree di Georges Simenon, Il codice dell'anima di James Hillman e L'occhio del male di Björn Larsson.

**Letture****24 ADHD, realtà o "mito americano"?**

Il dottor L. Diller, autore della lettura, è un pediatra specializzato in Scienze del comportamento dell'età evolutiva e in terapia familiare. È Clinical Professor di Pediatria all'Università di S. Francisco, California; ha scritto molti articoli e due libri ("Running on Ritalin: a Physician Reflects on Children, Society and Performance in a Pill" e "Should I Medicate My Child?"). Quella che viene presentata è una versione ridotta della sua relazione al Congresso dell'Associazione Culturale Pediatri (Roma 2002).

**Info****26 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo**

Vengono fornite notizie sulla diffusione della sindrome di Urbani - SARS, sul rapporto di Legambiente sulle città dei bambini, sugli effetti dell'embargo in Iraq, sulla tensione fra Pfizer e regione Toscana e sul ritiro del decreto "anticorruzione" del ministro Sirchia.

**Esperienze****29 L'utilizzo della posta elettronica nella comunicazione tra pediatra e genitori**

L'incrementata disponibilità di ausili telematici presso le famiglie italiane, ormai prossima al 40%, apre nuovi orizzonti nella comunicazione tra il pediatra e i genitori. Viene illustrata l'esperienza di mailing negli anni 2000-2003 di un pediatra di libera scelta. Il mailing, da strumento parallelo alla comunicazione tradizionale ha potuto assumere, in determinate situazioni, un ruolo primario con risvolti positivi nella organizzazione, nella qualità dei rapporti e nell'informazione/educazione sanitaria.

**Statistiche correnti****31 Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT**

Da un'indagine condotta dall'ISTAT sui ricoveri ospedalieri risulta che circa il 4% della popolazione si è ricoverata in ospedale in queste proporzioni: nel 42% dei casi per la cura di malattie, nel 9,1% per incidenti e nel 14,3% per controlli dello stato di salute. Le persone con basso livello di istruzione presentano complessivamente tassi di ospedalizzazione più elevati rispetto al resto della popolazione. La grande maggioranza dei ricoveri si effettua in ospedali pubblici. Per i bambini tale percentuale è del 93%.

**Medici e letteratura****32 Vengono presentati tre brani sui medici di:**

G. García Márquez, A. Moravia, S. Márai

**ausili didattici****38 tutti gli abstract di ausili didattici**

# Un calendario vaccinale nuovo e diverso?

\*Luisella Grandori, \*\*Nicola D'Andrea

\*Consulente dell'ACP per i problemi delle vaccinazioni

\*\*Presidente ACP

La Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) si è fatta di recente promotrice di un calendario vaccinale per l'infanzia. A quelli indicati dal Ministero vengono aggiunti tutti, proprio tutti, i nuovi vaccini che si sono resi disponibili sul mercato in questi ultimi anni:

- vaccino antipneumococcico dai 2 mesi di vita;
- vaccino antimeningococcico C nel secondo anno di vita;
- vaccino antivaricella a 11-12 anni;
- vaccino antinfluenzale in tutta l'età pediatrica (variabile a seconda di criteri non ben specificati);
- il nuovo vaccino combinato difterite-tetano-pertosse nell'adolescente.

Il fatto che un sindacato rivendichi un ruolo di coordinamento delle strategie vaccinali a livello nazionale in una sorta di contrapposizione (contrapposizione perché le scelte sono diverse) alle indicazioni del Ministero e alle valutazioni dell'ISS, desta perplessità. La perplessità è aumentata dal fatto che il calendario esce in un momento in cui l'autonomia delle Regioni imporrebbe, semmai, un rafforzamento del "centro" nei suoi aspetti di "governo", specie per strategie di prevenzione tipicamente collettive come le vaccinazioni. Il confronto fra i due calendari può fare pensare, anche ai genitori, che la mancata immissione dei nuovi vaccini nel calendario nazionale sia stata una dimenticanza; è stata invece il frutto di precise valutazioni epidemiologiche. Valutazioni che sono in linea con le indicazioni europee e dell'OMS.

Per alcuni di questi vaccini potranno esistere scelte di tipo individuale (a parte l'antivaricella per i motivi spiegati di seguito), ma ciò non va confuso con valutazioni di ordine collettivo.

Queste ultime sono affidate a precise istituzioni, richiedono specifiche competenze professionali e larga conoscenza dei dati epidemiologici. I pediatri di libera scelta hanno un ruolo importante e di

prima linea riguardo alle vaccinazioni. Loro è il compito informativo, la rilevazione degli eventi avversi e, talora, anche la somministrazione diretta dei vaccini. La definizione di strategie vaccinali deve vederli coinvolti, ma la valutazione finale spetta necessariamente ad altri "luoghi" professionali. Del resto i promotori del nuovo calendario si limitano a proporre l'immissione di tutti i nuovi vaccini nel calendario, senza motivarla con valutazioni di ordine epidemiologico. Se ciò è poco ammissibile per l'uso di un farmaco, lo è ancor di meno per le scelte in ambito vaccinale.

Proviamo a ragionare sui nuovi vaccini in commercio in base alle valutazioni nazionali e internazionali che sono state offerte alla riflessione negli ultimi tempi.

**Per lo pneumococco:** i dati sull'incidenza e sui sierotipi circolanti sono ancora carenti in Italia; siamo in attesa dei risultati di studi ancora in corso. Del resto l'obiettivo europeo è oggi la sorveglianza dei sierotipi (nessun Paese in Europa ha deciso per una vaccinazione estesa) per verificare la loro sovrapposizione con quelli contenuti nel vaccino eptavalente (allestito per rispondere alle esigenze epidemiologiche degli Stati Uniti), ma anche 9 e 11-valente di prossima immissione sul mercato. L'OMS ha reso noti di recente (WER 2003;78:14) i criteri con cui i Paesi ad elevato sviluppo economico dovrebbero decidere l'adozione del vaccino antipneumococcico. Uno di questi criteri è, anzitutto, l'individuazione della prevenzione dell'infezione pneumococcica nell'infanzia come una priorità di salute pubblica. Sembra chiaro che per noi questa priorità non è l'infezione pneumococcica, ma il morbillo. Una seconda condizione è il riscontro di una buona sovrapposizione dei sierogruppi contenuti nel vaccino con quelli in circolazione nel Paese. Noi non conosciamo a sufficienza i nostri. Altra condizione è la

fattibilità dal punto di vista organizzativo ed economico. E qui ancora una volta occorre tenere conto che, dal punto di vista organizzativo, i nostri servizi "lottano" ancora contro il morbillo.

**Per il meningococco C:** appare chiara l'opportunità di vaccinare estesamente dove si verificano epidemie o dove l'incidenza raggiunge valori elevati, come è accaduto in altri Stati europei. Da noi, anche se l'incidenza è in lieve aumento, rimane a livelli bassi (meno di 1 caso su 100.000). Riguarda la presenza di soli casi isolati senza epidemie che non giustifica l'adozione della vaccinazione su larga scala, così come negli altri Paesi europei con tassi di incidenza simili ai nostri. È invece doveroso migliorare la sorveglianza della malattia (tipizzando!) per essere pronti a intervenire, se necessario.

**Per l'influenza nei bambini sani:** si tratta di un argomento discusso, sul quale non vi è consenso. Soprattutto mancano informazioni certe su morbilità e mortalità locali che motivino il ricorso all'impegno di questa vaccinazione su larga scala. Disponiamo di studi fatti altrove che non garantiscono a sufficienza la distinzione tra ciò che è provocato dal virus influenzale piuttosto che da altri virus che circolano contemporaneamente (specie il virus respiratorio sinciziale). Né può condizionarci il fatto che da questi dati sia scaturito, negli USA, il suggerimento della vaccinazione estesa. Senza evidenze certe di beneficio non è consentita la scelta di allargare questa indicazione. Va piuttosto fatto notare che per i tre vaccini sopra menzionati le indicazioni ampiamente condivise riguardo alle persone ad alto rischio risultino molto spesso disattese.

**Per la varicella:** le questioni poste a livello europeo sono due. Il rischio di non raggiungere elevate coperture nei bambini piccoli, facendo slittare la malattia in

Per corrispondenza:  
Luisella Grandori  
e-mail: [luisegra@tin.it](mailto:luisegra@tin.it)

editoriale

**"XV CONGRESSO NAZIONALE ACP"9 - 10-11-12 OTTOBRE 2003**

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. Seguíni tel. 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 genitor** e *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. Mazzucchi, 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 una 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 tel. 02 95339123 marionarducci@tin.it

Federica Zanetto tel. 039 6080083 zanettof@tin.it

**Segreteria organizzativa: Quickline sas**

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste tel. 040 773737-363586

**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; seguire 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.

età successive in cui questa decorre in modo più facilmente grave e mortale, e il dubbio che, facendo circolare meno il virus della varicella nei bambini, aumenti l'incidenza di herpes-zoster negli adulti. L'età proposta dalla FIMP (11-12 anni) è condivisibile: non modificherebbe l'epidemiologia della malattia nella popolazione. Ma non è condivisibile l'indicazione a iniziare la vaccinazione mentre la strategia da adottare in Italia è controversa e ancora alla discussione delle varie commissioni nazionali (preposte per legge a queste scelte). Non siamo in una situazione di allarme epidemiologico, visto che la malattia ha maggiore frequenza nell'età infantile dove decorre in modo benigno. Anche nel resto dell'Europa si sta valutando l'opportunità o meno di introdurre questo vaccino. Perché tanta fretta? Sarebbe invece urgente definire le strategie per tutelare le situazioni a rischio (varicella in gravidanza, nei soggetti immunodepressi ecc.).

**Per difterite-tetano-pertosse:** sul nuovo vaccino combinato (per adolescenti e adulti), sia l'Istituto Superiore della Sanità che la Comunità Scientifica Internazionale non hanno ancora espresso indicazioni per l'uso. Hanno, caso mai, sollevato problemi di complessità di valutazione (analisi dei dati epidemiologici, durata dell'efficacia dei vaccini, storia poco nota della malattia naturale).

**Conclusioni**

La nostra conclusione non può che rimanere di sorpresa. C'è difficoltà a intendere il motivo di questa iniziativa nel momento in cui la necessità sembra quella di porre in atto tutte le possibili azioni per far crescere e rafforzare tra i pediatri una cultura consapevole del rigore con cui devono essere fatte le scelte relative alle strategie vaccinali: in Italia, nelle sue regioni e in Europa. Né va dimenticato il rapporto fra costo globale di questi vaccini per le famiglie e il reale beneficio di salute globale. Questa rivista e l'ACP non vedono pertanto ragioni per uscire dalle indicazioni del calendario nazionale, fermo restando il diritto a diverse scelte del singolo, e si augurano che le regioni lavorino in modo coordinato, consapevoli delle loro responsabilità.

# Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli-Venezia Giulia

\*Giancarlo Besoli, \*\*Daniele Venier

\*Pediatra di libera scelta, Gorizia; \*\*Pediatra di libera scelta, Centro Regionale di Formazione FVG

## Abstract

**Objectives and methods:** A questionnaire was administered to 108 family paediatricians working in Friuli-Venezia Giulia in order to know how many hyperactive children they thought to have among their patients.

**Results:** 74 paediatricians answered the questionnaire, representing a population of 64.800 children. The total number of children considered as being affected with ADHD is 280, relating this to a population of 64.800.

**Conclusions:** the prevalence is 0.43%, clearly below the statistics (3-4%).

Giancarlo Besoli, Daniele Venier

*Attention deficit disorder with hyperactivity: a research among family paediatricians in Friuli-Venezia Giulia*

*Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 8-9*

Nell'ambito dei lavori del VI Congresso Regionale 2002 della medicina generale e della pediatria di libera scelta del Friuli-Venezia Giulia, che ha affrontato il tema del disagio, una sessione è stata dedicata al disturbo di attenzione con iperattività (ADHD). In preparazione di questa scadenza è stata condotta tra i pediatri di famiglia (PdF) della Regione una survey con l'obiettivo di comprendere: quanta rilevanza abbia questo disturbo nell'attività quotidiana del PdF; quale sia l'atteggiamento culturale nei confronti dell'ADHD; quali rapporti abbiano i PdF con i servizi territoriali di neuropsichiatria nella gestione della malattia.

## Metodi

L'indagine è stata condotta distribuendo un questionario strutturato a tutti i 108 PdF del Friuli-Venezia Giulia. I pediatri sono stati suddivisi in sottogruppi per provincia e fascia di età. Le domande erano volte a definire: il grado di conoscenza sull'ADHD; quale rilevanza attribuisce il PdF al disturbo; quanti bambini iperattivi ritenesse di avere tra i propri assistiti; chi avesse riscontrato il problema (famiglia, scuola, pediatra); l'età del bambino al momento della segnalazione; se fosse stato consultato uno specialista e, in caso affermativo, se questi avesse confermato il sospetto di ADHD; se fosse stato avviato un percorso terapeutico comportamentale-educativo in collaborazione con i servizi territoriali di neuropsichiatria. Infine, si richiedeva di esprimere un parere generico

sull'utilità di intraprendere un trattamento con metilfenidato. La quasi totalità dei questionari è stata distribuita e compilata in occasione di incontri di formazione permanente dedicati ad altre tematiche. Ai PdF assenti i questionari sono stati fatti pervenire in ambulatorio e raccolti successivamente.

## Risultati e commenti

Hanno partecipato allo studio 74 PdF (70% dei convenzionati in Friuli-Venezia Giulia). La popolazione pediatrica assistita è di 64.800 bambini, un numero significativo per fornire un quadro attendibile della realtà regionale. La media di assistiti per pediatra è di 870 bambini con un range da 270 a 1000.

La maggior adesione è stata della provincia di Udine (46%), seguita da Pordenone (26%), Gorizia (19%) e, da ultima, Trieste (15%).

Dei 74 rispondenti 69 (90%) hanno riferito di avere bambini con ADHD, per un totale di 280 casi (0,43% del totale degli assistiti): una prevalenza del disturbo circa 10 volte inferiore rispetto a quella riportata in letteratura e afferente, principalmen-

te, al contesto americano:(3-4%, applicando i criteri diagnostici dell'ICD-10, e 8-12% applicando il DSM IV. Solo 9 pediatri (11%) hanno dichiarato di non avere tra i propri assistiti alcun bambino affetto da ADHD. Il rapporto tra maschi e femmine dei bambini con ADHD è risultato di 3 a 1 (203 vs 75), in accordo con i dati della letteratura internazionale.

Oltre la metà dei PdF ha affermato di possedere conoscenze sufficienti per la gestione dell'ADHD (*tabella 1*), che rappresenta un problema concreto nella propria attività clinica (*tabella 2*). Questi giudizi sono espressi, in particolare, dai PdF di età superiore a 45 anni; risultato che potrebbe essere interpretato come dovuto a una maggiore esperienza dei pediatri più anziani nel trattare problematiche relazionali o, viceversa, a un'impostazione culturale che in Italia ha di fatto, sino a non molti anni fa relegato questo disturbo tra i problemi "minori". In questo stesso gruppo, il numero di bambini che ha ricevuto la diagnosi di ADHD è di 40 (14% del totale delle diagnosi), un numero nettamente inferiore alla media; il che dimostra come il problema sia considerato rilevante sol-

**TABELLA 1: LE CONOSCENZE CHE I PEDIATRI RITENGONO DI AVERE**

Conoscenze sufficienti	56%
Conoscenze insufficienti	27%
Conoscenze buone	16%

**TABELLA 2: GRADO DI RILEVANZA ATTRIBUITA AL PROBLEMA**

Rilevante	59%
Poco rilevante	29%
Molto rilevante	12%

Per corrispondenza:  
Daniele Venier  
e-mail: danvenie@tin.it

## XIX GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA 19-21 SETTEMBRE 2003

Sala Congressi Camera di Commercio - Perugia

### VENERDÌ 19 SETTEMBRE

- 15,00 Editoriale  
**Le linee guida: piloti, trasportati o pedoni?** R. Buzzetti (Modena)  
A cosa servono e come utilizzarle, senza subirle, le tanto osannate e disprezzate linee guida
- 16,00 **Un cucchiaino di sciroppo** F. Marchetti (Trieste)  
EBM delle infezioni respiratorie comuni (o di comunità)
- 16,40 **Il dolore evitabile** G. Bartolozzi (Firenze)  
Molto può essere ancora fatto per attenuare il dolore del neonato, del lattante e del bambino da parte del pediatra
- 17,30 **Gruppi di lavoro**  
EBM in pratica (\*) R. Buzzetti, F. Marchetti, S. Bianchi  
Vaccinazioni G. Bartolozzi  
Basta la parola: psicosomatica e terapia cognitiva  
L. Peratoner (Pordenone), F. Panizon (Trieste)

### SABATO 20 SETTEMBRE

- 9,00 **Le vasculiti e dintorni** L. Peratoner  
Vasculiti senza lesioni cutanee e lesioni cutanee senza vasculiti  
Quando preoccuparsi, quando trattare, quando inviare
- 9,40 **ADHD: la diagnosi** C. Berardi (Terni)  
Valutazione psicologica e neuropsicologica del bambino con ADHD
- 10,20 **ADHD: la terapia** E. Sechi (L'Aquila)  
Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con ADHD
- 11,30 **Gruppi di lavoro**  
EBM in pratica (\*) R. Buzzetti, F. Marchetti, S. Bianchi  
Il pediatra e la famiglia del bambino con ADHD C. Berardi, E. Sechi  
Gastroenterologia A. Ventura (Trieste), G. Maggiore (Pisa)
- 15,00 **Nutrizione nel nostro e nell'altro mondo** L. Greco (Napoli)  
Cibo per la mente, cibo per il corpo, qui troppo, là troppo poco: quale interscambio?  
Alla fine tutti ci nutriamo con pochi alimenti base e i bimbi hanno le stesse esigenze. Ne parliamo perché lavorare sulla nutrizione è ancora una priorità: fa vivere, ma anche insegnare a vivere
- 15,40 **Le gocce miracolose** A. Ventura  
Usi nuovi per farmaci vecchi
- 16,20 **I trucchi del mestiere nell'asma e in allergologia** G. Longo (Trieste)  
Farmaci ed esami da utilizzare sono a portata di tutti, ma la differenza la fa l'esperienza
- 17,30 **Gruppi di lavoro**  
Nutrizione L. Greco, M. Mayer (Napoli)  
Asma G. Longo  
EBM in pratica (\*) R. Buzzetti, F. Marchetti, S. Bianchi

### DOMENICA 21 SETTEMBRE

- 9,00 **Tre... per tre malattie**  
Tre lavori decisivi G. Maggiore  
Tre errori L. Peratoner  
Tre farmaci F. Marchetti
- 10,45 Break
- 11,00 Novità in Pediatria F. Panizon (Trieste)
- 12,15 Correzione dei quiz

(\*) Il gruppo «EBM in pratica» si svolgerà come un minicorso in tre sessioni e comprenderà anche e prevalentemente un addestramento pratico al computer (uno per ogni due partecipanti) per la ricerca e successiva valutazione della letteratura. Il numero di partecipanti sarà perciò limitato ai primi trenta iscritti che ne faranno richiesta.

**Segreteria organizzativa:** Quickline s.a.s.

via S. Caterina da Siena 3, - 34122 TRIESTE  
Tel. 040 363586-773737 - Fax 040760590  
Cell. 333 5223519 - e-mail: info@quickline.it

tanto da coloro che hanno diagnosticato il maggior numero di bambini affetti o sospettati tali. Il disturbo è stato evidenziato in maniera pressoché equivalente dalla famiglia (38%), dalla scuola (33%) e dallo stesso pediatra (29%). La maggior parte delle diagnosi è posta nella fascia di età tra i 4 e i 6 anni (72%); tuttavia una percentuale consistente (17%) presenterebbe sintomi già nei primi anni di vita.

La maggior parte dei pediatri (82%) ha consultato o consulta abitualmente un neuropsichiatra dei servizi territoriali, che nel 76% ha confermato la diagnosi e con il quale è stato impostato assieme ai servizi un percorso riabilitativo.

Ampia è risultata l'incertezza tra i PdF (il 42% ha affermato di non sapersi pronunciare) circa l'uso degli psicofarmaci (nello specifico il metilfenidato) per il trattamento della sindrome.

### Conclusioni

La prevalenza dell'ADHD, sulla base della percezione del PdF, risulta nettamente inferiore a quella riportata a livello internazionale. È emersa la consapevolezza da parte dei PdF di dover acquisire ulteriori conoscenze diagnostico-terapeutiche per una gestione più appropriata dell'ADHD. Infine, pur evidenziando l'esistenza di una situazione regionale soddisfacente, i partecipanti allo studio hanno sottolineato la necessità di una più stretta collaborazione tra i PdF e i servizi territoriali di neuropsichiatria per offrire un aiuto concreto al bambino con ADHD e alla sua famiglia.

I risultati dello studio riconfermano quanto osservato nel 1998, utilizzando lo stesso strumento, tra i colleghi di Torino (vedi *Occhio Clinico Pediatria* 2000; 4:12-14). Tale riconferma supporta la necessità di predisporre uno specifico e articolato intervento, formativo e gestionale, riguardando a questa patologia che coinvolga, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia.

### Bibliografia

(1) Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, et al. Prevalence and clinical assessment of attention deficit/hyperactivity disorder in primary care setting. *Pediatrics* 2001;107:e43

(2) Corbo S, Marolla F, Sarno V, et al. Prevalenza dell'ADHD in bambini seguiti dal pediatra di famiglia. *Medico e Bambino* 2003;1:22

# La sindrome di Urbani - SARS

Alfredo Guarino

Dipartimento di Pediatria, Università Federico II, Napoli, Presidente della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica

## Abstract

*The article reports essential information for paediatrician on Urbani-SARS syndrome recently recognized as a new emerging infectious disease that is highly contagious with significant morbidity and mortality.*

Alfredo Guarino, Urbani-SARS syndrome  
Quaderni acp 2003 vol. X n° 3; 10

La sindrome Urbani-SARS è stata identificata nel febbraio 2003 come un'epidemia virale associata a sintomi respiratori, diffusa in diversi Paesi, associata a una mortalità compresa tra il 3 e il 10%, probabilmente indotta da un mutante di Coronavirus. La diffusione della SARS si ha per via aerea o per contatto; l'incubazione massima è di circa 10 giorni. Al momento della preparazione di questo articolo (24 maggio '03) sono riportati circa 8000 casi e oltre 700 morti, e sono in corso investigazioni epidemiologiche, cliniche e microbiologiche. Il controllo e il monitoraggio dell'epidemia sono effettuati dai *Centers of Disease Control* di Atlanta, il cui personale lavora a stretto contatto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Un **caso sospetto** di SARS è definito da:

- febbre superiore a 38 °C;
- uno o più dei seguenti segni clinici di malattia respiratoria: tosse, respiro breve, distress respiratorio, ipossia;
- provenienza nei 10 giorni precedenti dall'inizio dei sintomi da zone a rischio di SARS o contatti stretti nei 10 giorni precedenti con un paziente con patologia respiratoria che abbia viaggiato in Paesi a rischio o abbia avuto contatti con una persona con sospetta SARS.

Un **caso probabile** di SARS è definito da una delle seguenti caratteristiche aggiuntive al caso sospetto:

- segni radiologici di polmonite o di sindrome da distress respiratorio acuto;
- reperto autoptico compatibile con sindrome da distress respiratorio in assenza di una causa identificabile.

In pratica il quadro della SARS è caratterizzato da incubazione di 2-7 giorni con febbre, brividi e sintomi respiratori simil-influenzali. Dopo 3-7 giorni si osservano sintomi consistenti con interessamento delle basse vie respiratorie con tosse secca, talvolta associata a dispnea, che nel 10-20% dei casi richiede intubazione e ventilazione meccanica. La prognosi è infuata nel 6% dei casi circa.

La radiologia è caratterizzata da interstizio-patia focale progressivamente più ampia o generalizzata, talvolta con aree di consolidamento. Il laboratorio mostra iniziale leucopenia e trombocitopenia con

elevazione della creatina-fosfochinasi e modico aumento delle transaminasi.

La SARS colpisce anche l'età pediatrica, ma la sua prevalenza e gravità sono poco chiare per la esiguità e disomogeneità dei dati. Il 14% dei casi di SARS negli USA ha interessato l'età pediatrica (9% in soggetti fino a 4 anni e 5% nella fascia 5-17 anni, con un tasso di mortalità del 4%). In Canada la prevalenza di casi pediatrici è pari al 2%. Dati preliminari indicano che i bambini hanno una forma meno grave e sono meno contagiosi rispetto agli adulti. L'approccio delle autorità sanitarie è basato di monitoraggio dell'epidemia e con l'applicazione della quarantena dei malati o potenzialmente infetti in Paesi a rischio, e con la costituzione di un cordone sanitario negli aeroporti di Paesi bersaglio.

In Italia sono riportati al momento una decina di casi di probabile SARS, inclusi 2 bambini, ma la situazione appare, come in altri Paesi, rapidamente evolutiva. Le autorità sanitarie italiane hanno stabilito due centri di riferimento, a Milano e Roma, e un sistema di monitoraggio epidemiologico e hanno diramato indicazioni alle autorità sanitarie regionali sulle misure di prevenzione e intervento. È stato attivato il numero verde 800.571.661. Il sito del Ministero riporta le procedure di gestione dei casi sospetti e quelle per la protezione del personale. La gestione di eventuali casi si basa sull'utilizzo della rete assistenziale utilizzata per la gestione dell'AIDS. Sono inoltre operative precise disposizioni e misure negli aeroporti. L'Istituto Superiore di Sanità agisce come organo tecnico del Ministero ed è stata attivata una task force, coordinata dal Servizio di Protezione Civile. L'efficacia operativa delle misure dipende dall'efficienza organizzativa delle strutture nazionali e regionali, dall'evoluzione dell'epidemia e dalla disponibilità di mezzi per il suo controllo. Tutte le informazioni mediche e scientifiche sono disponibili in Internet. I siti dedicati sono aggiornati quotidianamente e si osserva un andamento "isterico" delle informazioni, con un'alternanza di messaggi rassicuranti e apocalittici.

Ad oggi sappiamo che il virus si trasmette con un'efficienza relativamente bassa per

contatto e per via aerea. Non sembrano esserci categorie protette, mentre alcune malattie croniche (ad esempio il diabete) costituirebbero fattori di rischio di evoluzione sfavorevole. A rischio è il personale sanitario, che ha pagato già un tributo altissimo al virus quando le precauzioni per evitare il contagio non erano osservate. D'altra parte l'efficacia preventiva di tali misure non è nota. L'evoluzione dell'epidemia è poco prevedibile. I due scenari estremi sono l'autorisoluzione del problema o una epidemia di notevole intensità, che appare del tutto improbabile. Si può ragionevolmente prevedere una situazione intermedia e relativamente tranquilla. I casi osservati in Paesi diversi dai pochi Paesi interessati dall'epidemia sono tutti importati. Ciò permette una facile identificazione e permette di mantenere circoscritto il numero di casi in cui è necessaria la gestione in centri di riferimento. Qualora fossero osservati casi secondari, anche se sporadici, la situazione sarebbe infinitamente più impegnativa per la difficoltà di discriminare la SARS dalle altre infezioni respiratorie. Una risposta al problema, anche se parziale, deriva dalla disponibilità di disporre di un test diagnostico, che è in corso di allestimento.

L'atteggiamento dei pediatri di fronte alla SARS richiede comportamenti semplici e precisi: adeguata informazione con l'uso dei siti web e compliance con le indicazioni delle autorità sanitarie; rassicurazione delle famiglie nella situazione epidemiologica attuale; collaborazione con i centri di riferimento; segnalazione immediata dei casi sospetti, agevolando le opportune procedure di verifica.

In termini di gestione, il pediatra, deve affrontare il problema nei bambini, valutando appropriatamente la diagnosi differenziale. Va quindi evitato il ricorso a procedure non utili e non consigliate che generano panico e il ricorso a consulenze o riferimenti ospedalieri inappropriati che determinerebbero un inutile sovraccarico per le strutture sanitarie.

[www.who.int/csr/sars/en/index.html](http://www.who.int/csr/sars/en/index.html)

Per corrispondenza:  
Alfredo Guarino  
e-mail: [alfguari@unina.it](mailto:alfguari@unina.it)

Salvatores contrappone nel suo film, come egli stesso dichiara, anche fisicamente, il mondo degli adulti a quello dei bambini a contatto con gli adulti, i bambini sono costretti a scoprire la realtà della cattiveria in ciò che li circonda e se di questa cattiveria è responsabile il proprio padre, scoprirlo sarà ancora più doloroso. Da questa esperienza il bambino porterà come segno una cicatrice, testimonianza fisica del dolore che accompagna spesso la crescita e la maturazione di ogni individuo.

## Le facce della paura in "Io non ho paura" di Gabriele Salvatores

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Nel 1991, Gabriele Salvatores ci aveva regalato, con *Mediterraneo*, due ore di cinema solare. Dopo quella prova, giustamente premiata con l'Oscar, erano arrivate, una dopo l'altra, piccole delusioni: *Puerto Escondido* nel 1992, *Sud* nel 1993, *Nirvana* nel 1997, *Denti* nel 2000. Dopo dodici anni, ispirato da un romanzo di Niccolò Ammaniti (edizioni Einaudi), ecco *Io non ho paura*, un film che, narrando l'ingresso traumatico di un bambino nel mondo degli adulti, offre il pretesto per avviare riflessioni e dibattiti sul sentimento della paura. "Avviare", non esaurire, perché quando si parla di bambini nulla è completamente chiaro e del tutto definito. Michele vive in un imprecisato e sperduto paesino di campagna. La sua educazione, e quella della sorellina più piccola, sono affidate alla madre casalinga, poiché il padre è quasi sempre in giro con il suo camion. Il gruppetto di amici con i quali, d'estate, trascorre ore di gioco all'aria aperta, è quello di tutti i ragazzi di tutte le piccole comunità: il capo forte e spesso sadico, i gregari ubbidienti che votano a seconda di come soffia il vento, la grassona vittima delle angherie, la piccola piagnona e rompiscatole, la spia. I giochi sono conditi di gare e di escursioni, di scommesse e di penitenze, di leggi e di contestazioni, di risate e di malizie. Un giorno, per scontare una penitenza, Michele è costretto a camminare su un'asse sospesa in aria all'interno di un casolare abbandonato. Lo spavento per la caduta a faccia in giù si tramuta in terrore quando i suoi occhi si fissano su qualcosa di scheletrico che si muove in una buca profonda e umida. Dopo la paura iniziale, che gli impedisce di comunicare la sua scoperta persino agli amici, Michele si fa vincere dalla curiosità e scopre che in quella tana è tenuto prigioniero un bambino della sua stessa età. In successivi incontri clandestini viene a sapere che il sequestrato si chiama Filippo, che è figlio di gente ricca, che è stato rapito da malviventi senza coscienza e che è incatenato come una bestia in attesa del pagamento del riscatto. Dopo un po', origliando in discussioni che si tengono a casa sua, dove intanto si è sistemato un misterioso e

fosco individuo che si rivelerà la mente della banda, Michele scopre che anche suo padre fa parte dei sequestratori.

Interrompo qui, momentaneamente, la narrazione della trama. Lo faccio di proposito perché c'è già un bel po' di materiale per "avviare" la riflessione sul tema della paura. Che cos'è la paura? In coincidenza con l'uscita nelle sale del film, il quotidiano "La Repubblica" ha ospitato un interessante dibattito tra il regista Salvatores e il filosofo Umberto Galimberti. In quell'occasione, Galimberti precisò opportunamente: "La paura è un meccanismo di difesa che io adotto quando c'è un pericolo oggettivo: vedo un cane, scappo. La paura, insomma, mi innesca una difesa. Gli adulti hanno paura. Nel tuo film è il capo dei rapitori che ha paura e scappa quando vede l'elicottero dei carabinieri, per esempio. I bambini non hanno paura e la prova è che si espongono a tutti i rischi. I bambini hanno angoscia, il tedesco *Angst*, qualcosa che ha che fare con l'indeterminato. L'angoscia non ha oggetto, è incombente. Mi spiego: da adulto, io non avrei mai fatto come Michele, non sarei tornato nella botola a vedere cosa era quella gamba che avevo visto il giorno prima perché mi aveva fatto paura, dunque mi difendevo. In Michele bambino, invece, quella cosa sconosciuta suscita angoscia che, al contrario della paura, non ti blocca, ma ti stimola, ti obbliga a produrre, a fare qualcosa, innesca la curiosità, la voglia di conoscenza".

Dunque, Michele non ha paura, ma angoscia. Tutti i bambini vivono nell'angoscia. Per esorcizzarla, come si sa, si rifugiano nella fiaba, dove vince sempre il buono e persino la morte subisce sconfitte. Peccato che, ad una certa età, essi siano costretti a scoprire la realtà della cattiveria in ciò che li circonda: nel loro paese e nella loro stessa casa. In questa storia con intreccio da thriller, Michele prova che cos'è la paura non tanto nell'antro scuro della morte, ma nella stanza in cui dorme. Come dire che la paura gli nasce da dentro ed esplose, come vedremo in seguito, solo quando è costretto ad agire da adulto. E Filippo? Quando il personaggio entra nella storia, la sua angos-

scia è già diventata autodistruzione. Non comprendendo il silenzio dei suoi genitori e non volendo ammettere che l'abbiano abbandonato al suo destino, ripete a se stesso "Io sono morto". Ci vorrà un angelo venuto dal cielo (è per caso che Ammaniti ha chiamato Michele il suo protagonista? è per caso che la liberazione arriva tramite l'elicottero?) per farlo rinascere e per proiettarlo nel mondo "aperto" degli altri ragazzi, in contrasto evidente con l'ottusità dei grandi. È lo stesso regista che ci mette al corrente di una sua geniale soluzione di regia, adottata in funzione contenutistica, quasi a ribaltare i personaggi e la vicenda, facendo dei sequestratori i veri sequestrati. Dice Salvatores: "La separazione tra i due mondi l'ho voluta sancire anche fisicamente, nello spazio. Gli adulti sono sempre al chiuso, rintanati in un interno, come in una macchina di difesa. I bambini fuori, nei campi all'aperto."

La paura, quindi, è dei grandi. Ed è una paura che indossa i mille vestiti dei vizi e delle debolezze umane. Ammaniti e Salvatores ce ne offrono un vasto campionario: quella di chi attende il pagamento del riscatto, quella di chi teme d'essere scoperto, quella di chi non vuole che i figli sappiano, quella del disonesto, del cattivo, dell'opportunista, dell'arrivista, del cattivo maestro... Per entrare nel mondo degli adulti, Michele deve provare, anche se in misura ridotta, qualche dose di questa paura: accorre in aiuto di Filippo, dicendo bugie e non mantenendo la promessa fatta, e si butta tra le braccia del padre malvivente con un gesto che sembra di accettazione della parte cattiva dell'adulto. "Non diventa grande immacolato - rileva ancora Galimberti nell'articolo sopra citato, cogliendo, a mio avviso, nel segno - ma con una ferita alla gamba che è la memoria del percorso accidentale della sua crescita. Perché la crescita, ormai si è capito, non avviene senza cicatrici".

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: [italospada@libero.it](mailto:italospada@libero.it)

# Il Progetto "adozione sociale" a Napoli: tra illusioni e delusioni

<sup>1</sup>Paolo Siani, <sup>2</sup>Salvatore Esposito, <sup>3</sup>Giovanni Attademo, <sup>4</sup>Olindo Giacci, <sup>5</sup>Giuseppe Cirillo

<sup>1</sup>Pediatra, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>Dirigente dei Servizi Sociali, Comune di Napoli; <sup>3</sup>Funzionario delegato 285, Comune di Napoli; <sup>4</sup>Psichiatra, Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Napoli 1; <sup>5</sup>Pediatra, Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Napoli 1

L'idea era elementare: affrontare il disagio sociale sul nascere (cioè proprio alla nascita), prima che il bambino potesse cominciare a manifestare tutte le problematiche dei bambini e delle famiglie a rischio psicosociale. L'idea era di due pediatri ospedalieri che, lavorando in una realtà di frontiera, Castellammare di Stabia e Napoli, avevano notato che un numero consistente di bambini veniva portato in ospedale e ricoverato, più volte in un anno, per patologie banali. Mutuando un termine dal mondo scolastico, questi bambini si potevano definire "ripetenti in ospedale" (1). E in realtà erano già, o sarebbero diventati a breve, anche ripetenti a scuola. In pratica i medici erano spettatori di un fenomeno di disagio sociale: curavano bambini ammalati solo di povertà (2).

Gli interventi in campo sanitario, anche se qualificati e tempestivi, non riuscivano a modificare la storia nemmeno sanitaria di questi bambini, che si ricoveravano e si ammalavano sempre di più e si vaccinavano sempre di meno. L'idea era di identificare alla nascita, con semplici indicatori, i bambini con rischio sociale, prendere in carico le loro famiglie, cercare di attivare i fattori protettivi interni alla famiglia e, in più, mettere i servizi che prima o poi sarebbero venuti in contatto con loro, nelle migliori condizioni per operare (3).

Il fine ultimo era quello di non dover rincorrere situazioni di disagio che difficilmente possono essere recuperate una volta instaurate, ma cercare di prevenirle. L'"utopia" era il voler sottrarre alcuni di questi bambini a un destino che sembrava già segnato alla nascita: nascere con un basso peso, ammalarsi di più, ricoverarsi di più, vaccinarsi di meno, evadere la scuola, inserirsi con difficoltà nel mondo del lavoro; per alcuni non evitare la strada della devianza.

## La costruzione degli indicatori

Partì così una sperimentazione in un punto nascita, l'Ospedale Cardarelli (dove si

recavano per partorire più spesso le donne residenti a Secondigliano), per testare gli indicatori che erano stati selezionati sui dati della letteratura disponibile (4,5). Durante 6 mesi vennero validati alcuni indicatori di rischio sociale: istruzione materna inferiore alla quinta elementare; età della madre inferiore a 20 anni; un genitore, o entrambi, tossicodipendenti o affetti da malattia cronica o detenuti o extracomunitari; famiglia monoparentale; abitazione precaria o coabitazione con la famiglia di origine.

## La sperimentazione in prima fase

Individuati gli indicatori, si passò a una prima fase sperimentale, limitata a un solo ospedale (Cardarelli) e a un solo quartiere (Secondigliano). L'obiettivo era valutare come poteva essere realizzata una rete tra ospedale, Unità Operative Materno-Infantili (i consultori familiari), e i servizi sociali del Comune. Tutti i bambini, nati nel Punto Nascita (PN) del Cardarelli e residenti a Secondigliano, venivano segnalati via fax al distretto sanitario di appartenenza. Il distretto riceveva le schede; trasmetteva al Servizio sociale territoriale quelle dei bambini con indicatori di rischio; le assistenti sociali (AS) effettuavano la prima visita domiciliare dopo una telefonata di preavviso. Compilavano una scheda nella quale, inseriti i dati anagrafici della famiglia, venivano rivalutati i fattori di rischio segnalati dal PN, ai quali veniva aggiunta la valutazione della condizione abitativa; cercavano di valutare anche i fattori di protezione (nonni, vicini di casa) e la qualità della relazione madre/bambino.

A conclusione, l'assistente sociale stilava una lista di problemi prioritari (in ambito sanitario, abitativo, di lavoro ecc.), segnalava le problematiche emerse e la disponibilità della famiglia a partecipare a programmi di sviluppo sociale.

L'analisi dell'andamento del progetto e la valutazione dei casi venivano effettuate

ogni mese in una riunione dagli operatori sanitari e sociali. Questi ultimi intanto svolgevano un percorso formativo: un incontro alla settimana per 6 mesi, presso il Comune di Napoli, durante il normale orario di servizio, con interventi di pediatri, sociologi, psicologi, insegnanti, magistrati.

## I risultati della prima fase

Dopo 6 mesi di sperimentazione dell'intervento Cardarelli/Secondigliano si valutò che l'intervento fosse fattibile. Venne varato un progetto definitivo: questo si estendeva a tutta la città e a tutti i PN cittadini, pubblici e privati. Con un accordo tra il Comune e l'ASL Napoli 1, si utilizzavano i finanziamenti della legge 285. I fondi investiti ammontavano a 200 milioni delle vecchie lire/anno, impiegati per il 90% nel pagamento del personale del Comune e dell'ASL impegnato nel progetto e di 6 AS borsiste, assunte per effettuare le visite domiciliari. Il 10% veniva impiegato per la modulistica e il materiale informativo per le famiglie e la popolazione.

Nei primi 18 mesi di questo progetto che seguì la sperimentazione Cardarelli/Secondigliano in 1240 visite domiciliari furono prese in carico 491 famiglie. I fattori di rischio sociale maggiormente rappresentati risultarono essere: istruzione materna inferiore alla quinta elementare, giovane età materna, abitazione precaria, madre e/o padre detenuti, famiglia monoparentale, bambini con uno o entrambi i genitori con malattia cronica, cittadini extracomunitari (*tabella 1*). I dati sanitari emersi nello stesso periodo sono riportati nella *tabella 2*.

La somma è superiore a 100 per la presenza di più rischi.

Cambiava così radicalmente l'informazione per i servizi territoriali, sanitari e sociali, che venivano informati tempestivamente della nascita di un bambino in una fami-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

salute pubblica

**Abstract**

The first, partial results regarding the "social adoption" Project experimented in the city of Naples are hereby reported. The entire project is shown, in his complexity, going from the first cautious interventions in one city district with a very high social risk (Secondigliano) to a global intervention involving all the newborn wards (more than 20). We report the mistakes made through the years and afterward corrected by the experience acquired, the great desires and needs to operate changes that involved at that time the entire city of Naples, the new phase of programming social interventions.

P. Siani, S. Esposito, G. Attademo, O. Giacci, G. Cirillo  
The "social adoption" project in the city of Naples: disappointments and illusions  
Quaderni acp 2003, vol X n°3; 12-14

**TABELLA 1: FATTORI DI RISCHIO SOCIALE IDENTIFICATI**

Istruzione materna < 5° elementare	1179	48,3%
Età materna < 20 anni	402	16,5%
Abitazione precaria	1504	61,6%
Madre detenuta	19	0,8%
Padre detenuto	60	2,5%
Famiglia monoparentale	241	9,9%
Genitori con malattia cronica e/o invalidante	204	8,3%
Genitori extracomunitari	264	10,8%

**TABELLA 2: CARATTERISTICHE SANITARIE ALLA NASCITA E DEI NEONATI (N.)**

Parto cesareo	3435	48,1%
N. dimessi con latte materno	5781	84,6%
N. con problemi alla nascita (ittero, asfissia ecc.)	1002	13,7%
Nati prima della 37° o dopo la 42° settimana	293	4%
Peso alla nascita < 2500 g	585	8%
N. dimessi dopo 7 o più giorni	660	9%

**TABELLA 3: SEGNALAZIONI DEI PUNTI NASCITA (PN) ALLE UNITÀ OPERATIVE MATERNO-INFANTILI (UOMI)**

Distretti sanitari	Totale dei nati per distretto	Nati nei PN aderenti al Progetto	Schede inviate dai PN	Schede ricevute dalle UOMI
44	1141	428	401	392
45	1325	532	498	465
46	1876	802	751	704
47	1226	515	482	439
48	1562	453	424	424
49	1502	863	809	804
50	1499	752	705	562
51	1518	847	794	492
52	2081	1051	985	1053
53	1480	720	675	751
<b>Totale</b>	<b>15210</b>	<b>6963</b>	<b>6524</b>	<b>6086</b>

glia a rischio sociale; attorno alla famiglia si poteva stringere una rete di protezione per operare non più secondo la logica della riduzione del danno ma nell'ottica della prevenzione del disagio.

**L'ampliamento del progetto**

Dopo i primi mesi di lavoro il programma di intervento veniva cambiato: si decideva di occuparsi di tutte le famiglie e non solo di quelle a rischio; la decisione nasceva dalla considerazione che la selezione alla nascita poteva far perdere una parte di popolazione che avrebbe potuto avere bisogno di un sostegno alla genitorialità, pur non avendo nessuno dei fattori di rischio selezionati dagli indicatori.

Veniva allora sperimentata un'accoglienza sociale a tutti i nuovi nati di tutta la città e di tutti i PN cittadini secondo lo schema seguente: gli operatori dei consultori di ogni distretto sanitario ricevevano dal PN la comunicazione della nascita di un bambino residente in quel distretto, chiamavano al telefono le famiglie dei neonati, rinforzavano i messaggi dati alle mamme al PN, informavano sui servizi sanitari e sociali a disposizione della famiglia, invitavano i genitori a iscriversi precocemente il bambino con il pediatra di famiglia e offrivano una visita domiciliare delle AS.

In una piccola sperimentazione questa estensione del progetto sembrava realizzabile. Risultò, invece, molto difficile nella pratica e finì con il mettere in crisi il progetto. I punti critici che lo hanno messo in crisi possono essere identificati nel mancato coinvolgimento effettivo e continuativo di tutti i punti nascita che inviavano solo una parte delle segnalazioni (come si evince dal confronto fra la colonna 2 e la colonna 4 della *tabella 3*), ma soprattutto nelle difficoltà operative del Servizio sociale.

La bassa percentuale di segnalati poteva essere spiegata dalla scarsa adesione dei PN convenzionati che non aderivano al progetto (circa il 50% dei neonati) e dalla nascita di una parte dei bambini in strutture extracittadine che non partecipavano al Progetto.

Calcolando però solo i nati nei PN che effettivamente partecipavano al Progetto (quelli degli ospedali pubblici) e indicati nella *tabella 3* con "Nati nei PN aderenti

al Progetto”, la percentuale di segnalazioni superava il 90% dei nati; il sistema di segnalazioni dunque, almeno per gli ospedali pubblici, funzionava.

La difficoltà del Servizio sociale consisteva nella impossibilità di effettuare tempestivamente la visita domiciliare, nonostante fossero state assunte fin dalla prima fase sei AS borsiste, ma soprattutto nella difficoltà a programmare e realizzare interventi di sostegno per queste famiglie.

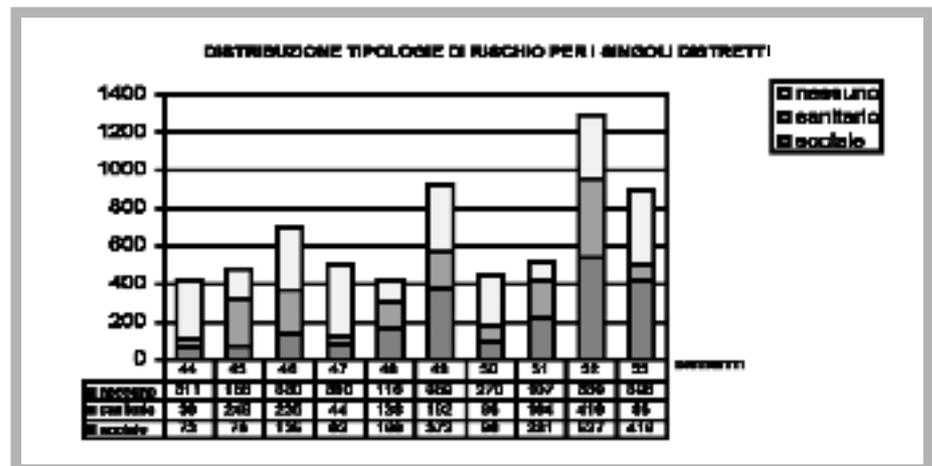
Gli operatori del sociale non erano in grado di prendere in carico famiglie che avevano un neonato con pochi o non rilevanti problemi, ma che avrebbero potuto in un prossimo futuro, per la presenza di uno o più indicatori di rischio, sviluppare gravi situazioni di disagio; erano inoltre sommersi da richieste di aiuto cui sempre più difficilmente riuscivano a dare delle risposte positive. L'esiguità del numero di AS in alcuni quartieri particolarmente a rischio rendeva difficilissimo ogni programma di intervento. Il personale sociale non riusciva a intervenire tempestivamente su quelle famiglie che non avevano un problema già chiaro e conclamato e si concentrava, giustamente, sui casi più a rischio e più urgenti.

I punti di forza messi in luce, invece, erano rappresentati dalla precoce segnalazione ai consultori familiari e ai Servizi sociali di possibili situazioni di rischio che rendeva possibile, per la prima volta nella storia di una grande città, la costruzione di una mappa dei problemi dei nuovi nati, aggiornata mensilmente, quartiere per quartiere (figura 1), che avrebbe potuto consentire una migliore distribuzione delle risorse umane sul territorio, avendo presente la distribuzione del rischio molto alta nei distretti 52 e 53, quasi nulla nei 44 e 47. Questa razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse non si è verificata.

### Conclusioni

Il Progetto “adozione sociale”, che nella fase sperimentale e nella prima fase descritta nelle *tabelle 1 e 2*, aveva dimostrato una sua fattibilità, ha fallito il suo obiettivo nel trasporto dalla prima fase a quella più ambiziosa, che voleva centrare l'attenzione non soltanto sulle famiglie a rischio ma su tutte le famiglie di Napoli, che è di per sé un'area a rischio sociale.

**FIGURA 1: DISTRIBUZIONE DELLE TIPOLOGIE DI RISCHIO**



Il lavoro di rete, la comunicazione fra ospedale pubblico e territorio, l'integrazione tra il sociale e il sanitario, si sono dimostrati realizzabili ma, per far funzionare progetti ambiziosi, è necessario investire sui servizi sociali molte più risorse umane, economiche e molta più preparazione professionale di quelle che erano disponibili. Si è peccato di generosità? Forse sì, perché la Napoli delle giunte di sinistra di quei tempi rappresentava una fucina di sperimentazione di nuovi approcci al disagio sociale, e il Comune era diventato un punto di riferimento per tanti operatori sociali e sanitari che per la prima volta erano chiamati a elaborare idee, interventi, progetti. Il merito di chi governava allora la città è stato quello di farli crescere, dare loro spazio e fiducia.

Si respirava davvero una nuova aria, tutti si sentivano partecipi di un progetto di trasformazione che avrebbe dato presto i suoi frutti. E molte sperimentazioni in altri ambiti (recupero di tossicodipendenti, reinserimento scolastico) hanno funzionato e sono diventate patrimonio stabile della città.

Ma, nel caso del Progetto di “adozione sociale”, la realtà non era così semplice come sembrava nei laboratori.

In definitiva, un fallimento? Non ci pare. Gli ospedali continuano a tutt'oggi a segnalare via fax ai distretti di residenza tutti i neonati e in alcuni consultori si continua a fare l'accoglienza al nuovo nato.

La macchina è stata messa in moto ed è tuttora in parte funzionante; anzi un gruppo di operatori socio-sanitari sta lavorando per potenziarla e lanciarla di nuovo in pista, meglio di prima. Sarà difficile fermarla?

Dal Progetto “adozione sociale” sono nate riflessioni e nuove esperienze, di cui ci potremo occupare in un prossimo articolo\*.

### Bibliografia

- (1) Siani P. I segni del disagio sociale nell'utilizzo dell'ospedale. In: I bambini a rischio sociale, generazioni a perdere o investimento sociale. *Edizioni Scientifiche Italiane*, 1996:110
- (2) Tamburlini G. L'intervento del pediatra. In: I bambini a rischio sociale, generazioni a perdere o investimento sociale. *Edizioni Scientifiche Italiane*, 1996:155
- (3) Cirillo G. Prevenzione e assistenza ai bambini a rischio sociale. In: I bambini a rischio sociale, generazioni a perdere o investimento sociale. *Edizioni Scientifiche Italiane*, 1996:185
- (4) Kohler L. Child public health. A new basis for child health workers. *Eur J Public Health* 1998;8:253-5
- (5) Cirillo G, et al. Sistema informativo distrettuale e salute del bambino. Uno studio pilota in Campania. *Medico e Bambino* 1999;6:371-5

\*Hanno collaborato: M. De Gaetano, R. Sagitto, V. Caroleo, A. Recano, R. Ossorio, A.M. Principe, L. Baldini, U. Vairo, R. Papa, L. Di Maio, R. Bonsignore, G. Cerullo, R. Toscano, I. Martini, F. Pellegrino, A. Arzillo, C. Cafiero, L. Moraca, S. Peluso.

Responsabile del Progetto: Prof. F. Tancredi  
Assessore alle politiche sociali del Comune di Napoli: dott. MF. Incostante

# XV Congresso ACP Elezioni alle cariche direttive

- In sostituzione del Presidente Nicola D'Andrea, e dei consiglieri Roberto Buzzetti (Lombardia), Sergio Conti Nibali (Sicilia), Corrado Rossetti (Umbria), Antonella Stazzoni (Emilia Romagna).
- Si può votare in assemblea o per posta. Ogni iscritto da almeno 1 anno, e in regola con le quote, riceverà per posta la scheda che dovrà essere compilata e rispedita all'indirizzo segnalato nella lettera indicando il mittente. Chi vota in assemblea potrà ricevere lì la scheda.
- I programmi elettorali dei candidati alla presidenza sono su [www.acp.it](http://www.acp.it)

## CANDIDATI ALLA PRESIDENZA

### Michele Gangemi

Laureatosi a Padova nel 1977, si è specializzato in Pediatria a Verona nel 1980. Ha lavorato presso il Centro di Fibrosi Cistica di Verona ed è Pediatra di Libera Scelta a Verona dal 1981. È iscritto all'ACP dal 1979 ed è stato eletto per due volte nel direttivo. È responsabile della Segreteria della Ricerca nell'area delle cure primarie dell'ACP. Fa parte del Comitato Editoriale di *Quaderni acp*. Ha fondato l'Associazione Promozione Cultura Pediatrica a Verona, affiliata all'ACP nel 1981, rimanendone presidente fino al 1999. È stato Presidente della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale per due mandati consecutivi, dal 1997 al 2001. È Presidente della Sezione Veneta della Società Italiana di Counselling sistemico (SICIS) ed è formatore accreditato SICIS. È stato Presidente del Comitato Etico della ASL 20 e ne fa tuttora parte. È iscritto all'albo degli Animatori della Regione Veneto dalla sua istituzione. È coordinatore provinciale (ASL 20,21 e 22) per la formazione dei Pediatri di Libera scelta. Ha frequentato il Corso di Perfezionamento in Pediatria di Comunità presso l'Università di Padova (anno accademico 1996-97) e ha partecipato al Master Biennale per la Formazione alla Ricerca in Pediatria di Base presso l'Istituto Mario Negri di Milano.

### Giuseppe Magazzù

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1973, specializzazione in Pediatria nel 1976, specializzazione in Gastroenterologia nel 1981, presso l'Università di Messina. Prolungati periodi di formazione presso Centri di Pediatria, Gastroenterologia pediatrica e Fibrosi Cistica a Napoli, Parigi, San Diego, Denver, Chicago. Professore straordinario di Pediatria e Direttore dell'Unità di Fibrosi Cistica e Gastroenterologia Pediatrica dell'Università di Messina. Coordinatore del II canale del corso integrato di Pediatria per il CCL di Medicina e Chirurgia di Messina per un triennio fino all'anno accademico 2001-02. Coordinatore dei corsi integrati del VI anno e delle rotazioni per il corso integrato di Pediatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Messina per l'anno accademico 2002-03. Coordinatore dei corsi di specializzazione in Pediatria dell'Università di Messina dall'anno accademico 1994-95 a tutt'oggi. Segretario nel triennio 1995-98 e Presidente per il triennio 1998-2001 della Società Italiana di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica (SIGEP). Iscritto all'ACP sin dal 1° Incontro di "Copanello", e membro del Direttivo per un triennio fino al 2002. Docente e coordinatore di corsi e ricerche in Pediatria di base presso gruppi ACP di varie Regioni.

## CANDIDATI AL CONSIGLIO DIRETTIVO

### Teresa Ciambrone

È candidata dal gruppo ACP dei due Mari. Di questo gruppo è responsabile. È pediatra ospedaliera presso l'UO di Soverato (CZ). Si occupa di endocrinologia pediatrica. Organizza campi estivi per diabetici.

### Paolo Fiammengo

Laurea in Medicina presso l'Università di Torino (1990) con specializzazione in Pediatria nel 1994. Svolge attività di pediatra di libera scelta a Fossano (CN) dal 1996. Socio ACP dal 1997, anno in cui venne fondato l'ACP dell'Ovest, nell'ambito del quale è, dall'anno della sua costituzione, membro del Direttivo in qualità di tesoriere. Rappresentante dei PLS nel Dipartimento Materno-Infantile della propria ASL. Membro del "Gruppo di Lavoro sugli screening in età neonatale" della Regione Piemonte. Membro del Comitato editoriale di *Medico e Bambino*. Area

di interesse principale l'EBM, di cui coordina, nell'ambito dell'ACP dell'Ovest, un piccolo gruppo di lavoro.

### Luisella Grandori

Specializzata in Pediatria all'Università di Modena; socio ACP dal 1995. Dopo alcuni anni di convenzione, prima come medico generico e poi come pediatra di base, svolge attività di prevenzione in età pediatrica per l'Unità Sanitaria Locale di Modena, occupandosi in particolare della sorveglianza epidemiologica della salute infantile attraverso gli indicatori e degli interventi di prevenzione rivolti ai bambini immigrati, stranieri e zingari. Da alcuni anni si dedica quasi esclusivamente alla prevenzione delle malattie infettive (vaccinazioni e prevenzione del contagio nelle comunità infantili) prima per la ASL di Modena e ora quasi esclusivamente per il Servizio di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna. Svolge numerose attività di formazione e informazione, attraverso strumenti informali (incontri, colloqui, lista di discussione Pediatrica online) o formali (docenze a corsi di formazione in ASL, Regioni, ISS, insegnamento alle Scuole di Specialità in Pediatria e Igiene e Sanità Pubblica, relazioni a convegni). Per lo stesso motivo scrive note informative per genitori e operatori sanitari, articoli o commenti su alcune riviste italiane, pubblicazioni della ASL, regionali, sul Portale di Epidemiologia dell'ISS Epicentro, sul bollettino europeo Eurosurveillance. Un ulteriore interesse è il dialogo tra culture diverse della salute. Le esperienze di maggior rilievo sono l'incontro con la cultura zingara e dei rifugiati Saharawi, per i quali svolge e coordina interventi rivolti ai bambini. Il confronto con i movimenti di obiezione alle vaccinazioni le permette di conoscere culture diverse della salute, con le quali tenta di stabilire rapporti di convivenza civile e predispone uno strumento per l'acquisizione del dissenso ("dissenso informato"). Recentemente è stata nominata consulente dei gruppi ACP per i problemi vaccinali. Collabora a *Quaderni acp*.

### Laura Reali

Medico pediatra, iscritta all'ACP Nazionale, membro del gruppo ACP Roma Nord-Ovest dal 1995 e del Direttivo dello stesso gruppo dal 2000. Dal 2002 fa parte del Direttivo ACP Lazio. Laureata in Medicina e Chirurgia nel 1980 e specializzata in Pediatria nel 1984 col massimo dei voti. (U.C.S.C. Roma-Policlinico Gemelli). Dal 1978 al 1985 si è occupata di Oncematologia Pediatrica (Policlinico Gemelli). Dal 1980 al 1985 Servizio di Guardia Medica presso l'ASL FR/4. Dal 1985 a tutt'oggi pediatra di famiglia presso l'ASL RM/E. Fa parte del Comitato Scientifico FIMP Roma, che si occupa di formazione. Animatore di Formazione (Motta di Livenza, Treviso). Medico esperto in Omeopatia (Scuola CISDO). Collabora alla stesura delle Linee guida dell'Ospedale Bambin Gesù sulla gestione del trauma cranico minore, della bronchiolite e degli esami preoperatori.

### Federica Zanetto

Socio ACP dal 1988 e ACP Milano dal 1993. Membro del Direttivo ACPM dal novembre 2000. Specializzata in Pediatria presso l'Università di Milano nel 1984. Pediatra di famiglia presso l'ASL3, Provincia di Milano dal febbraio 1985. Animatore di formazione della Regione Lombardia da ottobre 1994. Formatore SICIS, abilitata al Counselling da aprile 2001. Interessi: aspetti comunicativi e relazionali in pediatria-EBM.

**Altre candidature** Potranno essere presentate in assemblea.

*Curriculum a cura dei candidati*

# Jong-Wook Lee: nuovo Direttore Generale dell'OMS

Eduardo Missoni

Presidente dell'Osservatorio Italiano di Salute Globale <sup>(4)</sup>

## Abstract

*The members of WHO Executive Council have elected the South-Korean Jong-Wook Lee as General Director. His nomination probably represented a sort of compromise between otherwise irreconcilable affairs, and was for many a great surprise. His claims for WHO are directed toward visibility, integrity and commitments.*

*Eduardo Missoni, J W. Lee: the new WHO General Director  
Quaderni acp 2003, vol X n° 3; 17*

I 32 membri del Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (tra cui l'italiana Marta di Gennaro) hanno nominato nuovo Direttore Generale il sud-coreano Jong-Wook Lee. Il successore della dottoressa Gro Harlem Brundtland, in carica dal 1998, assumerà l'incarico il 21 luglio di quest'anno, dopo la ratifica dell'Assemblea Generale nel mese di maggio.

La nomina del dottor Lee alla direzione dell'OMS è stata per molti una sorpresa, rappresentando forse la soluzione di compromesso tra interessi inconciliabili.

Nella rosa ristretta di cinque candidati, i più forti erano considerati il Ministro della Sanità messicano, Julio Frenk, candidato degli americani; il primo ministro mozambicano Pascoal Mocumbi, che avrebbe rappresentato un dovuto riconoscimento di priorità al continente africano e il belga Peter Piot, la cui elezione avrebbe riportato per la terza volta un europeo alla guida dell'Organizzazione, in contrasto con la regola non scritta, e di fatto non rispettata, di favorire una certa rotazione geografica. Invece, già dopo la prima votazione, costata l'eliminazione del quinto candidato, l'egiziano Ismail Sallam, è divenuto evidente che anche Lee era in corsa fino a spuntarla (17 a 15) dopo due pareggi consecutivi sul belga Piot, grazie allo spostamento di due voti. Il fatto che il confronto sia stato tra due "tecnici" invece che tra candidati "politici" viene letto da alcuni come un segnale all'OMS: le politiche sanitarie si decidono altrove, che l'OMS si limiti al supporto tecnico.

In ogni caso la forza del Direttore Generale è fortemente limitata dalla scarsa trasparenza e democraticità del processo elettorale, con giochi dietro le quinte che tendono a influenzare fortemente le scelte. L'elezione diretta del Direttore Generale da parte di tutti gli stati membri e l'obbligo per i candidati di presentare la propria piattaforma programmatica potrebbero essere la base di un processo di riforma da molti considerato indispensabile (1). Per il momento, però, per valutare il significato

dell'elezione di Lee non possiamo che attenerci alle sue dichiarazioni (2,3) e al suo profilo professionale: da 19 anni funzionario dell'OMS, prevalentemente in forza a programmi "verticali", come l'iniziativa globale "Stop TB", alla cui guida si trova attualmente. Un profilo eminentemente tecnico e manageriale che dovrà confrontarsi innanzitutto con quello che viene considerato il principale successo - tutto politico - della gestione Brundtland: l'aver riportato la salute al massimo livello di attenzione nell'agenda globale, conferendo all'OMS un ruolo di interlocutore al tavolo dei potenti. Ed è politico il passo in più che Lee dovrà far fare all'OMS: restituirle la guida nella determinazione delle politiche per la salute a livello globale. In questi anni, infatti, l'OMS ha troppo spesso accettato di soggiacere a un'agenda stabilita altrove (Banca Mondiale, G8) o al massimo di essere solo un partner paritario tra governi, altre organizzazioni delle Nazioni Unite, la Banca Mondiale e il settore privato, in iniziative globali, le cosiddette *Global Public-Private Partnerships* (GPPP). Queste ultime, sulla cui rappresentatività, rispondenza ai bisogni, responsabilità e conflitti d'interesse, ci sarebbe molto da discutere, promuovendo un approccio estremamente focalizzato su singoli problemi sanitari o malattie e imponendo le proprie regole per l'accesso ai fondi, stanno provocando una pericolosa frammentazione dell'azione per la salute e aggiungendo un insostenibile carico di lavoro a Paesi beneficiari, già stressati dalla cronica carenza organizzativa e di risorse umane.

Lee sembra essere cosciente di questo limite quando, pur ribadendo la necessità di interventi mirati, sostiene l'impellenza di sostanziali investimenti nei sistemi e nei servizi attraverso la formulazione di Piani nazionali di settore. D'altra parte si guarda bene dall'esprimere un giudizio sulle GPPP che alla verticalità degli interventi, che a lungo ha caratterizzato anche l'azione dell'OMS, aggiungono la riduzione del peso politico di quest'ultima. La prima preoccupazione di Lee è di spostare

l'accento dell'OMS verso il supporto ai Paesi, assicurando il raggiungimento di risultati tangibili in termini di salute. Non è secondario, in questo senso, che dichiarò il suo impegno per ridurre la "fuga di cervelli" dai Paesi poveri verso i più ricchi; un tema ancora del tutto assente dall'agenda globale, anche perché richiede specifici e scomodi impegni da parte dei Paesi più ricchi, tra cui rinunciare all'importazione di professionisti a basso costo e riconoscere la necessità di sostenere e finanziare consistenti aumenti salariali e quindi l'aumento della spesa sanitaria nei Paesi più poveri, in contraddizione con la tradizionale ricetta dei "tagli" alla spesa pubblica. Anche per questo, Lee indica come prima priorità l'aumento della disponibilità di fondi a livello dei Paesi. Lee rivendica per l'OMS visione, impegno e integrità. Sintetizza la sua visione nel compimento dell'obiettivo statutario dell'OMS "il raggiungimento da parte di tutti i popoli del più alto livello possibile di salute", e afferma di voler misurare la propria efficacia quale Direttore Generale sulla base del progresso verso gli "Obiettivi di Sviluppo del Millennio", fissati dalle Nazioni Unite in occasione del summit del settembre 2000 (tra cui, ad esempio, la riduzione entro il 2015 della mortalità infantile di due terzi e della mortalità materna di tre quarti, rispetto alla situazione nel 1990).

## Bibliografia e note

- (1) Yamey G, Abbasi K. Electing WHO's next leader. *BMJ* 2002;325:1251-2
- (2) Lee JW. Director, WHO's Stop TB programme. *Lancet* 2003;361:235
- (3) Resources should be decentralised to countries, Jong-Wook Lee, of the Republic of Korea, is Director, WHO's Stop TB programme. *BMJ* 2003;326:123
- (4) L'Osservatorio si propone come spazio di riflessione e ricerca sui temi della salute globale, lavorando per un'analisi indipendente del processo di globalizzazione e dei suoi effetti sulla salute, a supporto delle decisioni e delle azioni concrete che si vogliono intraprendere per la salute dell'umanità. Sede legale: via Borselli 4-6, 40135 Bologna - Tel. 051433402 - fax 051 434046,4486921

Per corrispondenza:  
Eduardo Missoni  
e-mail: [scrivi@eduardomissoni.net](mailto:scrivi@eduardomissoni.net)

osservatorio internazionale

# Congressi

Per motivi di spazio la rubrica *Congressi controluce* è stata assente per tre numeri. Alcuni dei congressi riportati si sono svolti quindi qualche mese fa. Ce ne scusiamo con i lettori e con i recensori.

## Milano: bambini, prime vittime della povertà

Organizzato dall'Associazione Helder Camara (1) ([www.heldercamara.it](http://www.heldercamara.it)), si è tenuto a fine 2002 all'Università Cattolica di Milano il Convegno "We care, insieme dalla parte dei minori". Sabina Siniscalchi, segretario generale di Mani tese, ha ricordato che "troppi bambini sono le prime vittime della crescente povertà che affligge 2 miliardi e ottocento milioni di persone che vivono con meno di 2 dollari al giorno". Si stima che oggi siano 250 milioni i bambini con meno di 14 anni costretti a lavorare fino a 12 ore al giorno. "Nel solo Brasile i bambini costretti a lavorare come adulti sono circa 3 milioni con retribuzioni irrisorie: 15-20 dollari al mese", ha ricordato Gerson Marques da Silva, del monastero di Goias e rappresentante di un'associazione che si occupa dei *sem-teto* e dei *sem-terra* in Brasile. Ci sono poi i bambini abbandonati - di strada, venduti, vittime della prostituzione - ha sottolineato Patrick Atohoum, animatore di ENDA a Dakar. Ma anche per quanto riguarda l'Italia, c'è ancora molto da fare. "La cultura dell'educazione è in netto ribasso - ha spiegato don Rigoldi, del Coordinamento nazionale comunità d'accoglienza - e nessuno si occupa di educare i giovani alla responsabilità. Ma anche in un clima generale non brillante, si deve lavorare per il miglioramento della vita dei minori". Secondo don Virginio Colmegna, direttore della Caritas Ambrosiana, una delle cause maggiori della "situazione di abbandono molto forte" vissuta dai minori è "la cultura adultocentrica" prevalente. "Bisogna ripartire - ha concluso - dalla creazione di una cultura dell'infanzia". Queste alcune delle voci levatesi nell'incontro a cui hanno partecipato molti rappresentanti di enti e associazioni che lavorano per la cooperazione e la solidarietà. È importante che le organizzazioni della società civile, accanto agli interventi di aiuto, continuino a sviluppare azioni di natura politica attraverso campagne di sensibilizzazione e iniziative di pressione verso le istituzioni locali, nazionali e internazionali. Ne sono esempio: la *Global march* contro il lavoro infantile; la campagna sui bambini-soldato; gli interventi in difesa della salute dei minori e di lotta

all'AIDS, che sono accompagnati dalla battaglia per il diritto ai farmaci essenziali. Sono questi solo alcuni dei possibili "impegni di speranza per il futuro", a cui tutti siamo chiamati, come ha ricordato Alex Zanotelli.

m.b.

(1) "Se non si abbassa lo sguardo, non si incrocia lo sguardo dei bambini. Se un adulto non si piega per sorreggerlo, un bambino non impara a camminare. Se non si tendono le braccia verso terra, non si può sollevare un bambino. I bambini infatti sono più vicini alla terra e come la terra, vulnerabili e indifesi, ci sono dati in custodia". Helder Camara

## Bruxelles: Società Europea di Pediatria Ambulatoriale

Si è svolto a fine ottobre a Bruxelles il XIII Congresso della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale (SEPA), alla cui nascita l'ACP ha contribuito in maniera determinante. Oggi la *mission* della Società si è allargata alla formazione e al confronto tra i vari sistemi sanitari, oltre che alla ricerca. Attualmente, al nucleo originario (Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Portogallo, Spagna e Svizzera) si sono aggiunti i Paesi di lingua tedesca e alcuni Paesi dell'Est europeo (Repubblica Ceca e Lituania). Il convegno si è aperto con tre ateliers su tre proposte.

1. La proposta di ricerca sui disturbi del linguaggio che partirà da quest'anno nei Paesi di lingua francese e che si prevede potrà essere successivamente estesa a Paesi di altre lingue. La ricerca prevede la somministrazione ai genitori ad età filtro di una versione breve del questionario di MacArthur. Tale versione permetterebbe di individuare precocemente i disturbi del linguaggio.

2. La formazione del pediatra con particolare attenzione al training ambulatoriale. Tale esperienza, pur con varie difficoltà, è presente solo in Italia.

3. La proposta di una "carta" per la pediatria ambulatoriale. Membri di vari Paesi stanno mettendo a punto un documento etico per la pediatria ambulatoriale. Nei giorni seguenti si sono affrontati due temi centrali che approfondivano i problemi connessi all'ado-

zione e all'alimentazione del bambino e dell'adolescente in Europa. Per il primo tema si è posta l'attenzione sui risvolti legislativi (assai diversi nei vari Paesi), sociali, psicologici e pediatrici dell'adozione. Per quanto riguarda l'alimentazione si è affrontato il problema dell'obesità e dell'ipercolesterolemia, oltre alle caratteristiche alimentari dei vari Paesi. Nel complesso la decisione di aver scelto e sviscerato due grandi temi si è rivelata vincente e ha costituito un esempio da seguire anche per i futuri convegni. Il prossimo convegno si terrà a Milano dal 19 al 21 settembre 2003. Alcune considerazioni appaiono centrali per il futuro della SEPA e sono state discusse nel direttivo. La prima proposta riguarda il potenziamento del sito web ([www.sepa-esap.org](http://www.sepa-esap.org)) con accesso ai soci tramite password. La seconda riguarda l'auspicata collaborazione con la CESP (Confederazione Europea Specialisti Pediatrici) che prevede, al suo interno, un rappresentante per le cure primarie.

m.g.

## Lodi: in scena bambini esclusi

Il dramma dello sfruttamento dei minori e, più in generale, la condizione dell'infanzia nel mondo sono i temi affrontati, non in un congresso, ma nello spettacolo che la Compagnia teatrale ITINERARIA ha messo in scena, in collaborazione con il Comitato UNICEF e l'Istituto per la Storia dell'età contemporanea di Lodi, con il Patrocinio del Ministero per la Solidarietà sociale. L'atmosfera di intenso coinvolgimento che lo spettacolo produce nel pubblico in sala e la sollecitazione ad agire concretamente in difesa di chi non ha voce caratterizzano questo percorso di sensibilizzazione, volto a creare una cultura della solidarietà e a facilitare il contatto tra i cittadini e le associazioni presenti sul territorio. Il testo completo della lettura scenica è disponibile sul sito [www.itineraria.it/bambiniesclusi](http://www.itineraria.it/bambiniesclusi), dove è possibile seguire un "percorso guidato" attraverso i momenti principali della messinscena. Da oltre un anno e mezzo questa lettura scenica viene replicata in varie regioni d'Italia su invito di Scuole superiori, Amministrazioni comunali e Associazioni di solidarietà.

m.b.

# controluce

## Roma: piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

Nel novembre scorso, si è tenuta a Roma la conferenza di consenso sul Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Il documento allo studio prevede una serie di azioni cadenzate nel tempo per ottenere anche in Italia l'eliminazione di queste due malattie entro il 2007.

Gli obiettivi del Piano nascono dall'individuazione delle priorità in ambito di prevenzione delle malattie infettive nel nostro Paese, che coincidono con quanto indicato dall'OMS per tutta la Regione Europea: eliminazione del morbillo entro il 2007 e della rosolia congenita entro il 2010. John Spika dell'Ufficio europeo OMS di Copenhagen ha introdotto illustrando gli obiettivi e dando risalto all'importanza di un'efficace sorveglianza delle malattie infettive, della volontà politica di perseguire gli obiettivi, della necessità di un'azione coordinata, allargando il coinvolgimento a tutti i soggetti che possono opportunamente contribuire, oltre alla garanzia di indipendenza.

Per quanto riguarda il morbillo, la copertura vaccinale non risulta ottimale in tutti i 51 Paesi che fanno parte della Regione Europea. Anche in anni recenti sono state registrate epidemie in Irlanda, Gran Bretagna, Olanda, Lituania e Italia. Nei primi tre Stati, erano collegate alla diminuita adesione alla vaccinazione in alcune aree limitate, per effetto di movimenti di obiezione. Quella avvenuta nel nostro Paese nell'estate del 2002, collegata a ben altri motivi, è stata la più grave, con decine di migliaia di casi e almeno 7 decessi, 13 casi di encefalite e centinaia di ricoveri.

La copertura vaccinale media italiana contro il morbillo, nei bambini di 24 mesi, è la più bassa d'Europa. Dal 56% del 1998 (indagine ICONA dell'ISS) è passata circa al 70% nel 2000 (stima del Ministero della Salute), valore ancora molto lontano dal 95% in grado di impedire la circolazione del virus. Paesi come l'Uzbekistan hanno raggiunto questo traguardo nel 1998 per arrivare al 99% nel 2001.

Anche la prevenzione della rosolia congenita, ad eccezione della Finlandia dove è stata

eliminata dal 1999, rappresenta un importante problema di salute pubblica in gran parte d'Europa. La sorveglianza appare inadeguata in molti Paesi. La strategia vaccinale finora messa in atto rischia di provocare, nel tempo, uno spostamento dell'età in cui si contrae la rosolia, andando a colpire proprio le donne in età fertile.

Le poche informazioni disponibili in Italia dimostrano che la rosolia congenita è ancora presente, la sorveglianza è molto carente e mancano informazioni sullo stato immunitario della popolazione femminile in età feconda. Un ulteriore problema, e di non facile soluzione, è costituito dalle donne immigrate da Paesi economicamente svantaggiati dove la strategia vaccinale prevede l'utilizzo del vaccino contro il solo morbillo invece del trivalente antimorbillo-parotite-rosolia, esponendole quindi a maggior rischio di rosolia in età fertile, come testimoniano recenti segnalazioni di letteratura. Il Piano Nazionale affronta tutti questi aspetti e prevede strategie differenziate a seconda del livello di controllo raggiunto contro le due malattie, ricavate dalle indicazioni dell'OMS e dalla letteratura internazionale.

Si riportano in sintesi le principali azioni previste:

- miglioramento della registrazione delle vaccinazioni e del calcolo delle coperture vaccinali;
- graduale aumento delle coperture vaccinali per morbillo-parotite-rosolia nel secondo anno di vita fino a raggiungere il 95% e la somministrazione diffusa di una seconda dose a 5-6 anni almeno a partire dalla coorte di nascita 2002;
- recupero dei suscettibili al morbillo fino all'età adolescenziale e loro vaccinazione con MPR anche attraverso l'effettuazione di una campagna vaccinale straordinaria nazionale nell'anno scolastico 2003-04;
- recupero delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia e loro vaccinazione;
- miglioramento dei sistemi di sorveglianza di entrambe le malattie, fino alla conferma sierologica della diagnosi (l'OMS prevede la standardizzazione dei metodi di laboratorio per tutti gli Stati della Regione Europea);
- azione sinergica di tutte le componenti dell'assistenza sanitaria e sociale variamente coinvolte (ospedale, territorio, pediatri,

ginecologi, ostetriche, scuole, volontariato ecc.);

- predisposizione di materiale informativo e diffusione di messaggi promozionali attraverso i mezzi di comunicazione;
- miglioramento del sistema di sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini e identificazione di una commissione nazionale per la loro valutazione;
- coordinamento nazionale che garantisca un'azione di indirizzo e sostegno a tutte le regioni.

È evidente che questo progetto potrebbe rappresentare un'opportunità preziosa per risalire dalla situazione gravemente problematica in cui ci troviamo. Otterrebbe infatti un effetto di trascinamento nel miglioramento di tutte le attività collegate alla prevenzione delle malattie infettive (sorveglianza delle malattie, delle reazioni avverse ai vaccini, sistema di registrazione delle vaccinazioni e delle coperture vaccinali) che, a parte qualche realtà isolata, versa in condizioni preoccupanti. Perché questo avvenga, sarà però necessaria una forte volontà di tutte le Regioni (ma anche delle Aziende Sanitarie) nel mettere a disposizione le risorse necessarie (economiche e professionali) e una chiara definizione da parte del gruppo di coordinamento centrale, degli strumenti e delle modalità di monitoraggio.

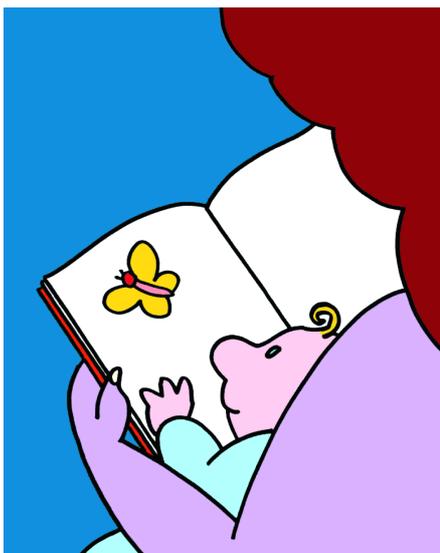
*l.g.*

## Tabiano dodici

Più partecipanti del solito a Tabiano, oltre 200, alla dodicesima edizione. Come al solito nessun stand, nessuno sponsor: 85 euro a persona tutto compreso; solo 25 euro (!) per la partecipazione al congresso e il pranzo del primo giorno. 15 minuti di relazione e 15 di discussione secondo lo schema ACP; nessuno sfioramento, orario perfetto. Correzione dei quiz in gruppo con simpatica discussione collettiva. Lo schema continua ad essere valido per le presentazioni che hanno sufficiente sicurezza diagnostico-terapeutica e quindi sufficientemente schematizzabili. Entra un poco in sofferenza per argomenti più discussi e meno certi come quelli di neuropsichiatria infantile o di psicologia o di politica sanitaria.

Con qualche piccola correzione, comunque, Tabiano è sempre uno schema da suggerire.

*red*



## Emilia-Romagna

Il 6 marzo scorso, a Comacchio, è stata inaugurata la "Biblioteca per ragazzi" presso Palazzo Bellini, sede della Biblioteca Civica L.A. Muratori. Per la sua realizzazione è stato determinante il largo consenso ottenuto dal progetto NPL su tutto il territorio del Comune comacchiese. È stato scelto un ampio spazio, al piano terra, riservato ai bambini da 0 a 10 anni, attrezzato con arredi idonei per permettere a bimbi e genitori un approccio con il mondo dei libri improntato alla libera espressione e al gioco. Inoltre, narratori volontari saranno a disposizione tutti i giovedì per letture ad alta voce. A Forlì, nella sede della biblioteca moderna, il 9 aprile, è stato presentato il progetto "Nati per Leggere" organizzato su base comprensoriale e con un finanziamento di 18.000 euro a cura del Comune, della Provincia e della Fondazione Cassa dei Risparmi. Ai pediatri di base è affidato il compito di diffondere ai genitori gli inviti alla lettura mediante i depliant e i segnalibri del progetto; le età scelte sono quella di 1-2 anni, nella quale verrà regalato un piccolo libro, e quella di 5-6 anni. A tutti i genitori delle età scelte verrà regalata la guida bibliografica. Alcuni materiali verranno distribuiti anche in altri luoghi di aggregazione per i più piccoli come asili nido e scuole dell'infanzia, ambulatori di pediatria di comunità e reparti ospedalieri.

Nella presentazione del progetto è stato più volte segnalato come la caratteristica distintiva di "Nati per Leggere" sia quella di favorire la lettura dialogica che punta sul genitore, o su altra figura familiare, come lettore.

## Campania

Il progetto "Nati per Leggere" è nato nella penisola sorrentina ed è stato inserito nella legge 328/2000 (interventi e servizi sociali).

Il progetto è stato strutturato sulla scia del progetto statunitense "Reach out and Read", prevedendo quindi:

1. la promozione della lettura ad alta voce,
2. il regalo di un libro ai bilanci di salute effettuati dai pediatri di famiglia,
3. la presenza di lettori volontari.

Sono stati coinvolti 10 pediatri di famiglia sui 15 operanti nei Comuni di Vico Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Massalubrense e Capri.

I pediatri hanno effettuato un percorso formativo con l'obiettivo di conoscere e apprendere le evidenze scientifiche che supportano questo intervento e per organizzare il proprio ambulatorio.

È stata coinvolta anche la Divisione di Pediatria del territorio dove è stata allestita una piccola biblioteca.

Il coinvolgimento delle biblioteche pubbliche presenti sul territorio (3 biblioteche) è stato scarso prevalentemente per problemi organizzativi interni alle strutture, essendo tutte e tre non attrezzate con spazi e libri adeguati a bambini o ragazzi. Le scuole materne ed elementari sono state coinvolte attraverso un incontro conoscitivo con le insegnanti; le scuole sono state fornite di libri adeguati per i più piccoli.

La ricerca dei lettori volontari non ha al momento dato esiti.

È stato somministrato il questionario sull'attitudine alla lettura ad alta voce (B.A.B.A.R.) prima dell'avvio del progetto. Il finanziamento avuto ha permesso di effettuare il dono del libro ai bilanci di salute a 6 mesi, 12 mesi, 15 mesi, 24 mesi, 36 mesi.

Con il regalo del primo libro ai genitori viene consegnato materiale informativo elaborato dal Centro per la Salute del Bambino, contenente informazioni sulle tappe dello sviluppo psicomotorio e suggerimenti per i genitori sulla lettura ad alta voce e i segnalibri con le informazioni su come i bambini amano condividere la lettura (materiale disponibile presso il CSB di Trieste). I libri sono stati selezionati in gran parte considerando l'esperienza in corso nei quartieri di Secondigliano e Scampia.

Altre scelte sono state effettuate considerando la popolazione della penisola sorrentina abbastanza diversa da quella dei quartieri napoletani, con un livello socio-economico più elevato e con un grado di istruzione materna più elevato, ma con alcune analogie: assenza di servizi per l'infanzia, assenza di biblioteche attrezzate per ragaz-

zi, assenza di ludoteche, con 3 piccole librerie per un territorio di circa 77.000 abitanti, assenza di iniziative atte a promuovere la lettura ad alta voce in famiglia e con scarsa attitudine alla lettura ad alta voce da parte dei genitori. Elenchiamo i libri scelti come guida per i gruppi ACP che intendono seguire la stessa esperienza.

### Per il bilancio dei 5-6 mesi

Matt Wolf, *Passeggino 2*, Ed. Dami - Serie: Baby Book (libro maneggevole per le sue dimensioni, il lattante riesce a tenerlo in mano, resistente, atossico, con copertina di stoffa, con colori molto vivaci e figure di oggetti familiari o di bambini)

### Per il bilancio dei 10-12 mesi

Emanuela Bussolati, *Bimbo Nanna*, Ed. Coccinella, Collana: Libri Nido (maneggevole, cartonato, resistente, con figure molto familiari legate al momento del sonno e del bagnetto; le pagine si girano a 360 gradi, si passa agevolmente da una mano all'altra, c'è poco testo, sono descritte anche delle azioni)

### Per il bilancio dei 15-18 mesi

Matt Wolf, *Dov'è la mia mamma*, Ed. Dami - Collana: I libri del pulcino (libro grande, con colori molto vivaci, con figure di animali, con finestrelle che si aprono e si chiudono come il gioco del cucù, con un testo semplice e frasi brevi)

### Per il bilancio dei 24 mesi

Elve Fortis De Hieronymis, *La settimatta*, Ed. Coccinella - Serie Così-Cosà (belle immagini colorate, con immagini a sorpresa che giocano a rimpiazzare se si tira una linguetta, il testo è in rima, con descrizioni di animali che fanno cose buffe; è grande ma maneggevole)

### Per il bilancio dei 36 mesi

Sintesi da: Oda Taro, *Il gatto con gli stivali* e *Il pesciolino d'oro*, Ed. Dami - Serie: Pandi Fiabe (per questa fascia di età abbiamo scelto delle fiabe, dando la preferenza a quelle meno "famose"; è una collana scritta da Oda Taro, sono libri con testo semplice e a fianco di ogni pagina scritta c'è una illustrazione bella e colorata per incentivare la condivisione del testo scritto con le immagini, con un ottimo rapporto prezzo/qualità)

La scelta dei libri, data la vastissima offerta del mercato editoriale, si è basata anche sul rapporto prezzo/qualità del libro, considerando che l'obiettivo dell'intervento è di coinvolgere la maggior parte della popola-

# nati

# per leggere

zione tra i 6 mesi e i 6 anni e di promuovere la lettura ad alta voce incentivando i genitori ad arricchire la propria casa di libri. Sarebbe auspicabile avere un buon catalogo di libri da poter offrire alle famiglie che lo richiedono, utilizzabile per esempio per i fratelli o le sorelle, o per arricchire la propria biblioteca a casa, o da offrire alle scuole. Noi abbiamo un piccolo elenco di libri, la cui scelta è "basata sull'esperienza sul campo" di due educatrici operanti nei centri di letture della città di Torino, Silvana Alberti e Flavia Manente, che forniremo volentieri a chi ne farà richiesta.

Quando abbiamo iniziato con il progetto, si è cominciata a diffondere la notizia che i pediatri parlavano di lettura, regalavano libri; i genitori si sono accorti che le sale di attesa o la stanza del pediatra si erano arricchite di libri. I genitori si sono dimostrati contenti, e quando si offre il libro al bambino appena entra in ambulatorio, la mamma o il papà cominciano a vedere come il bambino ne viene attratto; spesso con il libro si riesce a visitare meglio, e questo permette di aprire una piccola porta di ingresso per il colloquio con la famiglia che si arricchisce di nuovi elementi; si parla dello sviluppo in generale e di come questo si misura con i libri, delle loro preoccupazioni; i più grandicelli entrano e si dirigono subito verso il "posto dei libri" e cominciano a sfogliarli, c'è chi si arrabbia perché non trova subito il libro della volta precedente.

Stefania Manetti

## Lettere a NPL

Il progetto "Nati per Leggere", nell'Ambito Territoriale Napoli Tredici, rappresenta, probabilmente, l'unico intervento realmente innovativo e di "prevenzione primaria".

Le ragioni scientifiche che sottendono questo progetto sono già state ben illustrate dai pediatri dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), ai quali va il mio "grazie" e la mia stima di operatore sociale, che nel loro modo di esercitare la professione ha ritrovato il medesimo approccio "globale" alla persona.

Tant'è che mi è piaciuta molto l'espressione "pediatra di strada" che ho sentito utilizzare da un socio dell'ACP per descrivere un certo modo di essere medici dei bambini e delle bambine (e anche dei genitori, i quali non sono meno indifesi durante la malattia dei propri figli).

Dal mio "punto di vista" mi limito a sottolineare alcune questioni a cui "Nati per Leggere" è strettamente legato:

- il fondo economico previsto dalla L. 285/97 per il nostro Ambito Territoriale, tramite il quale è stato finanziato "Nati per Leggere", è stato ridotto di oltre il 50%, allorché è stato inglobato nel fondo regionale per le politiche sociali che la Regione Campania ci ha assegnato per l'esecuzione della prima annualità del nostro piano sociale di zona;

- la Regione Campania ha ulteriormente ridotto tale fondo del 25%, in occasione

della ripartizione del fondo regionale per le politiche sociali per la seconda annualità di esecuzione del nostro piano sociale di zona;

- il futuro del fondo nazionale per le politiche sociali, sulla base del quale la Regione Campania dovrebbe ripartire agli Ambiti Territoriali i finanziamenti per l'esecuzione della terza annualità dei piani sociali di zona, è a rischio, proprio in questi giorni, di essere ridotto, di fatto, di circa il 58% da destinare alla copertura di spese previdenziali statali;

- i Comuni, con queste esigue risorse, dovrebbero assicurare ai cittadini sia i servizi già erogati prima della riforma sia i servizi avviati con i piani sociali di zona. Rispetto a questo stato delle cose, credo che ognuno di noi debba impegnarsi affinché siano i grandi ad "imparare a leggere".

È necessario che i grandi leggano i bilanci degli enti pubblici per poter continuare a leggere ai piccoli e ad educarli a una cittadinanza fondata sui diritti e le opportunità, a una partecipazione consapevole che promuova le capacità, le abilità e le competenze individuali e collettive.

"Buona lettura a tutti".

Gennaro Izzo

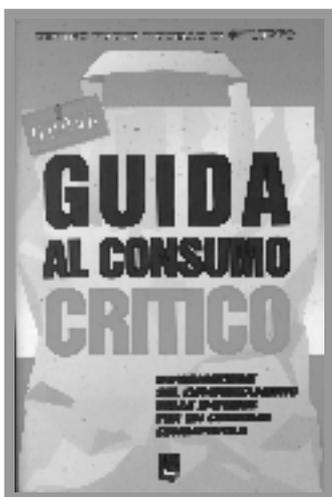
*Questa lettera viene dal coordinatore del Piano sociale di zona e responsabile dei servizi sociali del Comune di Piano di Sorrento sulla iniziativa descritta qui a fianco e condotta nella penisola sorrentina.*

## 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 dal CSB di Trieste.



# 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 utiliz-

zati 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!

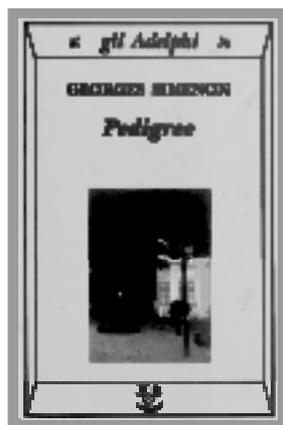
Ma non solo la cioccolata ha una storia, anche la carta igienica e i tovagliolini di carta per i quali vengono pure distrutti pezzi di foreste, e ciascun altro prodotto ha una storia umana, geografica, sanitaria, ecologica, economica.

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 Georges 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 alcu-

ni 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 sentimenti.

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

# buona lettura



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 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.

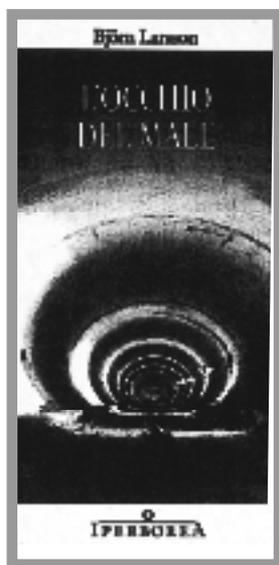
Ad esempio, il pezzo in cui argomenta della diversità irriducibile dei gemelli omozigoti a partire dalla evidente diversità delle loro manie amorose resta forse uno dei brani più brillanti scritti contro una visione deterministica della genetica.

*Giorgio Tamburlini*

## **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 chiaroveggenza 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*

## **Björn Larsson**

*L'occhio del male*

Iperborea, 2002, pp 341, Euro 17

# ADHD, realtà o "mito americano?"

Lawrence Diller

Università di S. Francisco (California)

Dal XIV Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri (Roma 2002)

## Prologo

Dopo più di 15 anni passati lavorando con bambini affetti da vari disturbi neurologici o comportamentali, negli anni '90 mi sono trovato di fronte a un fatto nuovo: la diagnosi di ADHD e la prescrizione di farmaci stimolanti, specie di Ritalin, erano aumentate in maniera vertiginosa, mentre l'età media dei bambini a me portati dai genitori (o inviati dagli insegnanti) era diminuita, e i loro disturbi erano spesso di minore entità. Anch'io prescrivevo sempre più Ritalin: ho iniziato allora a sentirmi a disagio e a interrogarmi su quello che stava accadendo.

## La storia

Il primo a descrivere la condizione che oggi chiamiamo ADHD fu il medico inglese George Still, che nel 1902 mise in evidenza i problemi dell'impulsività, della distraibilità e dell'iperattività dei bambini. Poi, nel 1937, Charles Bradley, lavorando con bambini istituzionalizzati, scoprì per caso che gli stimolanti, specie le anfetamine, avevano un effetto calmante su di essi e ne miglioravano la capacità di concentrazione. Era chiaro a Bradley che gli stimolanti a basso dosaggio hanno lo stesso effetto su chiunque; tuttavia ben presto si diffuse il falso mito per cui questi farmaci avrebbero avuto un effetto differente, "paradosso", sul cervello dei bambini iperattivi, calmandoli.

Per confutare questo concetto assolutamente sbagliato Judith Rappaport del National Institute of Mental Health in Washington, DC, alla fine degli anni Settanta fece assumere anfetamine a volontari adulti normali, e trovò che le loro prestazioni miglioravano nei lavori ripetitivi e noiosi. In seguito Rappaport somministrò stimolanti ai suoi figli e ai figli dei suoi collaboratori, nessuno dei quali presentava l'ADHD. Il loro rendimento migliorò in percentuali uguali a quelle dei bambini affetti da ADHD: le prestazioni dei bambini normali divennero semplicemente migliori, oltre la norma. Nel 1990 il DSM III (la terza versione della Bibbia americana della Psichiatria: il *Diagnostic and Statistical Manual of Men-*

*tal Disorders*) codificò definitivamente l'ADHD, le sue caratteristiche cliniche, come diagnosticarla. In seguito, con l'affrancarsi della psichiatria americana dai modelli più strettamente freudiani, e con l'emergere di teorie che sostenevano l'origine biologica del disturbo mentale, l'irrequietezza e i problemi dei bambini iperattivi non vennero più attribuiti all'incapacità delle madri di soddisfare in maniera adeguata i bisogni psicologici dei figli, come sosteneva Freud, ma alla loro ereditarietà genetica e alla biochimica. L'affermazione definitiva del concetto di causa biologica si ebbe con l'avvento del Prozac, la fluoxetina, che nel 1998 fu introdotto sul mercato americano. Il Prozac non era particolarmente più efficace degli antidepressivi triciclici, ma era più facile da usare e aveva effetti collaterali ridotti.

## Le cause

Presto divenne di moda pensare che questa sostanza correggesse uno squilibrio chimico innato del cervello e che tutti i disturbi mentali potessero essere curati con un metodo analogo. Fino ad ora però non è stato provato con assoluta certezza che anomalie biochimiche causino un qualsiasi disordine psichiatrico; inoltre, cosa per me ancor più importante, focalizzarsi solo sulle cause biologiche fa sì che si perda di vista l'interazione fondamentale che esiste tra la genetica e l'ambiente, concetto importante anche per le implicazioni terapeutiche. Si è discusso a lungo sulle basi anatomiche e sull'origine genetica dell'ADHD. Numerosi studi autorevoli sostengono entrambe le ipotesi; ma i geni non sono il destino e, se un individuo avrà o non avrà l'ADHD, sarà determinato anche dalla cultura predominante nel suo ambiente. Tranne che per le forme più gravi, infatti, l'impulsività e l'iperattività saranno un "problema" solo sulla base delle caratteristiche dell'ambiente familiare, di quello scolastico, del vicinato e della cultura.

## Lo scenario

Torniamo quindi a ciò cui ho accennato all'inizio: tra il 1992 e il 2000 la produzio-

ne di metilfenidato è aumentata del 730% e quella delle anfetamine del 2500%. Si ritiene che il mercato del Ritalin e di farmaci simili negli Stati Uniti procuri oggi alle case farmaceutiche un miliardo di dollari all'anno. Negli Stati Uniti quasi cinque milioni di minorenni, cioè circa il 5-6% di tutti i bambini, assumono stimolanti, pur con grandi variazioni a seconda del gruppo etnico e della zona geografica di appartenenza.

Ma chi usa questi farmaci e perché?

La ricerca più completa a questo proposito è stata quella che ha preso in considerazione l'uso del farmaco nei centri pubblici, su un campione di circa 6000 bambini. Questo studio ha dimostrato che l'incidenza dell'uso del Ritalin è di circa il 5%. A parte la rarissima narcolessia, l'unica indicazione terapeutica per questo farmaco è l'ADHD. Questa percentuale corrisponde quindi alla quota di popolazione giovanile stimata affetta da questo disturbo. A un esame più approfondito, è risultato però che oltre la metà del gruppo in terapia con Ritalin non rientrava nei criteri diagnostici per l'ADHD. Conclusione probabile: nel mondo reale della pediatria e della psichiatria ambulatoriale, a molti bambini vengono prescritti farmaci stimolanti per risolvere problemi molto vari.

Quali sono le ragioni che negli anni '90 hanno portato a questa "epidemia" americana di ADHD-Ritalin? Bisogna ricordare che già negli anni precedenti un insieme di fattori sociali aveva creato una situazione a rischio. Quali fattori sociali?

Le pressioni socio-educative sui bambini erano andate aumentando sin dagli anni '70. Oggi ci si aspetta che a 3-4 anni i bambini conoscano l'alfabeto e i numeri, e che a 5 anni sappiano leggere.

Allo stesso tempo, per mantenere lo stesso tenore di vita, si sono resi necessari due stipendi, mentre prima uno era sufficiente: i genitori in America lavorano di più e sono meno disponibili per i propri figli; nel 1998 più dell'80% delle madri lavorava, rispetto al 33% degli anni '70, e i padri avevano orari di lavoro più lunghi. Per i bambini a-

Per corrispondenza:  
e-mail: [red@quaterniacp](mailto:red@quaterniacp)

letture

**Abstract**

Larry Diller is a paediatrician specialized in "Behaviour Science of Child Development and in Family Therapy". He is Professor of Paediatrics at the University of San Francisco, California; he has written various articles and two books: "Running on Ritalin: a Physician Reflects on Children; Society and Performance in a Pill" and "Should I Medicate my child?".

This is a reduced version of his report during the National Meeting of the Associazione Culturale Pediatri (Rome 2002).

Lawrence Diller, ADHD: reality or an American myth?

Quaderni acp 2003, vol X n° 3; 24-25

americani questo non solo ha significato andare a scuola prima e per più tempo, ma ha significato anche che a casa non c'è più nessuno per controllare dopo la scuola il comportamento dei ragazzi, i loro compiti; e anche che quando sono a casa, i genitori sono più stanchi e meno inclini a insegnare una certa disciplina o a giocare con i propri figli.

**Le istituzioni, la società**

La scintilla che nel 1991, negli Stati Uniti, ha fatto esplodere questo insieme di fattori sociali è stato il cambiamento delle leggi federali sull'assistenza ai bambini disabili nella scuola. Il governo federale, sotto la spinta di alcune associazioni di genitori, inserì l'ADHD tra le diagnosi che davano diritto ad aiuti speciali, aggiungendola alla lista che già comprendeva i difetti della vista e dell'udito, la paralisi cerebrale e la dislessia. I genitori si rivolsero allora ai loro medici per verificare la diagnosi di ADHD. Gli insegnanti notarono che bambini difficili, poco motivati o disobbedienti, miglioravano con l'assunzione di stimolanti e a loro volta sollecitarono i genitori a ottenerne per i loro figli la diagnosi e quindi la terapia. Così iniziò, poco più di dieci anni fa, questa sorta di "epidemia" di ADHD e con essa il boom del Ritalin. Anche fattori economici hanno avuto un loro ruolo. Durante gli anni '90 un massiccio sforzo, teso al contenimento della spesa sanitaria negli Stati Uniti, ha portato le compagnie assicurative e i datori di lavoro ad adottare dei piani di assistenza sanitaria che offrivano ai medici un flusso costante di pazienti, a patto che mantenessero bassi i loro costi sanitari. Questo ha portato i medici a ridurre i tempi dedicati a ogni paziente. E viene naturale pensare che è più rapida la prescrizione di una pillola per l'ADHD che lo studio delle dinamiche familiari o di quelle scolastiche.

**L'industria**

Non dobbiamo sottovalutare il ruolo sostenuto dalle industrie farmaceutiche, che sono interessate alla vendita dei loro farmaci piuttosto che alla qualità della vita. Da esse proviene la maggior parte dei fondi per la ricerca sull'ADHD. Quasi ogni esperto in ADHD negli Stati Uniti ha qualche legame con una o più case farmaceutiche. Questo conflitto di interessi è talmente diffuso che le istituzioni e le riviste accademiche si sono dovute rassegnare alla situazione, altrimenti nessuno avrebbe più potuto parlare a congressi o pubblicare articoli. L'influenza più

allarmante che l'industria farmaceutica esercita consiste nella pubblicità e nella promozione. Oggi le compagnie farmaceutiche spendono in pubblicità quasi il doppio di quanto spendono per la ricerca di nuove molecole. Recentemente peraltro un rilassamento delle leggi sulla pubblicità ha permesso alle case farmaceutiche di pubblicizzare i propri prodotti direttamente al consumatore. Gli annunci pubblicitari per i farmaci antidepressivi, gli ansiolitici, e ora gli stimolanti, appaiono regolarmente in televisione. Potete immaginare, dunque, come i tentativi di studiare l'ADHD da un più ampio punto di vista bio-psicologico siano schiacciati dal peso economico dell'industria farmaceutica.

**La cultura**

Perché la cultura americana è stata ed è particolarmente vulnerabile a una "epidemia" dell'uso di stimolanti tra i bambini e sempre di più anche tra gli adulti? Perché l'America usa l'80% degli stimolanti consumati nel mondo? L'America è unica per come ripaga lo sforzo lavorativo con il successo economico. Chiunque può essere il prossimo Bill Gates. Ironicamente questo determina una tremenda pressione sui genitori. Un'altra spiegazione si basa sull'esistenza di culture coerenti e di culture incoerenti. Una cultura coerente richiede il sacrificio di sé in nome dell'appartenenza al gruppo, come avviene in Giappone o a Hong Kong, dove l'ADHD e l'uso del Ritalin praticamente non esistono. Una cultura incoerente promuove l'interesse personale, la spontaneità e la libertà di espressione mentre implica che ci si adegui alle regole della scuola. Come potete immaginare la cultura più incoerente è quella americana. L'Europa occidentale si trova più o meno a metà tra i due estremi. Negli Stati Uniti ai genitori e agli insegnanti si manda un messaggio molto ambiguo su come allevare i bambini, specie in materia di disciplina, che in America è un argomento delicato. Negli ultimi anni i genitori americani, spinti da cosiddetti esperti in psicologia infantile, sono particolarmente riluttanti a dire "no" ai propri figli, a imporre limiti, senza offrire spiegazioni, per evitare conflitti. Il risultato è che il bambino, che per temperamento sia già sulla linea di confine dell'ADHD, può scivolare nella sintomatologia conclamata. Forse però il fattore culturale più importante che ha influenzato "l'epidemia" di ADHD-Ritalin negli Stati Uniti è il fondamentalismo del consumismo, spin-

to dalle grandi compagnie: il credere che attraverso l'acquisizione di beni materiali (comprando cose) si possa raggiungere la soddisfazione emotiva e spirituale. Questo credo, annunciato dalla televisione ogni dodici minuti, ci ha portati ad essere ossessionati dal risultato a tutti i costi, al fine di guadagnare denaro. Risultati sul lavoro, risultati a scuola, risultati a casa. Questi risultati, se necessario, possono essere ottenuti prendendo una pillola, che sia il Ritalin, il Prozac o il Viagra.

**Le riflessioni**

Allora cosa deve fare il medico che ha un'etica? Non deve prescrivere i farmaci che l'industria e la società spingono con tanta forza? I bambini con problemi continueranno a rivolgersi a noi; il Ritalin e gli altri stimolanti sono farmaci che funzionano davvero, migliorando in modo non specifico le prestazioni di chiunque; nei bambini con ADHD migliorano l'attenzione, il comportamento, i voti a scuola. Ma questo non è il modo migliore di essere genitore o insegnante. Il medico deve saper sostenere anche le altre possibilità terapeutiche, specie le strategie comportamentali a scuola e in famiglia. Il Ritalin però è certamente più veloce e meno caro, e questo lo rende una scelta molto attraente. Sono quasi certo che, se Tom Sawyer e Huckleberry Finn, gli eroi popolari di Mark Twain del XIX secolo, si presentassero nell'America di oggi allo studio di un medico, ne uscirebbero con la ricetta per il Ritalin. Huck Finn probabilmente ne uscirebbe con due o tre farmaci. Mi chiedo però: che sarebbe successo se Huck avesse preso le medicine? Avrebbe aiutato Jim, lo schiavo in fuga, a scappare come fece ne *Le altre avventure di Tom Sawyer*? Oppure, se ne sarebbe stato doverosamente in classe a copiare l'alfabeto, dicendo signora o nossignora all'insegnante? La personalità di ogni bambino, per rotonda o ottagonale che sia, deve oggi comunque adattarsi a una casella educativa. Il Ritalin aiuta a inserirci a forza quel bambino. In futuro io continuerò a trattare e, se necessario, a prescrivere farmaci ai bambini che sono stati schiacciati da una combinazione di richieste rigide e da un supporto sociale via via più ridotto. Ma se continuassi a prescrivere farmaci e non denunciassi i fattori sociali ed economici che agiscono a sfavore dei bambini e delle loro famiglie, sarei complice delle forze e dei valori che recano loro danno.

# info: notizie

## La Cina è vicina e... pericolosa

È accertato che la SARS (vedi a pag. 10) è la stessa malattia che ha colpito, nel novembre dello scorso anno, la regione di Guan Dong nel Sud della Cina con 305 casi e 5 morti senza che le autorità cinesi li abbiano resi noti (*Lancet* 2003: 361; 1311). Il dottor Jiang Yanjhong, però, ha mandato una lettera a una televisione locale (non passata in TV, ma finita nelle mani di *Time*) che diceva: "Altro che i 12 casi denunciati dal Ministro della sanità; basta venire nel nostro ospedale 301 per rendersi conto della entità del fenomeno: 60 casi e 7 morti. Lo dico perché è mio dovere farlo per le mie responsabilità di fronte ai pazienti e al mondo". Le autorità cinesi, allora, il 4 aprile hanno finalmente ammesso di avere nascosto (o meglio che "qualcuno" ha nascosto) le notizie sulla infezione. Il direttore dell'OMS ha duramente criticato il governo cinese; subito dopo il ministro della sanità cinese e il sindaco di Pechino sono stati rimossi dagli incarichi per "palese incompetenza". Purtroppo non è la prima volta che la Cina non è aperta ai problemi della salute ed è portata a considerarli segreti di stato: alto numero di suicidi specie fra le donne, sicurezza delle trasfusioni, rapida diffusione dell'AIDS che il governo valuta a 850.000 casi mentre il numero vero dovrebbe aggirarsi su 1.500.000 e può salire a 10 milioni nel 2010 (*Lancet* 2002: 359; 835 e 2002: 360; 1770). Dunque il rapporto fra regimi politici e salute è stretto. Durante la guerra dell'Iraq, un notissimo commentatore americano, per difendere la politica del suo governo dall'accusa di avere lasciato in vita tutti i regimi autoritari del Sudamerica aveva voluto fare una distinzione fra i regimi "non completamente democratici": aveva detto che in fondo i regimi politicamente autoritari, ma economicamente liberisti (Pinocet per esempio, e ora la Cina) non erano poi tanto pericolosi.

Il caso Cina dimostra l'inconsistenza di queste teorizzazioni e in ogni modo la pericolosità dei regimi totalitari, anche per la salute del mondo; e anche per la salute economica. Infatti, l'OMS calcola che il mancato prodotto interno per la SARS, fino all'aprile 2003, sia stato per

l'Asia orientale di 30 miliardi di euro complessivamente.

red.

## Anche questo è bioterrorismo?

A fine aprile il gruppo di discussione della *World Association of Medical Editors* (WAME) ha discusso un contributo di Ian Roberts, professore di Public Health all'Università di Londra, che ha argomentato che la coalizione che ha attaccato l'Iraq ha diffuso una visione parziale di "bioterrorismo" (introduzione di un nuovo organismo in una popolazione sana). I giornali medici purtroppo hanno fatto poca attenzione al fatto che gli effetti delle sanzioni economiche contro l'Iraq hanno ridotto l'accesso a farmaci essenziali, hanno compromesso i sistemi di distribuzione dell'acqua, hanno ridotto la funzione del sistema sanitario (che prima della guerra del Golfo del 1991 era fra i migliori del mondo). Queste azioni sono state in fondo forme di "bioterrorismo" perché hanno attaccato la resistenza della popolazione rendendola suscettibile all'attacco di agenti infettivi (*Lancet* 2003:361:1399).

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 sono impegnati 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). L'obiettivo principale sarà quello di realizzare lavori di ricerca sui farmaci per le malattie più trascurate, facendosi guidare dal principio del bisogno e non da quello del profitto.

m.b.

## Viva Brescia

È Brescia la città lombarda più attenta ai bisogni dei piccoli secondo la classifica "Ecosistema Bambino", il rapporto annuale di Legambiente che distribuisce dolciumi o carbone ai capoluoghi italiani, in base alle loro politiche per l'infanzia. Settima su 103, Brescia è in netto miglioramento rispetto alla 28esima posizione dello scorso anno, unica metropoli in compagnia di centri di piccole e medie dimensioni guidati dalla prima assoluta, La Spezia.

# sulla salute

Brescia si è fatta strada con una serie di interventi nell'ambito della legge 285/97, dalla realizzazione di un progetto per l'integrazione scolastica dei minori di origine straniera all'ordinanza del sindaco Corsini che vieta il gioco dei bambini nelle aree verdi intorno alla Caffaro, contaminate da Pcb. Inoltre Brescia fa parte della rete città sostenibili dell'Agenda 21. Sondrio perde il primato che aveva in Lombardia e scende al 19esimo posto, seguita da Bergamo (22), Lodi (29), Pavia (34), Mantova (39). Sotto la media nazionale si trovano invece Lecco e Cremona (47), Como (58), Milano (75). Il rapporto classifica le città in base a quattro indicatori sulle politiche per l'infanzia: opportunità di partecipazione, strutture, iniziative di aggregazione e di animazione culturale, progetti avviati attraverso i fondi della legge 285/97 a favore dei bambini. Varese, pecora nera lombarda, non arriva nemmeno alla sufficienza. Qualche nota positiva: Brescia, Sondrio, Bergamo, Mantova, Como, Bergamo e Milano organizzano i consigli comunali dei ragazzi. E ancora Brescia, Sondrio, Bergamo, Lodi e Milano offrono diverse occasioni per i ragazzi tra ludoteche, biblioteche, laboratori creativi, rassegne teatrali, mostre a dimensione dei più piccoli (*Dal rapporto di Legambiente*).

## Il caso Pfizer in Toscana

La Pfizer fattura in Toscana più di qualsiasi altra azienda del settore. Ma vuole di più. L'assessore alla sanità della Toscana, Enrico Rossi, ha reso noto un piano elaborato dall'azienda (e fatto pervenire da alcune "spie" all'assessorato), che prevede una catena di azioni per far marciare ancora più in alto la prescrizione dei prodotti della Pfizer in Toscana e screditare la politica di contenimento delle prescrizioni delle ASL e della Regione che non ha applicato i ticket. L'assessorato ha passato le carte alla guardia di finanza. La Pfizer sostiene che "il piano non è mai stato implementato"; ciò sembra non voler dire che non sia stato studiato e perfino approvato. Il ministro ha detto che "il modo con cui la Pfizer considera il farmaco, i medici e la sanità in genere, è riprovevole e censurabile dal punto di vista etico".

Fin qui *Il Sole 24 ore Sanità* (15-21 aprile 2003), ma questo porta alla luce un piccolo problema: il ministro sostiene che è possibile una sponsorizzazione della formazione continua in medicina (ECM) da parte dell'industria farmaceutica. Ma non esiste un conflitto difficilmente superabile fra le finalità della formazione continua degli operatori sanitari che riguarda anche (o soprattutto?) le corrette indicazioni dell'impiego, l'efficacia delle prescrizioni farmaceutiche, i loro possibili effetti secondari e le finalità delle aziende farmaceutiche?

## Sirchia si ritira

Scrivevamo sul numero scorso che il Ministro della Salute stava producendo un decreto legge che si illudeva di eliminare il fenomeno aumentando le pene e portando le sanzioni amministrative pecuniarie minime a 50.000 euro per: 1) coloro che 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 ci sembravano impegni confusi che ignorano che il comparaggio non è legato a prescrizioni non pertinenti (punto 1) e non ha carattere contrattuale (punto 3) e che rivelavano 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.

Questi sono stati i giudizi espressi sul progetto di Sirchia in commissione parlamentare da governo e opposizione.

**Forza Italia:** "Riconducibile solo a un dato emozionale" (G. Fasolino); "Annulla tutele e garanzie" (R. Salini); "Inapplicabile e pericoloso" (F. Tredese).

**Alleanza Nazionale:** "Ispirato a un'avversità di fondo per i medici e viziato da una presunzione di colpa generalizzata" (B. Tatò); "Giustizialista e criminalizzante" (C. Cozzolino).

**Democratici di sinistra:** "Negativo sia per la modalità scelta (il decreto legge) che per i contenuti" (L. Di Girolamo); "Improntato a un'ottica giustizialista" (G. Mascioni).

**Margherita:** "Inutile e di dubbia costituzionalità" (E. Liguori).

**Verdi:** "Inapplicabile e inadeguato" (F. Carella).

Precedentemente la Commissione Affari Costituzionali aveva sollevato dubbi di "costituzionalità e di ragionevolezza".

Alla fine il ministro ha ritirato il decreto legge "visto il non accordo dei sindacati" e prima della manifestazione dei sindacati, che si è tenuta il 15 aprile, a Roma. Non lo sapeva anche prima, l'intrepido decisionista, che i sindacati non erano d'accordo se è bastato un loro cenno a farlo tornare indietro? (*Atti Parlamentari 12 a. comm.*)

## Sirchia vs Formigoni

La Regione Lombardia ha varato un progetto di legge secondo il quale gli Istituti di Ricerca (Ospedale Maggiore, Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Besta a Milano, il Policlinico di Pavia e l'INRCA di Castenovo) passano alla Regione, mentre la competenza ministeriale si limita alla sola attività di Ricerca. Il Ministro della Salute ritiene invece che l'intera attività, assistenziale e di ricerca degli Istituti di Ricerca, continui a spettare al suo Ministero e ha giudicato il progetto di Formigoni come "Giochi di potere che uccidono la scienza" (*Il Sole 24 ore Sanità*, 1-7 aprile 2003).

## No comment 1

Il mondo va a destra. Una ricerca su 124 coppie (*Nature* 2003;421:711) che si stavano baciando sulla bocca in aeroporti, parchi pubblici, stazioni, in USA, Germania e Turchia, ha dimostrato che chi si bacia preferisce farlo girando il capo verso destra piuttosto che verso sinistra.

## No comment 2

Nel documento sulla Educazione medica continua (ECM), fra i criteri richiesti ai provider, ce n'è uno un po' oscuro, sul quale chiediamo lumi ai lettori:

- metodologia didattico-formativa con efficacia "andragogica".

Che sarà?

# L'utilizzo della posta elettronica nella comunicazione tra pediatra e genitori

Massimiliano Maria Dozzi  
Pediatra di famiglia, Corbetta (Milano)

Nel gennaio del 2000 ha avuto inizio una mia prima esperienza di mailing con i genitori dei bambini assistiti in qualità di pediatra di libera scelta. L'esperienza è stata pensata come evoluzione in aggiunta a un ampio sistema di comunicazione tradizionale (telefono fisso e portatile, segreteria telefonica, fax, cartaceo). Non ho ricercato esperienze analoghe precedenti; ho semplicemente attuato una modalità di comunicazione aggiuntiva. Parallelamente all'esperienza di mailing ho istituito un sito web specifico per l'ambulatorio.

## Il mailing

Inizialmente il mailing è stato presentato come una modalità disponibile per gli assistiti mediante l'inserimento del mio indirizzo di posta elettronica nei ricettari, nei fogli informativi degli orari e delle modalità di accesso distribuiti dalla ASL al momento della scelta del pediatra, negli avvisi posti in ambulatorio e, successivamente, come modulo di contatto dal sito web.

La tipologia di messaggi è stata inizialmente solo bidirezionale e orientata a:

- richiesta di consigli di puericoltura o su problemi intercorrenti di carattere non iperacuto,
- richiesta di appuntamenti a medio e lungo termine,
- richiesta di prescrizioni già previste,
- trasmissione da parte dei genitori di esiti di accertamenti prescritti.

Successivamente, con l'ampliarsi dell'indirizzario di posta elettronica è stata attuata una mailing-list che fornisce:

- comunicazioni di servizio;
- comunicati di educazione sanitaria;
- comunicazioni specifiche di interesse generale (si veda, in seguito, il problema della meningite).

Per alcuni genitori la posta elettronica è stata la prima modalità di contatto; avendo iscritto il neonato e ricevuto il foglio

informativo dall'ASL, la richiesta del primo appuntamento poteva giungere via e-mail.

La risposta dei genitori a tale proposta si è svolta in tre tempi.

In una prima fase la modalità di mailing è stata accolta e utilizzata da un numero molto limitato di genitori (meno di 10 famiglie) che lavoravano nel campo dell'informatica. Nell'anno 2000, del resto, la diffusione presso le famiglie della telematica era modesta. La disponibilità di un accesso a internet è passata dall'8% al 36% delle famiglie italiane nel periodo 2000-2002 (*PeopleSwg; contenuti.inter-free.it; osservatorio SAMU; MIUR Mini-stero Innovazione*).

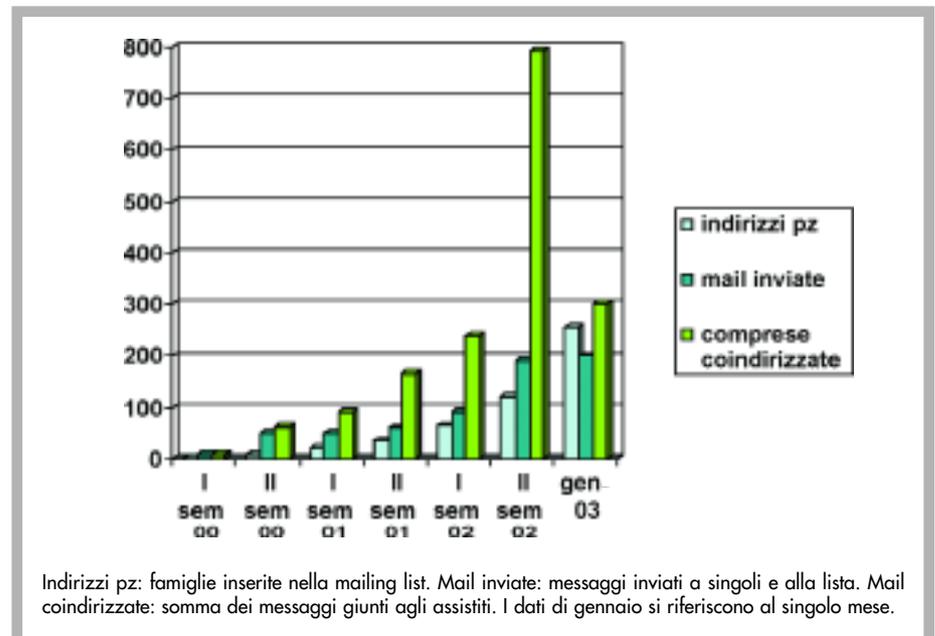
Successivamente, fra il 2000 e il 2001, si è passati a circa 100 indirizzi appartenenti principalmente a coppie giovani con il primo figlio con dimestichezza e disponibilità informatiche.

Una terza fase, fra il novembre 2002 e il gennaio 2003, si è avuta in corrispondenza degli episodi di infezione meningococcica occorsi nel territorio ove svolge la mia attività professionale (comuni limitrofi a Magenta); questi episodi hanno avuto una tale eco sui mezzi di informazione da generare uno stato di apprensione altissimo nella popolazione; in questo periodo l'indirizzario si è arricchito fino a superare i 250 indirizzi.

## Utilizzo in fase di emergenza

La necessità di fornire un'informazione chiara e approfondita, tempestiva, diffusa a tutta l'utenza (996 iscritti), e soggetta a modifiche pressoché quotidiane per la rapida dinamica degli eventi, ha reso in questa occasione la comunicazione via e-mail un strumento di grande efficacia. Presso la popolazione molte erano le voci e poche le notizie attendibili. Quasi

FIGURA 1



Per corrispondenza:  
Massimiliano Maria Dozzi  
e-mail: dozzimax@tiscalinet.it

**Abstract**

Almost 40% of Italian families use computers and internet, this for paediatricians and families opens up new opportunities in communication. The article shows the e-mailing experience of a family paediatrician in the years 2000-2003. This new way of communicating, in a way parallel to the traditional communication instruments, can have, in certain situations, a primary role and positive implications on organization, on the quality of relationships and on medical informations and anticipatory guidances.

Massimiliano Maria Dozzi, *E-mail in the communication between paediatricians and families*  
*Quaderni acp 2003, vol X n° 3; 29-30*

quotidianamente vi era la necessità di confutare l'esistenza di nuovi casi di meningite e di confermare i pochi casi veri, di attribuire loro un'adeguata classificazione, creando i presupposti di conoscenza necessari per afferrare il senso della distinzione eziologica delle varie forme. La necessità delle famiglie di ottenere notizie e indicazioni validate (e i genitori riconoscono come tali quelle provenienti dal proprio pediatra) era così intensa che l'utilizzo della comunicazione telematica ha raggiunto dimensioni inaspettate (figura 1).

Sono giunte moltissime richieste di iscrizione alla lista anche da genitori non assistiti presso il mio ambulatorio e residenti su un territorio circostante piuttosto ampio, comprendente Lombardia e Piemonte. Questa loro esigenza è nata da una situazione di disagio generale ed è stata gestita nel rispetto del rapporto fra i colleghi e i loro assistiti; peraltro, anche una decina di colleghi hanno chiesto di essere inseriti nell'indirizzario e di poter utilizzare le informazioni per i propri pazienti. La percentuale di assistiti direttamente raggiungibili attraverso il mailing è salita al 55%, considerando che a ogni indirizzo familiare possono corrispondere più bambini iscritti. Tale percentuale è stata ulteriormente incrementata dalla diffusione svolta dai genitori informatizzati che hanno distribuito copie cartacee delle e-mail. In una situazione vissuta dai genitori come di estremo rischio, vi è stata, infatti, una notevole diffusione del testo dei messaggi ad amici e conoscenti. Sebbene non specificamente quantificato, il gradimento espresso dall'utenza è risultato molto elevato ed è stato manifestato sia a voce nel corso dei contatti quotidiani di ambulatorio sia via e-mail con oltre 200 ritorni di ringraziamento. Del resto l'incremento delle richieste di iscrizione alla mailing-list (da 100 a 250 iscritti in 15 giorni) è un'altra dimostrazione dell'apprezzamento del servizio. Rimarrà da valutare il perdurare dell'attenzione allo strumento informatico da parte di questo notevole numero di famiglie (frequenza e tempestività della lettura della propria posta, comunicazione di variazioni di indirizzo), rispetto all'attenzione già dimostrata dagli utenti abituali.

Si può dunque ritenere che l'invio sistematico di comunicazioni anche solo di ordine organizzativo (orario di ambulatorio nei periodi di festività) sia un meccanismo utile al mantenimento della modalità e alla verifica dell'indirizzario.

**Conclusioni**

Le caratteristiche e i vantaggi del mailing possono essere così riassunti:

- si tratta di una comunicazione diretta e personalizzata con modalità colloquiale, con domanda e risposta (*caratteristica propria del parlato*);
- è incisiva, perdurante e rileggibile (*caratteristica propria dello scritto*);
- è riproducibile e facilmente personalizzabile con minimo dispendio (*caratteristica della video-scrittura*);
- ha peculiarità proprie: la velocità, la contemporaneità di invio a molte persone, la possibilità di richiamare/ristampare la cronologia delle comunicazioni;
- rispetto alla telefonata permette di scegliere il momento della risposta, mantenendone la rapidità;
- permette di creare facilmente risposte personalizzate attingendo a file predisposti.

Sono da considerare come costi e problemi:

- il mantenimento dell'indirizzario aggiornato, che richiede una routine organizzativa con tempo dedicato;
- l'impegno da dedicare a questa modalità di comunicazione; può essere rilevante in tempi di grande morbosità. Occorre comunque tenere presente che nel periodo del "grande allarme meningite" sarebbe stato impossibile fornire comunicazioni dettagliate a tutti e sarebbe stato certamente maggiore l'"assalto" al telefono o in ambulatorio, come l'esperienza degli altri colleghi ha dimostrato;
- la verbosità di taluni genitori è un elemento da contenere, ma è problema comune a qualsiasi modalità di comunicazione;
- la mancanza di sicurezza di quando il messaggio venga letto dalla famiglia; la verifica si ha solo a posteriori.

Si deve essere attenti a:

- inviare i messaggi coindirizzando nel campo CCN, in modo da garantire la

riservatezza reciproca degli indirizzi;

- prevedere sempre la risposta a una e-mail (che è peraltro modalità non diversa da qualsiasi altro tipo di contatto);
- verificare durante le visite il recepimento e la comprensione dei messaggi.

**Il sito web**

Contemporaneamente all'utilizzo della posta elettronica nel gennaio 2000 è iniziata l'ideazione di un sito per l'ambulatorio. L'idea era di presentarlo come la "bacheca avvisi" affacciata sul web invece che in sala d'aspetto. La creazione, artigianale e non ancora supportata da software accessibili dedicati, è stata laboriosa. La scelta del provider ha comportato ulteriori ritardi in quanto, utilizzando gli abituali provider gratuiti, il sito era soggetto a banner pubblicitari incontrollabili e spesso dal contenuto inadatto. È stata concessa senza problemi l'autorizzazione ordinistica. Il problema maggiore è l'aggiornamento del sito, che può svolgersi con due modalità: autogestita o per invio al gestore. La prima opzione è talvolta complicata o inibita dal regolamento del gestore che supervisiona; la seconda è potenzialmente più costosa. L'indirizzo del sito è stato inserito in pochi motori di ricerca e viene richiamato dalla firma delle mail (non ha finalità che ne richiedano una forzata pubblicizzazione). La struttura del sito è la seguente:

*Home page:* il logo riproduce una statuetta in ebano proveniente dall'Africa, circondata da un fonendo pediatrico. La statua rappresenta la fusione morfologica di un adulto chino a raccogliere e sorreggere due bambini che nascono dal prolungamento dei suoi stessi arti.

*Sezioni:*

Dove: indicazioni topografiche. Orari: modalità di accesso e comunicazione. Notizie: vaccinazioni (calendario e spiegazione), calendario visite (scadenze, proposte per i bilanci di salute). Consigli (acne, alitosi, coliche del lattante, prevenzione degli incidenti, prevenzione acari, sport, trauma cranico, zecche). Link: modulo per invio comunicazioni tramite posta elettronica.

Il sito, dall'aprile 2001 al 2-2-2003, ha avuto 1558 visitatori (in precedenza non era attivo il contacontatti).

# Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT

Paolo Siani

UOC di Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli

## Abstract

A research by ISTAT regarding hospitalization gives the following results: hospitalization rates for the entire population are about 4%, 42% for the treatment of different diseases, 9.1% for accidents and 14.3% for check ups. People with low grades of education have higher hospitalization rates. Hospital admissions occurred mainly in public hospitals, up to 93% for paediatric hospitalizations.

Paolo Siani, Hospitalization: ISTAT report  
Quaderni acp 2003, vol X n° 3; 31

Nell'ambito dell'indagine campionaria sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, condotta dall'ISTAT negli anni 1999 e 2000, sono state intervistate 52.300 famiglie per un totale di 140.000 individui distribuiti in 1449 comuni.

Ci occupiamo in questa nota dei ricoveri ospedalieri. Dai risultati della ricerca si stima che 2.276.000 persone, pari al 4% della popolazione (1.219.000 donne e 1.057.000 uomini), si siano ricoverate nel trimestre precedente la rilevazione. Le notti di ricovero ammontano a 20.361.000, pari a una media di 8,9 notti di degenza per persona ricoverata e una media di 7,6 notti per ricovero. L'Italia centrale ha una media più alta di notti di ricovero (9,8), così come i grandi comuni (10,2 notti) (tabella 1).

Il ricorso ai servizi ospedalieri si incrementa con l'aumentare dell'età: nella classe di età 55-64 anni si registrano 5,4 ricoveri ogni 100 persone; nella popolazione oltre gli 80 anni la percentuale raggiunge l'11,7%. Inoltre, gli anziani restano più a lungo ricoverati rispetto alla media di tutta la popolazione; infatti si ha una media di 11,7 notti di ricovero per gli anziani di 65-69 anni e 13,8 per gli ultraottantenni.

Tra le varie regioni, eliminando l'effetto della diversa struttura della popolazione per età, l'Abruzzo e la Basilicata presentano il quoziente più elevato di ricoveri, con 6,2 e 5,8% rispettivamente.

**TABELLA 1: STIMA DEI RICOVERI NEI TRE MESI PRECEDENTI LA RILEVAZIONE**

	N di ricoveri
Uomini	1.057.000
Donne	1.219.000
Numero totale di notti di ricovero	20.361.000
Media notti di ricovero per persona ricoverata	8,9

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

Le persone con bassi livelli di istruzione presentano complessivamente tassi di ospedalizzazione più elevati: 6,2% di ricoveri fra quanti hanno come titolo di studio la 5 elementare, a fronte del 3,3% per i laureati o diplomati. Analogo comportamento si registra per il numero di notti di ricovero, che passa da una media di 6,5 notti per le persone con alto titolo di studio a 11,5 notti per quelle con basso livello di istruzione (tabella 2). La relazione rimane invariata anche analizzando il fenomeno per età, eliminando quindi l'effetto

**TABELLA 2: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E LIVELLO DI ISTRUZIONE**

Livello di istruzione	Tasso di ospedalizzazione	Notti di ricovero
Inferiore o uguale alla 5ª elementare	6,2%	11,5
Laurea o diploma	3,3%	6,5

della maggiore concentrazione di persone con basso titolo di studio nelle fasce di età più elevate. Tra i meno istruiti, di età compresa tra 6 e 64 anni, si osserva una quota pari al 4% di ricoveri contro una media complessiva per la stessa fascia di età del 3,4%.

Una percentuale elevata di ricoveri (18,7%) si registra tra le persone con disabilità o invalidità, il 13% tra quelle che soffrono di una malattia cronica grave. Con riferimento all'ultimo ricovero effettuato, gli intervistati hanno dichiarato di essersi ricoverati per la cura di malattie nel 42% dei casi, per un incidente nel 9,1% dei casi e nel 14,3% per controlli dello stato di salute. Per le donne nella fascia d'età 25-34 anni, il parto e le complicazioni della gravidanza rappresentano il principale motivo di ricovero ospedaliero. Il 32,1% delle persone ricoverate ha dichiarato di aver avuto bisogno, nel corso dell'ultimo ricovero, di essere assistito durante le notti trascorse in ospedale. Nel 30,6% sono i familiari a prestare aiuto durante la degenza, men-

tre solo nell'1,8% ci si rivolge a personale a pagamento e generalmente per le persone anziane. Tale fenomeno è più frequente nel Nord-Est del Paese, dove il 6,2% degli anziani ricoverati è assistito da personale a pagamento. Il ricovero in ospedale avviene per decisione del medico ospedaliero (32,6%) o su invito del medico di famiglia (25,6%). Chi ha un titolo di studio elevato si ricovera in ospedale su indicazione del medico specialista ospedaliero più spesso (38,4%) di quanto non avvenga per le persone con basso livello di istruzione (34,1%). L'88% dei ricoveri è stato effettuato in ospedale pubblico, il 10,8% in una struttura convenzionata e l'1,2% in una struttura privata a pagamento (tabella 3). Al Centro e al Nord-Est si rivolge alle strutture pubbliche il 90% della popolazione con punte del 96% in Toscana, al Sud scende all'85,9% (in Calabria al 75%). La percentuale più alta di ricorso alle strutture pubbliche si registra per i bambini (93,1%). La popolazione residente nel meridione è quella che più spesso si ricovera in ospedali al di fuori della propria regione di residenza (9,8%); la più bassa migrazione in altre regioni o all'estero si registra nell'Italia centrale (4,2%) e insulare (4,6%).

Tra i motivi che inducono a spostarsi in un'altra regione prevale nettamente la maggiore fiducia verso la struttura scelta e la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalle strutture della propria regione. Tale fenomeno è molto diffuso al Sud (56,5%) rispetto al Nord (27,6%). Nel Nord del Paese il motivo prevalente che spinge le persone a recarsi in un'altra regione è il consiglio di esperti e conoscenti (36,1%).

**TABELLA 3: TIPO DI STRUTTURA DI RICOVERO**

Ospedale pubblico	88%
Struttura convenzionata	10,8%
Struttura privata	1,2%

## G. García Márquez, A. Moravia, S. Márai

A cura di Franco Dessì

### Lo stesso impiccio del corpo

da: *L'amore ai tempi del colera*, di Gabriel García Márquez

Traduzione di Claudio M. Valentinelli. Mondadori Editore, 1970

Era stato il primo uomo che Fermina Daza aveva sentito orinare. Lo aveva sentito la prima notte di matrimonio nella cabina della nave che li portava in Francia, mentre era prostrata dal mal di mare, e il rumore della sua sorgente da cavallo le era parso tanto potente e investito di tanta autorità che aveva aumentato il suo terrore per i danni che temeva. Quel ricordo le tornava spesso alla memoria, a mano a mano che gli anni andavano indebolendo la sorgente, perché non aveva mai potuto rassegnarsi al fatto che lui lasciasse bagnato il bordo della tazza ogni volta che la usava. E il dottor Urbino cercava di convincerla con argomenti facili a capirsi per chi avesse voluto capire che quell'incidente non si ripeteva tutti i giorni per sua disattenzione, come insisteva lei, ma per una ragione organica: la sua sorgente da giovane era così definita e diretta che in collegio aveva vinto tornei di mira per riempire bottiglie, ma con gli usi dell'età non solo era andata decadendo, ma si era fatta obliqua, si ramificava, e infine si era trasformata in una fonte di fantasia impossibile a dirigersi, malgrado i molti sforzi che lui faceva per indirizzarla. Diceva: "Il water-closet deve essere stato inventato da qualcuno che non sapeva niente di uomini". Contribuiva alla pace domestica con un atto quotidiano che era più di umiliazione che di umiltà: asciugava con la carta igienica i bordi della tazza ogni volta che la usava. Lei lo sapeva, ma non diceva mai niente finché non erano troppo evidenti i vapori ammoniacali dentro al bagno, e allora proclamava come la scoperta di un delitto: "Questo appesta un allevamento di conigli". Alle soglie della vecchiaia, lo stesso impiccio del corpo aveva ispirato al dottor Urbino la soluzione finale: orinava seduto, come lei, cosa che lasciava la tazza pulita, e oltre a tutto lasciava lui in stato di grazia.

### Non ci occupiamo della sua anima

da: *Inverno di malato* in: *Racconti* di Alberto Moravia

RCS Libri SpA, Bompiani, 1952

Al rumore che fece la porta aprendosi, Girolamo, che, intento a cacciare i rottami della cena sotto il letto, stava proteso fuor delle coltri con tutto il busto, e coi capelli pendenti quasi toccava il pavimento, si rizzò con vivacità, e pur guardando fissamente il professore che, seguito da Joseph e dall'assistente, si avvicinava con lentezza e, si sarebbe detto, quasi con circospezione, rimise a posto le coltri, e, come poteva, si ravviò i capelli. Il cuore gli batteva, dall'ansietà il respiro gli mancava (...). Come se avesse voluto contraddire apposta quel desiderio di Girolamo, il professore non pareva invece avere alcuna fretta. Si avvicinò, a due passi dal letto si fermò e scosse la testa in modo ironico, vedendo sul pavimento i piatti rotti e il vassoio; poi guardando il ragazzo: "Ne ho sentito delle belle sul conto suo". Girolamo impallidì. "Ci siamo", pensò; dalla sofferenza avrebbe voluto gridare. "Ma se debbo andarmene", gli riuscì infine di proferire con voce tremante, "la prego, signor professore, di farmi partire il più presto possibile...". Il medico lo guardò: "Andarsene? Chi le ha detto che deve andarsene?". Una specie di densa nebbia avvolgeva ormai gli occhi di Girolamo. "Ma a causa di quello che ho fatto", balbettò ancora, "la Polly... il primo piano...". Il professore capì finalmente. "Ah... è per questo!" esclamò con freddezza, avvicinandosi e facendo segno agli altri due di seguirlo: "Ma in tal caso, ragazzo mio, lei si sbaglia". La condotta dei malati non ci riguarda ... non è una casa di correzione, questa, ma una clinica. Noi ci occupiamo del suo corpo, non della sua anima, del suo corpo, anzi di una parte del suo corpo soltanto. Ho già dato ordine che non la si faccia più scendere a pianterreno, ecco tutto... e in quanto all'andarsene, lei se ne andrà quando noi giudicheremo che sarà necessario...". Si voltò verso l'infermiere e con un gesto: "Tiratemi via queste coperte", ordinò.

### Credo che rimarrà in vita

da: *Le braci*, di Sándor Márai

Edizione italiana a cura di Marinella D'Alessandro. Adelphi Editore, 1998

Più tardi venne servito un decotto di tiglio. Tutto aveva un odore intollerabile, e il fanciullo venne colto dalla nausea. Verso mezzanotte scoppiò in pianto e cominciò a vomitare. "Fate venire Nini!" disse con voce soffocata. Giaceva sul letto, bianco come un cadavere. Il giorno dopo gli venne la febbre alta e cominciò a delirare. Arrivarono medici cerimoniosi in finanziaria nera, con la catena dell'orologio d'oro infilata nell'asola centrale del panciotto bianco. Si chinarono sul fanciullo, e dalle loro barbe e dai loro abiti si sprigionò lo stesso odore che emanavano gli oggetti del palazzo, i capelli e la bocca della nonna francese. Il fanciullo aveva l'impressione che, se quell'odore non fosse scomparso, lui sarebbe morto. La febbre non diminuì neanche verso la fine della settimana. (...). Allora telegrafarono per far venire Nini. La balia impiegò quattro giorni per arrivare a Parigi. Alla stazione ferroviaria il maggiordomo con i favoriti, mandato a riceverla, non la individuò; Nini si avviò a piedi e si presentò al palazzo reggendo una sacca lavorata all'uncinetto. Arrivò nello stesso modo in cui migrano gli uccelli: non parlava francese, non conosceva le strade, non seppe mai rispondere a chi le chiedeva come fosse riuscita a raccapezzarsi in quella città sconosciuta, a rintracciare la casa che nascondeva dentro di sé il fanciullo ammalato. Entrò nella stanza, sollevò dal letto il piccolo moribondo che ormai giaceva stremato, con gli occhi lucidi e spalancati, unico segno di vita. Lo prese in grembo, lo strinse a sé con forza e rimase seduta in silenzio, cullandolo tra le braccia. Il terzo giorno, al fanciullo venne somministrata l'Estrema Unzione. Quella sera Nini uscì dalla stanza del malato e si rivolse alla contessa dicendole in ungherese: "Credo che rimarrà in vita".

# IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

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

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

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

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

## LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

### 1. Ricerca e documentazione

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

### 2. Formazione e aggiornamento

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

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

### 3. Sviluppo di servizi e progetti

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

### 4. Solidarietà internazionale

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

## Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

Email [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)

<http://www.salutedelbambino.it>

# le lettere

## Aziende - medici - pubblicità

Caro direttore, leggo come il solito abusivamente la rivista *Quaderni acp* che giunge al pediatra di casa mia, mia moglie, che fa il vostro mestiere da 20 anni, mentre io, oramai *retired*, "aspetto sulla collina". Ho letto la vostra nota a pagina 21 del numero di febbraio: pensate che il motivo delle vostre scarse inserzioni pubblicitarie sia dovuto al fatto che voi fate il controllo del contenuto delle inserzioni.

Dato che la mia vita professionale ha percorso molti mestieri, dal patologo generale alla direzione di propaganda di una grande industria farmaceutica nazionale oramai ingurgitata dalle multinazionali, al medico di base mi pare di poter dire che forse non è proprio così.

Oramai, con il controllo ministeriale sulla pubblicità e con il codice di Farmindustria, che ha tolto di mezzo espressioni che avevano il sapore dell'ironia, come "il farmaco ideale" o "assolutamente privo di effetti collaterali" *aut similia*, il controllo delle inserzioni potrebbe essere fatto anche da chi non lo fa. Sono poche, non significative e soprattutto non remunerative quelle inserzioni che utilizzano espressioni lontane dalla scheda tecnica. Questo può accadere per il settore alimentare ma, se non vedo male, voi non riportate inserzioni di alimentari, e quindi non avete di questi problemi.

C'è forse un altro motivo che tiene lontani da voi gli inserzionisti e che merita un tentativo di comprensione. In Italia c'è oramai una invasione di riviste mediche (e pediatriche) che rende impossibile il sostentamento autonomo delle testate (neppure i grandi settimanali internazionali medici sono autonomi dalla pubblicità, ma ancor di meno le testate italiane) e li rende dipendenti dalla pubblicità farmaceutica. I gruppi editoriali, anche i più seri, sono nati per guadagnare e il bisogno di profitto rende gli editori ancora più dipendenti dalle inserzioni.

Profitto per profitto: l'industria dovrebbe affrontare, per le inserzioni sui giornali medici, la questione sul piano del profitto come fa per le inserzioni sui grandi quotidiani. La Volvo, se compra l'ultima pagina del *Corriere della sera* pagando

fior di quattrini come ha fatto poco tempo fa, è perché pensa che le convenga economicamente; non la compra per fare un favore alla RCS. I funzionari dello stato comprano una pagina interna della *Stampa* per spiegare alla gente che sono maltrattati e lo fanno perché gli è utile. Nel campo dei farmaci non è (più) così. L'industria del farmaco è costretta (non sua è la responsabilità dell'ingorgo editoriale medico) a usare la pubblicità come una sorta di Cassa del Mezzogiorno e con ciò produce una stampa medica assistita; oltre tutto il mercato si è così

piatto e su di lui fondano le loro capacità di estensione del mercato. Gli eventi Glaxo ne sono una recente conferma.

Senza volere consumare ancora molto spazio a me pare che questo stesso atteggiamento si estenda alla carta stampata e alle sue inserzioni, nelle quali ovviamente nulla c'è di illecito perché tutto avviene alla luce del sole.

Entrare in una rivista severa (la vogliamo chiamare così?), dove le inserzioni sono poche, frequentarla, discutere con la direzione, dovrebbe essere un obiettivo; ma non è così.



complicato che si è diffusa l'abitudine (non so quanto giustificata nei fatti) di affidare ad agenzie l'acquisto di pagine pubblicitarie, per cui la volontà dell'industria è spesso mediata da queste e non si sa bene con quale precisione/accuratezza. Qui mi rifaccio al mio passato ed esperienza. La mia opinione era che si dovevano tenere in maggiore considerazione i medici che accolgono con spirito critico il collaboratore; da questi il collaboratore impara i punti deboli della sua esposizione, gli legge sul viso i dubbi, ne ascolta le considerazioni, gli chiede se sul prodotto ha letto qualcosa di diverso da quello che lui gli ha esposto. È a questo medico che... avrei regalato più volentieri il televisore in una sorta di comparaggio rovesciato! Dal medico che aderisce piatto alla sua versione il collaboratore non impara nulla, anche se nulla c'è di illecito.

Questa tesi non è mai stata molto condivisa nelle aziende, che io sappia; le industrie preferiscono sostenere il medico

Riviste e medici, nella visione generale delle aziende, sono oramai trattati allo stesso modo. Forse voi non siete piatti e perciò non siete favoriti.

*Efrem Marri*

*Rispondere in modo esariente alle molte considerazioni del gentile e affezionato lettore (seppur "abusivo") richiederebbe almeno lo spazio di un editoriale. Ci limitiamo, quindi, a riprendere due dei punti concernenti la pubblicità dei farmaci.*

*Il controllo delle inserzioni pubblicitarie è una prassi consolidata della redazione di "Quaderni" e ottempera allo spirito dell'impegno di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria che l'ACP (editrice di "Quaderni") ha stilato, e i soci hanno approvato nel 1999, anticipando, quindi, il dibattito e analoghe iniziative di riviste, associazioni e società scientifiche, anche internazionali. Il controllo non è certo semplice da effettuare e, in particolare per l'area pediatrica, la*

# dei Quaderni acp

scheda tecnica non rappresenta, per aggiornamento, completezza e accuratezza, lo strumento di riferimento. Infatti, almeno il 30% delle prescrizioni pediatriche effettuate nelle cure primarie, il 60% di quelle nei reparti ospedalieri e il 90% di quelle nelle unità di cura intensiva neonatale sono "off-label".

Volendo affrontare il tema della pubblicità in modo analitico, e propositivo, è necessario distinguere e non confondere la pubblicità con l'informazione (e men che meno con l'attività dell'informatore farmaceutico). Quando un messaggio vuole essere esclusivamente pubblicitario (di promozione), le regole sono quelle dettate dal mercato; poco importa, purtroppo, che si tratti di un farmaco o di un qualsiasi altro prodotto merceologico. È una delle ragioni, per esempio, per cui un inserzionista "si affida" alle agenzie pubblicitarie. La scelta della testata, e i costi relativi, variano notevolmente, non ultimo per la capillarità della distribuzione e il prestigio (o nomea?) della testata. Purtroppo, nel panorama medico italiano, non esiste un giornale simile, per esempio, al *BMJ*; l'esempio del *Corriere* è, di conseguenza, inappropriato. È invece presente, forse perché non calmierato anche dalla presenza di prestigiose testate, "un ingorgo editoriale medico" di scarsa qualità scientifica, le cui finalità non sono certo quelle della informazione o quelle di rispondere a un bisogno culturale della comunità medica italiana, e che l'industria (acriticamente?) "assiste" e alimenta. Un terreno avanzato di confronto si porrebbe, quindi, solo nella realizzazione di prodotti editoriali educativi permanenti (strumenti di ECM), di larga diffusione e basati sulle evidenze (EBM), per esempio, un *JAMA*; e in tale contesto culturale anche l'industria potrebbe contribuire. Ma per realizzare questa partecipazione è forse necessario ridefinire quelle regole del mercato che equiparano il farmaco a uno dei tanti prodotti merceologici: sebbene il cittadino, pur pagando la pubblicità, non può scegliere il prodotto che più gli aggrada (lo fa per il detersivo, non per il farmaco). È proprio per muoversi in un contesto culturalmente più avanzato (e con una certa velleità) che "Quaderni" sta anche

considerando "l'azzardo" di pubblicare in futuro senza pubblicità.

m.b.

## Una lettera da Oral

Dear friends, thank you so much your message. For the support of the Associazione Culturale Pediatri we are arranging a training of our medical staff by the Russian Medical Institute. About 110 teachers at Nukus Medical Institute will get a good training for improving their skills on teaching methodologies.

Also for this support we have published a book in 600 copies in Karakalpak language for our students! I am so grateful for this support! I will be able to send you an abstract by the end of March and I would much appreciate for your help. With lots of love, Oral.

## Una proposta

In questi giorni drammatici in cui ciascuno di noi si chiede cosa fare per opporsi alla guerra, lancio una proposta a tutti coloro che raccontano o leggono storie ai bambini: scegliamo storie che educino alla pace, alla solidarietà, alla tolleranza; compiliamo una bibliografia su questo tema e diffondiamola nelle scuole e nelle biblioteche. Non limitiamoci alla fascia di età che interessa "Nati per Leggere", anche se da questa possiamo incominciare. Ecco i primi titoli che mi vengono in mente:

- Dr. Seuss  
*La Battaglia del burro* (Giunti)
- Dr. Seuss  
*Gli Snicci* (Giunti)
- Tergazaghi M.  
*Ina, la formica dell'alfabeto* (Aer)
- Elzbieta  
*Flon Flon e Musetta* (Aer)
- Lionni L.  
*È mio!* (Fatatrac)
- Recknagel F.  
*Il messaggio* (Arka)
- Pin I.  
*Il nocciolo* (Nord-Sud)
- Popov N.  
*Perché?* (Nord-Sud)
- Kimura Y.  
*In una notte di temporale* (Salani)

- Ungerer T.  
*Flix* (Mondadori)
- Sennell J.  
*La rosa di San Giorgio* (Piemme)
- Vasquez Vigo  
*La forza della gazzella* (Piemme)
- Spier P. *Gente!* (Mondadori)  
(Quest'ultimo titolo non è un racconto, ma un ottimo strumento di educazione alla multiculturalità)

Rita Valentino Merletti

*La lettera ci era giunta nei giorni drammatici della guerra all'Iraq. Ma ci sembra che il pensiero valga anche senza guerra. O in attesa della prossima?*

gc.b.

## L'immagine di copertina di febbraio

Gentile direttore, ho visto la curiosissima figura che avete pubblicato sulla prima pagina di *Quaderni acp* del mese di febbraio, ma non ho trovato da nessuna parte (credo di avere esaminato la rivista con discreta attenzione) di che cosa si tratti, chi sia l'autore, dove sia.

Simona Pieraccini

*Avevamo ommesso, maliziosamente, l'attribuzione della figura per controllare se qualcuno fosse stato attento a chiederne l'origine. La lettera che pubblichiamo, e altre richieste che ci sono giunte a voce, ci indicano che il risultato è stato raggiunto. I lettori desiderano sapere. L'immagine di copertina del numero 1 del 2003 ritrae una famiglia, probabilmente la famiglia di Jan Gerritsz; è un olio su tavola 87x178 cm, datato 1638, di pittore olandese anonimo. La storia del dipinto racconta che, qualche settimana dopo essere stati immortalati, i nove gemelli moriranno; ci sembrava una buona introduzione al "Rapporto sulla salute del bambino" che discuteva, fra l'altro, di mortalità infantile. L'immagine del numero scorso è di Simone Martini (se ne veda a pagina 4 del numero 2/2003 la descrizione) e riguarda invece un "incidente nell'infanzia" che può riferirsi, anche questo, alla seconda parte del "Rapporto", pubblicata su quel numero.*

## **Aggiornamento avanzato**

### **38 Fattori prenatali, postnatali e preferenze alimentari dei bambini**

*Diversi studi evidenziano un'influenza genetica sulla preferenza dei bambini verso determinati gusti; è tuttavia dimostrato come nel corso dello sviluppo, e in particolare nei primi anni di vita, questa preferenza innata venga influenzata da fattori ambientali. I bambini percepiscono i primi sapori attraverso il liquido amniotico. Poi hanno esperienze sensoriali con gli aromi del latte materno, a loro volta influenzati dalla dieta della nutrice. Queste prime esperienze sensoriali influiscono nella successiva accettabilità dei primi alimenti introdotti con lo svezzamento. Pare infatti che i bambini allattati al seno ed esposti quindi agli aromi diversi dal latte materno accettino più facilmente nuovi alimenti rispetto ai bambini esposti alla costituzione standard del latte formulato.*

## **Leggere e fare**

### **40 È utile l'esplorazione rettale per la diagnosi di appendicite?**

*L'esplorazione rettale viene spesso consigliata nella valutazione di un bambino con sospetta appendicite acuta. La letteratura esaminata non sembra mostrare alcun apprezzabile beneficio di questa manovra diagnostica. Tuttavia il grado di evidenza non elevato degli studi presi in considerazione impone cautela nelle conclusioni.*

### **42 Quale è il miglior trattamento del criptorchidismo?**

*Gli Autori si chiedono se il trattamento medico del criptorchidismo sia veramente efficace e valutano una metanalisi sull'argomento, reperita mediante la ricerca in Pub Med. La metanalisi, pur essendo soggetta ad alcune critiche riguardo agli studi presi in considerazione, dimostra che il trattamento ormonale del criptorchidismo ha una ridotta evidenza di efficacia.*

## **Il punto su**

### **44 Gli steroidi inalatori ovvero "la grande appuffata"**

*I corticosteroidi inalatori hanno costituito un grande progresso nella terapia dell'asma sia dal punto di vista dell'efficacia che della sicurezza. Tuttavia l'eccesso di fiducia ha portato nel tempo all'uso di dosaggi talmente elevati che quegli effetti collaterali ritenuti appannaggio della terapia orale hanno fatto la loro comparsa sostanziale anche con la somministrazione topica. Ironia della sorte, lo steroide inalatorio pressoché totalmente responsabile dei casi di insufficienza surrenalica è proprio quello ritenuto più sicuro: il fluticasone propionato.*

## **Materiali per genitori**

### **46 Lo sviluppo del vostro bambino e i libri**

*Vengono fornite ai genitori, nell'ambito del progetto Nati per Leggere, informazioni sulle modalità con le quali leggere ai bambini ad alta voce nella età prescolare, su quali libri scegliere a seconda delle varie età e sul rapporto fra sviluppo del bambino ed utilizzo del libro.*

## **Il caso che insegna**

### **49 Uno strano "globo vescicale"**

*L'articolo presenta la storia di una ragazza di 12 anni, con stadio puberale avanzato ma che non ha ancora avuto il menarca, con dolore addominale in regione pelvica, cui viene fatta dapprima diagnosi di "voluminoso globo vescicale" e, solo dopo una decina di giorni, di "ematometrocolpo da imene imperforato". Il caso viene descritto con l'intento di sensibilizzare il pediatra sul fatto che l'esplorazione accurata dei genitali deve sempre far parte integrante dell'esame obiettivo, proprio per evitare che patologie banali come l'imene imperforato vengano identificate con ritardo.*

# Fattori prenatali, postnatali e preferenze alimentari dei bambini

Gabriella Caporale, Sonia Policastro, Erminio Monteleone

Dipartimento di Biologia, Difesa e Biotecnologie Agro-Forestali, Università degli Studi della Basilicata, Potenza

Una persona, nel corso della crescita, viene esposta a una varietà di alimenti, la cui ampiezza e natura possono essere determinate da fattori culturali e familiari.

Il neonato viene spesso considerato, da questo punto di vista, una tabula rasa; tuttavia, già nello stato prenatale, il feto percepisce alcuni aromi che vengono trasmessi dalla dieta delle loro madri direttamente al liquido amniotico. Conseguentemente, i primi sapori percepiti dai neonati, ancor prima di un'esperienza diretta con gli alimenti, derivano dalla cultura alimentare delle loro madri (1,2).

Successivamente i diversi prodotti alimentari vengono introdotti nella dieta durante le varie fasi della vita; pertanto, l'individuo per ogni alimento fa una prima esperienza. La maggior parte di queste prime esperienze con gli alimenti si verifica durante l'infanzia.

In particolare, la percezione degli aromi (*flavour*) nel latte materno è una delle prime esperienze sensoriali che fa il neonato. Studi recenti, infatti, hanno evidenziato che il neonato percepisce una varietà di sapori trasferiti al latte materno attraverso gli alimenti consumati dalle loro madri. Durante lo svezzamento queste esperienze influenzano l'accettabilità verso i nuovi prodotti alimentari ed è, infatti, provato che i bambini alimentati al seno sono più disponibili ad accettare prodotti nuovi rispetto ai bambini alimentati con latte in polvere (3). La ragione di queste evidenze è da attribuire al fatto che i primi fanno esperienze concrete di svariati alimenti, attraverso i sapori presenti nel latte materno, a differenza degli altri che consumano un latte sostitutivo con composizione standard. Sembra evidente quindi che l'esperienza che gli individui fanno di diversi sapori associati ai prodotti alimentari sia in grado di influenzarne l'accettabilità. Lo studio dei fattori che influenzano lo sviluppo della preferenza per gli alimenti consente di capire come i prodotti

alimentari diventino più o meno accettati. Secondo quanto riportato da alcuni Autori (4), la preferenza può essere determinata da fattori ereditari e ambientali.

Sebbene si nasca senza esperienza, è possibile che esista una predisposizione verso determinati gusti. Birch (5,6), ad esempio, sostiene che ci sia una preferenza innata per il gusto dolce. Alcuni Autori hanno dimostrato che l'arricchimento in saccarina del liquido amniotico determina un aumento del consumo del fluido da parte del feto. Risultati analoghi sono stati ottenuti da Tatzer e collaboratori (7) in bambini prematuri, alimentati con soluzioni glucosate. Questa preferenza innata per il gusto dolce è stata testata anche sui neonati attraverso lo studio delle loro espressioni facciali in seguito alla somministrazione di soluzioni dolcificate (8). Per verificare l'esistenza di un effetto ereditario sulla preferenza degli alimenti sono stati condotti diversi studi su gemelli omozigoti allevati in contesti diversi. I risultati degli studi evidenziano che i gemelli omozigoti mostrano una maggiore similarità nella preferenza verso gli alimenti sia rispetto a individui non imparentati che a gemelli eterozigoti (9).

Se i risultati di questi studi evidenziano un'influenza genetica sulla preferenza dei bambini verso determinati gusti, è altrettanto dimostrato che, nel corso delle diverse fasi di sviluppo dell'individuo, la preferenza innata viene influenzata da fattori ambientali. Beauchamp e Moran (10) hanno dimostrato che l'esperienza può modificare l'espressione della preferenza per un gusto. Infatti, la preferenza per il gusto dolce, inizialmente presente nei neonati, tende a diminuire quando i bambini non sono esposti con la stessa frequenza a soluzioni di saccarosio.

Tra i fattori che possono influenzare lo sviluppo della preferenza da parte dei bambini notevole importanza riveste il ruolo esercitato dall'ambiente familiare e

culturale. A tale riguardo, mentre sembrerebbe del tutto razionale supporre che genitori e figli, condividendo caratteristiche genetiche e anche abitudini alimentari, abbiano preferenze simili, studi comparativi condotti allo scopo di verificare tale ipotesi (11-13) sembrano mostrare una bassa influenza dei genitori in relazione alla preferenza dei figli ( $r = 0,2$ ;  $r = 0,3$ ).

Una delle spiegazioni fornite a questa bassa correlazione è che i genitori spingerebbero i figli a mangiare non tanto ciò che piace loro quanto ciò che essi ritengono adatto per i bambini (14,15). Un'altra possibile spiegazione è che i bambini potrebbero sviluppare preferenze per i prodotti con specifiche proprietà sensoriali che li rendono, ad esempio, più facili da masticare, più dolci al gusto ecc. D'altra parte preferenze diverse potrebbero essere generate da necessità nutrizionali diverse tra i bambini che conducono una vita più dinamica e gli adulti con una vita più sedentaria.

Come già sopra riportato, l'influenza familiare sulla formazione della preferenza nell'età infantile si esplica innanzitutto attraverso l'esperienza che il bambino fa, nella fase prenatale con il liquido amniotico e successivamente attraverso il latte materno, di determinati sapori provenienti dalla dieta della madre. Ad esempio, i bambini che sono stati esposti al sapore di carota sia nel liquido amniotico che attraverso il latte materno, mostrano una maggiore accettabilità per cereali al "*flavour*" di carota rispetto a un gruppo di controllo composto da bambini non esposti a questo tipo di sapore (2).

Allo stesso modo è accertato che nell'età infantile l'ambiente familiare può influenzare lo sviluppo della preferenza del bambino attraverso l'esposizione a nuovi prodotti. In tal senso si è visto che quanto più frequenti e varie sono le esposizioni tanto maggiore sarà l'accettabilità, non soltanto

Per corrispondenza:  
Erminio Monteleone  
e-mail: [monteleone@unibas.it](mailto:monteleone@unibas.it)

aggiornamento avanzato

**Abstract**

As emphasised by various studies children's preferences are influenced by genetics. Nevertheless it has been shown that, particularly in the first three years of life, social and home environmental factors also influence these preferences. Children become aware of the first flavours through amniotic fluid, much before their first real personal experience. New born first sensorial experience is through breast milk's aromas influenced by the mother's diet. These first experiences seem to influence children's acceptability of the first solid foods introduced with weaning. Breast fed children seem to easily accept new flavours respect to formula fed children.

**Gabriella Caporale, Sonia Policastro, Erminio Monteleone**  
**Prenatal and postnatal factors affecting children's preferences**  
**Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 38-39**

verso quei prodotti, ma anche verso prodotti simili (5, 16-20). Ad esempio, è stato dimostrato che i bambini che consumano quotidianamente una discreta varietà di verdure accettano le carote più volentieri dei bambini non esposti a questa categoria di prodotti (21). Questa evidenza è rafforzata da altri studi che hanno dimostrato come bambini abituati a consumare una varietà di succhi di mela a diversa consistenza preferiscano, in generale, prodotti alimentari con una maggiore complessità nella consistenza (22).

Dunque, se da una parte è evidente l'influenza genetica sulla preferenza per i prodotti alimentari, dall'altra sembrerebbe che, come in altri ambiti dello sviluppo umano, la preferenza si formi da un'interazione tra fattori genetici e ambientali. In questo senso ci può essere una predisposizione genetica a preferire determinati alimenti o gusti rispetto ad altri, ma l'espressione di questa tendenza potrà essere influenzata dall'ambiente, essendo difficile poter quantificare il peso di ciascun fattore sull'espressione della preferenza. Questa breve rivisitazione degli elementi che concorrono a formare la preferenza nei bambini mette in evidenza come esista una fase della vita degli individui durante la quale si è più predisposti a sviluppare una preferenza verso determinati prodotti alimentari. Ciò avviene particolarmente entro i primi tre anni di vita e in tal senso ci sembra quanto mai efficace comprendere fino in fondo i meccanismi che determinano l'accettabilità e/o il rifiuto dei prodotti alimentari da parte dei bambini e come l'esposizione precoce a determinati prodotti alimentari, con particolare riferimento ai prodotti consigliati per la dieta dei bambini, possa influenzare le abitudini alimentari della loro vita da adulti.

**Bibliografia**

- (1) Cowart B. Development of taste perception in humans: sensitivity and preference throughout the life span. *Psychological Bulletin* 1981;90:43-73
- (2) Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. *Pediatrics* 2001;107:6
- (3) Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994;93:2: 271-7
- (4) Greene LS, Desor JA, Maller O. Heredity and experience: their relative importance in the develop-

ment of taste preference in man. *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 1975;89:279-84

(5) Birch LL. The acquisition of food acceptance patterns in children. In: Boakes R, Poplewell D, Burton M. *Eating Habits*. New York: Jon Willey and Sons Inc. 1987

(6) Birch LL. The role of experience in children's food acceptance patterns. *Journal of the American Dietetic Association* 1987;87:36-40

(7) Tatzler E, Schubert MT, Timischl W, Simburner G. Discrimination of taste and preference for sweet in premature babies. *Early Human Development* 1985;12:23-30

(8) Steiner JE. Facial expressions of the neonate infant indicating the hedonics of food-related chemical stimuli. In: Weiffenbach JM. *The Genesis of Sweet Preference*. Bethesda, Maryland: US Department of Health Education and Welfare, 1977

(9) Falciglia G, Norton P. Evidence for a genetic influence on preference for some foods. *Journal of the American Dietetic Association* 1994;94:154-8

(10) Beauchamp GK, Moran M. Dietary experience and sweet taste preferences in human infants. *Appetite* 1982;3:139-52

(11) Rozin P. Family resemblance in food and other domains: the family paradox and the role of parental congruence. *Appetite* 1991;1:693-702

(12) Birch LL. The relationship between children's food acceptance patterns. *Journal of Nutritional Education* 1980;12:14-8

(13) Borah-Gidden J, Falciglia GA. A meta-analysis of the relationship in food preferences between parents and children. *Journal of Nutritional Education* 1993;25(3):102

(14) Birch LL, Marlin D, Rotter L. Eating as a "means" activity, in a means-end contingency: Effects on young children's food preference. *Child Development* 1984;55:431-9

(15) Newman J. The effect of a means-end contingency on young children's food preferences. *Journal of Experimental Child Psychology* 1992;64:200-16

(16) Birch LL, Marlin DW. I don't like it; I've never tried it: Effects of exposure on two-years-olds children's food preferences. *Appetite* 1982;3:353-60

(17) Crandall CC. The liking of foods as a result of exposure: eating doughnuts in Alaska. *The Journal of Social Psychology* 1985;105:107-10

(18) Pliner P. The effects of mere exposure on liking for edible substances. *Appetite* 1982;3:283-90

(19) Pliner P, Pelchat M, et al. Reduction of neophobia in humans by exposure to novel foods. *Appetite* 1993;20:111-23

(20) Stevenson RJ, Yeomans MR. Does exposure enhance liking for chilli burn? *Appetite* 1995;24:107-20

(21) Gerrish CJ, Mennella JA. Flavour variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *Am Clin Nutr* 2001;73:1080-5

(22) Maslansky E, Cowel C, Carol R, Berman SN, Grossi M. Survey of infant feeding practices. *Am J Public Health* 1974;64:780-5

## PAOLO DURAND CI HA LASCIATO

Il prof. Paolo Durand  
ci ha lasciato  
il 23 maggio scorso,  
investito da un motociclo  
nella sua Celle Ligure.  
Paolo è stato certamente  
uno dei più grandi  
pediatri italiani  
di tutti i tempi.  
Primario e poi  
Direttore scientifico al Gaslini,  
Direttore dell'Istituto Mendel  
di Roma e poi dell'Ospedale  
Bambino Gesù,  
ha lasciato tracce  
nel campo dello studio  
delle malattie metaboliche  
e della genetica.  
È lo scopritore del deficit  
di lattasi e della fucosidosi.  
È stato fra i fondatori  
dell'Associazione  
Culturale Pediatri,  
nella quale ha fortemente  
creduto, della rivista  
Prospettive in Pediatria  
e della Rivista Italiana  
di Pediatria.  
Ha collaborato  
con articoli e con letter e  
a Quaderni acp di cui  
era un affezionato lettore.  
Ora lo piangiamo insieme  
con Graziella, con i suoi figli  
ed i suoi nipotini.  
Nel prossimo numero o  
pubblicheremo  
un ricordo di Paolo  
scritto da uno  
dei suoi collaboratori.

# È utile l'esplorazione rettale per la diagnosi di appendicite?

Sandro Bianchi, Pediatra di famiglia, ACP Umbria

## Abstract

*In the evaluation of a child suspected having appendicitis rectal digital examination is often considered. This diagnostic measure does not seem supported by literature. Nevertheless, the not very high grade of evidence shown in these studies should impose caution in making conclusions.*

*Sandro Bianchi, Is rectal digital examination useful in diagnosing appendicitis?*

*Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 40-41*

## Scenario

Stimolato dall'articolo di Miris Marani circa l'esplorazione rettale nel bambino con dolore addominale acuto, pubblicato su *Quaderni acp* (2003;X,1:43), ho voluto cercare se esistono dati suppletivi che consiglino tale manovra diagnostica per supportare la diagnosi di appendicite acuta nel bambino.

L'esplorazione digitale rettale è stata considerata a lungo una procedura necessaria nella valutazione dei pazienti con sospetto di appendicite, pur essendo poco praticata dai pediatri e considerata alquanto sgradita ai bambini. Questa procedura è ancora oggi consigliata nei testi di chirurgia più accreditati. La 19° edizione di *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen* (1) conferma che il riscontro di dolorabilità alla palpazione attraverso il retto del lato destro del Douglas è ritenuto come utile informazione per la diagnosi di appendicite acuta.

## La domanda in tre parti

In un bambino (**POPOLAZIONE**) con sospetta appendicite acuta, l'esplorazione rettale (**INTERVENTO**) può aiutare sulla decisione di un intervento chirurgico (**OUTCOME**)?

## Strategia di ricerca

Ho eseguito la ricerca tramite OVID su: Embase (dal 1988 alla 4° settimana di gennaio 2003), Medline (dal 1966 alla 2° settimana di gennaio 2003), Chocrane Database of Systematic Reviews, ACP journal club, Database of Abstract of Reviews of Effectiveness, Cochrane Central Register of

Controlled Trials. Ho utilizzato: "rectal examination AND appendicitis"; Limit: "all children". Ho trovato 22 articoli; tra questi, sette rilevanti (1-7) che vengono esposti nella *tabella 1* adottando lo stesso schema utilizzato dalla rubrica Archimedes di *Archives of Disease in Childhood*.

## Commento

I risultati degli studi presentano livelli di evidenza bassi e suggeriscono che l'esame rettale non dovrebbe essere considerato come indagine "routinaria" nel sospetto di appendicite acuta: è poco utile nella diagnosi ed è di poco aiuto nella decisione di intervento.

Nessuno dei sette articoli presi in esame suggerisce tale manovra per la valutazione clinica di appendicite acuta.

Nello studio di Dixon JM è stato possibile andare oltre; utilizzando i dati riportati, si possono confrontare due gruppi di pazienti per valutare se la positività dell'esame rettale aumentava la possibilità di diagnosticare una appendicite acuta. Proveremo a calcolare la sensibilità e la specificità e i rapporti di verosimiglianza (RV) positivo e negativo.

Inseriamo i dati in *tabella 2*.

Per verificare la probabilità che l'esame rettale positivo individui correttamente i pazienti che presentano appendicite acuta, si calcola la sensibilità:

$$a/(a + c) = 177/395 = 0,448 = 44,8\%$$

Per verificare la probabilità che l'esame rettale negativo individui correttamente i pazienti che non presentano appendicite, si calcola la specificità:

$$d/(b + d) = 388/633 = 0,613 = 61,3\%$$

Per capire ancora meglio l'accuratezza dell'esame rettale nel definire la diagnosi di appendicite acuta si possono calcolare i rapporti di verosimiglianza (RV):

$$RV \text{ positivo} = \text{sensibilità}/(1 - \text{specificità}) = 0,488/(1 - 0,613) = 1,2$$

Un segno diagnostico ha come obiettivo quello di avere un risultato positivo che modifichi la probabilità iniziale di malattia; tanto maggiore sarà questo risultato tanto più alto sarà il vantaggio del test e ci permetterà, quindi, di trarre conclusioni attendibili sulla presenza della malattia (RV positivo > 10). Nel nostro caso l'RV positivo è molto vicino a 1: la positività dell'esplorazione rettale non ci permetterà di diagnosticare un'appendicite acuta:

$$RV \text{ negativo} = (1 - \text{sensibilità})/\text{specificità} = (1 - 0,488)/0,613 = 0,90$$

Il quoziente che ne risulta sarà di utilità, nel valutare l'assenza di una malattia, quando il suo valore sarà basso (RV negativo < 0,1). Nel nostro caso l'RV negativo è compreso tra 0,5-1: la negatività dell'esplorazione rettale non ci permetterà di escludere un'appendicite acuta.

Lo stesso studio mostra, inoltre, come l'esame obiettivo addominale (sensibilità del quadrante inferiore destro addominale, rigidità muscolare della parete addominale, dolorabilità di rimbalzo, reazione muscolare di difesa) rappresenti il criterio più significativo per porre diagnosi di appendicite acuta, specialmente se rivalutata dallo stesso operatore nel tempo. Tale valutazione viene però calcolata con odds ratio (OR), che misura il valore

**TABELLA 2: CONFRONTO TRA DUE GRUPPI**

	Appendicite acuta	Non appendicite	Totale
Es. positivo	177 (a)	245 (b)	422
Es. negativo	218 (c)	388 (d)	606
<b>Totale</b>	<b>395</b>	<b>633</b>	<b>1028</b>

**TABELLA 3: CALCOLI EFFETTUATI**

	Sensibilità	Specificità	RV pos.	RV neg.
Sensibilità quadrante inf. dx	96,2%	16,7%	1,2	0,23
Rigidità muscolare	10,9%	97,6%	4,6	0,91
Dolorabilità di rimbalzo	66,8%	62,4%	1,8	0,53
Reazione muscolare difesa	68,9%	58,1%	1,6	0,54

Per corrispondenza:  
Sandro Bianchi  
e-mail: bianchisandro@hotmail.com

leggere e fare

**TABELLA 1: PRINCIPALI STUDI SULL'ESPLORAZIONE RETTALE PER LA DIAGNOSI DI APPENDICITE**

Autore	Pazienti	Tipo di studio	Esito studiato	Risultati	Conclusioni
Dickson AP (1)	103 bambini di età <14 anni ricoverati per sospetto di appendicite acuta	Studio osservazionale (grado di evidenza=3)	Conferma diagnostica (eseguita con esplorazione rettale) dopo intervento chirurgico	Soltanto la metà dei pazienti con appendicite acuta documentata aveva risultati positivi all'esame rettale	Nel 90% dei casi la diagnosi è stata determinata dall'anamnesi e dall'esame obiettivo addominale
Bonello JC (2)	495 bambini che hanno eseguito visite ambulatoriali per sospetta appendicite acuta	Studio retrospettivo (grado di evidenza=3)	Correlazione tra esplorazione rettale, storia clinica ed esame fisico dei pazienti con sospetta appendicite acuta	Il 53% dei pazienti (262/495) senza appendicite ha presentato all'esplorazione rettale risultati falsi positivi. Il 46% dei pazienti (228/495) ha presentato appendicite acuta e positività all'esplorazione rettale	L'esame rettale non conferma né esclude la diagnosi di appendicite acuta
Dixon JM (3)	1204 pazienti tra 7 e 87 anni presentavano, all'ingresso in ospedale, sospetto diagnostico di appendicite acuta. L'85% (1028/1204) è stato sottoposto a esame rettale. Di questi, 395 hanno presentato appendicite acuta	Studio osservazionale (grado di evidenza=3)	Conferma diagnostica dopo invio del pz. in ospedale. Il medico curante che inviava il pz. aveva raccolto la storia clinica, eseguito esame obiettivo ed esame rettale	Positività dell'esplorazione rettale per i pazienti con appendicite acuta (OR 1.34; p<0.05). Sensibilità nel quadrante inf. dx addominale (OR 5.09). Dolorabilità di rimbalzo (OR 3.34). Reazione di difesa (OR 3.07). Rigidità muscolare (OR 5.03)	In un paziente con dolore al quadrante inf. dx addominale e dolorabilità alla palpazione nella stessa sede, l'esame rettale non aggiunge rilevanti informazioni diagnostiche
Scholer SJ (4)	1140 bambini tra 2 e 12 anni giunti al Pronto Soccorso per dolore addominale	Studio retrospettivo (grado di evidenza=3)	Determinare la frequenza con la quale i pediatri generalisti praticano l'esame rettale in bambini con addome acuto e quali elementi clinici avevano indotto i pediatri a eseguire tale manovra	Il 4,9% (56/1140) è stato sottoposto a esplorazione rettale dal pediatra inviante. Solo in 12 bambini su 56 l'esame rettale aveva contribuito alla diagnosi di: - stipsi cronica 5; - gastroenterite 3; - appendicite 2; - aderenza addominale 1; - eziologia non conosciuta 1	I pediatri generalisti eseguono raramente l'indagine rettale. Soltanto 2 pazienti su 8, di quelli con appendicite acuta, presentavano positività all'indagine rettale
Dunning PG (5)	48 bambini del 1989 in confronto con 49 bambini del 1985	Studio osservazionale retrospettivo (grado di evidenza=3)	Conferma diagnostica, in due gruppi distinti di popolazione, che presentavano sospetto di appendicite acuta in base alla storia clinica, l'esame obiettivo e l'esplorazione rettale	La % dei bambini sottoposti a esame rettale era dimezzata nel 1° gruppo (coorte 1989) rispetto al 2° gruppo (coorte 1985), ma la previsione diagnostica era simile nei due gruppi e la percentuale dei bambini con appendicite acuta era simile	L'esame rettale viene messo in dubbio come indagine di "routine" per i bambini con sospetta appendicite
Kremer K (6)	2280 pazienti con dolore addominale acuto; 477 su 2280 hanno presentato appendicite acuta confermata istologicamente e sono stati sottoposti a esplorazione rettale	Studio multicentrico retrospettivo (grado di evidenza=3)	Validità dei parametri dell'esplorazione rettale ai fini diagnostici	Il 13,7% dei pazienti ha presentato positività all'esplorazione rettale (dolore alla pressione della parete dx del retto). Il 7,4% dei pazienti ha presentato dolore alla palpazione attraverso il retto della sacca di Douglas	Nessuno dei parametri dell'esame rettale è stato statisticamente significativo per la diagnosi di appendicite acuta
Brewster GS (7)	Vengono considerati 5 articoli che hanno valutato la sensibilità dell'esame rettale	Review (grado di evidenza=3)	Utilità dell'esplorazione rettale per la diagnosi di appendicite acuta	Analisi di alcuni lavori scientifici pubblicati	L'esame rettale può essere considerato nei casi di probabili diagnosi alternative all'appendicite acuta

diagnostico di un test: più elevato è OR maggiore è il suo valore diagnostico. Proviamo a calcolare, utilizzando i dati dello studio, la sensibilità, specificità e RV positivo e negativo per ogni segno (tabella 3).

L'esplorazione rettale risulta, inoltre, essere un'indagine scomoda e nei bambini può essere traumatica e poco tollerata. L'esame rettale può essere considerato nei casi di probabili diagnosi alternative: emorragia gastrointestinale, presenza di masse, ascesso peri-rettale, stipsi cronica. Tale manovra dovrebbe essere considerata un "accertamento" piuttosto che parte di una valutazione clinica di routine e dovrebbe essere eseguita soltanto quando i risultati saranno tali da modificare il piano di trattamento.

### Conclusioni

Anche con la consultazione sistematica della letteratura non sembra utile l'esplorazione rettale nell'iter diagnostico di una sospetta appendicite. Gli studi raccolti, però, hanno un grado di evidenza non elevato. Ciò potrebbe collocare il problema nell'area della ricerca di bassa qualità e suggerirebbe di iniziare studi di maggiore evidenza.

### Bibliografia

- (1) Dickson AP, MacKinlay GA. Rectal examination and acute appendicitis. *Arch Dis Child* 1985;60:666-7
- (2) Bonello JC, Abrams JS. The significance of a "positive" rectal examination in acute appendicitis. *Dis Colon Rectum* 1979;22:97-101

(3) Dixon JM, Elton RA, Rainey JB, Macleod DA. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991;302:386-8

(4) Scholer SJ, Pituch K, Orr DP, et al. Use of the rectal examination on children with acute abdominal pain. *Clin Pediatr* 1998;37:311-6

(5) Dunning PG, Goldman MD. The incidence and value of rectal examination in children with suspected appendicitis. *Ann R Coll Surg Engl* 1991;73(4):233-4

(6) Kremer K, Kraemer M, Fuchs KH, Ohmann C. The diagnostic value of rectal examination of patients with acute appendicitis. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1998;115:1120-2

(7) Brewster GS, Herbert ME. Medical myth: A digital rectal examination should be performed on all individuals with possible appendicitis. *West J Med* 2000;173:207-8

# Qual è il miglior trattamento del criptorchidismo?

Laura Dell'Edera, Gina Padula, Anna Maria Moschetti, Gaetano Carrassi  
Pediatri di famiglia, ACP Puglia e Basilicata

## Abstract

The Authors ask themselves if medical treatment for cryptorchidism is really efficacious. A meta analysis on the argument, found through Pub Med is then evaluated. Even considering the fact that the studies evaluated with the meta analysis are not faultless, it seems that hormonal treatment has a very low grade of evidence in efficacy.

Laura Dell'Edera, Gina Padula, Anna Maria Moschetti, Gaetano Carrassi, What is the better treatment for cryptorchidism?

Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 42-43

## Scenario clinico

I genitori di un bambino di 15 mesi con criptorchidismo sinistro (testicolo, all'e-cografia al 3° superiore del canale inguinale e apparente struttura normale) mi consultano: hanno avuto da un endocrinologo il consiglio di terapia con spray nasale con GnRH. Chiedono se la terapia sarà efficace o se sarà comunque necessario un intervento chirurgico.

## Background

La mancata discesa di un testicolo è presente in circa il 4,5% dei neonati ed è bilaterale nel 10-20% dei casi. La maggior parte dei testicoli ritenuti scende spontaneamente nei primi 3 mesi di vita. Dopo il 6° mese l'incidenza si riduce allo 0,8%. Di solito i testicoli ritenuti si trovano nel canale inguinale; alcuni sono intra-addominali e non sono palpabili. In caso di testicolo non palpabile è necessaria la laparoscopia per evidenziarne la presenza e la localizzazione.

Il trattamento del testicolo ritenuto è principalmente l'orchidopessi, ma viene anche usato il trattamento ormonale, basato sul concetto che la discesa testicolare è sotto il controllo androgenico e che la gonadotropina corionica umana o l'ormone rilasciante l'ormone luteinizzante (o suoi analoghi, come la busorelina) possono stimolare la discesa testicolare.

## La domanda in tre parti

In un [bambino con criptorchidismo] [POPOLAZIONE]

la terapia con [GnRH] vs [terapia chirurgica] [INTERVENTO]

è efficace per migliorare [la prognosi] [OUTCOME]

## Strategia di ricerca

Cerchiamo nel MESH Browser di Pub Med le parole chiave: "cryptorchidism" "gonadorelin" "surgery" "prognosis". Immettiamo i termini trovati nelle CLINICAL QUERIES digitando: *Cryptorchidism AND Gonadorelin AND surgery AND prognosis*; selezionando **Therapy and Specificity** ritroviamo un unico articolo.

## Articolo selezionato

deMuinck Keizer-Schrama SM, et al.

Double-blind, placebo-controlled study of luteinising-hormone-releasing-hormone nasal spray in treatment of undescended testes

*Lancet* 1986 Apr; 19,1(8486):876-80

Questo articolo (di cui non ci è possibile reperire il full text, dato che *Lancet* pubblica gli articoli in rete a partire dal 1996) riferisce di una discesa testicolare con LHRH del 9%, rispetto all'8% dei trattati con placebo. Davvero un po' troppo poco. Dal solo abstract non è possibile avere altri dati, a parte la notizia che il 75% dei testicoli discesi con il trattamento erano palpabili all'ingresso dello scroto.

Decidiamo di modificare la nostra ricerca e di cercare nelle CLINICAL QUERIES digitando la seguente stringa: *Cryptorchidism AND ("Gonadorelin" OR "surgery") AND prognosis*.

[Nota: mettendo tra parentesi i termini Gonadorelin OR surgery, ci proponiamo di selezionare gli articoli indicizzati in medline in cui compaiano l'uno o l'altro o entrambi i termini posti tra parentesi. L'operatore booleano OR somma, cioè recupera i documenti in cui sia presente almeno uno dei due termini della ricerca; l'operatore booleano AND associa, cioè

recupera i documenti in cui sono presenti entrambi i termini di ricerca].

Selezionando *Therapy and Specificity*, compaiono 5 articoli, fra cui selezioniamo una metanalisi:

Pyorala S, et al.

A review and meta-analysis of hormonal treatment of cryptorchidism

*J Clin Endocrinol Metab* 1995 Sep; 80(9):2795-9

## Caratteristiche principali dello studio

Nazione: Finlandia

Tipo di studio: Metanalisi

Follow-up: Analizzato il periodo tra il 1958 e il 1990

Setting: Departments of Surgery and Pediatrics, Central Hospital of Central Finland, Jyväskylä; and the Department of Pediatrics, University of Oulu, Oulu, Finland

Outcome: Obiettivo primario della metanalisi era ricercare le migliori evidenze disponibili, nel periodo analizzato, riguardo al trattamento ormonale del criptorchidismo

## Pazienti e interventi confrontati

Sono stati presi in considerazione studi in lingua inglese tra il 1958 e il 1990, che avevano come obiettivo primario il trattamento del criptorchidismo con LHRH e con hCG da soli o in trattamento combinato. Criterio di esclusione era considerato la mancata documentazione della posizione del testicolo dopo il trattamento. Outcome primario era considerato la discesa del testicolo nel fondo della borsa scrotale alla fine del trattamento.

Sono stati esaminati 3282 ragazzi con 4524 testicoli indiscesi in 33 studi. Il pri-

Per corrispondenza:

Laura Dell'Edera

e-mail: l.delledera@tiscalinet.it

# leggere e fare

mo "empasse", dichiarato dagli stessi Autori, è che solo una parte di questi studi (2 per hCG e 9 per LHRH) sono RCT.

In particolare:

- hCG vs placebo = 1 RCT
- hCG vs LHRH e placebo = 1 RCT
- LHRH vs placebo = 8 RCT
- LHRH vs chirurgia = 1 RCT

A questi studi corrispondevano 872 ragazzi con 1174 testicoli indiscesi (quindi circa 1/3 dei bambini esaminati).

Inoltre sono stati esaminati studi che includevano dosi e tempi diversi di somministrazione e alcuni degli studi non dichiaravano esplicitamente l'esclusione di testicoli retrattili e/o di altre anomalie testicolari. Nonostante queste difficoltà riteniamo che la metanalisi possa darci delle risposte, riguardo alla nostra domanda iniziale che si riferiva appunto all'utilizzo dell'LHRH come trattamento primario del criptorchidismo, dato che la maggior parte degli RCT esaminati dalla metanalisi riguardano proprio tale uso.

#### Le conclusioni della metanalisi

- Nell'analisi dei 9 RCT che comparavano il trattamento con LHRH con placebo, il "risk ratio" per la discesa del testicolo era 3.21 (IC 1.83-5.64;  $p < 0.001$ ); però questo diventava più basso, cioè 2.57 (IC 1.39-4.74;  $p < 0.01$ ), se venivano presi in considerazione esclusivamente gli studi RTC (4 studi) che dichiaravano l'esclusione dei soggetti con testicoli retrattili.

- Il trattamento con hCG è più efficace del placebo, ma l'evidenza scientifica della misura dell'efficacia è scarsa, (solo 2 RCT esaminati).

- Negli studi (solo 2) che hanno esaminato il trattamento con LHRH vs hCG e/o placebo, la percentuale di successo era per LHRH 21% (IC 18-24%), per hCG era 19% (IC 13-25%), e per il placebo era 4% (IC 2-6%).

- Un follow-up a distanza era documentato in 5 degli 11 RCT, con un tasso di risalita, per i testicoli trattati con LHRH, del 24% (IC 13-35%): 1 su 5 dei testicoli indiscesi trattati scende nella borsa scrotale, ma 1 su 4 dei testicoli discesi in seguito al trattamento avrà una ricaduta.

- Il trattamento chirurgico può avere comunque effetti collaterali (riportate complicazioni nell'1.5-12.2%) e una percentuale di ricaduta del 4.4%.

- Al momento delle conclusioni della metanalisi non c'erano differenze significative riguardo al trattamento ormonale prima o dopo i 4 anni.

- Comunque ci sono segnalazioni riguardanti alterazioni dell'epitelio germinale dei testicoli criptorchidi dopo il 2° anno di vita.

- Riguardo alla posizione originale del testicolo prima del trattamento e dopo, solo 1/10 testicoli addominali discese nella borsa scrotale, il 50% degli inguinali e il 60% dei prescrotali (gli Autori ammettono che l'alta risoluzione sia dovuta alla presenza di studi non randomizzati e di studi includenti testicoli retrattili).

- Gli Autori della metanalisi concludono che il trattamento con LHRH o con hCG può essere provato in caso di testicoli scrotali alti, prescrotali o inguinali, mentre nel testicolo non palpabile il trattamento chirurgico è da considerarsi primario.

#### Le nostre conclusioni

Pur essendo in parte inficiata dall'alto numero di pazienti non randomizzati, questa metanalisi ci dà alcune indicazioni riguardanti l'utilizzo del GnRH nel trattamento del criptorchidismo.

Fermo restando che il trattamento ormonale non è sempre (dovremmo anzi dire, nella maggior parte dei casi) risolutivo, ha comunque un certo grado di efficacia rispetto al placebo.

In casi come quello che abbiamo preso in considerazione nel nostro scenario si potrebbe concordare con l'endocrinologo (per l'età del paziente e per le caratteristiche del testicolo criptorchide) sull'utilizzo dello spray nasale di gonadorelina (0.2-1.2 mg/die x 4 settimane, secondo i vari studi) per un ciclo di trattamento, eventualmente ripetibile una seconda volta, prima di affidare il bambino al chirurgo.

## Prospettive in pediatria

La Direzione di *Prospettive in pediatria*, ha deciso che con il 2003 la forma e la sostanza della Rivista saranno profondamente rinnovate.

Sarà introdotto un sottotitolo: "Dalle frontiere della ricerca alla pratica clinica", sarà mantenuta la frequenza di pubblicazione trimestrale, sarà abbandonato lo schema di rivista monotematica con alcune rubriche di alta specializzazione e una Agorà, per passare a una rivista politematica.

Scopo principale della nuova formula sarà quello di fornire, in ogni numero:

- un aggiornamento critico sulle principali novità comparse nella letteratura medica in almeno due specialità pediatriche, con un accento particolare su specifici aspetti diagnostici e terapeutici, curate da un "editor" leader nel campo specifico;
- una rubrica di farmacoterapia pediatrica alternata ad una di pediatria sociale;
- una rubrica di genetica e di fisiopatologia.

Si pensa in tal modo di coprire l'intera area delle specialità pediatriche nello spazio massimo di due anni.

Sarà attivato inoltre, un sito web ([www.prospettiveinpediatria.it](http://www.prospettiveinpediatria.it)) che avrà lo scopo di fornire:

- a) accesso gratuito agli articoli di *Prospettive* pubblicati negli anni precedenti;
- b) possibilità di interagire con domande e risposte personalizzate con l'autore del singolo articolo entro i 6 mesi successivi alla sua pubblicazione;
- c) tante novità di interazione tra il Comitato Editoriale di *Prospettive* e i pediatri italiani in corso di programmazione e realizzazione.

La rivista fornirà ai lettori crediti ECM a distanza.

*Prospettive in pediatria* ha compiuto, con il 2002, 32 anni, è stata sempre sostenuta da un gran numero di pediatri italiani che con il loro abbonamento ne hanno permesso la pubblicazione.

*Quaderni acp* si sente particolarmente legata a questa rivista; come noi è assolutamente indipendente ed è nata su base volontaria e da una sua costola è nata l'Associazione Culturale Pediatri.

Le "nuove" *Prospettive* vogliono continuare la tradizione di aggiornamento culturale ad alto livello, ma nel contempo intendono adattare forma e contenuto alle nuove tecnologie di trasmissione mediatica dell'informazione.

La Direzione e la Redazione sperano e credono che i loro sforzi saranno apprezzati dai pediatri italiani.

# Gli steroidi inalatori ovvero "la grande appuffata"

Lucio Piermarini

Pediatra di comunità, AUSL Terni

## Abstract

*Great progress has been made in the treatment of asthma, in both efficacy and safety with the use of inhaled steroids. The extreme confidence in the use of these drugs has in time brought to the use of always higher doses. Side effects derived from oral therapy have then appeared with inhaled therapy. The inhaled steroid responsible for most cases of adrenal glands insufficiency is incredibly the one considered the safest: fluticasone propionate.*

Lucio Piermarini, *Inhaled steroids or the great "overpuff"*

Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 44-45

Si può essere contenti nel leggere che un farmaco fa un poco male? Non si dovrebbe, ma può succedere. Magari il farmaco in questione non ha nessuna colpa reale, ed è solo la vittima di una esasperata politica di promozione delle vendite, della esagerazione delle sue virtù e dei suoi margini di sicurezza, incredibilmente ampi.

Come si fa allora all'uscita di uno studio che ne chiarisce anche i rischi a non essere contenti per la verità ripristinata?

Il fluticasone propionato (Fp), da circa 10 anni in circolazione in Europa, è stato presentato come potenzialmente più sicuro degli altri steroidi inalatori (Sin). Effetti collaterali di un qualche rilievo sono rari sia con il beclometasone (Bcm) che con la budesonide (Bud), se si usano dosaggi non superiori ai 400 microgrammi/die, e anche con l'Fp fino a 200 microgrammi/die (1).

Tuttavia nell'asma grave, dove vengono riconosciuti utili anche dosaggi superiori, consapevolmente si accetta il rischio di andare incontro a una sindrome cushingoide o a un temporaneo rallentamento della crescita. La disponibilità di un Sin, con una pressoché completa inattivazione epatica (circa il 99%) della dose ingerita (circa il 70% della dose erogata), ha certamente facilitato una lievitazione delle dosi giornaliere di Fp, arrivando, pur senza una conferma sperimentale, alla diffusione di dosi ben superiori a quei 500 microgrammi/die che consentirebbero il massimo effetto clinico raggiungibile (2).

Effetti collaterali pesanti, quali grave ritardo dell'accrescimento e soppressione dell'attività surrenalica, sono in effet-

ti stati segnalati con dosi superiori a 1000 microgrammi/die di Fp, ma il loro numero è rimasto sempre molto limitato. Gli Autori dello studio di cui ci stiamo occupando, tuttavia, incappati loro stessi in breve tempo in alcuni casi di insufficienza surrenalica in bambini curati con alte dosi di Sin, e venuti a conoscenza di casi simili di loro colleghi, hanno deciso di condurre una indagine su tutto il territorio britannico per meglio quantificare la prevalenza del problema (3).

Sono stati inviati 2912 questionari a tutti gli endocrinologi registrati in Gran Bretagna operanti in strutture di terzo livello, chiedendo di segnalare casi dimostrati di insufficienza surrenalica associati a terapia con Sin, compresi quelli presentatisi con coma ipoglicemico e/o convulsioni. Hanno risposto in 709 (24%) e, di questi, 55 hanno indicato uno o più casi. Tra i segnalati, 33 soggetti hanno soddisfatto i criteri diagnostici richiesti: 28 bambini e 5 adulti. La manifestazione clinica predominante nei bambini (23) è stata l'ipoglicemia, accompagnata da coma o da coma e convulsioni, e nel 65% non c'è stata un'evidente causa scatenante. Nella maggior parte dei casi la terapia durava da più di un anno con dosaggi da 500 a 2000 microgrammi/die. Infine, pur essendo il Fp il meno prescritto (rapporto 1 a 7, rispetto alla somma delle prescrizioni di budesonide più fluticasone dipropionato), è risultato responsabile del 91% delle crisi.

Dobbiamo allora preoccuparci? Visto il numero non grande sembrerebbe di no, ma, considerato il basso tasso di risposta, gli Autori avanzano il sospetto che i casi

siano più numerosi. Resta sempre il fatto che i dosaggi utilizzati erano veramente fuori del comune e si trattava di bambini con asma cronico classificato grave, quindi non frequentissimi, di scarso interesse per i più.

Ma come non cogliere l'ammonimento a una maggiore attenzione all'appropriatezza della terapia comunque, tra l'altro già ammaestrati recentemente dal caso dell'acido niflumico, anche quando il farmaco che utilizziamo ci viene presentato come il prototipo della innocuità?

Non si tratta di sospettare per principio dei nuovi farmaci, spesso veramente più efficaci e potenzialmente più sicuri, ma semplicemente di tener sempre presente che di una nuova sostanza non sapremo mai tutto, anche dopo decenni. E poi nessuno è infallibile; tra i casi rilevati ben otto, molto probabilmente, o non avevano l'asma o questo non era il solo responsabile della sintomatologia, e poiché il Fp si assorbe meglio nelle vie aeree dei soggetti sani, la diffusione sistemica è stata potenziata.

Perché è vero che la quota ingerita viene tutta inattivata dal fegato, ma quella che arriva ai polmoni, se assorbita, non passa per il fegato e si fissa ai tessuti.

Ecco allora che la prerogativa che fa del Fp il Sin più potente a parità di dosaggio, e cioè la sua elevata lipofilità (da 200 a 300 volte superiore a quella degli altri Sin), diventa anche il suo tallone di Achille per quanto riguarda la sicurezza. La sua maggiore facilità ad attraversare la membrana cellulare ne favorisce infatti la diffusione sistemica, un saldo legame ai tessuti periferici, e un'emivita di 14,4 ore. Ne consegue che con

Per corrispondenza:  
Lucio Piermarini  
e-mail: tinap@tin.it

il punto su

## L'ADENOTONSILLECTOMIA È UN PROBLEMA?

La tonsillectomia e l'adenoidectomia sono le operazioni chirurgiche più frequentemente eseguite in età pediatrica in Italia. Nel 2000 sono state rilevate dal sistema informativo del Ministero della salute più di 44.000 tonsillectomie con o senza adenoidectomia e 32.000 adenoidectomie, eseguite in bambini o adolescenti con meno di 18 anni. Sempre nel 2000 sono state eseguite negli adulti circa 17.000 tonsillectomie. I corrispondenti tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia sono pari a 10.6 per 10.000 nella popolazione generale e a 94.3 per 10.000 nella fascia d'età 4-9 anni. I tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia sono rimasti sostanzialmente stabili in Italia nel periodo 1997-2000. Complessivamente, nel corso del 2000, il 45 per cento delle tonsillectomie è stato eseguito a causa di infezioni tonsillari, il 43 per cento per il trattamento di forme ostruttive e il 2 per cento per altre cause. Nel 2000, i tassi di tonsillectomia (con e senza adenoidectomia) per 10.000 abitanti di popolazione residente, standardizzati per età e sesso, oscillano tra 19.0 in Piemonte e 3.5 in Basilicata.

Piemonte	19.0	Marche	14.5
Valle d'Aosta	18.8	Lazio	10.7
Lombardia	10.7	Abruzzo	13.0
Bolzano	16.0	Molise	6.1
Trento	8.6	Campania	9.2
Veneto	12.5	Puglia	5.4
FVG	12.8	Basilicata	3.5
Emilia Romagna	11.8	Calabria	5.1
Toscana	9.3	Sicilia	10.0
Umbria	11.3	Sardegna	7.3

Oltre al marcato gradiente Nord-Sud dei tassi di tonsillectomia, si registrano ampie differenze anche all'interno della stessa macroregione che difficilmente possono essere riconducibili solo a differenze ambientali o climatiche (per esempio 16.0 per 10.000 nella Provincia autonoma di Bolzano e 8.6 per 10.000 in quella di Trento). Anche in Gran Bretagna è stata notata una considerevole variabilità geografica tra i tassi di tonsillectomia (14,2 per 10.000 nelle Health Authorities del Sud-Ovest e 21.0 per 10.000 in quelle del nord-ovest). Tali variazioni vengono attribuite più alle differenze nella pratica medica e nella formazione degli specialisti.

In Italia e in Scozia, inoltre, è stata riscontrata una variabilità dei tassi di tonsillectomia su base socioeconomica, con frequenze più elevate tra i bambini residenti nelle aree più deprivate. Le disparità potrebbero dipendere da una maggiore prevalenza delle infezioni tonsillari tra i soggetti più disagiati e/o da un maggior rischio di interventi inappropriati a carico dei gruppi sociali più vulnerabili. In Svizzera è stato osservato che i figli dei medici hanno un rischio minore di essere sottoposti a tonsillectomia nel corso della vita rispetto alla popolazione generale. Le variazioni geografiche e socioeconomiche dei tassi di tonsillectomia potrebbero essere spiegate, almeno in parte, dalla variabilità nella pratica clinica, che riflette, a sua volta, l'incertezza sulle indicazioni chirurgiche. In Gran Bretagna è stato stimato che solo il 50 per cento degli interventi di tonsillectomia è giustificato sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e che solo un quarto delle operazioni eseguite per il trattamento di infezioni tonsillari soddisfa i criteri basati sulle prove di efficacia. La tonsillectomia si associa a un rischio di morbosità perioperatoria stimato ad 1 decesso ogni 10.000-35.000 casi. In Italia, nel triennio 1999-2001, sulla base dei dati trasmessi al sistema informativo ospedaliero del Ministero della Salute, risultano complessivamente 3 decessi avvenuti in seguito a chirurgia adenotonsillare, pari a 1 caso ogni 95.000 interventi.

Il Ministero della salute ha presentato un documento di indirizzo in cui sono presentate le prove sull'efficacia degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia e i suggerimenti per una buona pratica clinica basati sulle prove disponibili. Il documento è stato formulato da un gruppo multidisciplinare di esperti del quale faceva parte anche l'ACP.

**Il documento integrale si può trovare nel sito [www.acp.it](http://www.acp.it).**

due somministrazioni giornaliere si ha una soppressione surrenalica che copre tutto l'arco delle 24 ore, mentre con gli altri Sin questa è solo intermittente.

L'editoriale che accompagna l'articolo sottolinea come "ciò che può essere detto con notevole certezza è che la dose ottimale è la più bassa dose efficace, e che questa dose varia nel tempo, con l'età del bambino, il tipo di erogatore usato e il grado di compliance" (4). Inoltre, nel caso ci si trovi di fronte alla necessità di utilizzare dosi di Fp doppie rispetto a quelle massime consigliate (400 microgrammi/die), consiglia di porsi alcune domande.

*Il bambino ha veramente un asma? È stato dimostrato che non sempre i genitori riescono a spiegare bene i sintomi del bambino. Per di più non tutto ciò che fischia è asma, e non va trascurata la possibilità di una fibrosi cistica o di bronchiectasie.*

*Sono presenti fattori di rischio ambientali evitabili? Spesso le famiglie preferiscono i farmaci allo sconvolgimento necessario alla messa un atto di una profilassi ambientale.*

*La compliance e l'uso dell'erogatore sono corretti? Uno sforzo educativo spesso premia.*

*Sono state ben valutate le alternative all'aumento della terapia steroidea? Beta-agonisti a lento rilascio, antileucotrieni e teofillina possono, in questi casi, rappresentare un aiuto. Per cui, non esageriamo con i puffi!*

### Bibliografia

(1) Pedersen S, O'Byrne P. A comparison of the efficacy and safety of inhaled corticosteroids in asthma. *Allergy* 1997;52(suppl 39):1-34

(2) Holt S, Suder A, Weatherall M, et al. Dose-response relation of inhaled fluticasone propionate in adolescents and adults with asthma. *BMJ* 2001;323:253-6

(3) Todd GRG, Acerini CL, Ross-Russel R, et al. Survey of adrenal crisis associated with inhaled corticosteroids in the United Kingdom. *Arch Dis Child* 2002;87:457-61

(4) Russel G. Inhaled corticosteroids and adrenal insufficiency. *Arch Dis Child* 2002;87:455-6

# Lo sviluppo del vostro bambino e i libri

Materiale per i genitori che vogliono leggere ad alta voce a cura del Centro per la Salute del Bambino, Trieste

“Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori che aderiscono al progetto “Nati per Leggere”

Le indicazioni sotto elencate possono essere di aiuto ai genitori per seguire e comprendere lo sviluppo del bambino. Esse hanno carattere generale e sottolineano in particolare i momenti di questo sviluppo che possono avere a che fare con il contatto con il libro e la lettura.

I bambini possono fare dei libri gli usi più disparati, soprattutto nei primi anni di vita. I bambini seguono percorsi di sviluppo anche molto diversi e con tempi diversi: alcuni bambini iniziano a camminare e a dire le prime parole prima e altri dopo, alcuni possono iniziare a fare una cosa prima di un'altra e così via. Queste indicazioni quindi non sono rigide e i tempi reali possono variare rispetto a quelli indicati. Il pediatra potrà spiegare queste cose nel corso delle visite di controllo dei primi anni di vita e potrà chiarire gli eventuali dubbi.

## A 1 mese e anche prima

Piaccono le ninne nanne. Sono tutte buone; usate quelle di famiglia; anche in dialetto; non è male se la ninnananna è sempre la stessa prima del sonno. I bambini amano i rituali. Le ninnananne possono essere recitate, ma è meglio farsi vedere a leggerle per fare intendere al piccolo che “nascono dai libri”.

## A 2 mesi

Potete far vedere al bambino dei disegni di volti umani o delle fotografie; potete usare le foto di casa a una distanza non superiore ai 30 cm. Le figure devono essere grandi: circa 24 x 17 cm. Incollate le fotografie a un cartoncino dello spessore di un paio di millimetri in modo che nei mesi successivi il bambino le possa prendere in mano.

## A 6 mesi

È attratto dalle foto e dalle figure del libro che cerca di prendere e di “mangiare”. Prova a passare il libro da una mano all'altra. I libri a questa età e fino a 12 mesi devono essere resistenti, atossici, con pagine di spessore elevato, con colori vivaci e oggetti familiari o figure di bambini. Attenzione: le figure non devono essere stilizzate per essere facilmente comprese e i libri non devono essere molto ingombranti. Fategli vedere i libri tenendolo in braccio. Il programma cui aderisce “Nati per Leggere” suggerisce di usare libri veri, di grosso cartone, e non libri giocattolo o libri da bagno.

## A 9 mesi

È sempre attratto dalle foto e dalle figure del libro che cerca di prendere e di “mangiare”.

Passa bene il libro, se non è ingombrante, da una mano all'altra; indica le pagine con una o più dita. Prova a girare la pagine a mano piena se ha visto farlo dai genitori. Fategli vedere i libri tenendolo in braccio. Oppure sdraiatevi su un tappeto insieme al bambino e guardate il libro insieme.

## A 12 mesi

Tiene il libro in mano, aiutato, e gira più pagine alla volta, sempre a mano piena. Dà il libro all'adulto. I libri devono sempre essere robusti e maneggevoli. Possono essere ora anche più grandi. Le figure preferite riguardano azioni familiari (mangiare, dormire, giocare) e piccoli animali, mentre i testi preferiti sono sempre le filastrocche. Cercate di evitare figure di cose che il bambino ancora non conosce. Comincia a rendersi conto di immagini di volti capovolti.

## A 15 mesi

Gira le grosse pagine usando due dita. Capisce se un libro con una faccia è capovolto. Talora gira la sua faccia per adattarla a quella del libro. Gli piacciono i libri con frasi brevi e facili, che possa imparare ad anticipare.

## A 18 mesi

Completa e anticipa le frasi del libro.

Gli piacciono libri che parlano di animali (leggendoli fate versi buffi come quelli degli animali), di bambini, delle cose di ogni giorno, con frasi brevi e semplici. Comincia a orientare il libro.

## A 24 mesi

Gira bene la pagina. Trascina i libri in giro per la casa e “legge” alle bambole o al gatto inventando. Mette, da solo, nel verso giusto una pagina con una faccia capovolta. Può correggere l'errore del lettore. Gli piacciono le storie che danno l'opportunità di identificarsi con i personaggi, che raccontano prove da superare, che fanno ridere. Quando si passeggia con il bambino, gli si possono leggere anche le scritte, i cartelli e i segnali.

## A 30 mesi

Può “leggere” un libro che gli è stato letto molte volte. Gli piacciono storie di bambini della sua età che narrano momenti di vita comune (andare a scuola o dal dottore), di amicizia, di fratelli o sorelle, ma anche libri fantastici, avventurosi. I testi devono essere semplici. Le fiabe tradizionali (e in particolare quelle “del perché” con animali parlanti che spiegano le cose) aiutano anche a proiettare all'esterno le paure e le emozioni che il bambino ha dentro

di sé. Al bambino piace scegliere la storia e gli piace anche farsela leggere molte volte.

## Come leggere, quando leggere

**Leggere ad alta voce è esperienza piacevole e...**

- crea l'abitudine all'ascolto
- aumenta i tempi di attenzione
- accresce il desiderio di imparare a leggere

## Quando leggere con i vostri bambini

- potete riservare alla lettura un momento particolare della giornata: prima del sonnello o della nanna, dopo i pasti, scegliendo dei momenti durante i quali siete entrambi più tranquilli
- se il bambino si agita o è inquieto, non insistete
- approfittate dei momenti di attesa: durante un viaggio, dal medico
- la lettura sarà di conforto al vostro bambino quando è malato

## Come condividere i libri con i vostri bambini

- scegliete un luogo confortevole dove sedervi
- recitate o cantate le filastrocche del suo libro preferito
- cercate di eliminare le altre fonti di distrazione (televisione, radio, stereo)
- tenete in mano il libro in modo che il vostro bambino possa vedere le pagine chiaramente
- indicategli le figure, parlategliene; quando sarà più grande, fate indicare a lui le figure
- leggete con partecipazione, create le voci dei personaggi e usate la mimica per raccontare la storia
- variate il ritmo di lettura: più lento o più veloce
- fategli domande: cosa pensi che succederà adesso?
- lasciate che il bambino faccia le domande e cogliete l'occasione per rispondere anche “oltre” la domanda
- fatevi raccontare la storia dal vostro bambino, ma ricordate che questo accadrà solo verso i 3 anni
- lasciate scegliere i libri da leggere al vostro bambino
- rileggetegli i suoi libri preferiti anche se lo chiede spesso e questo vi annoia
- portatelo in biblioteca; meglio qui che in libreria: potrà avere qualsiasi libro che egli voglia.

Per corrispondenza:  
e-mail: [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)

materiale per genitori

# Uno strano "globo vescicale"

Maddalena Bonelli, Carmela Di Lucca, Fabio Forte  
 UO di Pediatria, Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera

## La storia

Debora è una ragazzina di 12 anni, pesa 43,9 kg, è alta 151 cm e ha uno sviluppo puberale G4, PB4, senza avere però ancora avuto il menarca.

Si presenta in Pronto Soccorso per un forte dolore alla regione pelvica; viene sottoposta a ecografia e inviata in reparto con diagnosi di "voluminoso globo vescicale". Dopo aver tentato senza successo di facilitare lo svuotamento della vescica con l'applicazione di una borsa di acqua calda, viene eseguito un cateterismo vescicale con esito positivo: lo svuotamento della vescica allevia momentaneamente i sintomi.

Debora torna a casa, ma non molto tempo dopo (una decina di giorni) lamenta nuovamente dolori addominali, ed è costretta a rivolgersi una seconda volta al Pronto Soccorso.

Le condizioni generali sono peggiorate. L'addome, globoso in sede ipogastrica, è dolente anche spontaneamente, oltre che alla palpazione. La bambina è pallida, ha gli occhi alonati, e accusa disuria, meteorismo e stipsi. Questa volta finisce in chirurgia, ma da qui si richiede la consulenza pediatrica poiché l'addome della piccola non convince.

In pediatria, dopo un rapido esame obiettivo, viene chiesto il parere dell'ecografista pediatrica che, dapprima, rileva che, nel precedente esame effettuato in Pronto Soccorso dieci giorni prima, la massa rotondeggiante non è vescicale, ma sembra localizzata in regione sottovesicale. Procede, inoltre, alla sua valutazione ecografica, che evidenzia una "grossa formazione ovalare che occupa quasi completamente la cavità addominale, ipoecogena con fini echi, di circa 14 x 8 cm, e che si estende dallo sbocco vagina - le fino all'altezza dell'ombelico e termi -

na superiormente in un organo cavo a pareti spesse, verosimilmente riferibile al corpo dell'utero spostato in alto. Lateralmente, a destra della massa, si evidenzia una formazione ovalare di circa 5 x 3 cm a ecogenicità mista con piccole lacune anecogene nel suo contesto (coinvolgimento infiammatorio dell'ovaio destro?)."

## La diagnosi

Tutto adesso sembra chiaro; l'ipotesi diagnostica più probabile è di ematometocolpo in soggetto con imene imperforato con coinvolgimento secondario di tipo infiammatorio dell'ovaio destro. Ricoverata, viene chiesta la consulenza del ginecologo, il quale all'esplorazione dei genitali fa notare l'imene spesso e completamente chiuso che protrude verso l'esterno, soprattutto se contemporaneamente si comprime l'addome. Ciò ha fatto sì che il sangue mestruale si sia accumulato dapprima in vagina e successivamente nell'utero. Il referto ecografico sembra a favore di una risalita delle secrezioni verso l'ovaio destro attraverso la tuba, con conseguente infezione che ha acuito i dolori addominali. Gli esami ematochimici evidenziano infatti una leucocitosi neutrofila e indici di flogosi mossi.

Si esegue subito l'intervento di imenotomia. Eseguita l'incisione, un flusso di liquido melmoso rosso mattone si riversa all'esterno in più riprese, mentre si procede alla spremitura con pressioni sull'addome. Dopo lavaggio delle cavità uterina e vaginale i margini della ferita vengono suturati e la ragazzina, che è stata sottoposta a leggera anestesia, viene riportata in camera e già dopo poche ore è senza dolori, a parte un lieve fastidio ai genitali.

Viene dimessa dopo due giorni con tera-

pia con amoxicillina per bocca e lavande esterne con clorexidina.

## Commento

L'imperforazione dell'imene rientra fra le forme di amenorrea, ed è la più comune fra quelle da ostacolato deflusso (con un'incidenza variabile da 1:1000 a 1:10.000). La causa è sconosciuta; è caratterizzata da una mancata canalizzazione della giunzione fra la parte caudale del dotto paramesonefrico e la parte craniale del seno urogenitale. La più comune modalità di esordio è al tempo del menarca (cioè 2 o 3 anni dopo l'inizio dello sviluppo puberale), con dolore pelvico ciclico o persistente. I sintomi sono legati all'impossibilità, da parte del sangue mestruale, di fuoriuscire dai genitali (*criptomenorrea*). Si forma così una raccolta che, se è limitata solamente alla vagina, prende il nome di *ematocolpo*. Quando invece la quantità di sangue è più abbondante e la vagina non è più sufficiente a contenerla, anche l'utero si presenta disteso dalla raccolta ematica: si parla allora di *ematometocolpo*. In alcuni casi il sangue mestruale, oltre a raccogliersi nella vagina e nell'utero, si raccoglie anche nelle tube, uni o bilateralmente, e si ha così anche un'*ematosalpinge* (1).

In relazione alla ritenzione di sangue mestruale e alla distensione della vagina e poi anche dell'utero, compare il dolore. La sintomatologia dolorosa è caratteristica, perché si verifica a ogni ricorrenza mestruale.

L'esame dei genitali con ispezione del vestibolo permette facilmente di precisare la diagnosi: si nota chiaramente, divaricando le piccole labbra, l'imene imperforato che talora assume un colorito bluastro per il sangue raccolto in vagi-

Per corrispondenza:  
 Fabio Forte  
 e-mail: forte.fabio@fiscali.it

il caso che insegna

**Abstract**

Abdominal pain in the pelvic region in a twelve year old girl with an advanced pubertal development without menarche is described. A "voluminous sovrapubical globe" is the first diagnosis made; only after ten days the correct diagnosis of "hematometrium and hematocolpos in imperforate hymen" is defined. This description appears useful in order to make the paediatrician aware of the fact that a careful exploration of genitals should always be part of a general physical exam. Simple problems like imperforate hymene should not have a delayed diagnosis.

Maddalena Bonelli, Carmela Di Lucca, Fabio Forte, A voluminous sovrapubical globe  
Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 49-50

na; la membrana imenale appare distesa ed estroflessa dalla pressione che esercita la raccolta stessa. Si può anche arrivare a una sintomatologia da compressione delle vie urinarie inferiori, a causa della notevole quantità di sangue che si è andata progressivamente raccogliendo in vagina e nell'utero.

Talora sono presenti segni di irritazione peritoneale e un versamento di sangue nel peritoneo attraverso l'ostio addominale delle tube (2).

Meno comunemente la sintomatologia da ostacolato deflusso può manifestarsi in epoca fetale o neonatale, con *idrocolpo* o *idrometrocolpo*, a causa dell'accu-

caratterizzata da *eterotopie* di tessuto endometriale reperite in sedi anomale (legamenti uterini, peritoneo, salpingi, vescica, vagina, vulva...). Come quello normale, questo *endometrio ectopico* è recettivo agli stimoli da parte degli ormoni ovarici, per cui ne assume gli stessi atteggiamenti proliferativi e funzionali, compresi lo sfaldamento e il sanguinamento in epoca mestruale (5).

La causa della più frequente associazione fra endometriosi e setto vaginale rispetto all'imene imperforato non è nota; può essere dovuta semplicemente al fatto che mediamente il tempo necessario per giungere alla diagnosi è mag-

avuto si era accumulato dapprima in vagina, e successivamente in utero.

Nel nostro caso un problema di per sé banale si è trascinato per troppo tempo, provocando inutili sofferenze alla piccola paziente, sia per la scarsa accuratezza dell'esame ecografico effettuato in Pronto Soccorso, che ha sviato in un primo momento la diagnosi, sia per la scarsa attitudine che il pediatra ha nel pensare a questa ipotesi diagnostica, e per la scarsa attenzione con cui effettua l'esame obiettivo dell'apparato genitale, tanto che nemmeno durante l'introduzione del catetere vescicale (effettuata dall'infermiera) si era pensato a "dare un sguardo", cosa che avrebbe permesso immediatamente di notare l'imene imperforato.

**Che cosa abbiamo imparato**

- Che l'esplorazione accurata dei genitali è parte integrante dell'esame obiettivo, troppo spesso trascurata dai pediatri.
- Che di fronte a un quadro caratterizzato da forti dolori addominali in sede pelvica in una bambina in fase puberale avanzata e che non ha ancora avuto il menarca, bisogna pensare all'imene imperforato, condizione di per sé banale che, sebbene sia descritta nei trattati, è spesso trascurata perché "non ci si pensa". Una sua pronta identificazione, infatti, permette di risolvere il problema con un piccolo intervento.

**Bibliografia**

- (1) Koehler, Carpenter, Rock. Pediatric and Adolescent Gynecology. Lippincott William & Wilkins, 2000:181-3
- (2) Nelson. Trattato di Pediatria, XVI edizione. Edizioni Minerva Medica, 2002:570
- (3) Winderl LM, Silverman RK. Prenatal diagnosis of congenital imperforate hymen. *Obstet Gynecol* 1995;85:857-60
- (4) Rock JA, Zacur HA, Dlugi AM, et al. Pregnancy success following surgical correction hymen and complete transverse vaginal septum. *Obstet Gynecol* 1982;59:448-51
- (5) Pescetto A., De Cecco L., Pecorari S. Manuale di Clinica ostetrica e ginecologica. SEU Editrice, 1985:199-200
- (6) Perrelli M. Nozioni di Chirurgia pediatrica. UTET Periodici, 1997:129-30



mulo del muco cervicale e vaginale, la cui iperproduzione è dovuta a un livello particolarmente alto degli estrogeni materni. La comparsa di una massa addominale da idrocolpo per ostacolato deflusso nella neonata femmina è, per incidenza, seconda solo all'idronefrosi (3).

Un quadro clinico analogo a quello descritto per l'imene imperforato si manifesta anche nel *setto vaginale trasverso*, molto meno frequente come incidenza, e caratterizzato dalla presenza di un setto che può essere localizzato sia nel terzo distale che in quello medio o prossimale della vagina. Ovviamente, in questo caso, mancherà all'esame obiettivo locale il segno dell'imene bluastro e prominente (4).

Il setto vaginale trasverso spesso si associa a endometriosi pelvica, condizione

giore nei casi con setto vaginale, oppure alla maggiore quantità di flusso ematico retrogrado che raggiunge il peritoneo pelvico che in questa situazione si osserva, a causa della mancanza del *reservoir* vaginale (cioè della normale distensibilità della vagina) (3).

Il trattamento dell'imene imperforato prevede l'incisione di questo con sutura dei margini; la quantità di sangue progressivamente raccoltasi ed eliminata dopo l'intervento può superare il litro. Nei casi in cui l'ematometrocolpo è conseguente alla presenza di un setto vaginale trasverso, il trattamento di plastica ricostruttiva sarà più indaginoso (6).

È chiaro dunque che Debora, già da alcuni mesi, aveva avuto il menarca e che il sangue dei flussi mestruali che aveva