

Quaderni acp

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

www.acp.it

A pagina 6 Quaderni acp compie 10 anni

autorizzazione del Tribunale di Forlì n. 304/87

quaderni ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri



- all'interno:
INVITO A FIRENZE:
Congresso annuale dell'Associazione Culturale Pediatri.
MEMORIA:
Dieci anni di pediatria vissuti sul campo.
- e ancora:
STATISTICHE CORRENTI
VOCI DI BAMBINI
VOCI DI GENITORI
- in supplemento:
AUSILI DIDATTICI ACP
CONSENSUS CONFERENCE II PARTE

n° 1

luglio 1994

luglio-agosto 2003 vol X n° 4

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

Speciale

- 6 Quaderni compie dieci anni
a cura del Comitato Editoriale
- 6 Dieci anni dopo *Franco Dessì, Paolo Siani*
- 8 La ricerca nelle cure primarie:
un bisogno inevaso *Maurizio Bonati*
- 9 “Salute pubblica”: bambini fra famiglia e società
Paolo Siani, Giuseppe Cirillo
- 10 Organizzazione sanitaria per l’infanzia:
dieci anni perduti? *Giancarlo Biasini*
- 11 “Ausili” ad essere buoni pediatri
Antonella Brunelli
- 12 Allattare i bambini: una scelta editoriale
Sergio Conti Nibali
- 13 Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV
*Italo Spada, Maria Francesca Siracusano,
Nicola D’Andrea*
- 14 “Un po’ per gioco”: ridendo castigo mores
Lucio Piermarini
- 16 Uno sguardo al passato e uno all’avvenire
Giancarlo Biasini

Ricerca

- 18 La sindrome ipercinetica “pura”
fra gli alunni nel territorio cesenate
Francesco Ciotti

ACP News

- 22 XV Congresso Nazionale ACP
La relazione del Presidente (note preparatorie)
- 23 Candidati alle cariche direttive
- 25 I programmi dei candidati alla Presidenza

Attualità

- 27 ADHD: problema sempre attuale
Carlo Calzone

Nati per leggere

- 28 La diffusione del progetto
- 28 Libri per bambini piccoli
- 29 Giragiralibro
- 28 Lettere a NPL

Osservatorio internazionale

- 30 G8 di Evian: retorica e nessun impegno concreto
Eduardo Missoni

Film

- 31 L’imbarazzo della scelta:
film acerbi, sbagliati, bellissimi *Italo Spada*

Libri

- 32 J. Zipes *Oltre il giardino*
- 32 M. Niemi *Musica rock da Vittula*
- 33 J. Franzen *Le correzioni*
- 33 R. Papa, R. Arsieri
Stringo i denti e diranno che rido

Letture

- 34 La rivoluzione di Gianni Rodari,
“grammatico” della libertà *Pino Boero*

Memoria

- 37 Paolo Durand: un grande *Luisa Massimo*

Info

- 38 Conflitti di interesse
- 38 Defolianti in Vietnam
- 38 La sindrome del Golfo 1991
- 39 Aziende sanitarie in Internet
- 39 Chi ben comincia...
- 39 Com’è finita alla Federazione degli Ordini
dei Medici (FNOM)
- 39 Età delle apparecchiature diagnostiche

41 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 42 La SARS a fine estate *Giancarlo Biasini*
- 43 In un bambino con soffio cardiaco,
l’ECG o l’Eco aggiungono qualcosa
all’esame obiettivo nella diagnosi di cardiopatia?
Manuela Pasini
- 45 Diagnosi istologica di linfadenopatia:
si può utilizzare l’a gobiospia
invece della biopsia?
Antonella Stazzoni, Manuela Pasini

Informazioni per i genitori

- 47 La stipsi nel bambino:
qualche informazione per le famiglie
Miris Marani

Il punto su

- 48 Lo screening della displasia evolutiva dell’anca.
A che punto siamo? *Lucio Piermarini*

Il caso che insegna

- 50 Uno braccio poco mobile fra timo e varicella
*Maria Cristina Mencoboni, Fabio Forte,
Emma Canosa, Maddalena Bonelli,
Carlo Calzone*

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Michele Gangemi
Stefania Manetti
Paolo Siani
Francesca Siracusanò

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
storia della medicina

Francesco Ciotti
scuola e società

Giuseppe Cirillo
salute pubblica

Anna Grazia Giulianelli
editoria per bambini e ragazzi

Luisella Grandori
vaccini

Italo Spada
film per ragazzi

Lucio Piermarini
un po' per gioco

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

La copertina

L'immagine riproduce la copertina del numero 1 di Quaderni acp del luglio 1994.

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito
<http://www.quaderniacp.it>
e-mail: red@quaderniacp.it

Indirizzi

Amministrazione

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

Direttore

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

Ufficio soci

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

Stampa

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

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

Abbonamenti: € 75

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

© Associazione Culturale Pediatri
ACP edizioni No Profit

Norme redazionali

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

Speciale**6 Quaderni acp compie dieci anni**

Il primo numero di Quaderni acp uscì nel luglio 1994: è passato un decennio. Alcuni di coloro che hanno lavorato a Quaderni ripercorrono insieme la strada che da allora ha portato la rivista fin qui nelle sue varie rubriche. L'ambizione della rivista è sempre stata quella di essere scritta dai soci dell'ACP; cioè di essere una "rivista di pari", scritta dai soci e per i soci.

Un compito ambizioso, consonante con la storia dell'Associazione. Si era cominciato, negli anni '90, a rinnovare la formazione: a dare enfasi ai lavori di gruppo, a insistere sulla ricerca in area delle cure primarie; sulla politica sanitaria non ci si dava a declamazioni, ma alla preparazione di documenti e corsi di formazione. Ampliando gradualmente gli interessi di base, la rivista accolse tutto questo, ma volle parlare di politica internazionale della salute, di libri, di film e di TV per ragazzi. Per questo Quaderni, oggi, è fatta di rubriche; da Osservatorio internazionale a Ricerca, da Salute pubblica a Statistiche correnti eccetera. Sono le rubriche la cui storia ripercorrono i redattori. Oggi la pubblicità copre solo parte delle spese di produzione della rivista: il 52%. Dal punto di vista economico una copia di Quaderni costa circa euro 1,87, di cui 0,97 sono coperti dalla pubblicità. Il bilancio preventivo per il 2003 prevede che, a fine anno, la rivista sia costata all'ACP circa euro 30.000. Il costo per pagina della rivista è, per l'ACP, di euro 0,021. Per confronto si valuti che il costo di abbonamento di Occhio Clinico Pediatria è di euro 0,069 e quello di Medico e Bambino di euro 0,060. La differenza di costo deriva naturalmente dal fatto che Quaderni è prodotto dal Comitato Editoriale in maniera volontaristica e l'editore non vuole trarre guadagno dall'impresa.

Ricerca**18 La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate**

Obiettivi La ricerca nasce per determinare la dimensione del problema dei bambini ipercinetici.

Metodi È stata condotta un'indagine sugli archivi elettronici del Servizio di Neuropsichiatria Infantile della AUSL di Cesena.

Risultati Sono stati individuati 131 bambini/ragazzi, di età fra 7 e 14 anni, con diagnosi di sindrome ipercinetica in una popolazione di 11.980 cittadini di tale età. I casi seguiti con sindrome ipercinetica pura sono 17, pari al 13% del totale. La sindrome ipercinetica è associata in circa la metà dei casi a disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento e in un'altra metà a stress psicologici individuali o familiari.

Conclusioni La prevalenza dell'ADHD "pura" nella popolazione generale è stimata allo 0,14%; quella dell'ADHD generale è pari all'1,1%.

ACP News**22 XV Congresso Nazionale ACP
La relazione del Presidente (note preparatorie)**

Vengono presentate le note preparatorie della relazione del Presidente.

Candidati alle cariche direttive

Vengono presentati i curricula dei candidati al Consiglio Direttivo dell'ACP.

I programmi dei candidati alla presidenza

Vengono presentati i programmi dei candidati alla Presidenza dell'ACP: Michele Gangemi e Giuseppe Magazzù.

Attualità**27 ADHD: problema sempre attuale**

Vengono recensiti due libri dedicati ai pediatri italiani sul deficit di attenzione con iperattività a testimonianza del persistente interesse che la sindrome presenta per i pediatri italiani.

Nati per leggere**28 La diffusione del progetto**

Vengono presentate notizie sull'andamento del progetto in Emilia-Romagna e Sicilia; viene pubblicata una lettera a NPL con alcune recensioni di libri per bambini piccoli e l'invito a Giragiralibro.

Osservatorio internazionale**30 G8 di Evian: retorica e nessun impegno concreto**

A Evian, nel giugno 2003, i ministri del G8 si sono presentati con promesse e nessun impegno concreto. Il Fondo Globale contro HIV-AIDS, tubercolosi e malaria rimane fortemente sottofinanziato e gli impegni per adeguarne le disponibilità sono completamente inaffidabili.

Film**31 L'imbarazzo della scelta:
film acerbi, sbagliati, bellissimi**

Tre film: "L'Isola" di Costanza Quadriglio, "AAA Achille" di Giovanni Albanese, "City of God" di Fernando Meirelles, film acerbi, sbagliati, bellissimi: storie di ragazzi, protagonisti di vite difficili nelle città, o in piccole isole o nelle favelas; ragazzi con problemi o handicap, o vite immerse nella violenza; realtà con cui sono comunque costretti a fare i conti.

Libri**32 Vengono recensiti quattro libri**

Oltre il giardino di Jack Zipes

Musica rock da Vittula di Mikael Niemi

Stringo i denti e diranno che rido di Rosa Papa e Roberta Arsieri

Le correzioni di Jonathan Franzen

Lecture**34 La rivoluzione di Gianni Rodari,
"grammatico" della libertà**

L'autore, critico letterario, ricorda gli scritti di Gianni Rodari che sosteneva che il libero uso di tutte le possibilità della lingua non rappresenta che una delle direzioni in cui egli può espandersi. L'immaginazione del bambino, stimolata a inventare parole, applicherà i suoi strumenti su tutti i tratti dell'esperienza che sfideranno il suo intervento creativo. Le fiabe servono alla matematica come la matematica serve alle fiabe. Servono alla poesia, alla musica, all'utopia, all'impegno politico: insomma, all'uomo intero, e non solo al fantastichiere.

Memoria**37 Paolo Durand: un grande**

Viene ricordato un grande pediatra

Info**38 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo**

Vengono presentate notizie, fra l'altro, sull'elezione contrastata del Presidente degli Ordini dei Medici (FNOM), sull'età delle apparecchiature ospedaliere, sulle modalità con le quali, negli USA, si dichiara il conflitto di interessi da parte di autori che scrivono sulle riviste e collaborano con l'industria farmaceutica, sull'utilizzo dei defolianti in Vietnam, sulla sindrome del Golfo fra i veterani.

ausili didattici**41 Tutti gli abstract di Ausili Didattici**

QUADERNI COMPIE DIECI ANNI

A cura del Comitato Editoriale

Abstract This journal, for paediatricians and for all who are concerned with mother and child's health, is ten years old. The journal's editorial staff has re-examined the different sections regarding health, psychology, culture and sociology. The ability of the journal, in the past ten years, to adhere to child and mother's health problems in Italy has been examined, analysing also the answers given to these problems by society and government agencies.

Editorial Board. Quaderni ACP is ten years old
Quaderni acp 2003; vol. X n° 4; 6-17

SOMMARIO

Dieci anni dopo	Franco Dessì, Paolo Siani
La ricerca nelle cure primarie: un bisogno ancora inevaso	Maurizio Bonati
Salute pubblica: i bambini tra famiglia e società	Paolo Siani, Giuseppe Cirillo
Organizzazione sanitaria per l'infanzia: dieci anni perduti?	Giancarlo Biasini
"Ausili" ad essere buoni pediatri	Antonella Brunelli
Allattare i bambini: una scelta editoriale	Sergio Conti Nibali
Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV	Italo Spada, Maria Francesca Siracusano, Nicola D'Andrea
"Un po' per gioco": ridendo castigo mores	Lucio Piermarini
Uno sguardo al passato e uno all'avvenire	Giancarlo Biasini

Riaprire gli archivi della memoria costa sempre una certa fatica; poche ore riassumono 10 anni di vita. Dalle pagine dei fascicoli aperti, alcune invecchiate e ingiallite, alcune stropicciate e consumate, altre intonse e mai lette, escono frasi, appunti, figure che catturano e resettano l'orologio del tempo, distraggono dall'impegno primitivo che induce a rivisitare numeri vecchi di rivista. Ma gli archivi della memoria hanno un fascino così irresistibile proprio perché permettono di rivedere com'era allora, qual era la strada progettata, ora che la strada già percorsa è nota.

Dieci anni dopo

Quaderni acp (Quacp) compie 10 anni. È nata infatti a luglio 1994 dall'unione di due pubblicazioni: il *Bollettino dell'ACP*, un vero e proprio bollettino di notizie interne dell'Associazione, e *Ausili didattici*, un giornale molto modesto nella veste tipografica, dedicato interamente alla didattica. Nasceva così, un po' per gioco, un po' per scommessa, un'avventura con poche chance di sopravvivenza che invece in questi anni (e chi di noi l'avrebbe immaginato?) ha avuto consensi e ha cambiato la vita di coloro che l'hanno costruita, nell'attività lavorativa, nel tempo libero, ma anche nella formazione intellettuale.

Nel frattempo è cresciuta anche l'ACP, culturalmente (quanto ha contato Quacp?) e anche nel numero dei soci e nelle profonde diversità; così come è cresciuta in questi dieci anni anche la pediatria italiana (quanto ha contato l'ACP?). A noi pare che

Quacp abbia mostrato da subito una tendenza all'innovazione e alla "diversità". La prima diversità è stata tecnologica: è stata la prima rivista (e ancora l'unica in Italia) ad avere una redazione che lavora attraverso un collegamento telematico intranet, che, con l'aiuto di programmi specifici, consente un confronto continuo di idee e di opinioni che va ben al di là di un semplice scambio di posta elettronica.

È stata una vera novità nel campo dell'editoria, perché persone che vivono a centinaia di chilometri di distanza hanno la possibilità di interagire quotidianamente; questo ha favorito la partecipazione e la condivisione, riducendo al massimo il numero di riunioni, che comportano un costo notevole di risorse umane ed economiche. È stata questa per noi, che nascevamo con risorse economiche davvero "improvvisate" e con l'impossibilità ad

speciale

accedere a un comitato editoriale “locale”, una scelta obbligata che si è rivelata poi rivoluzionaria. Una delle conseguenze di questa scelta è stata la pubblicazione on line (www.quader-niacp.it) dell'intera rivista, prima di tante altre riviste ben più importanti della nostra.

La seconda diversità è stata nella composizione del comitato editoriale, dove erano e sono presenti pediatri di base e ospedalieri senza primari, senza giornalisti professionisti né “professori”, se escludiamo la supervisione di Giancarlo Biasini che per Quacp non è mai stato un “professore”, ma un “esprit libre” con grandi capacità di stimolo e di raccordo.

La terza diversità è stato il rapporto con la pubblicità di cui, pur fra molte critiche, andiamo fieri. Quacp accetta solo pubblicità che non vengano meno alle regole presenti nel codice di autoregolamentazione dell'ACP stessa; la redazione svolge un controllo delle inserzioni pubblicitarie, non accettando quelle che, pur se economicamente vantaggiose, presentano caratteristiche che possono interferire con il dovere di indipendenza che ci siamo imposti nei confronti dei nostri lettori. Questo fatto, ma soprattutto l'immagine rigorosa che il giornale si è conquistata, ci ha reso certamente più liberi ma anche più poveri. Nell'ultima assemblea il Presidente ha chiesto e ottenuto dai soci ACP un ulteriore piccolo sacrificio perché la voce dell'ACP continui a mantenersi libera. Andremo avanti così finché i soci riterranno giusta questa strada di libertà (termine davvero abusato e spesso offeso, ce ne rendiamo conto) che notoriamente non ha prezzo e che abbiamo sempre scelto, costruendo il giornale. Quacp è una delle poche riviste scientifiche strutturata in rubriche fisse, è questa la quarta novità, rubriche che trattano di salute pubblica e di casi clinici, di ricerca nelle cure primarie e di organizzazione sanitaria, di aggiornamento avanzato, di informazioni per genitori e pazienti, di saper fare e di counselling, con due rubriche, di libri e film, che rappresentano una novità per una rivista come la nostra e con un'altra novità per una rivista medica italiana: uno sguardo attento sul panorama sanitario internazionale in particolare sui popoli e le popolazioni con scarse risorse. Esperienze di cooperazione, analisi di sistemi sanitari, commenti a eventi internazionali di viaggiatori curiosi che hanno raccontato di itinerari inusuali. È stato affidato, prevalentemente, alla cronaca il compito di comunicare, informare, stimolare la riflessione sulle condizioni dell'infanzia nel mondo aprendo formalmente una “finestra” (“Osservatorio internazionale”) con il numero 4 del 1996. Viaggi della visione reale (vedere, conoscere, comprendere e trasferire) che costituiscono l'impronta comune di tutte le rubriche di *Quaderni*. Un viaggio che ha condotto il lettore da contesti bellici (Bosnia, Palestina) ai conflitti sociali (Colombia, Sud Africa, Brasile), passando per le organizzazioni dei servizi sanitari (USA, Francia, Russia, Gran Bretagna) e i programmi per l'infanzia delle pachidermiche Agenzie (Unicef), attraversando la globalizzazione dell'impero dell'informazione scientifica, (i casi di *JAMA* e *NEJM*), del commercio (GATS e WTO). Denunce di disegualianza, iniquità e diritti negati, in particolare per i bambini, ma con la spe-

ranza che un mondo migliore è possibile. Una fiducia manifestata nel 2002 con la decisione di sostenere il progetto “Mare di Aral”: un'iniziativa che è auspicabile sia replicata anche in altri contesti e mantenuta nel tempo; una delle tante ragioni che fanno di *Quaderni* un'impresa (purtroppo, ma per fortuna) ancora unica.

A casa nostra abbiamo tentato di essere di sostegno al pediatra; ognuno di noi ha cercato di fare la sua parte in base alle sue competenze, frugando fra i bisogni inevasi, cercando di dare un contributo alla soluzione di problemi pratici, con uno sguardo alle novità tecniche e a quelle organizzative che la pediatria internazionale faceva intravedere all'orizzonte; abbiamo dato per primi voce e corpo alla pediatria di comunità, alle problematiche delle famiglie a rischio psico-sociale.

Probabilmente il passo più importante, però, è stato fatto nel campo della formazione, dove Quacp ha saputo cogliere al volo e prima di altri le novità che il mondo scientifico proponeva. Grazie all'inventiva, a una solida base culturale e alla grande capacità tecnica del gruppo ACP di Palermo, abbiamo potuto esplorare strade nuove a volte impervie, ma che ci hanno portato verso luoghi davvero speciali, a molti sconosciuti. È stato sperimentato un nuovo modo di aggiornarsi, non più affidandosi passivamente all'esperto, bensì confidando sulla capacità di saper porre interrogativi alla letteratura, imparando anche a dare giudizi sull'attendibilità dei dati. Sono partiti così gli scenari clinici, tra molte difficoltà, specie all'inizio, quando non furono da tutti compresi nella loro grande spinta innovativa, ma che rappresentano una risorsa per il lavoro del pediatra (e non solo) che davanti a un problema clinico può trovare, da solo, risposte attendibili. Dieci anni. Molti ci hanno accompagnato in questi dieci anni, innamorati dell'idea. E come succede con tutti gli amori, hanno condiviso con noi tante gioie ma anche tante delusioni, soddisfazioni e difficoltà; certamente hanno condiviso un metodo di lavoro nuovo.

Speriamo di aver fatto una rivista utile per il pediatra italiano. Certamente lo è stata per noi che l'abbiamo pensata e realizzata, molto spesso divertendoci, e altrettanto spesso disperandoci, magari per la difficoltà di dover rispettare i tempi di chiusura di un numero, e per la difficoltà di rispettare quel difficile equilibrio rappresentato dal dover conciliare questo impegno, a volte davvero gravoso, con il tempo da dedicare all'attività lavorativa e al dovere degli affetti.

Certamente avremmo potuto fare di più, avremmo potuto coinvolgere di più i gruppi ACP, avremmo dovuto ricercare più spesso la voce dei nostri lettori. Anche per questo sono stati realizzati questo numero “speciale”, il questionario di gradimento della rivista e un incontro tra la redazione e i soci al prossimo congresso di Varese. La nostra “mission” è far sentire Quacp il giornale di tutti i soci e, per quanto possibile, costruirlo insieme. Arrivederci, se vorrete, tra dieci anni.

Franco Dessì, Paolo Siani
Per corrispondenza: fdessi@tin.it

La ricerca nelle cure primarie: un bisogno ancora inevaso

“... quello della ricerca segna la seconda fase della vita dell'ACP: dalla richiesta d'aggiornamento culturale alla volontà di diventare produttori di cultura” (GC Biasini, *Quaderni acp* 1994;1:3-6).

Un critico editoriale di *Lancet* del 22 marzo u.s. sottolineava l'improduttivo pietismo e l'eccessiva teorizzazione dei contributi di due conferenze, una americana l'altra canadese, sul tema di grande interesse “The future of primary-care research” (*Lancet* 2003;361,977 editorial).

http://www.globalfamilydoctor.com/publications/news/april_2003/
Non si può infatti, secondo *Lancet*, continuare ad addurre deboli giustificazioni alla propria scarsa incisività e produttività di ricerca, quali: l'essere incompresi e osteggiati dall'accademia, esclusi dall'assegnazione dei fondi per la ricerca, il trovare maggiori difficoltà a pubblicare su riviste scientifiche, il lavorare in un settore più complesso di altri e non adeguatamente organizzato, il non percepire adeguati incentivi (anche economici) ecc. Non è, inoltre, sufficiente rivendicare come prioritaria ed esclusiva per la *primary-care* la ricerca qualitativa rispetto a quella quantitativa quando i risultati, per quantità e qualità, rimangono modesti. Temi attuali e ricorrenti nella *primary-care* del Nord del mondo e che trovano particolare eco e attenzione su alcune riviste (Fleming DM, *Scand J Prim Health Care* 2002; 20:6-13; Stevenson K, et al. *Health Serv J* 2003;113:26-8).

Per quanto concerne la realtà italiana il livello di discussione, forse non altrettanto quello di riflessione, è basso e la produzione di ricerca nelle cure primarie rimane scarsa, quasi esclusivamente osservazionale, con un tasso di coinvolgimento di medici e pazienti inferiore a quello, per esempio, del Nord Europa. Un indicatore della situazione è il numero e la qualità delle “ricerche sul campo” pubblicate dalle riviste italiane orientate alle cure primarie e la perenne “fame redazionale” di questi contributi. Situazione che il Decreto Legge del 10 maggio 2001 (“sperimentazione clinica controllata in medicina generale e in pediatria di libera scelta”), le linee guida esplicative e, ancor prima, le iniziative di formazione metodologica non sono riusciti a incentivare (Tognoni G, et al. *La ricerca in medicina generale*. UTET, 2000).

(www.sanita.regione.lombardia.it/script/download.asp)

A conclusione della prima fase della durata di due anni, i risultati sono infatti deludenti se si considera che al Ministero della Salute sono giunte solo due richieste di sperimentazione in MG e gli studi non sono stati ancora attivati.

La procedura è forse troppo complicata e necessita di un'organizzazione “aziendale” ancora lontana dall'attuale standard. Certo è che il “fare ricerca” necessita della consapevolezza (e riconoscimento) che questa sia parte essenziale di un percorso assistenziale volto a garantire la qualità delle cure in termini di efficacia, appropriatezza, economicità e partecipazione: elementi essenziali di un sistema di sanità pubblica che ha nelle cure primarie, volte alla prevenzione oltre che alla cura, il suo centro. Così, mentre in Italia la contemporanea attenzione, disponibilità, promozione, “scelta per la ricerca” (educazione continua

alla ricerca, ECR?) rimangono ancora esclusive di poche realtà territoriali, editoriali e istituzionali, i temi di confronto per la ricerca nella *primary-care* internazionale sembrano addirittura competere con quelli della ricerca ospedaliera e specialistica avanzata (Foy R, et al. *Fam Prac* 2003;20:83-92; Bateman H, *Fam Prac* 2002;19:691-7).

Ma perché c'è (o dovrebbe esserci) bisogno di effettuare ricerche nelle cure primarie? Perché solo in un contesto di valutazione (ed educazione/formazione) continua è possibile garantire e sviluppare una pratica basata sulle evidenze.

Perché la pratica delle cure primarie è multidisciplinare (complessa) e necessita della cooperazione/partecipazione di servizi e competenze integrate. Perché solo nella valutazione e contestualizzazione del singolo paziente/assistito come parte di una popolazione le risposte possono essere “scientifiche” e generalizzabili. Forse, più semplicemente, perché la medicina delle cure primarie opera in un contesto esclusivo: la comunità.

Un contesto differente a seconda delle realtà considerate e il cui insieme di singoli e nuclei che la compongono (le famiglie) sono cambiati notevolmente negli ultimi anni (*Lancet* 2003;361:1, editorial).

Quindi, forse, c'è bisogno anche di ricerca per ridefinire quei compiti e bisogni assistenziali di una “medicina di famiglia”. Termine desueto, ma che rimanda alla necessità di progettare e validare nuovi modelli assistenziali e di alleanza che rispondano, in modo equo ed efficace, ai bisogni primari di salute: del singolo e della comunità/popolazione a cui appartiene.

Se tutto ciò è pertinente all'insieme della *primary-care*, particolare rilevanza acquista, in tale contesto, il prendersi cura del bambino e della sua famiglia e la necessità di fare ricerca “con” i bambini (*BMJ* 2001;322:1377-8, editorials). Così, ai perché già elencati se ne possono aggiungere altri specifici per le cure della popolazione pediatrica: perché le conoscenze acquisite per le cure degli adulti non sempre sono appropriate per i bambini; perché l'attenzione formale (esplicitata con gli RCT) è ancora scarsa e le decisioni cliniche sono spesso *unevidence*; perché ...; perché, troppo spesso, interventi volti alla “protezione della mamma e del bambino” hanno accentuato, invece di ridurre, le disuguaglianze sociali, anche negli accessi alle cure.

Problematiche che hanno rappresentato temi e scelte formali di aggiornamento, riflessione e ricerca dell'ACP (Toffol, *Quaderni acp* 2002;4:10-4). Temi di una ricerca costituita da una pleora di studi osservazionali, troppo spesso solo locali, limitati nel tempo, nelle dimensioni e nella potenzialità di generalizzare i risultati, il cui *out-come*, comunque, non è mai stato valutato in modo formale.

È il caso, ad esempio, dell'OMA cui a quindici anni di particolari attenzioni non ha fatto riscontro (risultato di esito) una ricerca sperimentale (di intervento) multicentrica, nazionale (inter-

nazionale?) ecc.; sebbene l'ultima iniziativa ACP rappresenti un punto di ulteriore crescita metodologico-conoscitiva (Ronfani L, et al. *Medico e Bambino* 2002;21: 170). Analoghe considerazioni possono esser fatte per l'allattamento al seno, se si considera che lo studio nazionale "atteso" è quello condotto, sinora, in un unico ambulatorio di pediatria di base (Conti Nibali S, *Quaderni acp* 2002;3:10-2). Dispersione di risorse e interessi per mancanza di strategie, "forze" e continuità? Forse, anche.

Ci sono però nella storia del "ricercare" dell'ACP "sfide" che rimangono anche oggi esclusive, e non solo a livello nazionale. Sfide che si è osato lanciare, ma che non sono state protratte nel tempo (che rimangono nella memoria anche della stessa Associazione), per esempio: le infezioni respiratorie ricorrenti (Gruppo Collaborativo SIRR, *Medico e Bambino* 1988;10:13-29); il wheezing (Agostini M, et al. *Medico e Bambino* 1992;2:16-23); la patologia cronica (Marchetti F, et al. *Quaderni acp* 1996;3:8-13). Sfide di un tempo, ma rimaste tali (bisogni ancora inevasi) e che andrebbero rilanciate.

La via dei diritti all'equità è quella che, sebbene ardua, ha caratterizzato il fare, anche ricerca, dell'ACP (ne sono testimonianza il recente convegno di Napoli sul bambino a rischio sociale, il rapporto del CSB, lo studio in corso sull'appropriatezza e la qualità dei ricoveri ospedalieri).

Forse non in modo adeguato ai compiti preposti, alle velleità dei propositi o alla necessità dei bisogni.

Certo è che quanto fatto è, a tutt'oggi, esclusivo e molti ne hanno beneficiato (anche se le prove di efficacia a questo proposito si fanno attendere).

La seconda fase dell'ACP è iniziata da tempo, ma in sordina; necessita forse di essere rianimata, affinché non sia compromessa la qualità della fase successiva ... o, e questo sarebbe più grave, venissero ritardate/ignorate le risposte ai numerosi bisogni di cura ancora inevasi (tra questi anche quello di fare ricerca nella pratica).

Maurizio Bonati

Per corrispondenza: mother_child@marionegri.it

"Salute pubblica": bambini tra famiglia e società

Il numero uno di Quacp si apriva con un editoriale di Salvo Fedele, che definiva la rivista come "un racconto" ("di un racconto non c'è mai bisogno, ma è sempre bello leggere racconti") e in realtà in questi dieci anni le pagine della rivista hanno raccontato la storia della pediatria, la nostra storia. La rubrica "Salute pubblica" è probabilmente quella che più di altre ha raccontato in questi ultimi dieci anni le trasformazioni profonde a cui abbiamo assistito, alcune delle quali anche noi dell'ACP abbiamo contribuito a realizzare. La rubrica ha rappresentato una novità per una rivista di pediatria, perché ha trattato argomenti inusuali per chi fa il pediatra clinico e forse proprio per questo, rileggendo i dieci anni attraverso le pagine di "Salute pubblica", si ha la sensazione precisa di come il nostro mestiere sia cambiato, di come sia cambiata l'attenzione dei pediatri verso i problemi complessivi della vita dei bambini e delle loro famiglie. Per la prima volta, in una rivista pediatrica italiana, si parlava di "bambini con bisogni speciali", si portava all'attenzione dei medici che il disagio sociale influenzava fortemente lo stato di salute della popolazione e dei bambini in particolare, si iniziava a prospettare la necessità di interventi integrati di natura socio-sanitaria, di programmi di intervento specifici per queste famiglie. Donatella Natoli, nel lontano 1994, aveva iniziato a parlare di "servizi territoriali di base organizzati sulle conoscenze dei bisogni, di servizi socio-sanitari che dovrebbero avere un ruolo importante nella trasformazione della società nel suo cammino verso la consapevolezza dei diritti, la valorizzazione dei più deboli". Poi c'è stato (1995) il I convegno sul bambino a rischio sociale, la prima chiara presa di posizione ufficiale sui bambini multiproblematici e sull'importanza di prendere in carico queste famiglie per "curare" meglio chi è ammalato soprattutto di povertà. Altra tappa importante, raccontata nella rubrica, la legge 285 del 1997, che assegnava fondi per la realizzazione di pro-

getti a favore dell'infanzia, e infatti sono iniziati a comparire sulle pagine di Quacp i primi programmi di intervento, le prime timide sperimentazioni e poi i risultati.

Molte cose sono state fatte in dieci anni, molte ancora ne restano da fare e, guardando indietro negli anni, si ha la percezione di un cambiamento che è stato, per certi versi, radicale, ma che ancora non è terminato. La storia dell'attuale rubrica "Salute pubblica", in realtà, si intreccia con quella dell'ACP e di numerose persone che hanno condiviso in questi anni una visione complessa della salute del bambino. In tutti gli articoli si coglie la non riduttività nella identificazione delle cause, la consapevolezza che i determinanti della salute sono molti e che interagiscono in un miscuglio di relazioni sempre diverse. Certo non è storia che comincia con Quacp: tutta la storia dell'ACP e delle riviste che sono e sono state ad essa legate è intrisa della stessa visione complessa e non riduttiva della salute dei bambini: *Cre-scita, Prospettive in Pediatria, Medico e Bambino*.

Ma non bisogna nemmeno pensare che il tutto si riduca ad aver allargato il campo dalla clinica allo psicologico-relazionale: è stato ben di più.

Inizialmente "Salute pubblica" non era una rubrica. Nel numero due (settembre '94) erano pubblicate le ricerche presentate al congresso ACP di Firenze: l'adolescente, l'uso dei servizi da parte dei bambini e delle famiglie a rischio sociale, i ricoveri ricorrenti. Visioni parcellari, dunque, ma c'era anche "Palermo: una capitale, una città, una periferia", che forse rappresenta una delle analisi più alte e complesse della salute dei bambini in un contesto ambientale difficile. Successivamente negli altri numeri, senza avere dignità di rubrica, appare sia in copertina che in vari articoli l'attenzione crescente ai bambini a rischio sociale, ai loro bisogni, al disagio sociale, alla medicalizzazione del disagio.

Il “sentirsi meno sola” di una nostra amica in quel di Secondigliano (Na) ricorda la concretezza dei problemi sociali delle famiglie e gli effetti sulla salute. La relazione del presidente all’VIII congresso sancisce un passaggio, un’apertura al sociale della rivista ma anche di tutta l’ACP, che non è solo multidisciplinarietà ma una rivoluzione del modo di guardare alla salute del bambino.

Il contesto ambientale, familiare, politico, diventa la dimensione entro cui i pediatri devono sapersi muovere, capire, toccarne i confini e le potenzialità.

Nel 1996 nasce la rubrica del “Bambino con bisogni speciali” e nella stessa scelta del titolo sta una tappa del percorso culturale di Quacp: non parti uguali tra diseguali, ma attenzione specifica a chi sta peggio e quindi la ricerca di evidenze italiane e internazionali che diano forza ed evidenza scientifica alla scelta di occuparsi di chi è out. Si allarga il campo di intervento a tutta la gamma di determinanti sociali della salute del bambino: la scuola, le abitudini di vita, l’ambiente fisico, la politica del governo, i diritti. Cominciano ad avere visibilità alcune politiche governative: la “riforma dei servizi sociali”, la “riforma sanitaria ter” con rinnovate integrazioni tra sociale e sanitario che l’intervallo aziendalistico ed efficientistico aveva annebbiato.

Le persone attente e pronte a recepire le nuove opportunità si pongono il problema di come concretizzare nel versante operativo le direttrici legislative; riacquista forza l’esigenza della rete, dell’integrazione dei servizi, dell’integrazione organizzativa e professionale.

Viene pubblicato il contributo dell’ACP al “Piano di Azione per l’Infanzia e l’Adolescenza” del ministro Turco, che rappresenta l’impegno più diretto e organico e più efficace dell’Associazione nella politica di indirizzo del governo italiano nel campo della salute dei bambini e delle famiglie.

Rimane l’esigenza nella rubrica “Bambino con bisogni speciali” di conferme ed evidenze scientifiche sulla necessità di affrontare, per i bambini a rischio sociale, i determinanti sociali e ambientali al fine del benessere e della salute. Questa esigenza continua a mantenersi negli anni successivi, approdando nel 1999 alla consapevolezza del “Capitale Sociale della Comunità” come dimensione essenziale nel determinismo della salute dei bambini e delle loro famiglie. Nasce il CSB e continua a racco-

gliere prove che è importante occuparsi di tutti i determinanti della salute, delle disuguaglianze, della povertà, dell’ambiente, delle città, della scuola.

Nella rubrica compaiono esempi di come il sostegno alle famiglie povere sia da tempo concretizzato in misure specifiche e politiche generali negli Stati Uniti e nei Paesi europei.

Nel 2000 la rubrica esprime modalità possibili di intervento ed esempi concreti di applicazione di modelli innovativi e riferimenti non solo ai fattori di rischio ma anche a quelli protettivi. La scuola, le visite domiciliari, il leggere ad alta voce, sono tutti esempi di fattori protettivi che vengono proposti e con questo passaggio la rubrica cambia nome e assume quello attuale di “Salute pubblica”. Il primo titolo è sulla globalizzazione, cominciando a far intravedere tutte le contraddizioni tra lo sviluppo locale tanto ambito e ricercato e la dittatura dell’economia e dei suoi processi anche sulla salute dei bambini e delle sue famiglie. Questa altalena tra comunità, sviluppo locale, fattori protettivi, fattori di rischio, pervade lo spirito e il senso di questa rubrica fino ad oggi, nella ricerca di una sintesi possibile.

Questa breve storia della rubrica non può chiudersi senza prospettive. Quali secondo noi? Coniugare lo sviluppo locale e della comunità, il capitale sociale, con i forti determinanti economici della salute, la globalizzazione delle economie e dei diritti, resta un arduo compito.

Nel suo piccolo questa rubrica deve poter contribuire a:

- mantenere l’attenzione ai determinanti socio-economici della salute;
- proporre modelli efficaci di intervento che siano integrati, complessi, con prove di efficacia;
- mantenere viva la scelta a non medicalizzare il disagio sociale e contribuire a dare giuste risposte ai bisogni reali;
- realizzare a livello organizzativo-gestionale e professionale l’integrazione socio-sanitaria anche nell’ambito materno-infantile così come già in parte realizzato in altri ambiti (salute mentale e farmacodipendenze), senza dare per scontato che i Consulenti sono e siano stati per definizione socio-sanitari.

Paolo Siani, Giuseppe Cirillo

Per corrispondenza: paolo.siani@fastwebnet.it

Organizzazione sanitaria per l’infanzia: dieci anni perduti?

La discussione sui temi dell’organizzazione sanitaria è una parte consistente dei contenuti di Quacp. Parte proprio con il numero 1 del 1995 e con un articolo sul distretto. Si trattava (si tratta?) di una entità organizzativa poco discussa nella stampa medica e non medica. Siamo nella fase di attuazione del famoso Decreto Legislativo 502/92. La nota prende atto che è finita l’idea seppilliana del distretto, che stava nella legge 833 del 1979, come area sanitaria elementare e che era stata presentata, con grande chiarezza (e utopia), in una presentazione di Seppilli, moderata da Pasquale Alcaro, alle giornate pediatriche perugine di inizio anni Novanta.

Spenta la fase utopica, si era passati dal distretto-area al distretto-volume con popolazione superiore ad almeno 40.000 abitanti e poi, ora, fino a dimensioni metropolitane. Dell’utopia seppilliana rimane, in quel 1995, la possibilità che possa esistere una programmazione di distretto che discenda da una valutazione dei bisogni della popolazione; si pensa ancora, e la nota è uno specchio dei tempi, che possa esistere una trattativa sulla soddisfazione di bisogni fra direttore del distretto e sindaci (non si usa ancora quell’orribile termine di “committenza”), che la valutazione dei bisogni possa farsi sulle “carte” che sono nei cassetti dei distretti e che basterebbe tirare fuori per fare una valutazio-

ne abbastanza corretta dei bisogni. Una fiducia eccessiva nei primi anni di attività della 833? Una illuministica fiducia che governare è conoscere i bisogni? C'è, in quell'articolo di 8 anni fa, ancora il sogno della programmazione sanitaria che nasce dal basso. Che si spegnerà definitivamente quando il direttore generale assumerà tutto il suo potere e alle conferenze sanitarie territoriali rimarrà il potere dello spolverino. Definitivamente? Eppure oggi, dopo molti anni, si torna a discutere se dare maggiore potere alle conferenze territoriali.

Il numero successivo (marzo 1995) discute un altro problema del tempo: le tariffe. Introduce il discorso sui DRGs. Compare l'atteggiamento di moderata e speranzosa fiducia che Quacp ha avuto su questo sistema di tariffazione al suo esordio, molto diverso da quello di *Medico e Bambino* che parlerà l'anno successivo sulle tariffe del diavolo. Certo ci sono dei dubbi sull'applicabilità in Italia dei DRGs, vista la differenza di sistemi assistenziali in USA e in Italia, espressi anche nel numero successivo, soprattutto inerenti alla concezione del mercato in sanità, del quale i DRGs sono un evidente strumento; lo scetticismo involge anche i primi passi del modello lombardo e che si richiama all'aziendalizzazione intesa come strumento di introduzione della concezione nel mercato in sanità. Moltissimi i dubbi sull'applicabilità dei DRGs ai ricoveri pediatrici, ma sostanzialmente disponibilità a valutare il tentativo di razionalizzazione delle tariffe che i DRGs comportavano; questa era la posizione anche dell'ACP che organizzò corsi di formazione e convegni di riflessione per medici-manager proprio in quegli anni centrati anche sui DRGs.

Un altro tema "mercantile" caro alla discussione nella rivista nella metà degli anni Novanta riguarda le norme ISO da usare come certificazione di qualità, trasportate brutalmente dalla valutazione industriale a quella dei servizi e accolte, anche da qualche ingenuo pediatra, come un modo per distinguere il buono dal cattivo pediatra. Sono assoluti i dubbi sull'applicabilità delle norme, così come erano concepite al momento della

loro invasione del mercato; vi è una preferenza per il modello americano di verificatori appartenenti al mondo sanitario con indicatori tipici del mondo sanitario. I fatti, e la correzione operata dagli *ISOisti* con l'elaborazione delle norme ISO Vision, che concedono spazio (insufficiente) al modello professionale, dimostreranno che gran parte di quelle osservazioni erano pertinenti.

Hanno attraversato tutti questi 10 anni di Quacp un "grande argomento e un sogno deluso": il DMI; con elaborazioni continue e coerenti e con la preparazione di un documento da parte dell'ACP (presidenza Tamburlini), trasfuso in gran parte nel primo documento ministeriale sul Dipartimento. Si vive fra momenti di entusiasmo e di delusione.

I governi di centro-sinistra danno, in sanità, all'ACP molte delusioni: il ministro Bindi palesemente non crede nel Dipartimento Materno-Infantile (che dispiace ai generalisti e agli psichiatri e riscuote molte dubbiosità nella FIMP) e fa di tutto e di più per affossarlo; ritarda l'emanazione del Progetto Obiettivo e, quando lo rilascia, ci troviamo di fronte a un documento "molle" che opera una frattura fra pediatria e neuropsichiatria infantile, sostanzialmente attribuita alla psichiatria degli adulti. Per questa delusione centrale tenace è l'inseguimento delle leggi regionali: del dicembre 1997 è la notizia che la regione Piemonte ha istituito il Dipartimento su scala regionale, come la Basilicata e l'Umbria che lo applica in gran parte della regione; se ne danno le indicazioni legislative. Di fronte a tale mancanza di entusiasmo ministeriale le regioni si comportano di conseguenza, aggiungendo alla mancanza di entusiasmo la sciattezza organizzativa.

Il consuntivo sull'attività di governo è schietto e duro sul numero di dicembre 2001. Un bilancio definitivo sugli ultimi anni di governo era già stato fatto, del resto, nell'aprile del 2001. I pediatri contano poco, ma quel che conta è che contano poco i bambini.

Giancarlo Biasini

Per corrispondenza: gcbia@tin.it

"Ausili" ad essere buoni pediatri

"Ausili Didattici", nella storia di Quacp, funge da avanguardia. Nel gennaio 1993 infatti esce il n° 1 dell'anno 1° di un fascicolo dal nome *Ausili Didattici* per il pediatra ambulatoriale.

Sotto il titolo, due colonne di presentazione di questo "progetto sperimentale voluto dal consiglio direttivo dell'ACP" che racchiude il senso su cui si svilupperà negli anni successivi il progetto editoriale della sezione di *Quaderni acp* che manterrà il nome di "Ausili Didattici": strumenti di formazione che escono dalla sola carta, utilizzando le immagini video delle lezioni o delle riunioni per piccoli gruppi che, per ricchezza di contenuti e di partecipazione attiva dei presenti, risultano didatticamente utili; le stesse riunioni vengono trascritte sul bollettino nella rubrica "La riunione del mese" secondo un modello di apprendimento guidato (domande guida) che aiuti a mettere a fuoco l'argomento.

La seconda rubrica fissa di "Ausili" viene individuata nel "Saper fare" per "supplire alle carenze assistenziali delle strutture di supporto nei confronti del bambino non ospedalizzato". Il saper fare era il tentativo più specifico di occuparsi dello svolgimento pratico della professione. Come diagnosticare lo strabismo, come progettare lo screening dell'ambliopia, come interpretare la Mantoux, i primi argomenti affrontati. Poi, con l'avvio dei bilanci di salute compensati dall'ASL, cominciano gli schemi guida per saper fare il bilancio di salute.

La terza rubrica fissa è rappresentata dalla lettura critica della letteratura "sul modello del gruppo di ricerca e pratica in pediatria di base", con la rubrica "Archivio bibliografico", che si propone di lanciare spunti di discussione che i singoli o i gruppi potranno arricchire e sviluppare, con l'ambizioso obiettivo di "fornire uno stimolo utile per la produzione di ricerca, fin dalla

individuazione degli standard assistenziali, e di un ripensamento organizzativo della pediatria ambulatoriale”.

Dopo un anno di vita comincia poi il “*Leggere e fare*” strutturato, che si richiama, dice l’editoriale che lo presenta, “ad articoli scritti da un pratico per persone pratiche”.

La rivista, contemporaneamente al *Pediatric Infectious Disease Journal*, è fra le prime a sottolineare l’importanza degli abstract strutturati per abituare il lettore a identificare in ciò che legge il percorso, il filo, della ricerca. Nel 1998 negli abstract strutturati si cominceranno a introdurre, per i medici pratici, elementi di valutazione come l’*Intention To Treat*, il *Number Needed To Treat* (NTT) e il *Number Needed To Harm* (NNH) fino a che, tre anni fa, compaiono gli abstract strutturati che associano costantemente al commento critico le valutazioni desunte dalla pratica della EBM: sempre l’*Intention To Treat*, l’*NTT*, l’*NNH*, la qualità delle prove e così via. Fino agli scenari clinici che sono storia del 2002, che hanno rappresentato la continuazione del percorso tradizionale di interesse della rivista e che saranno da diffondere in modo che i lettori diventino collaboratori attivi. Infine la raccolta di materiale per l’educazione sanitaria “*Informazioni per genitori e pazienti*”: il “cosa dire”. Viene in quell’occasione esplicitata la prematurità nei confronti del “come dire”, il counselling medico, che solo pochi anni dopo diventerà familiare, fino al tentativo della *Narrative & Evidence Based Medicine* che dovrebbe essere tema per l’anno 2004. Successivamente, con la rubrica “*Ricerca in progress*”, vengono raccolti dati sulla specifica realtà italiana, sulle differenze osservate all’interno del territorio nazionale sui miglioramenti da sviluppare; per usare le parole di Giancarlo Biasini “*apprendere facendo ricerca: la terza fase della vita ACP. Dopo la 1° fase (ormai finita) dell’aggiornamento passivo e la seconda dell’aggiornamento attivo*”.

L’ipotesi di lavoro è quella per cui l’adesione a standard di qualità consente di ridurre i costi ottimizzando le cure.

Si progetta dunque una ricerca per testare delle ipotesi attraverso alcune malattie per le quali esistono già conoscenze sufficienti per poter definire un gold standard: accesso d’asma, OMAR, BPN, CF, IVU. Confrontando poi la pratica corrente (la cui definizione rappresenta quindi il primo obiettivo da rag-

giungere) al gold standard, si dovrebbe riuscire a valutare il rapporto qualità delle cure/costi e a produrre linee guida di comportamento per una corretta pratica corrente.

L’analisi dei dati della ricerca e la presentazione della versione definitiva degli standard saranno pubblicate dopo un paio di anni con lo slogan “fare meglio con meno”, che sintetizza efficacemente l’intento ACP. Questo punto rappresenta la prima criticità del progetto culturale non solo di *Ausili Didattici* o di *Quaderni acp*, ma probabilmente di tutta la ACP: forse la prima fase non è mai finita, stando ai programmi dei nostri principali congressi sempre di tipo frontale; la seconda è efficace solo in alcune -poche- realtà giunte all’utilizzo della EBM; la terza rappresenta ancora un terreno da esplorare e verificare, non ancora chiara ai più nelle metodologie e nelle strategie, che solo alcuni pionieri sembrano utilizzare.

Certamente molte pratiche sono migliorate, ma l’impressione è quella di eventi separati, un po’ randagi, che non appartengono a un progetto comune realizzato.

L’assistenza integrata al malato cronico (diabete, fibrosi cistica, malattie oncologiche) con l’istituzione della rete assistenziale, la pubblicazione di linee guida, percentili, guide anticipatorie su malattie frequenti e non (Down, Marfan, acondroplasia), articoli e indirizzi utili per malattie rare, approfondiscono sempre più un aspetto assistenziale sul quale tutto il mondo pediatrico è chiamato a impegnarsi, e non a titolo individuale: il bambino con malattia cronica necessita di una rete che lo sostenga. E si sostenga: le risposte dei medici spesso non corrispondono alle richieste dei pazienti, come si evince dalla rubrica “*Medico e paziente*” (2002) che racconta il vissuto della malattia da parte del paziente, col commento di un medico.

Attenzione al paziente, quindi, con una evoluzione nei suoi confronti analoga a quella che funge da confine fra il passaggio dalla *Evidence Based Medicine* alla *Narrative Evidence Medicine*: il racconto, il rapporto, la capacità di ascoltare e di rispondere alle domande della persona, completano la capacità di cercare risposte – anche cliniche – appropriate a un problema che può non essere solo clinico.

Antonella Brunelli

Per corrispondenza: craugb@tin.it

Allattare i bambini: una scelta editoriale

Chiunque si occupi di cure materno-infantili ha avuto modo di apprendere che l’allattamento al seno è prioritario per la salute della coppia madre-bambino. Molto spesso questa è rimasta un’affermazione di principio. Spesso ha portato il pediatra a non avere alcun ruolo attivo nella promozione dell’allattamento al seno; addirittura ad assumere un ruolo passivo nei confronti di chi promuove l’allattamento artificiale; il che vuol dire assumere un adattamento rispetto alla logica del mercato.

Assumere un ruolo attivo nella promozione dell’allattamento al seno è, dunque, una scelta; e si può tradurre in una serie di azioni che vanno dalla (auto)formazione per acquisire le competenze necessarie per aiutare le mamme che possono presentare diffi-

coltà, all’assumere comportamenti che non ostacolano l’allattamento al seno, fino ad opporsi a procedure che favoriscano l’allattamento artificiale. E se formazione e sostegno vengono ancora percepiti come normali competenze da acquisire, la posizione di censore rispetto agli innumerevoli tentativi di porre il bastone tra le ruote dell’allattamento al seno viene visto, da più parti, come un eccesso, un atteggiamento più politico che da operatore sanitario. La difficoltà di prendere coscienza che promuovere deve voler dire anche sorvegliare la “concorrenza sleale” la si percepisce molto spesso quando la salute si contrappone al profitto: basta pensare al continuo conflitto tra le campagne pubblicitarie delle ditte che producono sigarette e la lotta al fumo; che peraltro ha

molta maggiore adesione pubblica di quanto non abbia il conflitto fra produttori di latte artificiale e sostenitori dell'allattamento materno.

La promozione dell'allattamento al seno (da intendere, dunque, in senso compiuto, cioè "...fino a opporsi a procedure che favoriscano l'allattamento artificiale") può anche essere una scelta editoriale. Diverso, anche in questo caso, è l'approccio delle riviste che scelgono di "adattarsi" alle esigenze (cosiddette) di aggiornamento in tema di alimentazione infantile, da quelle che offrono spunti e sollecitazioni come mezzo di sostegno prioritario all'alimentazione naturale. Questi dieci anni di Quacp si sono caratterizzati anche per questa scelta. Gli articoli di ricerca originali (prodotti sia nell'ambito ACP che al di fuori), i commenti alla letteratura specifica in *Leggere e fare*, gli approfondimenti in *Aggiornamento avanzato*, l'aiuto pratico alle madri in *Informazioni per genitori e pazienti*, sono da considerare, di fatto, stimoli pressoché continui alla crescita del bagaglio culturale a sostegno dei pediatri e delle famiglie che vogliono dare priorità all'allattamento al seno. Ma si è giudicato che queste scelte, da sole, non bastano per un vero impegno.

Con altri "pezzi" Quacp ha caratterizzato la promozione dell'allattamento al seno in senso compiuto. I *no comment* dedicati a incredibili "misfatti" nell'ambito sanitario, le lettere di genitori vittime di veri e propri espropri, il resoconto del confronto con Nestlé (Assemblea al Congresso ACP di Vicenza), l'appello della Coalizione Italiana per il Monitoraggio del Codice contro la sponsorizzazione Nestlé del Giubileo, il memorandum del Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI) al governo

italiano per le politiche di promozione dell'allattamento al seno e per l'adeguamento della Legge Italiana per la pubblicità dei sostituti del latte materno al Codice Internazionale; tutto questo ha rappresentato una scelta: dar voce a chi denuncia tutti quei "trucchi" che tendono a favorire la promozione dell'allattamento artificiale. Ma non basta.

Il numero 3 del 1996 presenta una pubblicità di una ditta di latte artificiale, che viola, nelle immagini e nel testo, le regole del Codice Internazionale. Si decide, quindi, di non accettare più qualsiasi altra pubblicità sul latte artificiale.

La scelta è stata chiara e anche questa controcorrente. La raccolta della pubblicità degli alimenti per l'infanzia avrebbe permesso introiti ai quali si è deciso di rinunciare; l'accettazione avrebbe semplificato gli attuali problemi di gestione di cui si è scritto negli ultimi tempi; avrebbe reso la vita più semplice. Come più semplici, del resto, sono la vita e il lavoro di quel pediatra che di fronte all'alimentazione del neonato di turno assume un atteggiamento passivo.

Accettare questo tipo di pubblicità avrebbe significato, alla fine, anche contribuire a quel meccanismo di lievitazione dei prezzi (unici in Europa!), le cui conseguenze ricadono sull'acquirente finale (le famiglie). E ci dispiace constatare che tale decisione sia ancora unica nel panorama dell'editoria pediatrica di larga diffusione.

Anche un Comitato Editoriale deve scegliere se adagiarsi o star diritto. E deve scegliere tra salute o profitto.

Sergio Conti Nibali

Per corrispondenza: serconti@glauco.it

Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV

"Fondare biblioteche è come costruire ancora granai pubblici, ammassare riserve contro un inverno dello spirito che da molti indizi, mio malgrado, vedo venire".

Marguerite Yourcenar, *Memorie di Adriano*

Può una rivista scritta da pediatri per i pediatri proporre recensioni di film e di libri? La risposta è chiaramente sì, se si ricorre solo all'artificio di pensare che si parla di film, i cui protagonisti sono i bambini e il loro mondo, e che hanno come personaggi principali bambini/attori. E anche per i libri la risposta può essere, ancora, sì. Infatti, se scorriamo i titoli e gli autori proposti, scopriamo tante segnalazioni di libri scritti sull'infanzia vista da sociologi o psicologi o artisti o poeti, e narrativa con protagonisti bambini.

Nella realtà dei fatti il discorso è un po' più complesso come lo è, forse, l'anima di questa rivista, ed è un gioco e un progetto. Certo, come ogni rivista medica ha il compito di promuovere la lettura della letteratura scientifica, e questo è stato fatto in maniera sempre più critica.

Poi è stata aggiunta una rubrica che raccontava perché a qualcuno di noi fosse piaciuto un libro: e così si sono messi insieme circa 189 libri: un bel granaio. Si è continuato con i film, dando la titolarità della rubrica a un esperto che decodificasse per noi un messaggio non così immediato come la lettura. Una giova-

nissima collaboratrice ha dato voce a una rubrica sulla TV per ragazzi; poi ci è stata rapita da una Università straniera e ora, cieca sulla TV italiana, collabora con noi nel settore dei libri per ragazzi. Più recentemente abbiamo dato voce a "Nati per Leggere" e a tutte le sue iniziative locali, e da ultimo abbiamo consegnato ai pediatri un catalogo di letture consigliate per i bambini, le recensioni di un paio di libri per loro e inventato, da un'analogia iniziativa per gli adulti, il Giragiralibro. Il progetto Nati per Leggere dimostra che i libri e la lettura costituiscono per un bambino "capitale sociale". Ma lo è anche per gli adulti, e per i pediatri. Non sappiamo se queste rubriche di libri siano lette, se faccia piacere ritrovarle ogni volta; piace pensare di sì perché "la letteratura, come tutta l'arte, è la confessione che la vita non basta" (*Fernando Pessoa OP; X, 60*).

E per quello che riguarda più specificamente i film? Su questo lasciamo la parola al nostro esperto Italo Spada, un collaboratore che si è preziosamente inserito nella redazione con grande entusiasmo, di cui mai lo ringrazieremo abbastanza. Ci dice dunque Italo Spada che "riguardo alla rubrica che recensisce i

film per quanti sforzi faccia, non riesco a immaginare la reazione dei lettori di *Quacp* quando, all'interno di un *bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici*, si sono ritrovati una rubrica dedicata al cinema.

Immagino che in mezzo ai lettori ci sia qualcuno che abbia voglia di chiedermi - come ha già fatto qualche amico quando ha saputo che i miei articoli sarebbero stati pubblicati in una rivista diretta a pediatri - : "ma che c'entra il cinema con la pediatria?". Approfitto del decennale della rivista per dare agli uni e agli altri un'unica risposta: "Il cinema, in generale, poco; il cinema che si occupa di ragazzi, molto". Certo, all'interno di una rivista diretta a un ben definito gruppo di professionisti, lo spazio dedicato ad argomenti che esulano dal tema specialistico è - deve essere - marginale. È giusto, infatti, che siano sviscerati temi più direttamente collegati alla linea redazionale. Nel nostro caso, tuttavia, è facilmente intuibile come realtà e finzione, esperienza diretta e caso immaginato, abbiano un terreno comune: l'interesse verso i bambini. I film che di volta in volta propongo ai lettori hanno come protagonisti diretti o indiretti i ragazzi. E questo mi fa sentire collaboratore meno estraneo, una sorta di "pediatra in senso largo". La trattazione di una storia filmica va, infatti, intesa come ausilio didattico, come pretesto per parlare di fatti che potrebbero accadere, di casi possibili. Il cinema precorre la storia, ma ancora più spesso attinge dalla realtà e, in tal senso, la definizione di Solmi - *Cinema, specchio del tempo* - deve necessariamente trovarci d'accordo. È vero che certi specchi, talvolta, deformano le immagini, ma quasi sempre ci servono per riflettere il nostro volto e "per farci riflettere".

Lo confesso: spesso ho avuto qualche perplessità nel proporre all'attenzione dei lettori film di non facile lettura (come *Ricomincia da oggi* di Bertrand Tavernier e *Viaggio a Kandahar* di Mohsen Makhmalbaf), ignorati dal grosso pubblico (come *Il cerchio* dell'iraniano Jafar Panahi e *Swing* di Tony Gatlif), lontani dalla nostra cultura (come il cinese *Non uno di meno* di Zang Yimou e il giapponese *L'estate di Kikujiro* di Takeshi Kitano), o addirittura mai arrivati sui nostri schermi (come *Uttara* dell'indiano Buddhadeb Dasgupta e *Il figlio di due madri* di Raul Ruiz); ma nella scelta mi sono fatto guidare soprattutto dall'interesse che essi avrebbero potuto suscitare in chi si occupa per professione del mondo infantile.

Le storie proposte vanno al di là del semplice racconto, perché fanno emergere quel mondo infantile che gli adulti spesso sottovalutano. Nei cartoni animati come nelle fiabe più o meno moderne (*ET* e *Artificial Intelligence* di Steven Spielberg, *Harry*

Potter di Chris Columbus e *Il favoloso mondo di Amélie* di Jean-Pierre Jeunet), nelle storie di ieri (*Concorrenza sleale* di Ettore Scola, *Liam* di Stephen Frears) come in quelle di oggi (*I cento passi* di Marco Tullio Giordana), negli affetti (*Il più bel giorno della mia vita* di Cristina Comencini, *Luce dei miei occhi* di Giuseppe Piccioni e *Prima la musica poi le parole* di Fulvio Wetzl) come nelle malattie (*Respiro* di Emanuele Crialese), nella gioia (*Billy Elliot* di Stephen Daldry) come nel dolore (*La stanza del figlio* di Nanni Moretti), c'è molto da apprendere dai ragazzi. E l'apprendimento passa attraverso mille canali, compreso quello della visione di un film. Non è certamente per caso, infatti, che quando ci capita di discutere un film con amici si passa inevitabilmente dalla storia vista sullo schermo a considerazioni di ordine più generale. Ed è proprio perché sono cosciente del fatto che ogni spettatore ha una sua personale visione e, di conseguenza, un suo personale giudizio critico, che l'analisi filmica che propongo non è mai solo tecnica, ma anche contenutistica.

Credo poco alla figura del "tuttologo" e sono dell'idea - per dirla con Socrate - che il ciabattino non debba "andare oltre le scarpe", avventurandosi in discussioni filosofiche.

C'è un'ultima domanda alla quale dovrei rispondere e riguarda l'evoluzione della rubrica lungo gli anni. Ieri come oggi, quando vedo un film che reputo interessante perché aggiunge una pagina che permette di capire meglio il mondo dei bambini, scrivo il pezzo e lo affido alla riflessione dei lettori. Sotto l'aspetto formale, perciò, nulla sembra essere cambiato. Ma so che non è così, perché all'interno del personaggio-bambino si registrano continui e costanti cambiamenti. Nella società ci sono mali che esplodono senza preavviso e che sembrano originati dal periodo storico che si attraversa. Si tratta di "malattie" che vanno al passo coi tempi e che il cinema fotografa, analizza, scandaglia, denuncia. Ci risiamo: pediatria in senso largo. Potrei dire che personalmente mi ritrovo nelle stesse condizioni iniziali: vado al cinema, scelgo un film che reputo interessante come caso da sottoporre agli appartenenti all'Associazione Culturale Pediatri, scrivo un pezzo, lo invio via e-mail. Sarei tentato, perciò, di dire che non c'è stato alcun cambiamento. Ma non è così. In realtà, il cambiamento è continuo e costante, e avviene all'interno di quel gruppo di ragazzi-personaggi che cresce di film in film e, su *Quacp*, di numero in numero".

Italo Spada, Maria Francesca Siracusano, Nicola D'Andrea
Per corrispondenza: marsirac@tin.it

"Un po' per gioco": ridendo castigo mores

L'idea della rubrica "Un po' per gioco" è nata per caso, oltre che, naturalmente, per gioco. Al Congresso Nazionale ACP di Tabiano, Salvo Fedele ed io, forse per noia, forse per affetto, cominciammo a tirar giù battute su relatori e relazioni, sul momento a uso esclusivamente interno. Evidentemente ci divertimmo così tanto che di quel congresso Salvo non riuscì ad evi-

tare di scrivere poi un resoconto scanzonato. Altri tempi! La cosa non dispiacque e così, sfondata la siepe dall'ariete, mi dedicai a pescare qua e là quel che poteva esserci di più clamorosamente contrastante con quelli che si potevano ritenere i principi fondanti l'ACP, tentando di farne poi, per quanto è possibile, una caricatura sufficientemente oggettiva.

La benevolenza della redazione e del Direttore, e il silenzio dei lettori della rivista, mi hanno permesso di continuare fino ad oggi, non so quanto degnamente. E proprio questa ignoranza del tipo di accoglienza da parte dei lettori (a parte quei venticinque che non si negano a nessuno), quando mi è stato chiesto di pensare a qualcosa per il decennale della rivista, mi ha fatto venire in mente il dubbio che siano stati...

- *Mi scusi! Senta, mi scusi!*

- Dice a me?

- *Sì, lei, mi perdoni. L'ho sentita parlare con quel collega e mi è venuto un dubbio. La prego di non offendersi, ma lei non è quello che scrive quella roba cosiddetta "per gioco" su Quaderni acp?*

- Ma certo che sono io! Lei non sa che piacere mi fa conoscere...

- *Ah! Così è proprio lei quello che si accanisce, "un po' per gioco" osate dire, a calunniare i suoi colleghi. Ma non si vergogna? Farsi beffe di professionisti, di gente dedicata a una missione. Sissignore, una missione; c'è gente ancora che ci crede, grazie a Dio. Ah lei, immagino, sarebbe invece subito pronto a scrivermi su qualcosa di ameno sulla missione del medico, vero? Lei sputerebbe sul camice! Che poi sarebbe a dire, nel piatto in cui mangia. Be' sappia che, nella sua presunzione, lei non si rende affatto conto di quanto male ci sta facendo, o almeno spero che non lo faccia di proposito.*

- Ma che dice? Guardi che non la capisco proprio. Io non faccio male a nessuno. Anzi, la mia intenzione è esattamente il contrario. Cercare di migliorarci, anche ridendoci sopra. E certo che l'ho fatto di proposito, se no che senso ha; allora avrebbe ragione lei, che farei solo male.

- *Lo fa anche di proposito? E io che le avevo dato il beneficio del dubbio; e nonostante lei mi abbia ripetutamente colpito!*

- Ma io non ce l'ho affatto con lei. Quando mai l'ho colpita? Non la conosco neanche.

- *Ma mi conoscerà! Io sono Dottore.*

- Questo lo immaginavo, ma se non mi dice come si chiama...

- *Glial'ho detto: Dottore.*

- Come Dottore? Dottore cosa?

- *Dottore e basta.*

- Dico, avrò un nome e cognome?

- *Senta, io sono Dottore; tutti mi chiamano Dottore, mi hanno sempre chiamato Dottore.*

- S'intende, i suoi pazienti, i suoi collaboratori, ma sua moglie, i suoi figli, gli amici?

- *Ma scusi, di che s'impiccia lei? E poi ho troppo da fare per occuparmi di questi particolari. I miei figli sono grandi da un pezzo, mia moglie ha da fare le sue cose e, per quanto riguarda gli amici, con tanto lavoro che ho, ormai li ho persi di vista, e comunque anche loro mi chiamavano Dottore. E quindi io sono Dottore, e tanto basta!*

- Guardi che non voglio impicciarmi di nulla. Ma, visto che mi accusa, almeno sapere chi è lei.

- *Be' sono quello che lei ha tacciato di incompetenza, superficialità, arrivismo, corruzione e così via.*

- E quando sarebbe avvenuto tutto questo?

- *Non si ricorda, o fa finta? Io invece mi ricordo benissimo. Come potrei dimenticare? Tutto quello che facevo finiva sotto il suo spi-*

rito di patate, già, e carota. Dalla medicina scolastica alla medicina sportiva, dai controlli di salute alla riduzione della fimosi. Ma chi le ha dato il diritto di scrivere tutta quella roba?

- Robaccia? Mi sono semplicemente limitato a descrivere la nostra realtà professionale, quella di tutti i giorni. E poi parlavo, anzi scrivevo, in generale. Non avevo mica in mente un medico, anzi, un Dottore preciso, e tanto meno lei.

- *Ma lei ha dato ad intendere che i Dottori si comportano male, e dato che io sono Dottore, lei mi ha specificamente accusato.*

- Ma che accusa! Ma no! Volevo solo proporre una rappresentazione un po' scherzosa di alcuni modelli di assistenza ormai superati, e qualche volta, ne converrà, decisamente sbagliati. Tanto per sottolineare la necessità di un cambiamento, o almeno di una correzione. Considerazioni banali, in fondo, che come al solito tutti fanno e nessuno traduce in pratica.

- *Ah sì? E secondo lei svuotare gli ospedali e mettere sul lastrico noi Dottori si può definire una semplice correzione?*

- E quando mai lo avrei detto?

- *Memoria sempre corta, eh? E tutti quei discorsi assurdi sui DRG gonfiati, sui ricoveri inutili, sullo spreco di esami, sulle terapie intensive vuote, sui nidi come lager nazisti? Ma cosa vorrebbe, che tanti stimati specialisti smettessero di lavorare solo perché i bambini non si ammalano più? E se poi per disgrazia qualcuno veramente si ammalasse, chi lo curerebbe? Se non si tenessero continuamente in esercizio su qualche neonato o bambino, rigorosamente scelto a random, ovviamente, come riuscirebbero a mantenersi in forma? Che poi, consideri, allenarsi a curare malattie gravi su bambini sani è estrema mente più difficile che farlo su quelli malati; comporta rischi anche superiori e bisogna riconoscere che ci vuole proprio un gran coraggio per farlo. E, ancora, la produttività, l'economia di mercato, l'occupazione, dove le mettiamo? Lei induce a credere che la quasi totalità di quello che facciamo noi Dottori non serve a nulla, che i bambini guariscono da soli, che i farmaci e gli esami inutili fanno male. Ma si rende conto di ciò che potrebbe causare? Proprio quello che lei, mi par di ricordare, paventava nel suo primo, diciamo così, giochino: una caccia spietata al bambino. Proprio questo succederà. I pediatri, isolati o riuniti in bande, batteranno città e campagne in cerca di prede indifese. I genitori terrorizzati si organizzeranno in ronde, armati di enciclopedie mediche, siti internet, Check up e Elisir televisivi. L'assenza totale di controllo del territorio lascerà campo libero allo sviluppo delle sette tuttopatetiche, ai pendolinisti, fantasiatri e mammaturghi, che renderanno ancora più esasperati e voraci i poveri pediatri, provocando feroci scontri all'ultimo prepuzio. Sarà la fine della Dottorità. È questo che vuole? La rovina totale? Be', non ha nulla da dire?*

- Ecco, ... io, da questo punto di vista, ... Cavolo che confusione! Ma io, scusi eh, io pensavo soprattutto ai bambini.

- *I bambini? Ma che vuole che gli succeda ai bambini? Oggi i bambini sono sani, forti, ben nutriti, vaccinati. Lo dice anche lei, che tanto crescono e guariscono praticamente da soli. Ma sempre che si mantenga l'ordine costituito, che si eviti l'anarchia. E per salvare l'ordine, bisogna rispettare la gerarchia. Non come fa lei, che se la prende continuamente con chi coman-*

da, con chi ha tutta la responsabilità di come vanno le cose, con i Professori, con i Primari. Il Primario servo dei politici, carrierista, mostro, ignorante, sponsorizzato da lattini e pappine, pannolini e antibiotici; non vuole aggiungere altro?

- Io credo che lei non abbia capito bene. Non ce l'ho mica con tutti. Ci sono le persone per bene e quelle disoneste, come in tutte le professioni. Io me la prendo solo con quelli che si comportano male, che non seguono i criteri più moderni della medicina.

- Basata sull'evidenza immagino? Qui la volevo. Ne avete sempre la bocca piena. Ma cosa pensa di farne della sua EBM in una corsia stracolma di mocciosi catarrosi e madri petulanti che vogliono una guarigione in ventiquattr'ore? E nello squallore di una terapia intensiva neonatale vuota per eccesso di Salute Pubblica? E di fronte a un Direttore Generale che pretende di far bella figura sui giornali o sulle televisioni locali un giorno sì e l'altro anche, e non dà una lira per acquistare strumenti sofisticati da mettere in bella mostra? Nulla, non ci fa assolutamente

te nulla. Bisogna ricorrere alla fantasia, all'intraprendenza. Per reggere al mercato, spirito di impresa ci vuole, e mantenere alto il proprio prestigio di Dottore. Nel supremo interesse della medicina la invito a smettere di screditarmi, anche se, tutto sommato, visto il numero dei lettori del suo giornale... Be', spero proprio di non avere più bisogno di parlarle in futuro. Addio.

- Ehi! Non può andarsene così! Ma tu guarda chi dovevo incontrare! Tutto avrei pensato meno che... D'altra parte, dopo dieci anni, chi di spada ferisce..., qualcosa ci si deve pure aspettare. Mi scusi signore. È lei che...

- Un momento, un momento. Prima mi scusi lei. Non mi prenda per pazzo, ma anche lei per caso... si chiama Dottore?

- Certo che no! Ci mancherebbe altro!

- Ah bene. Allora mi dica pure.

- Mi consenta. Io mi chiamo Professore.

Lucio Piermarini

Per corrispondenza: pierlucio@libero.it

Uno sguardo al passato e uno all'avvenire

Da qualche tempo sono di moda le postfazioni. Non ho voluto chiamare così queste poche righe per pudore, ma il senso è quello. Bisogna trarre delle conclusioni dal ricordo che alcuni amici del Comitato Editoriale hanno fatto su questo numero, ricordando sia le loro emozioni che le caratteristiche del loro "prodotto"? Forse sì. Sono passati in 10 anni, 3 presidenti, 4 legislature; alcune decine di acipini sono passati nei consigli direttivi. L'ACP raramente ha dato a noi del Comitato Editoriale (forse dovremmo chiamarci più semplicemente redazione) delle indicazioni sulle linee di indirizzo della rivista; questo è bene perché ci ha lasciato autonomia; è meno bene perché ci è mancato un rapporto con l'Associazione da cui siamo nati; anche se va detto che, come molte delle cose che nascono volontariamente, questa rivista è nata sostanzialmente dalla accettazione centrale di un impulso periferico che ha cambiato radicalmente - come hanno scritto F. Dessì e P. Siani - il vecchio *Bollettino* stampato artigianalmente su iniziativa della Presidenza di Franco Panizon.

Potrebbe anche essere accaduto che questo atto di nascita di Quacp non sia stato sufficientemente meditato. Quacp è, sostanzialmente, il solo servizio che l'ACP fornisce ai soci. Basta? È poco? O serve poco? Va meditato per il futuro, sulla base delle risorse dell'Associazione, se altri servizi gratuiti o semigratuiti, aggiuntivi o sostitutivi, meritino di essere forniti ai soci: in tema di formazione, per esempio, o come supporto alla ricerca. È un argomento cui l'Assemblea dei soci del 2003 non può sfuggire. Per questo qualche preliminare informazione economica non sembra fuori luogo. Il bilancio preventivo per il 2003 prevede che, a fine anno, i 6 numeri di *Quacp* costeranno all'ACP circa 30.000 euro. Oggi la pubblicità copre, infatti, solo parte delle spese di produzione della rivista: il 52%. Una copia di *Quaderni* costa circa 1.87 euro. Di questi, 0.97 sono coperti dalla pubblicità. Il costo per pagina della rivista è, per l'ACP, di 0.021 euro. Per confronto si valuti che il costo di abbonamento di *Occhio Clinico Pediatria*

è di 0.069 euro e quello di *Medico e Bambino* di 0.060 euro per pagina. La differenza di costo, fra noi e gli altri, deriva naturalmente dal fatto che *Quacp* è fatto, nella parte editoriale e grafica, in maniera volontaristica e l'editore non vuole trarre guadagno dall'impresa: della rivista si pagano solo la stampa, la spedizione e l'editing.

Tornando ai rapporti fra ACP, lettori e *Quacp*, ci sono state due indagini sul gradimento. La seconda è in corso, ma, dai primi risultati, abbiamo l'impressione che abbiano compilato il questionario prevalentemente gli amici che ci seguono più da vicino e che "ci vogliono bene". Corriamo, dunque, il rischio di verificare una "sindrome di Stoccolma".

Sicuramente non si è realizzata l'ipotesi dalla quale si era partiti e che molti hanno richiamato nelle pagine precedenti: una rivista di pari scritta in ACP da pari per i pari. Una discreta parte dei nostri articoli sono richiesti a collaboratori esterni, subiscono una revisione editoriale all'interno o all'esterno del Comitato Editoriale (che talora ai soci dell'ACP dispiace e qualcuno si risente dei giudizi dei revisori; lo diciamo qui amichevolmente: è un atteggiamento provinciale).

Questa ricerca obbligata di contributi esterni può, alla fine, rendere meno "parochial" la rivista, ma specialmente per la parte di *Ausili didattici* e per la *Ricerca* a noi del Comitato Editoriale pesa un po'. Mentre siamo molto orgogliosi di avere dato voce a due documenti fondamentali nati in casa: quello dell'ACP del 1999 sui servizi sanitari e il Rapporto del CSB sulla salute del bambino del 2003. Noi speriamo fortemente che dal Congresso di Varese ci vengano indicazioni, suggerimenti, proposte per i prossimi 10 anni, se si vorrà che ci siano. Per i quali il Comitato Editoriale e il Direttore saranno lieti di cedere ad altri, più freschi, il loro posto. Il direttore anche per evidenti motivi anagrafici.

Giancarlo Biasini

Per corrispondenza: gcbias@tin.it

Questo "Speciale" è stato curato da Paolo Siani cui va il ringraziamento del Comitato Editoriale

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

<http://www.salutedelbambino.it>

La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate

Francesco Ciotti

Responsabile del Programma materno-infantile, AUSL di Cesena

Introduzione

La definizione di iperattività o ipercinesia non è facile. I codici diagnostici internazionali più importanti, l'ICD 10 e il DSM IV, aggiornano periodicamente i criteri diagnostici a seconda dei nuovi dati, di cui entriamo in possesso col procedere della ricerca scientifica. Il punto fondamentale per l'ICD 10 è la presenza di aspetti di inattenzione, iperattività e impulsività spiccatamente superiori alla media dei compagni, relativamente a quello che è lo standard in un gruppo medio di coetanei, in più di un contesto di vita (ad esempio sia a casa che a scuola), tali da causare una compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

Il problema essenziale nella definizione di questa condizione diventa quindi quale è lo standard accettabile per quell'età di attenzione, attività e impulsività. Questo standard non ha uno strumento di misura oggettivo, ma viene al momento affidato alla valutazione soggettiva dell'adulto, genitore o insegnante o educatore, valutazione o impressiva o mediante questionario. Lambert e collaboratori (1), in base a una revisione della letteratura sull'uso dei questionari nella diagnosi di ipercinesia, riporta frequenze

variabili dal 13% all'1% e con una bassa concordanza non solo tra genitore e insegnante ma anche tra un genitore e l'altro. Note sono anche le grandi differenze di incidenza che si trovano tra ricerche nordamericane, con frequenze vicine al 10%, e ricerche europee con frequenze tra 1% e 2%, forse per la diversa tolleranza culturale ed educativa verso l'ipercinesia infantile.

Scarsi sono gli studi epidemiologici in Italia e spesso condotti su popolazioni selezionate. Recentemente uno studio di Corbo e collaboratori (2), condotto su 794 bambini di età superiore ai 6 anni, ha mostrato una prevalenza dell'1,7%, mentre uno studio di Besoli e collaboratori (3), condotto su 64.800 bambini di 0-14 anni, ha mostrato una prevalenza dello 0,43%. Al di là dei questionari non standardizzati usati da tutti i pediatri di base, la differenza può derivare dal fatto che, sotto i 7 anni, cioè prima della scuola dell'obbligo, la sindrome ipercinetica è difficilmente diagnosticabile, in quanto nella scuola materna il bambino ipercinetico non va incontro a disagio scolastico, eccetto che nelle forme molto severe, come invece succede nella scuola dell'obbligo che richiede precise regole di apprendimento e di comportamento.

Metodo

Nel territorio della AUSL di Cesena, il servizio di Neuropsichiatria Infantile è il solo collettore dei bambini inviati per problemi di apprendimento o di comportamento da scuola, famiglia, medici di base. A fine febbraio 2003 abbiamo chiesto al nostro archivio informatico quanti alunni della scuola dell'obbligo, dai 7 ai 14 anni, dalla 1° elementare alla 3° media inferiore, erano seguiti dal servizio con una diagnosi, in ICD 10, di sindrome ipercinetica. Di questi bambini/ragazzi abbiamo chiesto il sesso, l'inviante al servizio, le eventuali altre diagnosi sui 5 assi diagnostici dell'ICD 10 (*tabella 1*). In teoria, infatti, ogni bambino con diagnosi di sindrome ipercinetica può ricevere una o più diagnosi di comorbidità su tutti e 5 gli assi diagnostici che compongono il sistema di classificazione ICD 10.

Risultati

Gli alunni seguiti dal nostro servizio per sindrome ipercinetica sono risultati 131, cioè l'1,1% di tutta la popolazione residente tra 7 e 14 anni, pari a 11.980 cittadini (*tabella 2*). I maschi sono 99 e le femmine 32, con un rapporto 3:1. Ogni classe di età dai 7 ai 14 anni è rappresentata in maniera molto uniforme:

TABELLA 1: ASSI DIAGNOSTICI DELL'ICD 10

Asse I	Disturbi e sindromi cliniche (es. disturbi comportamentali, disturbi emozionali, disturbi psicosomatici) Disturbi di personalità dell'adolescente (es. disturbo antisociale)
Asse II	Disturbi di sviluppo (es. disturbo di linguaggio, disturbo di apprendimento)
Asse III	Ritardo mentale
Asse IV	Condizioni mediche organiche (es. sindrome di Down)
Asse V	Problemi psicosociali (es. genitori separati)

TABELLA 2: SOGGETTI CON SINDROME IPERCINETICA

Età (anni)	7	8	9	10	11	12	13	14	Tot.
maschi	10	8	15	9	16	13	13	15	99
femmine	3	5	4	5	9	3	7	3	32
disturbo emozion.	1	4	2	2	5	1	3	3	21
disturbo linguaggio apprendimento	5	5	8	8	9	7	12	8	62
malattia organica	1	2	0	2	2	1	2	0	10
situazione psico soc.	9	5	7	11	12	8	9	9	70

Per corrispondenza:
 Francesco Ciotti
 e-mail: fciotti@ausl-cesena.emr.it

Abstract

Objectives: to define the dimensions of the problem.

Methods: an investigation of the database referring to the Child Neuropsychiatric Public Health service in Cesena.

Results: over a population of 11.980 citizens aged between 7 and 14 years, 131 hyperactive children were identified. Only 17 children (13%) had a pure hyperactive syndrome. In about half of the cases described the hyperactive syndrome was associated to specific language disorders, in the remaining half to individual or family psychological stress.

Conclusions: the prevalence of "pure" hyperactive syndrome (ADHD) is about 0.14%. The prevalence of ADHD in the general population is 1.1%.

Francesco Ciotti. Hyperactive students in the Cesena area (Emilia Romagna)
Quaderni acp 2003 vol. X n° 4; 18-20

13 bambini per i 7 e 8 anni, 14 per i 10 anni, 16 ragazzi per i 12 anni, 18 per gli 11 e 14 anni, 19 per i 9 anni, 20 per i 13 anni.

La scuola è l'agenzia che invia maggiormente: il 31% dei casi. La famiglia ne invia il 26%; il pediatra di base il 22%; il servizio sociale il 14% (percentuale significativamente alta rispetto ad altra patologia). Il restante 7% ha altre provenienze. La comorbidità (9) più alta risulta essere quella con le diagnosi effettuate nell'asse II dei disturbi specifici di sviluppo, cioè con i disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento, che figurano nel 47% di tutti i bambini/ragazzi: precisamente in 62 dei 131 alunni (*tabella 1*).

Più rara invece risulta la comorbidità con le diagnosi effettuate nell'asse I dei disturbi emozionali a esordio caratteristico nell'infanzia, effettuata nel 16% dei bambini/ragazzi: 11 disturbi d'ansia, 10 disturbi psicosomatici.

In 10 casi invece, pari all'8%, la diagnosi di ipercinesia è risultata secondaria a una condizione organica diagnosticata negli assi III e IV e precisamente: 3 casi di sordità, 2 di disturbo visivo grave, 2 sindromi disgenetiche, 1 paralisi cerebrale infantile, 1 epilessia, 1 ritardo mentale. Rilevante il fatto che la metà dei sordi di età 7-14 anni e noti al servizio si presenta ipercinetica. Infine 70 soggetti su 131, pari al 53%, presentano situazioni psicosociali anomale presenti nei sei mesi precedenti la data della diagnosi di sindrome ipercinetica. Le situazioni rilevate, secondo la classificazione dell'ICD 10, sono in ordine decrescente:

- vigilanza dei genitori inadeguata/trascuratezza: 21%;
- situazioni traumatiche (emigrazione, discriminazione, esperienze personali spaventose, istituzionalizzazione): 18%;
- situazioni genitoriali anomale (genitore singolo, genitori adottivi, affido): 18%;
- disturbo mentale, handicap o devianza di un genitore: 10,5%;
- discordie in famiglia tra adulti (percosse, litigi, insulti): 8,5%;
- privazione esperienziale (isolamento, povertà di stimoli): 4,5%;

- perdita di una relazione d'amore (morte, separazione di genitore, fratello): 3%;
- genitori iperprotettivi: 3%;
- genitori che fanno pressione al successo: 3%;
- abuso fisico o sessuale: 2%.

Ne risulta che i bambini con diagnosi di sindrome ipercinetica pura, ovvero senza altre diagnosi sugli altri assi, sono 17, tutti maschi e pari al 13% dei soggetti ipercinetici e allo 0,14% della popolazione di riferimento.

Discussione

La percentuale di alunni ipercinetici del nostro territorio è molto vicina all'1-2%, rilevata da altri Autori europei, come pure il rapporto maschi/femmine.

Il dato più interessante è che si presta alle maggiori riflessioni, tuttavia, è a nostro avviso quello che deriva dalle comorbidità con gli altri assi diagnostici, che sembra dimostrare che la sindrome ipercinetica, di per sé di difficile definizione diagnostica, sia veramente un quadro sindromico, espressione di meccanismi eziopatogenetici tra loro molto eterogenei e solo in parte noti. La sindrome ipercinetica pura, e che forse non a caso nella nostra casistica si manifesta solo nel sesso maschile, è probabilmente quella che ha un maggior substrato neurobiologico.

Vi è poi una sindrome ipercinetica secondaria a condizioni organiche, tra le quali spiccano per frequenza relativa i disturbi sensoriali uditivi e visivi. È possibile che in questo caso iperattività e impulsività derivino da una privazione sensoriale che rende difficile il controllo e la relazione con l'ambiente. È esperienza comune osservare come i sordi, qualora non trovino dei canali di comunicazione soddisfacenti nei diversi contesti di vita, diventino ipercinetici e anche oppositivi-provocatori. Difficile stabilire invece delle relazioni di causa-effetto tra sindrome ipercinetica e difficoltà di linguaggio e apprendimento. Questa associazione è descritta come frequente da numerosi Autori (4). Difficile pensare che queste due condizioni derivino da una stessa condizione neurobiologica, dato che secondo gli studiosi l'area cerebrale implicata nella

disfasia-dislessia è l'area temporale o occipitale, mentre quella implicata nella sindrome ipercinetica sarebbe costituita da corteccia prefrontale e gangli della base. Si può ipotizzare ragionevolmente che le difficoltà di attenzione e la mancanza di stabilità a scuola possano determinare un ritardo delle acquisizioni scolari. Tuttavia, almeno nel nostro campione, la maggior parte dei bambini ha sofferto di un disturbo di linguaggio (38 casi contro 24 disturbi di apprendimento) che esordisce nei primi anni di vita, ossia quando l'iperattività non è quasi mai diagnosticata. Perciò un'ipotesi altrettanto ragionevole potrebbe essere inversa, ossia che le difficoltà di comunicazione del bambino piccolo, in maniera analoga a quella che succede nel sordo, inducono in lui una risposta disadattativa, ovvero iperattività e impulsività.

Infine, sono di grande interesse le associazioni riscontrate con le situazioni psicosociali anomale. Da tempo Van Gooor-Lambo e collaboratori (5) hanno segnalato la trascuratezza, la privazione esperienziale e l'abuso specie fisico come le situazioni psicosociali più frequentemente associate ai disturbi ipercinetici, oppositivi-provocatori e della condotta. La stessa teoria dell'attaccamento prevede l'iperattività come l'esito più comune di un attaccamento evitante a una madre trascurante e ritirata. Nella nostra casistica un confronto delle situazioni psicosociali anomale rilevate nelle sindromi ipercinetiche, da un lato, e nelle sindromi ansiose e psicosomatiche dall'altro lato rivela che negli ipercinetici vi è una incidenza significativamente più alta di 5 condizioni: vigilanza dei genitori inadeguata/trascuratezza, privazione esperienziale, disturbo mentale/devianza di un genitore, situazioni traumatiche, abuso. Pertanto, in un bambino iperattivo e impulsivo, dobbiamo sempre escludere che la sua iperattività sia secondaria, da un lato, all'isolamento e alla solitudine del bambino e dall'altro a eventi traumatici, anche spaventosi, subiti.

Il ragionamento diagnostico differenziale deve precedere ogni intervento. A rigore di logica un eventuale intervento psicofarmacologico potrebbe essere giustificato solo nelle sindromi pure, che abbiamo

visto essere molto rare. In ogni caso, nel nostro servizio, non si pratica alcun intervento psicofarmacologico. In effetti i soli psicofarmaci efficaci sono gli amfetamino-simili che non sono attualmente in commercio. In una ricerca precedente (6), non pubblicata, su 13 bambini ipercinetici presentatisi nei primi mesi del 1996, gli interventi praticati dal nostro servizio sono stati in 10 casi un counseling familiare, in 1 caso una psicoterapia familiare, in 7 casi una psicoterapia individuale, in 6 casi un intervento di consulenza a scuola alle insegnanti, in 6 casi l'intervento era misto, ossia comprendeva più di uno degli interventi precedenti. I migliori risultati a distanza di 6 mesi, valutati con la scala Rutter (7) (tabella 3) dai genitori e con la scala HONOSCA (acronimo da *Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*) (8) (tabella 4) dall'operatore, si avevano con gli interventi misti, ossia che agivano nei vari contesti di vita del bambino: la casa, la scuola, il tempo libero.

Bibliografia essenziale e note

- (1). Lambert NM, Sandoval J, Sassone D. Prevalence of hyperactivity in elementary school-children as a function of social system definers. *Am J Orthopsychiatr* 1978;48:46
- (2). Corbo S, Marolla F, Sarno V, Torrioli MG, Vernacotola S. Prevalenza dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività: una ricerca sul campo, in *pediatria di famiglia, a Roma*. Medico e Bambino 2002;9,pag.elettroniche
- (3). Besoli G, Venier D. Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di libera scelta del Friuli-Venezia-Giulia. *In stampa*
- (4). Gallucci F. Il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività. *Prospettive in Pediatria* 1999;114:121
- (5). Van Goor-Lambo G, Orley J, Poutska F, Rutter M. Abnormal psychosocial situation: preliminary results of a WHO and a German multicenter study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1994;3:229
- (6). Scoptoni M, Battacchi W. Analisi qualitativa dei percorsi terapeutici di un gruppo di minori con disturbi psicologici all'interno di un servizio pubblico territoriale. *a.ac 1996/97, Tesi di laurea*
- (7). Rutter M. Use and development of the Rutter parent's and teacher's Scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995;5:151
- (8). Harrington R. Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. *Manoscritto non pubblicato*
- (9). Il sistema ICD 10 prevede che nei vari assi di cui alla tabella 1 si classificano sempre le stesse patologie. Quando una patologia è associata ad altra su un altro asse si parla di comorbidità.

TABELLA 3: SCALA RUTTER PER I GENITORI

È molto agitato, fatica a stare seduto	0	1	2
È un bambino irrequieto, collerico	0	1	2
Spesso distrugge le cose proprie e altrui	0	1	2
Litiga spesso con altri bambini	0	1	2
Non è amato dagli altri bambini	0	1	2
È preoccupato da molte cose	0	1	2
Tende a stare da solo, a isolarsi	0	1	2
È facilmente irritabile	0	1	2
È spesso triste, depresso, infelice	0	1	2
Ha tic o altre stereotipie motorie	0	1	2
Si succhia il dito	0	1	2
Si mangia le unghie	0	1	2
È disobbediente	0	1	2
Non si applica a qualcosa per più di qualche momento	0	1	2
Si trova a disagio di fronte a situazioni nuove	0	1	2
Bambino cerimonioso o molto meticoloso	0	1	2
Dice bugie	0	1	2
Mena o aggredisce altri bambini	0	1	2

LISTA DEI COMPORTAMENTI: MAI= 0; TALVOLTA= 1; SPESSO= 2

Un punteggio totale superiore ai 14 punti è indicatore di disturbi comportamentali.

TABELLA 4: SCALA HONOSCA DI R. HARRINGTON PER GLI OPERATORI

1. Problemi di comportamento aggressivo, antisociale, oppositivo (es. aggressione fisica o verbale, vandalismi, furto, truffa, abuso sessuale, per i bambini opposizione all'autorità, sfida, menzogne continue)
2. Problemi di iperattività e deficit dell'attenzione (es. iperattività, agitazione, inattenzione, eccitazione)
3. Autoaggressioni non accidentale (es. colpirsi, tagliarsi, tentativo di suicidio)
4. Problemi di abuso di alcol e droghe
5. Problemi di compitazione linguistica, scolastica (es. problemi di lettura, scrittura, calcolo, linguaggio)
6. Malattia fisica o disabilità (es. disturbo motorio, visivo, uditivo)
7. Problemi di sintomi emozionali (es. paure, fobie, ansia, depressione, ossessioni, compulsioni)
8. Problemi di sintomi somatici non organici (es. disturbi degli sfinteri, del sonno, gastrointestinali, cardiovascolari)
9. Altri problemi mentali-comportamentali non compresi nei precedenti (es. disturbi sessuali, deliri, allucinazioni)
10. Problemi di relazione con i pari (es. ritiro dalle relazioni sociali e incapacità a costruire relazioni sociali soddisfacenti)
11. Problemi della vita quotidiana (es. relativi al mangiare, lavarsi, vestirsi, allo spostarsi, all'uso del denaro)
12. Problemi dell'ambito familiare (es. conflitti genitoriali, genitori abusanti o trascuranti, rivalità tra fratelli, handicap di un genitore)
13. Assenze da scuola

Si valuta separatamente ciascuna scala dalla n. 1 alla n.13.

0= Non problemi; 1= Problema lieve e mal definibile; 2= Problema moderato ma ben definito; 3= Problema severo; 4= Problema grave

XV Congresso ACP

La relazione del Presidente (note preparatorie)

Nicola D'Andrea: Presidente ACP

La pubblicazione di alcune note preparatorie della relazione al Congresso Nazionale di Varese ha maggiore significato se stimola commenti e riflessioni, che mi auguro numerosi e che possano diventare parte integrante della relazione.

La salute del bambino in Italia. Il rapporto redatto dal CSB, illustrato al Congresso di Roma e pubblicato sui primi 2 numeri di *Quaderni acp* di quest'anno, ha affrontato le criticità della salute del bambino e dell'adolescente ed è il punto di riferimento per priorità e piani operativi. La diffusione e la discussione di questo lavoro meritano un impegno più partecipato della comunità pediatrica, al di là delle società e/o sigle di appartenenza, quale base anche per un'adeguata e unitaria rappresentanza della pediatria in Italia. Persistono disparità fra regioni (l'epidemia di morbillo al Sud, con morti ed esiti molto invalidanti ne è triste esempio), fra gruppi sociali con diverse possibilità di accesso ai servizi (a fine maggio l'ACP, in collaborazione con la Regione Campania, il Comune di Napoli e altri enti pubblici, ha riproposto la discussione sui programmi integrati di sostegno precoce ai bambini e alle loro famiglie). L'attenzione e l'operatività dell'ACP, nell'organizzazione delle attività dei gruppi locali, devono focalizzarsi sulle priorità emerse: obesità e problematiche inerenti alla salute mentale, che interessano fino al 16% dei preadolescenti.

Il numero dei pediatri. Nei prossimi anni (10-15) si prevede che il numero dei pediatri sarà fortemente carente: ne potrebbero mancare circa 3000. Ne risentirebbe l'assistenza sia in ospedale che sul territorio. Sarebbe opportuno fare una riflessione più sistematica ed elaborare delle indicazioni per evitare un vuoto assistenziale per le famiglie italiane.

La formazione. Dal punto di vista organizzativo centrale (ministeriale) il programma ECM continua a non essere soddisfacente e sono in fieri modifiche (autoaccreditamento dei provider, necessità di spazi multimediali propri, nessun percorso formativo per i referee), presentate a Cernobbio, "a dir poco sconfortanti". Non sempre soddisfacenti sono alcuni eventi che portano l'egida ACP, registrati dai gruppi locali, dal momento che è stato disatteso l'orientamento suggerito nel dicembre 2000 in una lettera ai responsabili dei gruppi (... "I responsabili dei gruppi per poter ottenere l'accreditamento delle manifestazioni da loro progettate devono inviare i progetti di formazione al gruppo di lavoro per l'accreditamento che esaminerà la richiesta, consiglierà, se necessario, le opportune modifiche e, se la riterrà adeguata, richiederà direttamente l'accreditamento al Ministero senza che il gruppo locale debba effettuare questa operazione. Questo percorso sembra essere quello più adatto alla struttura organizzativa dell'ACP e il più corretto per salvaguardare la qualità e l'omogeneità delle proposte di formazione che vengono presentate dai vari gruppi e la loro aderenza agli standard definiti dal documento sulla formazione") e ribadito nel febbraio scorso. Ciò ha comportato spesso il sovrapporsi di eventi, con valenza nazionale, non favorendo una razionalizzazione degli incontri.

La ricerca. Il successo del corso di formazione del CSB per "referenti" dei gruppi locali, svoltosi a Trieste, non ha prodotto fino a oggi altri progetti di ricerca, neppure nell'ambito della ricerca della sperimentazione dei farmaci, ad eccezione della bozza sull'ADHD. È stata ipotizzata la "spendibilità" presso le Regioni e/o Aziende Sanitarie del pacchetto formativo elaborato nel primo corso, da poter offrire nelle realtà locali. Resta peraltro acclarato che le ricerche dovrebbero avere un respiro policentrico. Un aspetto un po' particolare della ricerca è il lavoro "commissionato" dall'ACP, coordinato da Ravaglia di Torino, sul protocollo dell'uso dell'ormone della crescita: dopo l'approfondimento e la discussione sull'argomento al Congresso di Roma, un gruppo di endocrinologi pediatri si è riunito più volte e ha elaborato una *consensus*, che può fare da traccia per riformulare le direttive ministeriali a proposito della terapia con GH. Nell'ambito della pediatria ospedaliera è stata avviata dal 15 gennaio, con la partecipazione di 20 Unità Operative di Pediatria, dislocate sul territorio nazionale, utilizzando la via telematica, la ricerca sull'appropriatezza dei ricoveri utilizzando il questionario PRUO pediatrico: la

ricerca si concluderà il 15 dicembre. L'obiettivo dello studio non è limitato alla rilevazione della percentuale dei ricoveri appropriati, ma alla elaborazione di indicatori per la valutazione della "qualità" del ricovero in pediatria.

L'assistenza infermieristica. Esaurita la formazione di vigilatrici d'infanzia, dopo un periodo di assenza di formazione specifica per la pediatria (con un apparente orientamento a fare della pediatria una specializzazione post-corso infermieri), riprende l'organizzazione di diplomi universitari per infermieri pediatrici: è necessaria una riflessione a più voci sui contenuti e sulle modalità della formazione infermieristica pediatrica, alla luce delle priorità assistenziali e dei cambiamenti di scenari delle patologie dell'infanzia. L'ACP organizza a tale scopo (il 9 ottobre, in occasione del Congresso Nazionale) una giornata di studio; il direttivo, nella riunione dell'8 marzo, ha accolto la proposta di aprire alle professioni infermieristiche l'iscrizione all'associazione.

Accordo ACP-Istituto de "Gli Innocenti". Nel protocollo d'intesa con l'Istituto di Firenze si individuava per l'anno 2002 la messa a punto di una ricerca prospettica sulle caratteristiche della popolazione pediatrica e delle rispettive famiglie (arruolando un numero di pediatri significativi della realtà nazionale), raccogliendo dati sull'accesso (quantitativo/qualitativo) ai servizi pediatrici. In settembre-ottobre è prevista una fase pilota nella regione Toscana, per poter poi estendere l'indagine a partire da gennaio 2004.

Le riviste. Di *Quaderni acp* se ne è parlato, discusso (forse non abbastanza), ma ne riferirà ampiamente Biasini. *Un pediatra per amico* è fatto "in collaborazione con l'ACP": così è nata la rivista e così è a tutt'oggi. Per la sua specificità è allo stesso tempo portavoce e palestra degli obiettivi dell'associazione: stabilire un rapporto costruttivo tra le diverse agenzie di educazione e di cura, disponibilità all'interscambio sui bisogni del bambino e della famiglia. È un'opportunità da sviluppare, una risorsa da valorizzare, un'occasione di confronto. L'appoggio formalizzato dell'ACP dovrebbe realizzarsi in una più fattiva collaborazione. Dopo averne discusso. Facciamolo.

Nati per Leggere. L'impegno profuso dal Centro per la Salute del Bambino (CSB) nel promuovere l'iniziativa ha avuto una ricaduta eccezionale nel numero e nell'ottima qualità di realizzazioni locali del progetto. I gruppi dell'ACP hanno assunto con passione in quasi tutte le regioni d'Italia la promozione di *Nati per Leggere*, attivando in numerose situazioni altri soggetti dedicati all'infanzia.

L'ACP. L'assemblea di Roma era stata unanimemente concorde sull'attivazione di processi di "professionalizzazione" all'interno dell'ACP e, nel direttivo che aveva fatto seguito, si erano distribuiti alcuni compiti, tra cui anche quello di sondare possibilità di finanziamenti, condizione indispensabile per superare "la buona volontà". Questo sforzo non è riuscito e stiamo ancora a contare sull'impegno dei singoli.

L'associazione, vitale in virtù della vivacità dei gruppi, può ripensare a un cambiamento, a una ristrutturazione organizzativa, per poter valorizzare in maniera più efficace l'apporto dei gruppi. Alcuni anni fa, un cattedratico di pediatria, neanche a noi vicino, definì l'ACP "lievito" della pediatria italiana. Per restare tale, dobbiamo proiettare lo sguardo in avanti e assumerci la responsabilità di portare a compimento gli obiettivi impegnativi che ci siamo dati. Non possiamo immaginare di guidare, da soli, un processo di rinnovamento della pediatria italiana, né abbiamo certo l'ambizione, velleitaria se non ridicola, di dare una risposta a tutti i problemi a essa connessi, ma abbiamo il background e l'entusiasmo per rappresentare le istanze ideali, gli interessi culturali e professionali della pediatria e le esigenze della popolazione di riferimento del nostro lavoro quotidiano. L'ACP in passato ha promosso iniziative di *advocacy* ("azioni per produrre cambiamenti in favore dei bambini"), ma per poter conseguire risultati significativi, nell'operatività è necessario che puntualizziamo e verifichiamo competenze, risorse e organizzazione.

Candidati 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 e sono stampati a pagina 25-26.

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 Pediatria 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

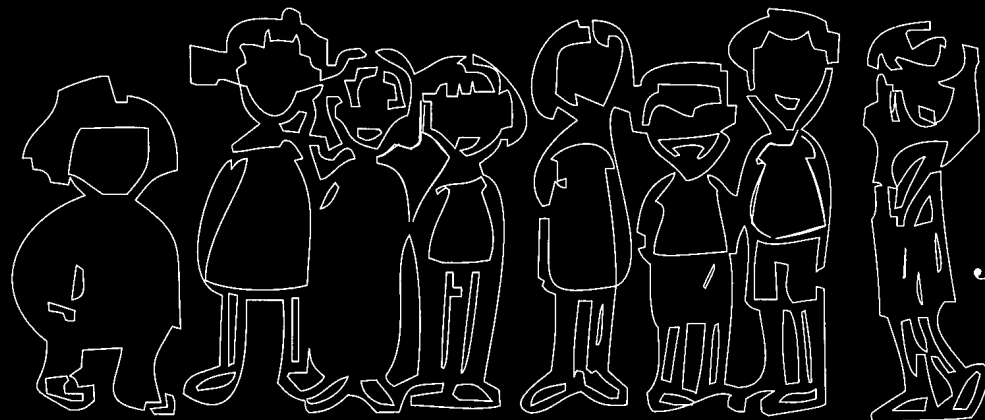
Medico pediatra, iscritta all'ACP Nazionale, membro del gruppo ACP Roma Nord-Ovest dal 1995 e del Direttivo dello stesso gruppo dal 2000. Dal 2002 fa parte del Direttivo ACP Lazio. Laureata in Medicina e Chirurgia nel 1980 e specializzata in Pediatria nel 1984 col massimo dei voti (U.C.S.C. Roma-Policlinico 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.

Curricula a cura dei candidati



*ricerca
attività editoria
formazione
politica sanitaria
aggiornamenti*

Quaderni ACP è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3.000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5.500 copie; 2.500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP. Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8.000 pediatri.

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione costituita a Milano il 5 settembre 1974 che raccoglie 3.000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri italiani con una prevalenza dei pediatri di famiglia (circa 65%) ed il resto di pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente non profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

Svolge attività editoriale, di formazione, di ricerca e di supporto e contribuisce ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini ed istituzioni.

Attualmente ne è presidente il dott. Giorgio Tamburlini dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofalo" di Trieste.

Attività editoriale

Nel 1974 ha fondato la "Rivista italiana di pediatria" che ha successivamente ceduto, simbolicamente per una lira, alla Società italiana di pediatria che tuttora la pubblica. Ha poi pubblicato "Novità in pediatria" e la rivista "Crescita" uscite per tre anni.

L'ACP contribuisce alla pubblicazione di "Medico e Bambino" che, pur non essendo di proprietà dell'ACP, è curato da un gruppo di pediatri dell'ACP. Ha pubblicato dal 1990 il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni ACP".

La rivista si compone di due sezioni. La prima sezione (le prime 36 pagine) pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda sezione pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività ambulatoriale; si tratta di linee guida, di materiali che hanno come scopo di aiutare le famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie. Pubblica altresì strumenti didattici per aiutare il pediatra ad affrontare i casi clinici che gli capitano e a leggere la letteratura scientifica.

Formazione ed aggiornamento

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare), che a quella personale (saper essere), che a quella manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane.

L'ACP è iscritta all'albo della formazione professionale presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

L'ACP ha proposto un sistema di accreditamento per le proprie attività formative.

Ricerca

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti.

L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

La pagina Web dell'ACP

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di Quaderni acp che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito www.acp.it. La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e fra i gruppi: l'impegno dell'ACP per l'autoregolamentazione nei rapporti con l'industria (che trovate sul Web) è stato discusso in via telematica. Sul Web è a disposizione per i soci materiale sull'abuso e sul maltrattamento ed altri documenti associativi come il documento ACP sui servizi sanitari. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni, ecc.

I programmi dei candidati alla Presidenza dell'ACP

Michele Gangemi: Pediatra di famiglia, Verona

Introduzione. L'ACP si è sempre caratterizzata nel promuovere una visione *complessiva* della salute del bambino. Più di ogni altra organizzazione pediatrica si è impegnata a creare un ponte tra pediatria e società civile, spostando l'attenzione dalla sanità alla salute globale dell'infanzia. A questo proposito possiamo citare i progetti: Nati per leggere, Abuso, Sostegno alla genitorialità. L'ACP è il luogo ideale per il pensiero e l'azione rispetto a queste tematiche perché coinvolge tutte le figure pediatriche nell'ottica di una dialettica interna ed esterna. Quando si parla di mondo pediatrico non sfuggerà l'importanza di aprirsi in modo deciso agli altri operatori in ambito pediatrico e in primis al personale infermieristico (vedi le ultime due edizioni del seminario denominato Sirmione, che hanno proposto il confronto ospedale-territorio in tutta la sua complessità e con tutti gli attori coinvolti). Dopo questa necessaria premessa, vorrei concentrarmi sui problemi e sulle proposte alla ricerca di una soluzione. Analizzerei nell'ordine: formazione, ricerca, organizzazione e devoluzione, collaborazione con altri, organizzazione interna.

La formazione. In Italia la medicina scientifica e la medicina pratica purtroppo comunicano poco e male, e questa situazione ha fatto sì che l'EBM abbia trovato poca applicazione nella pratica e sia per lo più rimasta appannaggio degli esperti. L'ACP deve avere un ruolo centrale nella formazione in ambito pediatrico, ripensando le sue metodologie formative. Dovrà rappresentare uno stimolo per i gruppi locali a cimentarsi con la metodologia della EBM, tenendo anche conto delle vaste aree grigie per le quali si sta affermando la metodologia narrativa. Il disagio manifestatosi nell'ultima assemblea di Roma tra "centro" e "periferia" è degno della massima attenzione e rappresenta un nodo importante per il futuro dell'Associazione. Il Centro deve riuscire a far ricadere in periferia maggiormente le sue riflessioni e le sue iniziative; nel contempo i gruppi locali devono cercare di superare una logica autoreferenziale che li porta a chiudersi in se stessi.

Sullo sfondo della formazione vi è il problema dell'ECM. Nel documento varato a Cernobbio vengono dettate le regole dell'accreditamento dei provider e della Formazione a distanza (FAD). Il quadro appare piuttosto confuso, ma l'ACP dovrà accreditarsi come provider insieme al Centro per la Salute del bambino (CSB) nato per costituire uno strumento (Centro Studi/Centro Formazione) per la stessa ACP. Andrà posta però particolare attenzione alla formazione dello Specializzando: la valorizzazione di alcune esperienze in atto e la promozione di una rete in ambito universitario devono essere considerate una priorità. Nella formazione per tutti i soci va considerato il ruolo di *Quaderni acp*, la rivista dell'Associazione giunta al decennale. Mi sembra evidente la crescita della rivista che, attraverso una vera *peer-review*, non rappresenta solo uno strumento di informazione, ma di vera formazione a partenza da problemi quotidiani affrontati con rigore metodologico con una ricaduta nella pratica professionale.

La ricerca. Anche qui bisognerà essere attenti a migliorare lo scambio tra Centro e Periferia, facendo sì che i gruppi locali individuino nella Segreteria per la formazione la possibilità di consulenza su ipotesi di ricerca e di aiuto per lo sviluppo dei

progetti. La Pediatria di famiglia non ha finora colto la possibilità di promuovere studi in fase terza e quarta a partenza dai propri bisogni, ma questa occasione non deve essere sprecata.

La riorganizzazione della ricerca nell'area delle cure primarie in ambito ACP sta cercando, non senza difficoltà, di sviluppare ricerche sia a partenza dai gruppi locali che su iniziativa del Centro. In collaborazione col CSB è stato organizzato a Trieste il primo corso "Ricerca e Sperimentazione Clinica in Pediatria Ambulatoriale" per migliorare la capacità dei partecipanti nel valutare una proposta di ricerca e nel contribuire a promuoverne di nuove. A partenza da questo corso, offerto a tutti i rappresentanti dei gruppi locali, è in fase di elaborazione una proposta di ricerca nazionale.

Va ricordato che una delle fasi della formazione ACP era di apprendere facendo ricerca, ma questa fase è rimasta per lo più inapplicata. Per quanto riguarda la componente ospedaliera è in corso una ricerca sull'appropriatezza dei ricoveri che coinvolge circa 20 Centri.

Sarà di fondamentale importanza che i gruppi dell'ospedale e dell'area delle cure primarie si confrontino perché le ricadute delle ricerche non si limitino ai propri ambiti. Dal confronto con gli altri operatori del mondo dell'infanzia dovrebbero nascere ricerche integrate con particolare attenzione al campo della comunicazione-relazione.

Organizzazione dell'Associazione e devoluzione. I poteri dati alle regioni per effetto della devolution in ambito sanitario impongono, ancor più che in passato, una grande attenzione per i provvedimenti regionali nell'area materno-infantile.

Il ruolo dei gruppi locali e dei singoli operanti in una determinata regione sarà fondamentale per far ricadere i documenti e i progetti ACP.

Collaborazione con altri soggetti. La SIP e la FIMP rappresentano gli interlocutori privilegiati per la ricerca di sinergie, pur nel rispetto dei propri ruoli. Non possiamo peraltro dimenticare le Associazioni culturali e sindacati che operano nell'area delle cure primarie (vedi coinvolgimento ACP nell'organizzazione del Convegno internazionale WONCA 2006 incentrato sulle cure primarie). Sarebbe opportuno individuare una serie di priorità sulle quali confrontarsi per poter portare avanti una strategia comune.

Un primo esempio concreto potrebbe essere la creazione di un sito in comune dove i Pediatri possano reperire le novità in grado di cambiare la pratica, le linee guida condivise e gli studi di applicabilità delle stesse, come auspicato nell'editoriale di *Medico e Bambino* (1/2003). Dalla premessa risulta evidente che non ci si può limitare al confronto con le Associazioni Pediatriche, ma si debbono ricercare alleanze strategiche sia per quanto riguarda il mondo della scuola che le Associazioni di Genitori e il Volontariato.

Organizzazione interna. Sembra cruciale ripensare l'organizzazione interna che governi anche l'utilizzo delle risorse. Per questo ultimo problema la proposta è di destinare nel bilancio preventivo, e con verifica annuale o biennale, somme definite ad alcune voci ben identificate come progetti nazionali in campo di formazione, ricerca, stampa ecc.

Per la parte organizzativa si suggerisce:

- la costituzione di una segreteria per la presidenza che permetta di provvedere alle comunicazioni con i gruppi in tempi rapidi e con le istituzioni esterne;
- la costituzione di un gruppo di esperti, coordinati dalla Presidenza, che rifletta sulle metodologie di formazione e delinei le regole per il patrocinio ACP ai vari congressi;
- il rilancio della Segreteria della Ricerca che accomuni l'area delle cure primarie e l'area ospedaliero-universitaria.

Giuseppe Mazzagù: Universitario, Messina

Introduzione: la mia idea di ACP. Se dovessi esprimere in poche parole cosa sia (stata) per me l'ACP, la definirei come un momento fondamentale per una ri-formazione dei pediatri, mirata a bisogni di cure dei bambini scarsamente o per nulla considerati nel corso della formazione specialistica.

Quando ho rivolto la domanda "Cosa pensate che sia l'ACP" ad alcuni specializzandi, che di recente avevano partecipato a un evento formativo ACP, non hanno avuto dubbi sul fatto che l'aspetto caratterizzante dell'Associazione sia quello di occuparsi di problemi del bambino, ai quali difficilmente si pensa durante la formazione specialistica presso una Clinica Universitaria.

Ovviamente l'ACP non è solo questo e, sebbene ne faccia parte sin dai primi anni della sua costituzione, è molto probabile che, vivendo in un contesto universitario, la mia semplicistica definizione faccia torto alle intenzioni dei Soci fondatori e contrasti con l'idea che la gran parte dei Soci hanno dell'Associazione.

La formazione come obiettivo. Per gli stessi motivi potrà sembrare riduttivo un programma centrato essenzialmente sull'idea di caratterizzare i prossimi anni dell'ACP per influenzare la formazione dei pediatri, sin dalle scuole di specializzazione, ispirata alla cultura ACP.

Cercherò di spiegare perché ritengo opportuno che l'ACP avvii tale iniziativa, che potrà avere una ricaduta sulla formazione anche dei meno giovani, non disgiunta dalla promozione dell'attività di ricerca.

Se ripenso a Copanello, quello che contraddistingueva tali incontri era la scelta di argomenti tratti prevalentemente da problemi della pratica clinica, che la gran parte delle Scuole di specializzazione non preparava ad affrontare, e la straordinaria partecipazione attiva (oltre che numerosa) dell'uditorio, che gli aggiornamenti di tipo accademico non consentivano.

Mi ha sempre colpito, tuttavia, la relativa scarsa partecipazione dei Soci ai Congressi Nazionali ACP, laddove prevalentemente venissero trattati argomenti di politica sanitaria, concernenti problemi di salute e di bambini con malattia, piuttosto che le malattie. Se l'inadeguata formazione fornita dalle Scuole di specializzazione ad affrontare certi problemi comuni della pratica clinica è stata colmata dalla formazione continua post-specializzazione, si può ipotizzare che la preparazione per gli altri argomenti possa entrare nel bagaglio del pediatra (come auspi-

cato dalle persone più giovani che abbiano preso coscienza della loro esistenza) solo se inseriti precocemente nella formazione medica.

La ricerca di sinergie. A me sembra, pertanto, che l'ACP per contribuire alla formazione di un nuovo tipo di pediatra, oltre che promuovere l'adozione di contenuti e metodi già sperimentati nella formazione medica continua, debba preoccuparsi di diffondere un processo culturale che altrimenti rischia di essere solo oggetto di esercizio dialettico e filosofico di una parte elitaria dell'Associazione.

Come e con chi si dovrebbe avviare tale percorso?

Bisogna ricercare una sinergia con la SIP dopo avere distinto i rispettivi ruoli: "culturale" dell'ACP, per promuoverlo; "strutturale" della SIP, per implementarlo. Si tratta di riscrivere insieme gli obiettivi formativi e il core curriculum dei nuovi pediatri, prevedendo un percorso formativo che parta dai problemi del bambino non indotti da malattia per arrivare ai problemi che un pediatra, che non lavori in un contesto universitario, incontrerà nella pratica clinica.

La Evidence Based Medicine come pratica. Avviare precocemente (sin dal primo anno) dei metodi per una corretta pratica della Medicina Evidence Based (EBM) e, d'altra parte, diffondere sempre più tali metodi tra i pediatri già da tempo formati (gli Scenari clinici di *Quaderni* sono un esempio di come l'EBM sia un metodo di lavoro quotidiano e rappresentano una bozza di Manuale di Pediatria Evidence Based da completare e adottare) dovrebbero essere le condizioni per avviare stabilmente e diffusamente la frequenza degli Specializzandi in setting diversi da quello universitario, nei quali il metodo di lavoro, perché sia formativo, deve essere comune e valido.

La ricerca come verifica della formazione. Tale iniziativa relativa alla formazione dovrebbe andare di pari passo con la promozione della ricerca. Questa dovrebbe avere un duplice obiettivo:

- la ricerca nelle cure primarie, che in accordo con la discussione recente su *Lancet* non è una causa persa, rappresentando le cure primarie il contesto giusto per fornire risposte a problemi aperti di ampio respiro;
- la ricerca come verifica della ricaduta della formazione permanente della quale dobbiamo sforzarci di misurare la qualità.

Conclusioni. Sintetizzando, i prossimi obiettivi che, a mio avviso, l'ACP dovrebbe perseguire sono:

- Promozione della formazione di "un nuovo pediatra", contribuendo a disegnare un core curriculum che includa i bisogni inevasi del bambino; tale iniziativa potrà avere anche una ricaduta sulla (ri)formazione continua dei pediatri meno giovani;
- Instaurazione di nuovi rapporti con la SIP, basati sulla distinzione dei ruoli che devono diventare sinergici;
- Ulteriore spinta alla ricerca sia nelle cure primarie che come strumento essenziale per rafforzare e verificare la ricaduta della formazione continua pediatrica.

ADHD: problema sempre attuale

Carlo Calzone

Neuropsichiatra infantile, AUSL Matera

Abstract

Two books on attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) for Italian paediatricians are reviewed; evidence of the fact that the syndrome still stirs up the interest of general practitioners.

Carlo Calzone. ADHD: an always present problem
Quaderni acp 2003 vol. X n° 4; 27

Su questo numero è pubblicato un altro articolo sulla sindrome del deficit di attenzione con iperattività: la ricerca di Ciotti. Nel numero scorso c'erano la lettura di Diller e una interessante ricerca condotta in Friuli-Venezia Giulia sulle conoscenze dei pediatri. Questo testimonia il forte interesse per questa problematica che è testimoniato anche dalla pubblicazione di alcuni libri dedicati ai pediatri.

Il bambino iperattivo e disattento è il titolo dell'agile volume già recensito su *Quaderni acp*, pubblicato nella collana self-help della casa editrice Franco Angeli, a cura di un gruppo di pediatri romani, Serenella Corbo, Federico Marolla e Vittoria Sarno, in collaborazione con Maria Grazia Torrioli e Silvia Vernacotola della Catetra di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. In modo semplice vengono affrontati la definizione del disturbo, le sue possibili cause, l'interazione del bambino con la scuola, la famiglia, il ruolo del pediatra e dei servizi neuropsichiatrici nel riconoscimento e nella gestione del problema e infine i possibili interventi terapeutici.

Ci occupiamo oggi del **Manuale per la diagnosi e la terapia dell'ADHD** di Vincenzo Nuzzo, Giuseppe De Nicola Editore; è dichiaratamente rivolto ai pediatri pratici. Nella prefazione l'autore afferma infatti che: "Lo scopo finale e specifico di questo manuale è di permettere ai pediatri operanti a livello territoriale di raggiungere un sufficiente grado di abilità nella gestione diagnostico-terapeutica dell'ADHD."

Il libro espone in modo approfondito i recenti contributi delle neuroscienze alla comprensione dell'eziopatogenesi del disturbo e fornisce utili strumenti pratici per il percorso diagnostico e terapeutico, grazie anche alla ricca sezione di allegati. L'uso nel titolo dell'acronimo anglosassone ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) e l'affermazione in apertura del volume che si tratta di un "disturbo del

comportamento di natura essenzialmente biologica" fanno comprendere che il lavoro si colloca nel filone della psichiatria di impostazione biologica, approccio in questo momento prevalente in Nord America e in Germania ai disturbi psichiatrici.

La drammatica assenza di risposte al problema in molte aree del nostro Paese è sicuramente alla base della proposta del libro di dare ai pediatri strumenti pratici per la gestione del disturbo, la cui "natura essenzialmente biologica" giustifica l'intervento del medico pediatra piuttosto che di altri operatori della salute mentale.

Sebbene la semplificazione di problemi complessi rappresenti spesso un rischio, a Vincenzo Nuzzo va riconosciuto il coraggio di avere messo il dito nella piaga, denunciando la carenza di interventi per le patologie psichiatriche in età evolutiva e il merito di aver avanzato proposte concrete. Pur senza esplicitarli, i due libri condividono alcuni punti di vista relativamente nuovi nel campo della psichiatria dell'età evolutiva, che si sono affermati in questi ultimi anni tra chi lavora a contatto con i bambini e gli adolescenti. Vorrei brevemente metterli in rilievo:

- Il mito dell'infanzia felice e libera da sofferenze psichiche è ormai tramontato; si fa strada la convinzione che i disturbi psichiatrici e comportamentali acquisiranno sempre più rilevanza rispetto alle altre patologie mediche.
- Le patologie mentali dell'infanzia hanno caratteristiche peculiari rispetto all'età adulta e la prevenzione in salute mentale inizia essenzialmente in età evolutiva.
- Esistono rilevanti differenze individuali nel temperamento alla nascita, e tali differenze comportamentali selezionano attivamente le risposte ambientali.
- Non è possibile trovare "la causa" o la spiegazione univoca dei disturbi mentali, ma si deve ragionare sempre di più in termini di fattori di rischio e di protezione biologici e ambientali.

- Lo spostarsi dell'attenzione dalle cause agli interventi ha maturato la convinzione che non si possa rinunciare per ragioni ideologiche o "di scuola" a nessuno strumento e che si debba sfruttare la sinergia tra interventi farmacologici, educativi e psicoterapeutici.

- Le diagnosi basate sulla descrizione dei sintomi, come previsto dall'ICD 10 e dal DSM IV, per quanto prive di valore predittivo assoluto, possono essere utili ad identificare le situazioni a rischio su cui intervenire e permettono un confronto tra i clinici e un'informazione alle famiglie.

Accanto a questi punti fermi notiamo alcune rilevanti aree critiche su cui dovrebbe convergere lo sforzo di ricerca e di consenso:

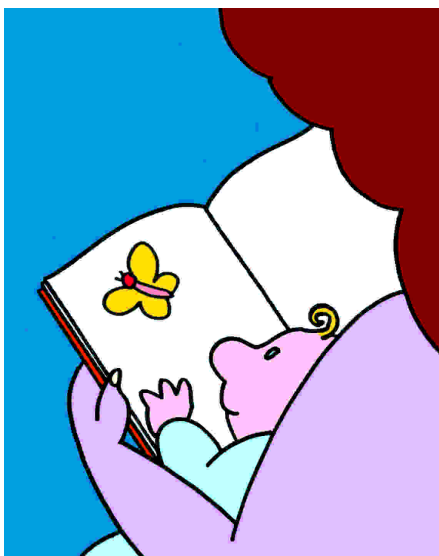
- In psichiatria infantile molti paradigmi sono radicalmente cambiati in questi ultimi anni e solo una piccola parte delle nuove conoscenze e dei nuovi strumenti è arrivata a chi opera clinicamente; pochi pediatri, neuropsichiatri infantili e operatori della salute mentale infantile, ad esempio, conoscono a fondo le classificazioni internazionali ICD 10 e DSM IV, ma soprattutto sono in grado di farne un uso critico nella pratica quotidiana.
- Non ci sono studi basati sull'evidenza che al momento giustifichino completamente i percorsi e gli interventi terapeutici correntemente usati, soprattutto rispetto agli esiti a lungo termine.
- Non esistono sufficienti ricerche in psicofarmacologia dell'età evolutiva anche per ragioni etiche; questo fa sì che molti farmaci siano usati in modo empirico o sulla base di sperimentazioni fatte nell'adulto.
- Troppo poco si sono ricercate strategie specifiche di intervento ambientale per i diversi tipi di disturbi: gli interventi psicoeducativi spesso sono generici o riflettono solo l'esperienza e opinioni del singolo operatore.

Per corrispondenza:

Carlo Calzone

e-mail: ua01206@flashnet

attualità



Lombardia

Sabato, 10 maggio 2003, presso l'istituto comprensivo di via Manzoni, a Cantù, si è tenuta la presentazione di "Nati per Leggere" a cura dello studio associato pediatrico "Cantù" e della Biblioteca Bernasconi. Ha moderato il dottor Antonio Brienza, pediatra di famiglia. Sono intervenuti Giancarlo Biasini del coordinamento nazionale del progetto "Nati per Leggere", che ha parlato sul tema "Perché i pediatri si occupano di libri?", esponendo le caratteristiche generali del progetto, e la signora Rita Valentino Merletti che ha trattato il tema "Leggere con i bambini; un piacere da condividere con consapevolezza". Hanno esposto la loro esperienza le Educatrici degli asili nido di Cantù, per le quali ha parlato la signora Cesarina Terranno, e Aldo Sepulcri, direttore della Biblioteca di Cantù. La signora Antonella Colzani, assessore alle manifestazioni culturali e ricreative del comune di Cantù, ha dato al pubblico una interessante notizia: il comune regalerà a tutti i nati del comune un libro di benvenuto alla luce. Ci sono stati intermezzi di letture ad alta voce del Gruppo Fata Morgana. Era presente un numeroso pubblico, prevalentemente genitori e insegnanti.

red.

Emilia-Romagna

Un CD di ninne nanne raccolte da alcune signore di Cesena è stato pubblicato a cura della Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena, dal comune, dalla provincia e dalla Cattolica assicurazioni. Il titolo è "Fa la nana, babin". Verrà regalato ai cittadini che ne faranno richiesta. Si tratta di 22 ninne nanne e filastrocche, in grandissima parte in dialetto romagnolo, raccolte sostanzialmente negli ambiti familiari delle raccoglitrice. Le voci sono di Anna Maria Belletti, Carla Maraldi, Carmen Cicognani, Maria Chiara Riva, Rita Riva, Fiorenza Cedri, Chitarra Giovanna Perna. Nella AUSL di Cesena si sta attuando un vasto ripensamento delle modalità di attuazione di Nati per Leggere, di cui daremo più precise notizie nei prossimi numeri.

gb.

Sicilia

Il 12 aprile 2003 si è svolto il Convegno "Mi regali una storia? I libri si prendono cura dei bambini" nella Sala Conferenze dell'Ospedale di Mistretta, piccolo centro storico dei Nebrodi (ME), dove l'applicazione della legge 285/97 ha dato vita al progetto "SESA-MO".

Nell'ambito del progetto uno spazio privilegiato è dedicato alla lettura e, in particolare, alla lettura ad alta voce, in sintonia con gli obiettivi del Progetto NPL. Il Convegno, patrocinato dal Comune di Mistretta, dall'AUSL 5 di Messina e dall'AIB Sicilia, moderato dalla dott.ssa Silvia Bordo, coordinatrice del progetto Sesamo, si è aperto con i saluti dell'assessore Oieni e del direttore dell'Ospedale, dott. Mario Portera. Rilevante è stato l'intervento del pediatra di famiglia Pasquale Causa, componente del CSB, unità locale di Napoli, che ha illustrato le caratteristiche del Progetto NPL, le motivazioni scientifiche che lo sostengono e la sua esperienza personale in Campania.

La dott.ssa Maria Gabriella Dongarrà, pediatra di Mistretta, ha sottolineato come già dal 2001 nel Distretto Sanitario di Mistretta si è lavorato al progetto NPL. La prima iniziativa si è realizzata nell'ottobre 2001 in occasione della Giornata Mondiale del Bambino, realizzando grazie all'attività di lettori volontari una giornata di lettura ad alta voce negli ambulatori pediatrici del Distretto e dell'Ospedale. Altra iniziativa importante è stata la formazione degli operatori dell'asilo nido sia con incontri tra pediatra e operatori sia con un corso di formazione sulla lettura che si è tenuto a Barcellona (ME). All'asilo nido, che ospita bambini da uno a tre anni, è dedicato uno spazio per la lettura ad alta voce.

Le filastrocche, e quant'altro viene letto ai bambini, sono poi donate ai genitori. La dott.ssa Dongarrà, che ha seguito da vicino questi progetti, ha parlato nel suo intervento anche della speranza di allargare questo progetto alle scuole materne e all'ospedale grazie all'apporto dei lettori volontari che proprio nei giorni del Convegno sono stati formati con un workshop, organizzato e tenuto dalla dott.ssa Custodia Antinoro, con la collaborazione del dott. Causa e della dott.ssa Dongarrà. Altri workshop centrati sugli aspetti emozionali, psicologici, culturali della lettura sono stati tenuti da Caterina Pastura, responsabile della Libreria Hobelix di Messina, destinati a insegnanti, genitori e operatori. Il ruolo della biblioteca nella promozione della lettura per l'infanzia e del progetto NPL è stato fortemente sostenuto dalla

dott.ssa Antonina Saja, responsabile della biblioteca Oasi di Barcellona Pozzo Di Gotto e referente siciliana di NPL che, alla stimolante panoramica delle sempre crescenti adesioni a NPL in Sicilia, ha fatto seguire interessanti indicazioni a che una biblioteca per ragazzi diventi laboratorio e centro di realizzazione di quell'alleanza tra bibliotecari e pediatri che, passando attraverso il coinvolgimento dei genitori, è l'anima di NPL. Indicazioni colte e rafforzate dalla dott.ssa Antonella Maniaci, responsabile della Biblioteca Comunale di Mistretta, che è attualmente impegnata a realizzare iniziative e spazi per l'infanzia, qualificando il personale e allestendo programmi in collaborazione con gli operatori sanitari, i genitori e il personale degli asili nido.

Gabriella Dongarrà

Libri per bambini piccoli

a cura di Livia Vitali

Quanti colori

di Alex Sanders

Babalibri 2001

È una storia in cui Lulù va a scoprire che il mondo ha diversi colori; il modo più semplice per scoprirli è quello di sporcarsi. Ci si può sporcare di verde, di rosso, di giallo, di blu; che sono i colori della copertina. Il pegno che paga Lulù è fare il bagno per poi ricominciare. L'educazione alla pulizia a questa età, come sanno i pediatri, è certamente troppo precoce; ma chi bada alla pedagogia quando il libro è ben fatto?

È un libro cartonato con il quale si può cominciare a portare il bambino molto piccolo nel mondo del racconto semplice.

Nel paese dei mostri selvaggi

di Maurice Sendak

Babalibri 1999

È un libro per bambini più grandi di quello segnalato prima. Max è arrabbiato, molto arrabbiato e, cacciato a letto senza cena, si chiude nel regno della sua stanza, dove succedono cose molto strane. A tutta pagina, e poi a tutte pagine, cresce una foresta, si riempie di orribili mostri selvaggi che ruggiscono e grugniscono "terrrrrribilmente". Max è come loro e diventa un "orrrrribile" mostro selvaggio, anzi un colterico Re dei mostri selvaggi. Poi si fa ora di cena e Max torna ad essere Max. In fondo il fascino della zuppa calda non è più grande di quello dei mostri selvaggi? Le parole italiane sono di Antonio Porta e le "mostruose" illustrazioni sono di Sendak.

per leggere

La mia amica luna

di **Andrè Gahan**

Equilibri 2002

È una storia raccontata in rima e facile da imparare per i bambini anche molto piccoli dopo le ripetute letture. Le illustrazioni possono servire a riempire di fantasia le parole del lettore adulto. L'oggetto della storia è il cielo: gli uccellini nel cielo, la luna col suo aspetto multiforme di falce e di tondo, le stelle luccicanti. Si può avere la luna? Tendendo le braccia no. Ma forse, remando, un omino può andare fino a trovarla e portarla nella sua piccola casa. Forse si può avere la luna.

GIRAGIRALIBRO

Vi è piaciuto un libro per bambini? Volete che altri lo leggano? Ritagliate questa etichetta o scaricatela dal sito di quaderni ACP (www.quaderniaco.it), attaccatela al libro e lasciatelo dove qualcuno possa raccoglierlo; al supermercato, ai giardini pubblici, dal pediatra, dove volete. Farete un buon servizio agli altri bambini che ancora non lo hanno letto.



Lettere a NPL

Ho letto con molto interesse il progetto "Nati per Leggere" e ho ritrovato molte delle mie convinzioni pedagogiche che sono diventate pratiche di vita nel momento in cui sono diventata madre. Come insegnante mi sono sempre chiesta perché mai nella scuola o nella società italiana si intervenga sempre dopo, quando ormai è veramente difficile recuperare lo svantaggio. Sono fermamente convinta che bisogna intervenire precocemente e aiutare i genitori a sviluppare nei bambini competenze essenziali per il successo scolastico e la lettura può essere di valido aiuto. Ancora oggi che mia figlia ha 12 anni leggiamo alcuni libri insieme; ho fatto tesoro delle indicazioni di Pennac sulla lettura ai bambini e ai ragazzi. Avevo in mente di proporre per il prossimo anno ai miei alunni (potenziali madri e padri futuri) che frequentano la secondaria varie attività da svolgersi nella scuola materna ed elementare vicine. Un libro un amico, per i più piccini, dovrebbe prevedere la lettura, da parte di un amico/a, di un libro/i da condividere insieme in un rapporto interpersonale che coinvolge il piccolo della materna e il grande della scuola secondaria superiore. Inoltre volevo proporre ad alcune classi dell'Istituto dell'indirizzo sociopsicopedagogico la strutturazione di gare di lettura per i bambini della quarta-quinta elementare su libri scelti e indicati dalle insegnanti. Penso che aderiremo come scuola al vostro progetto, ma ancora devo incontrare il capo d'Istituto. Colgo l'occasione per complimentarmi con voi dell'iniziativa, soprattutto

tutto perché cerca strade per un intervento più capillare in grado di raggiungere quei bambini più sfortunati sul piano culturale. Un cordiale saluto.

Luisella Dal Pra

Non sappiamo se le gare di lettura siano una buona idea. Tutto ciò che sa di competizione potrebbe esaurirsi nella competizione stessa. Forse abbiamo bisogno di qualcosa di più duraturo. Certamente di una "scuola per genitori" dovrebbe far parte l'educazione alla lettura ad alta voce; in questo l'idea della nostra corrispondente ha qualcosa di vivo.

Ringrazio per la risposta che avete dato alla mia lettera che mi ha permesso di mettere in luce meglio le caratteristiche del progetto Nati per Leggere. Ora, se possibile, vorrei un ulteriore aiuto: in alcune sedi, se ho bene inteso, è stato già effettuato il regalo del libro alle famiglie. Sarebbe bene che fosse noto quali libri sono stati scelti, anche per stabilire una sorta di "marchio" di Nati per Leggere e anche tenendo conto che la scelta dei libri in regalo non può che essere fatta su un ambito bibliografico più ristretto di quello nel quale fanno la loro scelta le biblioteche; e i libri per l'età prescolare sono così pochi! Sarebbe anche molto interessante conoscere le reazioni del pubblico e i gradimenti dei libri donati. Ringrazio anticipatamente per la risposta e rimango un sostenitore entusiasta, pur nei miei limiti operativi, del progetto. Sarebbe anche interessante discutere se in tutte le sedi è necessario o opportuno procedere al regalo del libro.

Francesco Casadio Origlia

I lettori ricorderanno che il dott. Casadio Origlia è consulente del suo comune per le attività culturali. La domanda che ci pone non è di poco conto. Qual è stato il gradimento delle famiglie al regalo del libro dove questo è stato fatto? Come ben sa chi si occupa di valutazione della qualità dei servizi, la valutazione di gradimento è assai difficile da fare con fiducia e offre ampi margini di aleatorietà. E poi: gradimento dei genitori? Gradimento dei bambini? Noi qualche piccolo orientamento abbiamo cercato di averlo, ma si tratta di dati così modesti che non ci sentiamo di renderli pubblici.

Oltre tutto esiste anche il gradimento del pediatra: in alcune sedi ai pediatri non sono piaciuti alcuni libri selezionati e li hanno distribuiti poco volentieri o proprio non li hanno accettati preferendone altri. Quanto all'ultima questione (in tutte le sedi il regalo del libro?) qui abbiamo di fronte due platee.

Lo abbiamo verificato del tutto recentemente in Lombardia. Un discreto numero di bibliotecari, operando in sedi privilegiate e avendo contatto con chi legge, tendono a ritenere che in Italia si legga molto; i pediatri, avendo a che fare con tutti, hanno l'impressione che nelle famiglie si legga assai poco, come dimostrano i dati di Trieste, Napoli, Palermo, Sciacca. In alcune aree dell'Emilia-Romagna si è rilevata la presenza di disarmonanti disuguaglianze. Insomma, tutto sommato, noi pediatri pensiamo che, dove sia economicamente possibile, il dono del libro vada progettato; magari spendendo di meno in altri impegni che spesso sono molto costosi.

G8 di Evian: retorica e nessun impegno concreto

Eduardo Missoni

Presidente dell'Osservatorio Italiano di Salute Globale

Abstract

In June 2003 in Evian the G8 Prime Ministers were present with many promises but without real commitments. The Global Fund against HIV-AIDS, tuberculosis and malaria is still greatly under - financed and the tasks necessary to adapt availability are completely unreliable.

Eduardo Missoni. Evian G8: Rethoric and no real commitments

Quaderni acp 2003, vol X n° 4; 30

A Evian i G8 si sono presentati con nuove promesse: “riconosciamo che sono necessari fondi addizionali”; “confermiamo il nostro impegno attraverso ulteriori azioni in ambiti quali lo sviluppo istituzionale, le partnership pubblico-private, lo sviluppo delle risorse umane, le attività di ricerca e la promozione della sanità pubblica a livello di comunità”; “riafferriamo il nostro appoggio al Fondo Globale per la lotta all’HIV-AIDS, la tubercolosi e la malaria”. Non un solo impegno concreto sottoscritto da tutti. L’affermazione più verificabile è “diamo il benvenuto e sosteniamo la proposta di ospitare, in collaborazione con il Fondo Globale, una conferenza internazionale di donatori e sostenitori in luglio a Parigi. Il proposito sarà quello di sviluppare strategie per mobilitare risorse, per assicurare finanziamenti sostenibili e di lungo periodo al Fondo”. Ciò si rimanda all’ennesima, inutile, dispendiosa conferenza internazionale. Nel 2000, l’Organizzazione Mondiale della Sanità aveva stimato che, per far fronte all’epidemia di HIV-AIDS, fossero necessari circa 10 miliardi di dollari all’anno e che, per rispondere congiuntamente anche a tubercolosi e malaria, quella cifra avrebbe dovuto raggiungere i 20 miliardi di dollari. Su quelle premesse i G8, con il segretario generale delle nazioni Unite, Kofi Annan, come sponsor, nel 2001 a Genova lanciarono il **Fondo Globale** per la lotta a HIV-AIDS, tubercolosi e malaria. Il Fondo però non sarebbe stato gestito dalle Nazioni Unite ma da una organizzazione indipendente (una *Global Public Private Partnership*, *GPPP*), alla cui direzione e amministrazione avrebbero partecipato di diritto anche i rappresentanti dei maggiori contribuenti, ivi incluse le multinazionali.

Ciò nell’ipotesi che una simile struttura sarebbe stata più agile, riducendo “i costi di transazione” che si considerano legati alla tradizionale burocrazia.

A quasi due anni di distanza il **Fondo Globale** rischia la bancarotta. Può contare su 3,4 miliardi di dollari di impegni da distribuire su otto anni, ma nemmeno i soldi promessi per il 2002 sono stati ancora interamente trasferiti al Fondo. Solo per far fronte alle richieste già approvate (153) e quelle che si pensa possano esserlo nel prossimo round di settembre, ci vorrebbe l’immediata disponibilità di un altro miliardo e mezzo di dollari. Senza contare che solo 9 delle richieste approvate nel 2002 hanno iniziato a ricevere effettivamente i fondi. Per quanto riguarda la partecipazione del settore *corporate*, questa è molto al di sotto delle aspettative; in particolare solo tre compagnie (Wintherthur, Eni, Statoil) hanno contribuito per complessivi 1,5 milioni di dollari. Ha fatto decisamente di più Bill Gates che, attraverso la sua Fondazione, ha trasferito al Fondo cento milioni di dollari, garantendosi tra l’altro un posto nel Consiglio di amministrazione.

A Evian il presidente Bush si è presentato con la promessa di un contributo di 15 miliardi di dollari (in cinque anni) per la lotta all’AIDS. Nessuna certezza però: ogni quota annuale (3 miliardi) per poter essere spesa dovrà prima essere tradotta in stanziamenti in sede di legge finanziaria dal Congresso americano. Di quei soldi, poi, solo un miliardo all’anno sarebbe versato al **Fondo Globale** e quello solo se gli altri partner ne mettono il doppio. Ma i quattro rappresentanti europei al G8 hanno parlato di un possibile contributo dell’UE di solo un miliardo all’anno (rimandando comunque un

impegno più concreto al prossimo Summit europeo di Salonicco il 26 giugno). In realtà i soldi americani saranno gestiti secondo interessi bilaterali degli Stati Uniti, probabilmente per acquistare farmaci dalle multinazionali americane ai prezzi che quelle vorranno stabilire, tanto più che anche sul tema dell’accesso ai farmaci per i Paesi più bisognosi i G8 non si sono scoperti, rimandando ogni valutazione alla Conferenza Ministeriale dell’Organizzazione Mondiale del Commercio, che si terrà dopo l’estate a Cancun. Piuttosto, anche per l’accesso ai farmaci e ai servizi sanitari si propongono nuove *GPPP*. È il modello che va di moda: incentivare il contributo del settore privato per coprire il proprio disimpegno.

Riproporre per ogni problema e per ogni malattia una nuova organizzazione, un nuovo gestore privato (seppure a partecipazione pubblica) delle risorse pubbliche, indebolisce e, di fatto, delegittima le organizzazioni e le agenzie specializzate delle Nazioni Unite, accrescendo la confusione nel campo della *governance* della cooperazione con i Paesi del Sud del mondo.

Nuove organizzazioni comportano nuovi costi di struttura e di personale (a costi internazionali) e, come ha dimostrato fin qui il **Fondo Globale** (che del modello *GPPP* è ormai considerato un prototipo), nuove procedure burocratiche con costi addizionali sulle già precarie risorse delle istituzioni nei Paesi in via di sviluppo. Senza considerare l’indebolimento dei sistemi sanitari derivanti da un approccio selettivo per malattie e per progetti avulsi da un piano sanitario nazionale, nonché la limitazione di sovranità cui devono sottostare i Paesi beneficiari per accedere ai fondi.

Per corrispondenza:
Eduardo Missoni
e-mail: scrivi@eduardomissoni.net

osservatorio internazionale

Film acerbi, sbagliati, bellissimi: storie di ragazzi, protagonisti di vite difficili nelle città, o in piccole isole o nelle favelas; ragazzi con problemi o handicap, o vite immerse nella violenza; realtà con cui sono comunque costretti a fare i conti. Il cinema ce li racconta, e anche quando non riesce a consegnarci film di qualità, ha comunque il merito di accendere una telecamera su queste storie.

L'imbarazzo della scelta: film acerbi, sbagliati, bellissimi

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Capita. A volte, capita di non sapere scegliere il film da proporre ai lettori. È quello che viene definito "l'imbarazzo della scelta". Imbarazzo causato da motivi diversi, che non sono sempre quelli che altri credono, come, per esempio, avere davanti tre bei film e doverne sacrificare due. No, talvolta capita che dei tre film di cui si vorrebbe scrivere, solo uno soddisfi in pieno. Si dirà: e allora perché parlare anche degli altri due? Semplice: perché anche un film non riuscito, o addirittura sbagliato, può essere oggetto di riflessione. Ma veniamo al dunque.

Mi sarebbe piaciuto scrivere in questa rubrica qualcosa su *L'isola* di Costanza Quatriglio, una trentenne palermitana che per il suo debutto nel lungometraggio ha scelto di narrare la vita di due ragazzi che vivono nell'isola di Favignana. Riassumiamo la storia. Il quattordicenne Turi, figlio di un "tonnaroto", sta vivendo un momento particolare della sua adolescenza: quello di scegliere, per il suo futuro, il mestiere del pescatore o quello del marinaio. Al suo fianco cresce la sorellina Teresa, di 10 anni, che adora il fratello e che divora il mondo che le gira intorno con l'ansia di una bambina piena di vita. I due fratelli, però, devono fare i conti con un'isola che si nutre di tradizioni, di leggi secolari, di ricordi, di detenuti che hanno capito i loro errori, di padri padroni, di donne casalinghe, di piccoli amori, di tonni pescati tra il sangue e di vecchi inghiottiti dal mare, di ragazzi che litigano per un pallone, non digeriscono la scuola e svolgono i lavori dei grandi. Li lasceremo, alla fine, senza sapere dove andranno. Ma non è l'unica cosa che non sapremo e che ci lascerà perplessi, giacché il film - dilungandosi, a tratti, in sequenze da documentario che arenano la storia - sembra rivelare che la reale intenzione della regista sia quella di averci voluto riempire gli occhi delle bellezze naturali di Favignana. Troppo poco, onestamente, soprattutto se si osa accostare questo film - come ha fatto qualche criti-

co - a *Respiro* di Emanuele Crialese, che nella scala dei valori staziona molti gradini più in alto. Quando affinerà il suo mestiere di regista, probabilmente, realizzerà qualcosa di ben più sostanzioso; per il momento accontentiamoci del bel regalo che ci ha fatto affidando la parte di Teresa a una bambina bravissima - Veronica Guarrasi - che "si mangia con gli occhi". Da un film acerbo a uno sbagliato. Dispiace dirlo brutalmente, anche perché siamo di fronte a un altro debutto.

A.A.A. *Achille*, di Giovanni Albanese (nulla da spartire con Antonio Albanese), è uno di quei film che mi sarebbe piaciuto vedere in compagnia di qualche peditra (meglio se logopedista) per tentare di recuperarlo almeno sotto l'aspetto contenutistico, visto che sotto quello formale è, a dir poco, deludente. Peccato, perché l'argomento si sarebbe prestato a ben altro trattamento. La vicenda è semi-autobiografica e vede al centro (si fa per dire, perché a un certo punto zigzaga da un personaggio all'altro) un bambino del foggiano (Achille) alle prese con l'handicap della balbuzie. Orfano di padre, viene spedito in una casa di cura dove un bizzarro luminare è convinto di guarire i suoi clienti con la tecnica del "canto-parlare". Altra tecnica segue, invece, l'ex balbuziente Remo, votato alla causa del recupero tramite espedienti psicologici e affettivi. Le due "correnti di pensiero" si scontreranno, quando, dovendo sostenere la "prova sul campo" (entrare in un grande magazzino e comprare oggetti "canto-parlando"), i balbuzienti scatteranno senza volerlo il caos tra commessi e clienti e procureranno un infarto al borioso luminare. L'intervento provvidenziale e scontatissimo di Remo rimetterà le cose a posto e i pazienti, ciascuno a modo proprio, supereranno in parte o totalmente l'handicap che li affligge.

Raccontato così, questo A.A.A. *Achille* (a proposito: il titolo è una delle poche cose che si salvano) potrebbe anche apparire interessante. Visto, è ben altra cosa: una

serie di banalità che raggiunge il culmine nella scena della bagarre al Grande Magazzino.

Non è questo il modo, credo (ed ecco il motivo per cui mi sarebbe piaciuto sentire a riguardo l'opinione di un professionista), di trattare un tema tanto complesso come la balbuzie; e non è nemmeno questo il modo con il quale si gira un film nel 2003. Ciliegina amara sulla torta: ma com'è possibile che uno come Vincenzo Cerami abbia partecipato alla stesura della sceneggiatura?

Il terzo film - infinitamente distante dagli altri due - è *City of God* del brasiliano Fernando Meirelles. Un film crudo e bellissimo che richiama *Los Olvidados* di Buñuel, da vedere - questo sì - da soli o in compagnia di gente che non sviene al primo rivolo di sangue. "*La città di Dio*" è quella della favela di Buenos Aires degli anni '60, dove, tra ladri, assassini, trafficanti e poliziotti corrotti cresce il ragazzino "Buscapé" che diventerà fotoreporter per caso. Non conosco altri film di Meirelles, ma se anche lui è un debuttante è doveroso rendergli omaggio. Ha il cinema nelle vene e utilizza la macchina da presa come strumento di denuncia, per far conoscere al mondo (il film è tratto, come si legge nei titoli di coda, da una storia vera) un ambiente dove la droga e la violenza erano (lo sono ancora?) il pane quotidiano e dove, per i bambini, era (è?) quasi impossibile sottrarsi al destino che li vuole vincitori per una stagione e vinti per la vita.

Una sola raccomandazione: da non confondere *City of God* con *City of Ghosts* di Matt Dillon. Se vi dovesse capitare di incorrere in questo errore, fatevi restituire il biglietto. E con gli stessi soldi andate a vedere o *L'isola*, o A.A.A. *Achille*. Per la serie "mai dire mai"!

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Libri: occasioni per una



“Le parole non sono pietre” è il titolo dell’edizione americana di “Oltre il giardino” a significare polemicamente che, invece, la letteratura per l’infanzia può anche nuocere.

Innanzitutto, scrive Zipes in questa raccolta di saggi, al fiorire dei libri non corrisponde una diffusione dell’abitudine alla lettura tra i bambini. Ai beni rapidamente consumati e sostituiti da altri, se ne è aggiunto un altro, il libro, che contribuisce a omologare bambini e adulti a un pensiero unico. L’Autore descrive il modello americano che si sta diffondendo ovunque “per effetto del predominio americano sui media planetari” e si chiede: in quali condizioni, guidati da chi, i bambini imparano a leggere i testi e a reagire all’industria culturale gestita con la logica del profitto? Allevati nel conformismo, sono trasformati in consumatori dai creatori di desideri indotti e continuamente rinnovati. Libri stereotipati e banali sono sponsorizzati con i criteri pervasivi del marketing, esposti con le loro copertine accattivanti anche nei supermercati e nei centri commerciali. La catena consumistica rischia di schiacciare libri dignitosi e di qualità. L’Autore di un libro deve accettare dall’editor cambiamenti dettati dalle esigenze di produzione; raramente decide su titolo e illustrazioni. Spetta al direttore del marketing decidere se il libro è vendibile e pertanto degno di essere pubblicato. Mentre i piccoli editori hanno una distribuzione limitata, i grandi gruppi editoriali ottengono recensioni favorevoli e distribuiscono i loro libri su tutto il territorio nazionale. Le librerie specializzate hanno spazi confortevoli per rendere piacevole l’acquisto, ma spesso sono prive di un commesso in grado di dare suggerimenti.

E inoltre: quale categoria di bambini legge e che cosa? Nelle famiglie povere non si comprano libri e gran parte dei ragazzi hanno

una capacità di lettura inferiore alla classe frequentata. Leggono i fogli illustrativi dei giochi, riviste sportive, pubblicità, fumetti, opuscoli, poster, ma non racconti, favole o poesie. I libri sono letti da una modesta percentuale di bambini di razza bianca e di condizione socio-economica agiata. È per questa minoranza che l’editoria per ragazzi si è sviluppata con un giro di affari miliardario? Meno retorico è il quesito se basti leggere qualunque cosa per diventare buoni lettori. Zipes sostiene che la lettura ha bisogno di una sua pedagogia e che la qualità del libro è essenziale per stimolare la capacità di esprimere giudizi. Aggiunge, tuttavia, che un bambino può imparare a leggere criticamente qualunque testo e a esprimere i suoi giudizi di valore se c’è qualcuno al suo fianco, genitore, maestro, animatore, capace di una lettura critica.

Al Pinocchio riproposto della produzione disneyana che gioca sull’artificio tecnologico per manipolare le immagini, escludendo il pubblico da una sua visione personale del racconto, Zipes contrappone quello di Collodi che, utilizzando l’ironia e il paradosso, accusa il sistema educativo dell’epoca funzionale alla struttura sociale. Percosse e castighi erano allora finalizzati alla “civilizzazione” dei bambini delle classi subalterne, oggi sofisticati sistemi di persuasione sono coerenti al modello di sviluppo occidentale.

Convenzionale, prevedibile, stereotipato, pieno di pregiudizi razziali e sessisti. Questo è il giudizio di Zipes su Harry Potter. Il maghetto è un perfetto bambino “wasp”, impegnato nelle competizioni tra maschi e in avventure scollegate dalle reali esperienze infantili. Il suo successo è il risultato della pianificazione di un evento editoriale propagandato come un fatto fuori dall’ordinario, “fenomenale”, degno quindi di diventare un bestseller. Consumato il primo, ne sono stati prodotti altri, e poi film, gadgets, per sfruttare l’ondata di successo. Ciononostante Zipes suppone che questo libro non sia stato letto dai bambini quanto il suo successo, utile al profitto dell’industria culturale, farebbe pensare.

Nonostante tutto, Zipes coltiva la speranza che si possa arginare la legge del mercato diffondendo l’interesse per i testi di qualità, per il recupero della narrazione orale (col suo valore di originalità e anticonformismo) e per il potenziamento di biblioteche dove esperti possano proporre ai bambini una letteratura di alta qualità etica ed estetica.

Roberta Arsieri

Jack Zipes

“Oltre il giardino”, *L’inquietante successo della letteratura per l’infanzia da Pinocchio a Harry Potter*
Mondadori, pp 235, Euro 12,80



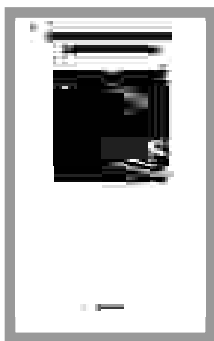
È la fine degli anni Sessanta, quando le strade di Pajala, piccola cittadina del Tornedalen, all’estremo Nord della Svezia, sul confine con la Finlandia, vengono asfaltate. Insieme all’asfalto arriva una novità ben più dirompente e pericolosa: la musica rock con i primi dischi a 45 giri di Elvis Presley e dei Beatles. Per il giovane Matti e il suo taciturno amico Niila inizia una nuova vita, anche se loro ancora non lo sanno. Tra qualche anno la musica diventerà la loro insostituibile via d’uscita dall’isolamento, dalla storica mancanza d’identità della loro regione, sospesa tra Svezia e Finlandia. Il romanzo è una picaresca scorrazzata, spesso divertente, a tratti esilarante, ma anche dura e cruda, per l’estremo Nord della Svezia, con la sua gente e la sua cultura, vista dalla prospettiva di un ragazzo che sta crescendo, e che si rapporta sì alla famiglia e al mondo dei padri, ma anche e soprattutto ai suoi amici coetanei, con i quali condivide una serie di epiche avventure. Con lo sguardo addolcito dalla nostalgia per gli anni dell’infanzia e adolescenza, Niemi racconta la sua regione natale, un mondo a sé che ha conquistato tutta la Svezia per la sua originalità. Per il suo esotismo il romanzo è una via di mezzo tra Paasilinna, Nick Hornby e i moderni romanzi di vita popolare irlandese. Un libro epico, coinvolgente e sensibile anche verso la prospettiva dei più giovani.

Nicola D’Andrea

Mikael Niemi

Musica rock da Vittula
Iperborea, 2002, pp 260, Euro 13

buona lettura



«Lo si sentiva nell'aria: qualcosa di terribile stava per succedere». Enid e Alfred Lambert, in una città del Midwest americano, trascinano le giornate accumulando oggetti, ricordi, delusioni e frustrazioni del loro matrimonio: l'uno in preda ai sintomi di un Parkinson che preferisce ignorare, l'altra con il desiderio, ormai diventato scopo di vita, di radunare per un "ultimo" Natale i tre figli che ha allevato secondo le regole rigorose e i valori dell'America del dopoguerra, attenta a "correggere" ogni deviazione dal "giusto". Ma i figli se ne sono andati, sulla costa orientale: Gary, dirigente di banca, è vittima di una depressione strisciante e di una moglie infantile e testarda; Chip, il secondogenito, ha perso il posto all'università per "comportamento sessuale scorretto"; Denise, la più piccola, chef di successo, conduce una vita privata molto discutibile, secondo i canoni dei Lambert. Naturalmente le "correzioni" sono anche quelle che i tre figli cercano di impartire a se stessi, all'ambiente che li circonda e agli antiquati genitori. Senza troppa fortuna, perché le radici solidamente piantate nel terreno di St. Jude non sono facili da estirpare e sono quasi sempre la fonte di infinite catastrofi quotidiane. Piccole o grandi, comiche o tragiche. Ma altre "correzioni" imperverano: quelle del mercato finanziario della new economy, che subisce oscillazioni più da ottovolante che da altalena; della scienza, che esplora la chimica del cervello e, tentando di guarire ogni squilibrio, sembra voler uniformare le coscienze e i sentimenti; e perfino della gastronomia, che abbandona i territori sicuri dell'America per avventurarsi in quelli imprevedibili dell'Europa. Il temporale annunciato spazzerà via molte

cose di valore, ma ne restituirà altre più limpide, quasi luminose. *Le correzioni* è un romanzo che si legge con piacere, trascinati da una scrittura ricca di umorismo, di umanità, di simpatia, e al tempo stesso duramente critica della società contemporanea, americana in particolare, lanciata in una corsa senza controllo e con pochi, incerti valori.

Nicola D'Andrea

Jonathan Franzen

Le correzioni

Einaudi, 2002, pp 603, Euro 19



«Avevo molto freddo ma non per questo mi portarono una coperta»: questa è una delle 10 testimonianze sul loro parto fatte da altrettante donne seguite al Consultorio Familiare (CF) da Rosa Papa, che rappresentano il nucleo centrale della prima parte del libro *Stringo i denti e diranno che rido*. «Avevo appena partorito - racconta Luciana - e tutto il personale cominciò a congratularsi con il dottore, lui era al primo parto, per me era già il secondo. Quando mi accorsi che stavano organizzando i festeggiamenti per il dottore, mi arrabbiavo e chiesi di sapere almeno il sesso di mio figlio». Dieci storie raccontate con delicatezza ma anche con tutta la loro crudezza da Rosa Papa, ginecologa, che lavora da oltre 20 anni in un CF di una periferia degradata di Napoli (Secondigliano), dove tutti i problemi sono ampliati e complicati dallo stato di disagio sociale in cui vive la popolazione e le donne in particolare. Attraverso il racconto del parto Rosa Papa affronta tutti i problemi dell'assistenza alla mamma e al suo bambino; ne viene fuori una denuncia pacata ma rigorosa che coinvolge la classe medica e le strutture ospedaliere.

Leggendo il bel libro di Papa e Arsieri, si prova un certo disagio per come le donne raccontano la loro esperienza umana in

ospedale durante il parto. Vengono messe in luce, infatti, tante "piccole" "disattenzione" non di natura tecnica (il saper fare) ma piuttosto di natura umana (porgere una coperta, dire una semplice parola di conforto, saper ascoltare) che devono far riflettere chi ha scelto la professione di medico e chi dirige strutture ospedaliere, che sono sempre più disposti a curare che a prendersi cura delle persone. Infine la prima parte del libro si chiude con un'appassionata e un po' romantica descrizione del lavoro del CF, unica struttura territoriale a integrazione socio-sanitaria. Nella seconda parte Roberta Arsieri, pediatra che ha lavorato per oltre 30 anni in un reparto di Terapia intensiva neonatale in una grande azienda ospedaliera napoletana, pone l'accento sul fenomeno assai preoccupante della nascita del 52% dei bambini campani con il parto cesareo che secondo l'OMS dovrebbe rappresentare non più del 15% del totale dei parti.

«È singolare - commenta l'autrice - che mentre la chirurgia cede all'endoscopia molti interventi per evitare l'apertura dell'addome, una gravida a basso rischio venga sottoposta a un intervento chirurgico (non necessario)».

Ne viene fuori nel complesso una severa denuncia delle attuali modalità dell'assistenza alla gravidanza (troppi e inutili controlli, bassa umanizzazione delle strutture) e viene auspicato il passaggio dal curare al prendersi cura della mamma e del suo bambino con l'auspicio di far liberare alla donna durante il parto gli ormoni della felicità, ossitocina, endorfine, prolattina, che innalzano la soglia del dolore e inibiscono la liberazione di adrenalina, l'ormone dello stress che ostacola la liberazione degli ormoni della felicità. Due considerazioni delle Autrici fotografano tragicamente l'accidentato percorso della nascita in Campania: «la donna non è più protagonista del parto, è solo una comparsa» e infine «la mamma che si reca al Nido per allattare il suo bambino è una semplice visitatrice».

Un libro di denuncia anche se costruttiva, la cui lettura fa bene alle donne per scegliere una gravidanza e un parto consapevoli e fa bene ai medici, specie a quelli poco attenti ai bisogni dei pazienti e delle donne in particolare, che affidano loro uno dei momenti più belli e cruciali della loro vita.

Paolo Siani

Rosa Papa, Roberta Arsieri

Stringo i denti e diranno che rido

Guida Editore, pp 165, Euro 9

La rivoluzione di Gianni Rodari "grammatico" della libertà

Pino Boero

Ordinario di Letteratura dell'infanzia all'Università di Genova e Preside della Facoltà di Scienze della Formazione

Sono passati più di vent'anni da quando Gianni Rodari ci ha lasciati, ma il suo nome non ha cessato di essere presente nelle vetrine dei librai e sui banchi di scuola, nella memoria dei bambini e in quella degli educatori: dal 1980 sono usciti più volumi a sua firma di quanti non ne siano usciti in vita; sono stati recuperati testi dispersi su giornali e riviste, si sono trascritte e pubblicate sue conferenze, si sono dati nuovi illustratori e nuova veste editoriale ai suoi titoli ormai classici; s'è cercato, poi, in sede critica di collocare la sua figura nel campo più ampio della nostra storia culturale, sottraendola ad esclusive ipoteche pedagogiche e didattiche. Favole e filastrocche di Gianni Rodari vivono disperse nei mille rivoli dei libri di lettura per le elementari, delle antologie scolastiche o di altre iniziative editoriali e spesso, qui, purtroppo, finiscono col perdere la loro identità.

Bastino, al proposito, alcuni esempi. Due testi rodariani - *Atalanta* e *Tante storie per giocare* editi nella collana "Topo di Biblioteca" della Piccoli - sono "serviti" - è proprio il caso di dirlo con ironia - insieme a un imponente apparato di "schede di guida alla lettura" con un avallo indiretto trovato proprio in Rodari. "Gianni Rodari [si legge] era convinto che i bambini non sono sciocchi, non si accontentano di ascoltare o leggere storie inutili, ma vogliono conoscere e capire cos'è la vita e quali sono i problemi della gente e del mondo; però vogliono farlo a modo loro, facendo funzionare la fantasia, l'immaginazione, la voglia di giocare, di ridere, di sognare e di inventare [...]".

In nome di tutto questo un terzo di ogni pagina dei due libri è occupato da note spesso superflue, come "soffiare: mandare fuori il fiato, respirare rumorosamente per la fatica"; o come "incantesimo: magia". Ogni storia che occupa in media

sei pagine è accompagnata da due pagine di "Verifica della comprensione del testo", "Approfondimenti e suggerimenti di lavoro", "Scheda" su uno degli elementi citati. Così paradossalmente il povero Rodari parla in *Il tamburino magico* di un tordo e la scheda conclusiva trova l'occasione per recitare così: "[Il tordo] vive in estate nell'Europa settentrionale; abita nei boschi dove non viene disturbato e anche nelle città, in parchi e giardini".

Un secondo esempio riguarda uno dei mille quaderni di "attività per l'apprendimento della lettura e della scrittura" (*Gioco con le parole* di Elisabetta Formisano e Velio Scarone, Editrice Ardea, 1999), in cui viene utilizzato come esempio di testo umoristico uno dei *perché* di Rodari, ricavato appunto da *Il libro dei perché* (Roma, Editori Riuniti, 1984):

La paura, andando a spasso, vide una lucertola e la scambiò per un coccodrillo. - Aiuto! Aiuto! - si mise a gridare.

Un gatto accorse in suo aiuto, ma la paura, scambiandolo per una tigre, raddoppiò i suoi strilli:

Aiuto, soccorso, per pietà, chi mi soccorre?

Un cane di cuor generoso cominciò ad abbaiare per spaventare gli assassini, ma fece peggio.

Al lupo! Al lupo! - strillò la paura.

Allora la lucertola, il gatto e il cane, vedendo che era proprio inguaribile, le voltarono le spalle indignati. La paura pensò che andassero a chiamare rinforzi, si spaventò ancora di più e rimase lì, morta stecchita.

Al raccontino viene aggiunto un "Cerchiamo di comprendere il testo" che già dovrebbe insospettirci e infatti ecco le "fatali" questioni:

1. *Il protagonista del racconto non è una persona, un animale, una cosa, ma ...*

2. *Quale meccanismo suscita il sorriso: Un gioco di parole
Una gran confusione
Un'invenzione fantasiosa*
3. *L'autore, facendoci sorridere, vuole insegnarci che...*
4. *Ora continua tu la storia di Gianni Rodari, provando a far sorridere...*

E a noi verrebbe voglia di piangere a ripensare alle affermazioni di Gianni Rodari: "Le storie non devono insegnare nulla: se hanno una morale, questa vien fuori da sola...". E la storia di questi "massacri" potrebbe continuare...

Perché ho citato questi esempi? Non certo per atteggiamento inutilmente polemico, visto che in molti casi non manca un uso corretto dei testi rodariani; l'ho fatto perché mi sembrano congruenti con una sorta di acquiescenza, di rassegnata accettazione della realtà, di assopimento di ogni possibile indignazione davanti alle mille manipolazioni cui vengono sottoposti i testi per l'infanzia. Non v'è dubbio, invece, che Gianni Rodari difendesse con illuministica chiarezza la creatività dell'individuo, non cedesse a posizioni ambigue, non separasse invenzione e impegno intellettuale, pedagogia e partecipazione civile. È inutile quindi ricordare quanto Gianni, nei primi anni Cinquanta, si sia trovato a scrivere per bambini quasi per caso e per di più su un quotidiano di partito, "l'Unità".

È inutile anche ribadire quanto, fin dall'inizio di questa sua attività, si sia reso conto che il dialogo doveva essere instaurato prima di tutto con i genitori, con quegli stessi adulti, cioè, che "avevano tra le mani un quotidiano politico" e le cui ordinarie preoccupazioni (tasse, licenziamenti, bassi salari) avrebbero potuto giocare un ruolo negativo nel processo di sviluppo dei figli; è esemplare, al proposito, la filastrocca *Ciccio* ("l'Unità", 1 maggio 1949):

Per corrispondenza:
Pino Boero
e-mail: pinoboero@libero.it

lettura

Abstract

The author recalls Gianni Rodari's writings and his thoughts regarding the free use of the infinite possibilities of language as one of the various ways where an author can extend himself. The child's imagination, stimulated towards the invention of new words, can apply her tools for every kind of experiences which will challenge her creativity. Fairy tales need math as math needs fairy tales. They are useful for poetry, music, utopia and political tasks: in a word, to man as a whole, not only to the day dreamer

Pino Boero. Gianni Rodari's revolution, a grammarian of imagination
Quaderni acp 2003, vol X n° 4; 34-36

*Ciccio Ciccio sta in cantina,
 al posto del letto c'è una brandina,
 per sedersi c'è un panchetto,
 per mangiare un tavolinetto.
 C'è una finestra bassa bassa
 dove si vede la gente che passa,
 Ciccio conta scarpe e tacchi
 e intanto rotola su due sacchi.
 Ci sono al mondo giardini e prati,
 per Ciccio soltanto muri bagnati:
 con il dito lui li tocca,
 poi si mette il dito in bocca,*

cui Rodari fa seguire un commento diretto alla mamma del bambino che ha voluto una filastrocca per il suo piccolo, che ha quindici mesi e abita in una cantina di Milano, proprio come è detto qui sopra. "Non ho più fiducia" scrive la mamma di Ciccio. "Devi avere fiducia, mamma di Ciccio, devi lottare: per lui, perché un giorno possa uscire dalla cantina ed essere un bimbo felice".

Ma non è il caso di continuare su questo percorso di formazione e di impegno; mi pare più utile, invece, tracciare un veloce ritratto d'autore a ritroso, partire, cioè, da *Grammatica della fantasia*, che esce nel '73, quando la parabola creativa di Gianni è già di fatto conclusa (fa eccezione quel gioiello narrativo, un po' ritorno alle origini un po' testamento, che è *C'era due volte il barone Lamberto*), per trovarvi rispecchiati i momenti della sua formazione seria e ampia, del suo lavoro intellettuale, della sua produzione letteraria. È giusto, quindi, osservare come fin dal primo capitolo del libro, il famoso *Antefatto*, Gianni non eviti una citazione colta, quella del prediletto Novalis (1772-1801) e del suo "frammento" che dice: "Se avessimo anche una Fantastica, come una Logica, sarebbe scoperta l'arte di inventare". Rodari - come sappiamo - lega la sua lettura alla stagione 1937-'38 e alla contemporanea scoperta dei surrealisti francesi (in realtà questa avverrà nel gennaio 1940 con il fascicolo della rivista *Prospettive*). Citazione quella di Novalis ricca di implicazioni perché non v'è dubbio che su quella idea di una Fantastica, Gianni costruirà non solo la sua *Introduzione all'arte di inventare storie*, ma anche molte delle sue scelte culturali e della produzione destinata all'infanzia.

Novalis vuol dire Romanticismo tedesco, vuol dire - secondo la precisa definizione di Antonio Faeti - i "remoti, aristocratici, distaccati scrittori delle vecchie fiabe germaniche, Clemens Von Brentano, Achim Von Arnim e perfino Goethe scrittore di fiabe" ed è proprio dal romantico Brentano e dalla sua concezione della storia che Rodari sembra prendere le mosse come scrittore.

Certo la carica utopica della sua scrittura non si riferisce a un passato mitizzato, certo è corretta dalla presenza del pensiero marxista, da quello che Spriano aveva chiamato il "legame di tipo socialistico e comunistico con la povera gente" e che non a caso mette in gioco anche i paesi di Cuccagna di tanta produzione popolare, resta il fatto, però, che anche una fiaba di Brentano vede - come nel "barone Lamberto" - i personaggi ringiovanire e mettere in gioco un finale aperto, capace di far ricominciare da capo la storia. Sono considerazioni che ci porterebbero lontano. A me basta, invece, ribadire come la rivoluzionaria semplicità di Gianni Rodari sia frutto di una lunga, profonda riflessione culturale e le sue scelte vengano da lontano. Citiamo, al proposito, qualche altro punto di *Grammatica della fantasia*, quello, ad esempio, legato all'invenzione di "non-sense".

"Con i bambini - scrive Gianni - nel loro interesse, bisognerebbe stare attenti a non limitare le possibilità dell'assurdo". Sembrerebbe un'affermazione buttata lì un po' a caso se alla base non ci fosse la propensione del Rodari scrittore a produrre versi senza senso fin dagli anni Cinquanta, ben prima, cioè, della traduzione di Carlo Izzo di *Il libro dei nonsense* di Lear (1970). Ed ecco le "rime pazzе" di Gianni su "l'Unità" del '57:

"Caro Gianni, mi sono piaciute le tue rime bislacche: anche se non significano nulla, mi divertono, e soprattutto fanno ridere il mio bambino, che se le fa legge - re e rileggere prima di dormire. Vorresti farmene delle altre?"

Così una gentile lettrice, la signora Elsa Biagiotti di Siena. E io stavolta non farò delle rime bislacche, ma addirittura delle rime pazzе, come se ne trovano soltanto

in quel pazzo e bellissimo libro che è Alice nel paese delle meraviglie.

Rime pazzе**Il cuoco di Firenze**

*Un cuoco di Firenze,
 famoso fino in Cina
 bolliva un'ocarina
 in brodo di sentenze.
 Ed ecco qui una lista
 di sue specialità:
 accenti in salsa mista
 virgole col mistrà,
 involtini di sabbia
 in salsa di aspirine
 fritto di cartoline
 con contorno di rabbia
 arrosto di alabarde,
 ciabatte col ragù,
 pasticcio di coccarde
 con torta di caucciù.
 Dai sassi, dal carbone
 dai cocci di bottiglia
 cavò una meraviglia
 per pranzo e colazione.
 Ricette tanto rare
 morendo non tradi:
 noi, se si vuol mangiare,
 si deve lavorare notte e dì.*

Naturalmente in *Grammatica della fantasia* si parla di immaginazione e di fiabe e anche in questo caso Rodari non manca di condensare con semplicità quello che di fatto è stato il suo lavoro di 25 anni.

La presente "*Grammatica della fantasia*" non è né una teoria dell'immaginazione infantile (ci vorrebbe altro...) né una raccolta di ricette, un Artusi delle storie, ma, ritengo, una proposta da mettere accanto a tutte le altre che tendono ad arricchire di stimoli l'ambiente (casa o scuola, non importa) in cui il bambino cresce. La mente è una sola. La sua creatività va coltivata in tutte le direzioni. Le fiabe (ascoltate o inventate) non sono tutto quel che serve al bambino. Il libero uso di tutte le possibilità della lingua non rappresenta che una delle direzioni in cui egli può espandersi.

Ma "tout se tient", come dicono i francesi. L'immaginazione del bambino, stimolata a inventare parole, applicherà i suoi strumenti su tutti i tratti dell'esperienza che sfideranno il suo intervento creativo.

Le fiabe servono alla matematica come la matematica serve alle fiabe. Servono alla poesia, alla musica, all'utopia, all'impegno politico: insomma, all'uomo intero, e non solo al fantasticatore. Servono proprio perché, in apparenza, non servono a niente: come la poesia e la musica, come il teatro o lo sport (se non diventano un affare).

Servono all'uomo completo. Se una società basata sul mito della produttività (e sulla realtà del prodotto) ha bisogno di uomini a metà - fedeli esecutori, diligenti riproduttori, docili strumenti senza volontà - vuol dire che è fatta male e che bisogna cambiarla. Per cambiarla, occorrono uomini creativi, che sappiano usare la loro immaginazione.

Ed ecco, a riprova, la bellissima *Storia Universale* che conclude *Favole al telefono*.

In principio la Terra era tutta sbagliata, renderla più abitabile fu una bella fatica. Per passare i fiumi non c'erano ponti. Non c'erano sentieri per salire sui monti. Ti volevi sedere? Neanche l'ombra di un panchetto. Cascavi dal sonno? Non esisteva il letto. Per non pungersi i piedi, né scarpe né stivali.

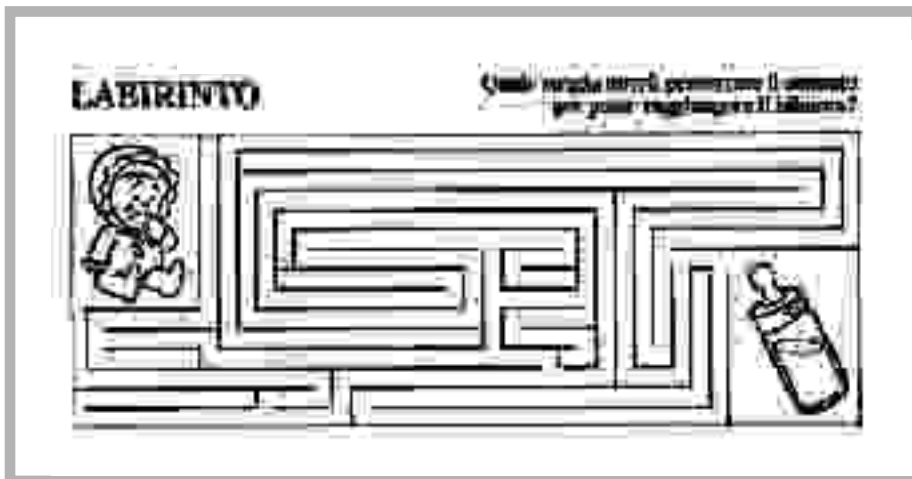
Se ci vedi poco, non trovavi gli occhiali. Per fare una partita non c'erano palloni; mancava la pentola e il fuoco per cuocere i maccheroni, anzi a guardare bene mancava anche la pasta. Non c'era nulla di niente. Zero via zero, e basta.

C'erano solo gli uomini, con due braccia per lavorare, e agli errori più grossi si poté rimediare. Da correggere, però, ne restano ancora tanti: rimboccatevi le maniche, c'è lavoro per tutti quanti!

In un universo educativo come quello italiano, che dalla retorica del Cuore deamicisiano è passato alla retorica delle tecnologie, *Grammatica della fantasia* vuol dire grammatica della libertà, e le parole di chiusura del primo capitolo "Tutti gli usi della parola a tutti" condensano stupendamente il senso della rivoluzione rodariana, di quella vocazione al gioco libero delle parole, di quell'invito a narrare, a dialogare, a costruire insieme le storie, che sono assunzione di responsabilità educativa, voglia di utopia, apprendimento delle "cose difficili". E un invito in tal senso Rodari ci rivolge attraverso una breve poesia (*Le cose difficili* in "Il Giornale dei Genitori", n. 1, 1975), che ogni adulto dovrebbe far conoscere ai bambini:

*È difficile fare
le cose difficili:
parlare al sordo,
mostrare la rosa al cieco.
Bambini, imparate
a fare le cose difficili:
dare la mano al cieco,
cantare per il sordo,
liberare gli schiavi
che si credono liberi.*

EDUCAZIONE SANITARIA NEI LIBRI DELLA SCUOLA ELEMENTARE



Regione Emilia Romagna, Azienda USL Cesena
Programma Materno - Infantile
Associazione Culturale Pediatri, Romagna

Giornate Mediche Cesenati
CONVEGNO PEDIATRICO

MALATI A VITA?

*I disturbi dell'età evolutiva nell'arco della vita
Storia naturale ed interventi efficaci*

Sabato 8 novembre 2003 - ore 9,00

Sala Convegni
Ospedale "M. Bufalini" Cesena

Tavole rotonde con discussione in plenaria

Sessione del mattino ore 9-13

IL FUTURO DEL BAMBINO PREMATURO

Augusto Biasini, Cesena. Moderatore

**Epidemiologia ed interventi efficaci
nella prematurità grave**

Carlo Corchia, Cosenza

**La prognosi a lungo termine
del bambino prematuro grave**

Stefano Chiappe, Cagliari

**Interventi psicosociali efficaci
sulla prognosi del prematuro grave**

Rosanna Negri, Milano

IL FUTURO DEL BAMBINO OBESO

Mauro Pocecco, Cesena. Moderatore

**Storia naturale del bambino obeso;
efficacia degli interventi**

Roberto Bellù, Lecco

Dante Baronciani, Modena. Discussant

Break per la colazione ore 13

Sessione del pomeriggio ore 14-18

IL DESTINO DEL BAMBINO CON RITARDO MENTALE

Giancarlo Biasini, Cesena. Moderatore

**Il divenire in età adulta della persona
con ritardo mentale:**

fattori di protezione e di rischio

Giampaolo Guaraldi e collaboratori, Modena

Aldo Moretti, Genova. Discussant

IL DESTINO DEL BAMBINO CON RITARDO DI APPRENDIMENTO

Francesco Ciotti, Cesena. Moderatore

**La prognosi sociale del bambino dislessico:
interventi utili e ruolo del pediatra**

Ciro Ruggerini, Modena

Giuseppe Chiarenza, Rho. Discussant

Segret.: Progr. Materno Infantile AUSL Cesena

Tel. 0547 39 42 86 - Fax 0549 394283

E-mail: fciootti@ausl-cesena.emr.it

Quota di iscrizione: € 20 comprendente
la colazione di lavoro e può essere versata
nella sede del convegno

È stata richiesta l'attribuzione dei crediti ECM

Nello scorso numero abbiamo dato notizia della perdita di Paolo Durand, giuntaci quando la rivista era in preparazione. Paolo era un grande, uno dei più grandi clinici pediatri italiani. Era un Uomo che meritava molto di più di quanto abbia avuto non soltanto nella sua Genova, ma nel mondo pediatrico italiano. In particolare non ha avuto quella carriera universitaria che, più di ogni altro, meritava. Cosa che in Italia non succede di rado, ma nel suo caso questa "muti-lazione" è stata veramente singolare e dolorosa e condivisa da chi gli ha voluto bene.

Pubblichiamo su Paolo un articolo, ricco di ricordi personali, di Luisa Massimo, che è stata Primario pediatra all'Istituto Gaslini di Genova.

Paolo Durand: un grande

Luisa Massimo: Primario Emerito, Istituto Gaslini, Genova

Paolo Durand era uno dei grandi clinici pediatri che nel passato hanno saputo aprire vie nuove. Il suo campo di ricerca preminente era la genetica applicata dapprima alla gastroenterologia e in seguito alle malattie metaboliche, vie nuove finalizzate alla diagnosi precoce e quindi all'inizio precoce della terapia.

Paolo ci ha lasciato improvvisamente il 23 maggio scorso verso le ore 13, in seguito a un incidente stradale di per sé modesto. Era nato il 30 aprile 1922 a Celle Ligure, una splendida cittadina costiera lunga e stretta, che sale verso i monti, sempre verdeggianti e sempre fiorita. Lui non era solo ligure di nascita, ma anche per formazione e senso di appartenenza. Lì aveva una villa deliziosa, lì continuava la sua Scuola invitando a casa amici, colleghi e collaboratori; lì viveva con il mare. Aveva appena compiuto 81 anni e godeva di un'ottima salute. Calzoncini corti, sandali, cappello di paglia, senza documenti, stava scendendo al porticciolo, a pochi metri da casa sua, dove quasi ogni giorno si intratteneva a parlare con la gente del posto, gli amici di sempre. Il destino gli ha offerto una morte istantanea, investito da uno scooter attraversando la Via Aurelia, di fronte al suo mare. Il mondo pediatrico nazionale e internazionale lo piange ed è vicino alla Signora Graziella e a tutta la famiglia, come è stato scritto sullo scorso numero di *Quaderni acp*.

Ed ecco alcune tappe della sua vita. Si laurea in Medicina e Chirurgia il 20 luglio 1947 all'Università di Genova. Frequenta la Scuola di Specializzazione in Pediatria nell'Ospedale G. Gaslini e in seguito resta a frequentare l'Istituto percorrendo la trafila da Assistente ad Aiuto. Durante questo periodo prende la Libera Docenza in Clinica Pediatrica il 12 marzo 1955, la Maturità alla Cattedra, l'Idoneità Primaria. Nel 1963 l'Istituto Gaslini istituisce la terza Divisione di Pediatria dedicata alle malattie metaboliche e gli affida la direzione. Nel 1982 viene nominato Direttore Scientifico, sede che occuperà fino al 1992, ossia al compimento del 70° anno. L'Istituto per la ricerca sui gemelli, fondato dal genetista, Prof. Luigi Gedda, lo chiama per ricoprire la carica di

Direttore, che svolge per qualche anno, dando grande impulso a quelle ricerche. Poco dopo il Prof. Adriano Bompiani, Presidente dell'Ospedale Bambin Gesù in Roma, gli affida la Direzione Scientifica, incarico che ricoprirà per alcuni anni.

Paolo Durand ha pubblicato moltissimi lavori scientifici ed è stato per anni relatore invitato a Congressi di Pediatria e di Genetica in Italia e all'estero. In questo breve ricordo desidero ricordare le sue tre maggiori ricerche, che lo hanno posto all'attenzione mondiale.

Nel 1958 pubblica il primo caso di intolleranza al lattosio dovuto a deficit di lattasi. Tra il 1966 e il 1969 lavora assieme alle sue collaboratrici, Carla Borrone e Giuliana Della Cella, all'individuazione di un errore congenito del metabolismo non ancora conosciuto, il difetto dell'enzima lisosomiale alfa-L-fucosidasi, malattia che assieme al Prof. M. Philippart denomina "fucosidosi". Subito dopo definisce un'altra malattia, la sialidosi, aprendo il capitolo degli errori congeniti del metabolismo delle glicoproteine.

Cose di grande importanza dal lato scientifico, come si vede.

Paolo Durand era membro di numerose Società Scientifiche di Pediatria e di Genetica nazionali e internazionali. Ha ottenuto molti Premi e onorificenze, l'ultima nel 1997, da parte dell'Associazione Liguri nel Mondo assieme al Prof. Luca Cavalli-Sforza.

Il Prof. Durand aveva anche un forte senso della solidarietà e del volontariato. All'inizio degli anni '80 ha fondato l'Associazione Amici del Gaslini, con lo scopo di raccogliere fondi per la ricerca, e subito dopo l'AIHR, Associazione Italiana Ricerca Handicap, della quale era il Presidente. Ha partecipato alla fondazione di *Prospettive in pediatria*, della *Rivista Italiana di Pediatria*; è stato un cofondatore dell'Associazione Culturale Pediatri nel 1974.

Tutti hanno sempre detto che, accanto a grandi uomini, ci sono sempre delle grandi donne. È per questo che non posso non ricordare accanto a lui sua moglie Graziella, persona affascinante che pareva uscire da uno dei ritratti del Rubens di nobildonne genovesi, premurosa, intelli-

Per corrispondenza:

Luisa Massimo

e-mail: luisamassimo@yahoo.it

gente, sempre perfettamente in sintonia con lui.

Io lo conobbi nel 1951 quando, al V Anno di Università, il Prof. De Toni mi accettò come studente interno e mi assegnò al Reparto 'Tipo': il Capo-Reparto era il Prof. Bulgarelli, il Vice era il dott. Durand, uno specializzando del 2° anno era il dott. Sergio Nordio; per me fu una scuola di notevole spessore e stimolo. Nel Natale del 1954, per consiglio del nostro Direttore, rientrai dopo 15 mesi da Filadelfia e venni inserita nel gruppo del Prof. Gennaro Sansone. Nel frattempo Paolo era diventato Capo-Reparto.

Collaborare con lui era una gioia dello spirito, la certezza di avere un'ottima guida, la possibilità di partecipare attivamente alla ricerca. Non c'era bambino che non meritasse la sua attenzione, non c'era momento in cui non ci stimolasse a ragionare e a discutere. Spesso preparavamo con lui i casi da presentare il giovedì in aula. Possedeva le doti innate del grande ricercatore, passione per lo studio, desiderio di trovare una risposta a ciascun quesito, umanità, onestà, originalità, inventiva, immaginazione supportata dall'evidenza e dai risultati scientifici. Paolo Durand ha dato durante tutta la sua vita professionale un grande contributo alla cultura della scienza.

Noi lo rimpiangiamo perché avevamo ancora bisogno di lui, dei suoi insegnamenti, dei suoi consigli, della sua amicizia e Lui, generosamente come sempre, avrebbe continuato a darceli. Lo piange la sua famiglia, i suoi nipotini non avranno più quello speciale intenso legame con il loro grande nonno.

Paolo Durand era un fervente cattolico, amico di Padre Damaso di Celle Ligure, il mitico Francescano Parroco della Cappella dell'Istituto Gaslini. È per questo che desidero dedicare alla sua memoria una frase che ha millenni, tratta dal *Libro della Sapienza* (3,2-5): "Parvero morire agli occhi degli uomini e la loro partenza fu stimata una sciagura e la loro separazione da noi una tragedia: ma essi sono nella pace; la loro speranza è piena d'immortalità. Per le loro afflizioni terrene sono messi a parte di molti beni perché Dio li ha provati e li ha trovati degni di sé".

info: notizie

Conflitti di interesse: si fa così

Sul numero di febbraio 2003 di *Journal of Pediatrics* (pag. 526) c'è un articolo dal titolo: "Are inhaled corticosteroid effective for acute exacerbation of asthma in children?" di Leslie Hendeles e James Sherman. Nell'articolo si parla di fluticasone, di budesonide, di beclometasone, di albuterolo, e si conclude che i corticoidi inalatori non dovrebbero essere usati di routine nell'asma acuto. La rivista riporta una nota a margine che riproduciamo.

I dottori Leslie Hendeles e James Sherman hanno ricevuto compensi dalla Glaxo SmithKline (GSK) per relazioni a congressi; sono ricercatori in 2 studi sponsorizzati dalla GSK che è la produttrice del fluticasone per via inalatoria. Inoltre il dott. Leslie Hendeles lavora nel National Advisory Board della GSK. Il dott. Leslie Hendeles ha, inoltre, ricevuto compensi per una lettura sponsorizzata dall'Astra Zeneca (AZ) che produce la budesonide ed è componente del National Advisory Board della AZ. Egli è anche consulente della Ascent Pediatrics Inc. (una compagnia che fa parte della Medicis) che produce l'Orapred; ha un interesse economico nella stessa Ascent.

Quando lo vedremo scritto anche nelle riviste italiane?

Del resto un suggerimento de *Il Sole24ore Sanità* del 18-24 marzo 2003 non va molto lontano. Dice che di ogni relatore si dovrebbe sapere:

1. quali contributi ha avuto da ditte farmaceutiche per ricerche eseguite, o per presentazioni in congressi;
2. se sia sponsorizzato o compensato per la relazione che presenta o se, per lo stesso argomento, sia stato in altre sedi sponsorizzato o compensato.

g.c.b

Defolianti in Vietnam

Una indagine della Columbia University sta dimostrando, con mappe molto dettagliate, che la quantità di erbicidi e defolianti sparsi durante la guerra del Vietnam (1961-1971) in 10.000 missioni

può essere rivalutata a 4 volte quello che si è finora ritenuto. I villaggi irrorati sono stati circa 20.000 con 7 milioni di litri di erbicidi a base di diossina. Milioni di vietnamiti potrebbero essere stati irrorati direttamente (*Nature* 2003;422:649). Intanto un accordo fra USA e Vietnam (*id* 793), firmato già da un anno, per indagare sul danno ambientale prodotto dai defolianti in Vietnam, rimane fermo per il disaccordo sul comitato di coordinamento della ricerca.

red.

La sindrome del Golfo 1991

La sindrome del Golfo dei veterani (SGV) ha colpito un considerevole numero di soldati della prima guerra all'Iraq del 1991. La varietà sintomatologica somiglia molto a quella della sindrome da fatica cronica (SFC): affaticamento, disabilità, sindromi dolorose diffuse, sintomi cognitivi (difficoltà di concentrazione, difetti di memoria). Ambedue le sindromi non hanno rapporti, almeno sembra, con diagnosi cliniche di tipo biomedico. Si sa che come eziologia sono stati chiamati in causa una miriade di cause: uranio impoverito, gas nervini, ipervaccinazioni, pesticidi. Nessuna di queste cause è stata accertata. Qualcuno sostiene anche per "timidezza" dei governi (la SGV interessa più Paesi).

È stato recentemente completato un trial inglese di terapia comportamentale-cognitiva (CBT) e di esercizio aerobico in 1092 casi di SGV (*JAMA* 2003;289:1396); è il più importante studio pubblicato di interventi psicoterapeutici in qualsiasi campo. Risultato: "CBT leads to a modest reduction in physical disability", mentre l'esercizio fisico aerobico non ha effetto. Il trattamento combinato di CBT ed esercizio fisico aerobico porta a miglioramento dell'affaticamento e dei sintomi cognitivi, ma non del dolore. Ora il problema è se offrire a tutti i veterani del Golfo con la SGV i due trattamenti o uno dei due, e come valutarli. E se il governo non volesse offrire queste terapie, come giustificare il rifiuto? Con l'incertezza dei risultati che, in verità, ci

sono stati? Con l'alto costo? E come potrebbe il governo americano e inglese parlare di denaro dopo la conclusione della seconda campagna contro l'Iraq e con i suoi costi?

g.c.

Aziende sanitarie in Internet

A luglio 2002 il 50% delle aziende sanitarie ha dichiarato di essere presente in Internet con un suo sito: 63% al Nord, 43% al Centro, 33% al Sud. I siti sono solo per il 30% di strutture sanitarie private. Nel 60% dei casi i siti sono rintracciabili utilizzando i più diffusi motori di ricerca. Il 12% dei siti dichiarati dalle aziende, a una indagine del Cerismas, non è stato, però, raggiungibile. Il livello di sofisticazione tecnologica dei siti è stato valutato come "alquanto contenuto" e il traffico complessivamente registrato è abbastanza limitato. Il livello è però sostanzialmente adeguato rispetto a quello europeo.

Solo il 7% delle aziende sanitarie dispone, invece, di sistemi per garantire una visione unitaria e la condivisione delle stesse informazioni tra i vari attori dei processi aziendali. Complessivamente la percentuale del fatturato mediamente investito in Information Technology nel settore ospedaliero italiano è inferiore all'1.2%. In USA è del 2.5%. Nel settore bancario italiano è del 5-6%. (*Management* 2003;4:18)

red.

Chi ben comincia...

Uno studio prospettico di coorte (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, Nuova Zelanda) su 1037 soggetti, nati nel 1972-73 e seguiti fino all'età di 26 anni, dimostra che un basso livello socio-economico nell'infanzia e nella fanciullezza ha influenze negative a lunga scadenza sulla salute dell'adulto, indipendentemente dalle condizioni di salute all'inizio della vita, o di quale posto nella gerarchia sociale l'adulto in questione raggiunga. Più basso è il livello, peggiori sono la funzionalità cardio-respiratoria e la salute orale, maggiore l'obesità.

sulla salute

La pressione sistolica non viene invece influenzata. Un dato nuovo, rispetto a studi simili, è che tale influenza inizia a farsi sentire già nella fanciullezza e nell'adolescenza.

Si conferma comunque anche l'influenza del livello sociale da adulto. Infatti non solo il basso livello nella fanciullezza, ma anche quello in età adulta è correlato con le patologie cardiovascolari. Inoltre un'ascesa di livello riduce il rischio di obesità, mentre una discesa comporta un peggioramento della forma fisica e della salute dentale. La depressione e la dipendenza da alcol e da tabacco sono invece influenzate prevalentemente dal livello sociale presente da adulto.

Gli Autori tentano anche alcune ipotesi sulle possibili cause, riassumibili fondamentalmente nella differente utilizzazione delle risorse sanitarie, che porterebbe alla comparsa di problemi di salute e comportamenti rischiosi destinati a durare a lungo.

Di qui la necessità di provvedere precocemente alla correzione delle disuguaglianze, problema molto sentito nel Paese degli Autori, la Gran Bretagna, dove un bambino su tre è sotto la soglia

di povertà. E da noi? (R. Poulton. *Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study*)

l.p

Com'è finita alla Federazione degli Ordini dei Medici (FNOM)

Le elezioni per il presidente della FNOM hanno dato un risultato straordinario.

Nel comitato centrale (13 consiglieri) erano stati eletti - oltre a 4 dentisti - 8 consiglieri della lista di Amedeo Bianco, presidente dell'ordine di Torino ed ospedaliero, e 5 consiglieri della lista Del Barone, presidente di Napoli, presidente uscente della FNOM e generalista. I generalisti della FIMMG e dell'ANNAO, cioè i maggiori sindacati italiani, appoggiavano Bianco.

Ma i 4 dentisti hanno dato i loro voti a Del Barone che è stato rieletto presidente con 9 voti su 17, "in base ad accordi che ancora non conosciamo" dice Bianco, mentre Del Barone sostiene che

"non esiste che per passare in Federazione occorra passare per il sindacato". Mario Falconi, presidente della FIMMG, dice che "pesante e inopportuna è stata l'ingerenza del ministro Sirchia" che non ha perdonato ai sindacati le pressioni per fargli ritirare il decreto cosiddetto "antitruffa" (*Il Sole24ore Sanità 26 maggio 2003*).

Età delle apparecchiature diagnostiche

Il Ministero della Salute ha reso noto il primo censimento sul numero e la qualità delle apparecchiature diagnostiche in 1419 strutture ospedaliere di tutto il Paese. La situazione si riferisce al 2000 e sono stati censiti 882 ospedali pubblici e 537 case di cura accreditate.

Solo 3 strutture sanitarie su 10 hanno apparecchiature diagnostiche acquistate negli ultimi 3 anni; nel 49% dei casi le apparecchiature hanno più di 7 anni e nel 15% più di 15 anni.

Valle d'Aosta (57%), Molise (39%), Piemonte (35%) e Lombardia (34,8%) sono le Regioni con il maggior numero di apparecchi nuovi, acquistati cioè da meno di 3 anni.

Invece le attrezzature più vecchie, acquistate da oltre 15 anni, si trovano negli ospedali di Abruzzo (24%), Marche (20,9%) e Calabria (18,8%).

Le apparecchiature più obsolete risultano quelle per le radiografie tradizionali, la TAC, la mammografia (il 23% dei mammografi recensiti ha oltre 10 anni e il 44% oltre 8 anni di età) e per la medicina nucleare.

Inoltre l'impiego delle attrezzature varia molto da regione a regione. Considerando solo le strutture pubbliche per le ecografie si va da un minimo di 1150 prestazioni per apparecchiatura della provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 4310 dell'Abruzzo. Per le radiografie si oscilla dalle 2718 delle Marche alle 5336 di Bolzano; le mammografie sono 843 per apparecchio in Abruzzo, e 2889 in Veneto; le TAC sono 3022 in Molise e 6612 in Valle d'Aosta (vedi tabella).

ps

ETÀ DELLE APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE (VALORI PERCENTUALI)

	Oltre 15 anni	10-15 anni	10-7 anni	7-3 anni	Meno di 3 anni
Piemonte	6,5	20,7	13,7	23,5	35,7
Valle d'Aosta	3,6	0	14	25	57
Lombardia	13,9	18	12	20	34
Veneto	15,9	20,8	9,6	20	33
Bolzano	5	13	30	23	27,9
Trento	14,5	19,8	25	16	24
Friuli	16	19	22	24	17,8
Emilia-Romagna	16,6	17	15	22	28
Toscana	14	20	14	17,9	32
Lazio	14	15	19	17,9	32
Abruzzo	24	17	13	18	25
Campania	14	15	13	23	33
Calabria	18,8	15	17	16	32
Sicilia	14	22,9	11	22	29
Sardegna	17,7	12	21	24	24
Puglia	18	16	19	18	20
Basilicata	18	11	21	19	29
Molise	18	8	18	15	39

Leggere e fare

42 La SARS a fine estate

La SARS viene riconosciuta nel febbraio 2003; la sua catena eziologica viene identificata in un condominio di Hong Kong nel marzo 2003. A metà aprile è già noto l'agente eziologico: un coronavirus. I dati vengono discussi ogni giorno in teleconferenze. Certamente un successo della ricerca internazionale. Rimangono molti problemi da risolvere: l'effettiva mortalità nelle varie età, la terapia, le ricerche su vaccini.

43 In un bambino con soffio cardiaco l'ECG o l'Eco aggiungono qualcosa all'esame obiettivo nella diagnosi di cardiopatia?

L'ecocardiogramma nelle sue varie modalità di esecuzione (mono, bidimensionale, doppler e color-doppler) permette di giungere quasi sempre nelle cardiopatie a una diagnosi definitiva. Ma l'"esperto letteratura" pare concorde nell'affermare che non è indicato eseguire un eco a ogni bambino con una diagnosi clinica di soffio innocente in considerazione, da una parte, dell'elevata sensibilità e specificità dell'esame clinico, al quale è assai improbabile che sfugga un problema e, dall'altra, dei costi e delle difficoltà organizzative che comporterebbero l'esecuzione di un eco a tutta la vasta popolazione dei bambini con soffio.

45 Diagnosi istologica di una linfadenopatia: si può utilizzare l'agobiopsia invece della biopsia?

In un bambino di 4 anni con una linfadenopatia laterocervicale di diametro superiore a 2 cm e persistente viene esaminata l'attendibilità di una agobiopsia (needle biopsy) invece che di una biopsia tradizionale. Viene trovato un lavoro che riporta un test di validazione che consente di affermare con buona fiducia l'attendibilità dell'agobiopsia, a condizione che si ottenga un buon campione di tessuto.

Informazioni per genitori

47 La stipsi nel bambino: qualche informazione per le famiglie

Vengono date informazioni alle famiglie dei bambini con stipsi per una gestione familiare la più semplice possibile.

Il punto su

48 Lo screening della displasia evolutiva dell'anca. A che punto siamo?

La discussione attorno allo screening della Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA) continua. Le formule che si confrontano sono lo screening universale o quello selettivo mediante ecografia. I dati a disposizione negano che vi siano differenze degli outcome diagnostici fra le due ipotesi. Tutto è basato sul fatto che mancano dati sicuri sul destino dei bambini con DEA, sulle diagnosi tardive, sugli interventi praticati in caso di diagnosi tardive, sulle complicanze dei trattamenti.

Il caso che insegna

50 Un braccio poco mobile fra timo e varicella

Viene riferita la storia di una bambina di 6 mesi con una ipomobilità del braccio sinistro iniziata al 4° mese. Fra le ipotesi diagnostiche viene presa in considerazione una compressione del timo che appare molto ingrossato. A un esame più accurato della storia ci si accorge però che è sfuggito che la bambina, a 3 mesi, aveva avuto una varicella e che i sintomi potevano perciò essere di natura postinfettiva.

La SARS a fine estate

Giancarlo Biasini

Centro per la Salute del Bambino. Trieste

Abstract

SARS has been identified in February 2003; in March 2003 the etiological chain was identified in an Hong Kong apartment building. By April 2003 a Coronavirus was identified as the etiological agent. Everyday data are confronted through video conferences. All this represents a success of international research. Many problems still remain unsolved: the real mortality rate at different ages, medical therapy, vaccine research. Will the problem come back in winter?

Giancarlo Biasini. SARS at the end of summer
Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 42

La lettura delle riviste scientifiche in questi ultimi tre mesi ha dimostrato, anche ai non esperti come noi, come la SARS sia stato un successo della comunità scientifica internazionale.

L'OMS ha lanciato l'allarme il 12 marzo dopo "l'avviso" del nostro Urbani nel febbraio 2003. Immediatamente i ricercatori del CDC e dell'OMS hanno cominciato la ricerca sul tipo di agente patogeno in causa (*lancet* 2003; 361 1730). Rapidamente si è capito quale era stata l'origine e la partenza dell'epidemia. Arrivò a Hong Kong, da Shenzehn, un uomo di 33 anni in un gigantesco condominio (il blocco E degli Amoy Gardens). L'uomo ebbe i primi sintomi della SARS, febbre e diarrea modesta; era il caso 0. Trasmise la malattia al fratello, alla sorella e a due infermiere dell'ospedale dove fu ricoverato. Dopo due settimane gli Amoy Gardens erano affollati di 321 casi di SARS: 107 nel blocco E. Tutta gente che, a parte fratelli e infermiere, non aveva mai incontrato il caso 0. Ci si chiese, allora, come aveva fatto, il caso 0, ad infettare persone con cui non era stato in contatto: le feci nel sistema fognario che "perdeva"? Probabilmente sì.

Intanto, alla fine di marzo, dopo l'inseguimento di una prima falsa traccia di un metapneumovirus, si era arrivati a una conclusione: a Hong Kong era stato isolato un ceppo nuovo di coronavirus, un virus a RNA, nei malati di SARS.

Nel caso dell'AIDS ci sono voluti 3 anni per arrivare alla individuazione dell'HIV; un progresso eccezionale nella velocità della ricerca scientifica, in continuo contatto con teleconferenze. La scoperta del coronavirus viene confermata da altri laboratori. Si conclude che nella metà dei casi può essere isolato questo virus. È un virus resistente, può vivere fuori dell'ospite

per circa 48 ore. È quindi giustificata l'ipotesi che a Hong Kong possa essere stato trasmesso per via indiretta attraverso le feci e la perdita fognaria. Un altro punto d'oro; ma ce n'è uno "sgradevole" specie per il futuro: il coronavirus è un virus di RNA, quindi è "labile" e facile agli errori di copiatura; può cambiare mentre gira per le città e per il mondo. Questo renderà precaria la preparazione dei vaccini? Certamente sì. Ci sono ancora problemi da risolvere? Sicuramente: ci sono portatori sani? Qual è il meccanismo patogenetico? A che punto siamo per un test identificativo sensibile e specifico del virus che sarebbe così utile per distinguere, per noi pratici e nel prossimo inverno, la banale influenza dalla SARS per evitare timori, spese ospedaliere e rischi di "timor di unzione" nel mondo mediatico?

Il CDC (*lancet* 2003; 361: 1965) ha approvato un nuovo test di laboratorio che usa la tecnologia della PCR per individuare la presenza del coronavirus. La procedura sembra veloce; manca una conferma definitiva. Tutto bene dunque? Probabilmente no: la mortalità della malattia era stata stimata in marzo al 3-4%. Gli ultimi dati, valutati in 2 mesi negli ospedali di Hong Kong, la stimano al 13.3% nelle persone più giovani di 60 anni e fino al 43.3% in quelle più anziane. Finora è modesta nei bambini (*lancet* 1003; 361: 1701: nessun decesso) e cresce negli adolescenti, ma il numero dei bambini studiati è modesto.

Quanto alla terapia siamo assai lontani da una qualsiasi soluzione. Le autorità sanitarie di Hong Kong sono state molto criticate per l'uso di un farmaco antivirale (la ribavirina, ben nota ai pediatri), associato a uno steroide nel trattamento della SARS; è lo stesso schema usato nel trattamento dei 10 bambini pubblicati su *lan-*

cet. Non c'è alcuna dimostrazione dell'efficacia di questo trattamento che è stato iniziato quando si era pensato che l'agente etiologico della SARS fosse un metapneumovirus che "assomiglia" al virus respiratorio sinciziale. A Kuala Lumpur il 26 aprile il responsabile della sanità di Hong Kong aveva riferito di un buon risultato nell'80% dei casi. Le critiche poggiano sulla mancanza di dimostrazione di efficacia e sul rilievo autoptico di un grave danno extrapolmonare nei soggetti trattati. Sono stati citati anche altri effetti secondari della Ribavirina: emolisi nel 74% con drastica riduzione dell'emoglobina (*JAMA*; 2003 289: 1). Ma il danno extrapolmonare, specialmente linfatico e splenico, potrebbe stare a favore di una reazione immunologica al virus. Ora comunque l'atteggiamento di non usare questa terapia è dominante. Il CDC si è espresso: "non c'è alcuna attività della ribavirina contro questo ceppo di coronavirus" (*Nature* 2003;423: 4). La ricerca più recente è quella di *lancet* (2003; 361: 2045) che conferma la nessuna azione della Ribavirina sulla replicazione del coronavirus. Dovremo tenerne conto, noi pediatri, che un po' amiamo la Ribavirina. L'OMS, in luglio, ha dichiarato sostanzialmente "arginata" l'epidemia. Speriamo sia così e che nel prossimo inverno il mondo non si debba confrontare ancora con la SARS; e quindi neppure noi europei e noi pediatri. È però prudente prepararci anche ad altre eventualità e forse sarebbe bene provvedere comunque a una buona informazione già da ora. Il giudizio globale che dobbiamo dare sulle informazioni date dai media italiani, è abbastanza buono. Il rischio è di cominciare a riparlarne solo se e quando il problema sarà riesplso: come siamo abituati a fare in Italia.

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: gcbias@tin.it

leggere e fare

In un bambino con soffio cardiaco l'ECG o l'Eco aggiungono qualcosa all'esame obiettivo nella diagnosi di cardiopatia?

Manuela Pasini

UO di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "M. Bufalini". AUSL di Cesena

Abstract

Echocardiography (mono, bidimensional, Doppler and Color Doppler) is always able to make a definite diagnosis of heart disease. Nevertheless, due to the high costs and the organizational problems of an ultrasound examination extended to all children with innocent cardiac murmurs, the "expert scientific literature" asserts that clinical examination has a high specificity and sensibility and thus rarely underestimates the problem.

Manuela Pasini. In the diagnostic procedures for a congenital heart disease can an echocardiography or an electrocardiogram add something useful to the clinical examination of a child with a cardiac murmur?

Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 43-44

Scenario clinico

Viene inviato in ambulatorio pediatrico specialistico per la cardiologia un bambino di tre anni, a cui il curante ha riscontrato, durante un bilancio di salute, un soffio cardiaco. Il bambino è asintomatico; non ha storia familiare di problemi cardiaci. Le caratteristiche del soffio, dopo accurata valutazione clinica, sono quelle del soffio innocente. Mi chiedo se devo affrontare un iter diagnostico strumentale (ECG e/o ecocardiogramma) e quindi quanto questo possa modificare la valutazione clinica nella diagnosi differenziale tra un soffio patologico e uno innocente.

Background

Il riscontro di un soffio cardiaco è frequente nel bambino con una prevalenza dal 50 al 90% a seconda dei dati della letteratura e della fascia di età considerata (la più alta percentuale di soffi si riscontra nell'età dai 3 ai 9 anni) e rappresenta il motivo più frequente di invio a una valutazione cardiologica pediatrica. La maggior parte di questi soffi è "innocente". La diagnosi di soffio "innocente" si può formulare dopo che un esame clinico non suggerisce una cardiopatia. Alcune caratteristiche cliniche sono più frequentemente associate a una patologia cardiaca e queste sono la presenza di un soffio con intensità maggiore-uguale a 3/6 L, la durata per tutta la sistole (pansistolico), la qualità "rude" del rumore, l'associazione con uno sdoppiamento del 2° tono, l'associazione con un click proto o mesosistolico, l'ascoltazione al bordo sternale sinistro superiore.

L'esperienza e la capacità nella ascoltazione cardiaca sono pertanto importanti per la risoluzione di questo problema. In caso di dubbio diagnostico è opportuno conoscere la strategia più efficace per giungere a una diagnosi definitiva. Le principali indagini strumentali disponibili sono rappresentate dall'ECG e dall'ecocardiogramma. È ovvio che l'ecocardiogramma permette di giungere quasi sempre a una diagnosi definitiva ma, data l'elevata incidenza dei soffi cardiaci in età pediatrica, l'esecuzione di un ecocardiogramma a tutti i bambini è difficilmente proponibile e fattibile; più semplice e rapida è senza dubbio la registrazione di un ECG ma la sua utilità è poco probabile.

La domanda in tre parti

In un *bambino* con un *soffio cardiaco* (POPOLAZIONE) l'*ECG* confrontato con l'*esame obiettivo* (INTERVENTO) è utile nella *diagnosi di cardiopatia?* (OUTCOME).

Strategia di ricerca

Verifico nel MESH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Children-Heart Murmurs-Clinical Evaluation-Electrocardiogram*.

Traduco la domanda su PubMed nella maschera *Clinical Queries using Research Methodology Filters*, selezionando *Diagnosis e Specificity*: "Children" AND "Heart Murmurs" AND ("Clinical Evaluation" OR "Electrocardiogram"). La ricerca seleziona sei articoli. Dopo avere letto gli abstract seleziono un arti-

colo per la sua attinenza al problema che sto indagando circa l'utilità della ecocardiografia ed elettrocardiografia.

Articolo selezionato

Smythe et al: Initial evaluation of heart murmurs: are laboratory tests necessary? Pediatrics 1990;86,4:497-500

Caratteristiche dello studio

Nazione: Canada (Ottawa)

Setting: Servizio di Cardiologia per pazienti esterni di un ospedale pediatrico

Tipo di studio: descrittivo

Obiettivo dello studio: verificare l'utilità di indagini strumentali (ECG ed eco) nell'iter diagnostico di un bambino con soffio cardiaco

Pazienti e test diagnostici

Pazienti entrati nello studio: N = 161 persone di età 1-17 anni (mediana 3,2 anni) riferiti a un Servizio di Cardiologia per la prima valutazione di un soffio cardiaco asintomatico

Test utilizzati:

- Esame clinico da parte di un cardiologo pediatra e suddivisione tra a) pazienti con soffio innocente, b) pazienti con soffio patologico, c) pazienti con soffio probabilmente patologico.
- ECG eseguito in tutti i pazienti. Riclassificazione dopo l'esecuzione dell'ECG.

Gold standard: Ecocardiogramma (monodimensionale, bidimensionale, Doppler e color-Doppler) eseguito in tutti i pazienti.

Per corrispondenza:

Manuela Pasini

e-mail: manu-pas@libero.it

leggere e fare

TABELLA 1: CONCORDANZA CLINICA/ECO

Diagnosi clinica	Eco normale	Eco patologico
Soffio innocente	107	2
Soffio patologico	6	43
<i>In tre bambini Eco non conclusivo</i>		

TABELLA 2: "2 PER 2"

	Eco patologico	Eco normale	Totale
Diagnosi clinica "patologica"	43	6	49
Esame clinico "innocente"	2	107	109
Totale	45	113	158

Riclassificazione dopo l'esecuzione dell'ecocardiogramma.

Risultati

I risultati della ecografia nei bambini classificati con soffio innocente o patologico sono descritti nella *tabella 1*.

In nessun caso l'elettrocardiogramma ha modificato la valutazione clinica.

Vengono inseriti i risultati nella tabella "2 per 2" (*tabella 2*). Si escludono i 3 bambini in cui l'eco lascia dubbi sulla presenza o meno di patologia.

Vengono calcolati la sensibilità, la specificità, il valore predittivo positivo (VPP) e il valore predittivo negativo (VPN) dell'esame clinico nella diagnosi dei soffi cardiaci ed i rapporti di verosimiglianza (*tabella 3*).

Il riscontro di un rapporto di verosimiglianza (RV) positivo alto (> 10) ci dice che l'esame clinico da parte di un esperto è molto attendibile nel riconoscere un soffio patologico, mentre il riscontro di un RV negativo molto basso (< 0,1) ci permette di dire che, quando l'esperto diagnostica un soffio innocente, è molto verosimile l'assenza di malattia (vedi *Quaderni acp* 2002;4:52). In altre parole, è del

tutto improbabile che un problema cardiaco sfugga a una valutazione esperta. Nello studio esaminato ci sono soltanto due casi in cui la valutazione clinica è stata di soffio innocente ma in cui l'eco ha rilevato la presenza di un "difetto" cardiaco.

Si trattava, però, in entrambi i casi di difetti senza alcun significato emodinamico: piccolo difetto interventricolare e piccolo difetto interatriale.

Conclusioni

La valutazione clinica da parte di un cardiologo rappresenta una strategia efficace per la valutazione iniziale di un soffio cardiaco.

Il lavoro è stato pubblicato nel 1990, ma utilizza una strumentazione ecocardiografica del tutto sovrapponibile a quella attuale.

L'elettrocardiogramma non è di supporto nella prima fase di riconoscimento tra un rumore cardiaco patologico e un rumore innocente, poiché non modifica il giudizio clinico sulla presenza o meno di una patologia. Nei due pazienti sfuggiti alla valutazione clinica infatti anche l'ECG risultava normale. L'ECG è invece considerato utile quando viene uti-

lizzato per supportare una ipotesi diagnostica specifica di cardiopatia (per esempio nel sospetto di difetto interatriale l'ECG può essere utile perché spesso presenta aspetti caratteristici), o nel follow-up di cardiopatie già diagnosticate.

L'ecocardiogramma nelle sue varie modalità di esecuzione (mono, bidimensionale, Doppler e color-Doppler) permette oggi di giungere quasi sempre a una diagnosi definitiva.

Ma la letteratura pare concorde nell'affermare che non è indicato eseguire un eco a ogni bambino con una diagnosi clinica di soffio innocente in considerazione, da una parte, dell'elevata sensibilità e specificità dell'esame clinico (*tabella 3*), al quale è assai improbabile che sfugga un problema, e dall'altra parte dei costi e delle difficoltà organizzative che comporterebbe l'esecuzione di un eco a tutta la vasta popolazione dei bambini con soffio.

L'eco dovrebbe essere invece eseguito in tutti i casi in cui si sospetta un problema cardiaco (riscontro di soffio patologico all'esame clinico) per giungere ad una diagnosi specifica morfologica o funzionale.

TABELLA 3: ANALISI DELL'EFFICIENZA DIAGNOSTICA (VALORI CON INTERVALLO DI CONFIDENZA)

Sensibilità	=	43 / 45	=	95,6%	
Specificità	=	107 / 113	=	94,7%	
Valore predittivo positivo	=	43 / 49	=	87,8%	(da 76,6% a 94,0%)
Valore predittivo negativo	=	107 / 109	=	98,2%	(da 99,5% a 93,2%)
Rapporto di verosimiglianza per Test positivo	=	0,956 / (1-0,947)	=	18,0	(da 8,2% a 39,30)
Rapporto di verosimiglianza per Test negativo	=	(1-0,956) / 0,947	=	0,05	(da 0,01% a 0,18)

Diagnosi istologica di linfadenopatia: si può utilizzare l'agobiopsia invece della biopsia?

Antonella Stazzoni*, Manuela Pasini**

*Pediatra di famiglia, Cesena, ACP Romagna

** Ospedale "M. Bufalini" U.O di Pediatria e neonatologia Cesena, ACP Romagna

Abstract

In a four year old child with a persistently enlarged cervical lymph node of 2 cm. in diameter the reliability of needle biopsy in respect to traditional biopsy is evaluated. A scientific paper reports an effectiveness test able to confirm the reliability of a needle biopsy if a good tissue sample is obtainable.

Antonella Stazzoni, Manuela Pasini. Can needle biopsy other than traditional biopsy be utilized for the histological diagnosis of a lymphadenopathy?

Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 45-46

Scenario clinico

Viene in ambulatorio un bambino di 4 anni che presenta un linfonodo latero-cervicale non dolente, di diametro maggiore di 2 cm; è persistente, da più di un mese e mezzo nonostante un trattamento antibiotico. Esami sierologici e indici di flogosi negativi. È indicata una biopsia? Mi chiedo se l'esecuzione di un agoaspirato, meno invasivo di una biopsia, possa aiutarmi a escludere una diagnosi di malignità.

Background

Le linfadeniti periferiche sono di frequente riscontro nei bambini; hanno eziologia diversa e per la maggior parte sono benigne (85-87%) e a decorso favorevole. È consigliato peraltro di escludere le malattie maligne con uno studio morfologico ogni volta che l'adenite supera i due centimetri e non si riduce dopo trattamento antibiotico. Mentre nell'adulto l'agoaspirato viene utilizzato per la diagnosi iniziale già da molto tempo, nel bambino lo si utilizza di meno. L'agoaspirato ha alcuni vantaggi: è un esame rapido, poco invasivo, non richiede anestesia generale, ha scarse complicazioni rispetto alla biopsia.

La domanda in tre parti

In un *bambino* con *linfadenopatia* [POPOLAZIONE]

L'*agoaspirato* [INTERVENTO]

È uno *strumento diagnostico utile* per la diagnosi di malignità [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Verifico nel Mesh di PubMed l'esistenza dei seguenti termini:

"Children"; "Lymphatic diseases"; "Needle aspiration"

Quest'ultimo non è un termine Mesh, il termine corrispondente è "biopsy, needle".

Imposto così la mia domanda su Clinical Queries:

"Children" AND "Lymphatic diseases" AND "Biopsy, needle" AND "Outcome".

Selezione **Diagnosis** e **Specificity**

Impostata così la ricerca, trovo tre articoli, uno dei quali si riferisce con sufficiente chiarezza al quesito, in quanto è uno studio di validazione dell'agoaspirato rispetto alla biopsia.

Articolo selezionato

de Schoot L, et al.

"The role of Fine-Needle Aspiration Cytology in Children With Persistent or

Suspicious Lymphadenopathy". *J Ped Surg* 2001;36:7-11

Caratteristiche principali dello studio

Nazione: Olanda

Setting: Ospedale universitario

Tipo di studio: validazione di un test diagnostico (agoaspirato) rispetto al gold standard che è la biopsia per confermare la diagnosi di malignità (se test positivo); follow-up per almeno 6 mesi (se test negativo)

Pazienti e test diagnostici

Pazienti: 65 pazienti di età da 1 a 20 anni (media 9 anni) che dal '92 al '96 hanno eseguito 79 agoaspirati divisi in 2 gruppi:

Gruppo A: 43 con linfadenopatia "de novo" hanno eseguito 44 agoaspirati

Gruppo B: 21 con precedente storia di malignità hanno eseguito 29 agoaspirati.

TABELLA 1: RISULTATI CONCORDANTI, DISCORDANTI E PRELIEVI UTILIZZABILI

1. Agoaspirati di partenza	44 (gruppo A) + 29 (gruppo B)	= 73
2. Inadeguati	5 (A) + 6 (B)	= 11
3. Utilizzabili per l'esame	73 - 11	= 62
4. Non conclusivi		= 1
5. Utilizzabili per la diagnosi		= 61
6. Concordanti (positivi o negativi)	24 + 32	= 56
7. Discordanti	3 + 2	= 5

Per corrispondenza:
Antonella Stazzoni
e-mail: antonella.sta@libero.it

leggere e fare

TABELLA 2: "2 PER 2"

	Biopsia pos.	Biopsia neg.	Totale
Agoasp. pos.	24	2	26
Agoasp. neg.	3	32	35
Totale	27	34	61

Risultati riportati nello studio**Gruppo A**

44 agoaspirati in 43 pazienti: 5 materiale inadeguato; 1 non conclusivo; 38 diagnostici in 37 pazienti, di cui 25 benigni, e di questi 2 falsi negativi (1 Hodgkin, 1 carcinoma nasofaringeo), e 13 maligni, di cui 1 falso positivo.

Gruppo B

29 agoaspirati in 21 pazienti: 6 materiale inadeguato; 23 diagnostici in 17 pazienti, di cui 13 maligni, 12 confermati con biopsia e 1 falso positivo; 10 aspirati benigni, di cui 1 falso negativo.

Gruppo A + B (tabella 1)

Nel complesso possiamo dire che su 73 agoaspirati (rigo 1) eseguiti, 11 (rigo 2) sono risultati inadeguati per fare una diagnosi, 1 è risultato non conclusivo (rigo 3). Pertanto 61 (rigo 5) su 73 agoaspirati possono portare a una diagnosi sicura. Il confronto con il gold standard "biopsia" concorda con 56 (rigo 6) mentre 5 test (rigo 7) sono discordanti da questa. Vengono inseriti i dati nella tabella "2x2". Vengono calcolati sensibilità, specificità,

valore predittivo positivo (VPP) e negativo (VPN) e rapporti di verosimiglianza (tabella 3).

Conclusioni

Il rapporto di verosimiglianza nel caso del test positivo è superiore a 10 (15,1). Questo ci consente di trarre conclusioni sufficientemente attendibili sulla capacità di diagnosi del test relativamente alla malattia. Possiamo utilizzare lo strumento diagnostico; nel nostro caso l'agoaspirato.

Il rapporto di verosimiglianza nel caso del test negativo è compreso tra 0,1 e 0,2 (0,12). Pertanto ci troviamo di fronte a un test che, se risulta negativo, ci permette di trarre conclusioni moderatamente attendibili sulla malattia che stiamo cercando (per l'interpretazione dei valori vedi *Quaderni acp* 2002;4:52). I due dati sono confortati dai valori predittivi negativi (91,4) e positivi (92,3). Però gli ampi intervalli di confidenza (per il rapporto di verosimiglianza positivo da 3,9 a 58,36) suggeriscono (per la scarsa numerosità dei test utilizzati nello studio?) di prendere con prudenza le conclusioni dell'articolo.

Dobbiamo anche sottolineare che 11 agoaspirati su 73 erano inadeguati per la diagnosi; altra conclusione è, quindi, che per giungere a una diagnosi occorre che chi fa l'agobiopsia ottenga un campione di tessuto adeguato e che l'istologo esprima un parere solo in relazione a questa adeguatezza.

TABELLA 3: ANALISI DELL'EFFICIENZA DIAGNOSTICA (VALORI CON INTERVALLO DI CONFIDENZA)

Sensibilità	=	24 / 27	=	88,9%
Specificità	=	32 / 34	=	94,1%
Valore predittivo pos.	=	24 / 26	=	92,3% (da 75,7% a 97,9%)
Valore predittivo neg.	=	32 / 35	=	91,4% (da 96,9% a 78,5%)
Rapporto di verosimiglianza per Test Pos.	=	0,889 / (1 - 0,941)	=	15,1 (da 3,9 a 58,36)
Rapporto di verosimiglianza per Test Neg.	=	(1 - 0,889) / 0,941	=	0,12 (da 0,04 a 0,34)

Un libro-guida per "curarsi" di adolescenti

Un pediatra di comunità, un adolescentologo, uno psicologo di un consultorio giovani hanno scritto insieme un volumetto sulla visita dell'adolescente (M. Iaia, F. Mazzini, O. Rossi: *Curarsi dell'adolescente*. Firenze: SEE Ed. pp 140). L'utilità del volume dipende essenzialmente dalla poca confidenza che i pediatri hanno (ma altrettanto poca ne hanno i medici generalisti) con la visita dell'adolescente o del preadolescente e, di contro, all'aumentato afflusso che i ragazzi di quest'età hanno mostrato negli ultimi anni per gli ambulatori dei medici. Non si tratta di disattenzione ai problemi degli adolescenti e preadolescenti, ma proprio di scarsa conoscenza delle tecniche di approccio medico e psicologico per i ragazzi: la scarsa conoscenza dell'esame obiettivo per la valutazione degli organi genitali e dello sviluppo puberale, la scarsa capacità di affrontare situazioni di disagio e di angoscia del ragazzo e della famiglia. L'Università si è ben guardata dall'insegnarlo per la buona ragione che quasi ovunque lo ignora. C'è poi spesso la differenza di sesso fra medico e adolescente, la capacità di creare un clima accogliente e rassicurante necessaria in ogni atto medico, ma tanto più in questa età se si vogliono fare emergere problemi clinici evitati da ragazzo e famiglia. Nessun atto medico è infatti neutrale, specie in un'età con antenne sensibili. Il volume è diviso in tre parti. La visita dell'adolescente è la prima e in essa ci sono le tecniche con le quali fare l'approccio al ragazzo evitando errori o pasticci; sono indicate modalità dialogiche con le quali avvicinarsi e affrontare i problemi. La seconda parte riguarda la trattazione degli aspetti clinici: obesità, ipertensione, varicocele, acne, ipertricosi, ginecomastia, gozzo, carie, scoliosi, dorso curvo, disturbi del ciclo, ritardo puberale, disturbi relazionali. L'ultima parte riguarda una discussione sull'ipotesi di informatizzazione dei dati raccolti con la presentazione di schede informatizzate. Un lavoro completo e di grande utilità per i pediatri che se ne vorranno avvalere.

red

Una nuova generazione conoscerà una nuova Madonna

Il 15 di settembre, con *Le Rose Inglesi*, uscirà il primo di una serie di cinque libri per bambini scritta da Madonna, cantante, ballerina e mamma di 44 anni di due bambini; la notizia è di Callaway Editions and Penguin Group. Il grande debutto di Madonna scrittrice di storie per bambini è atteso lo stesso giorno in più di 100 paesi, dal Brasile alla Slovenia. Il libro è stato infatti tradotto in 42 lingue. Callaway fa sapere che Madonna ha trovato l'accordo di alcuni dei più esperti editori di pubblicazioni per bambini. Non stupisce che un'artista di grande talento, che ha sempre curato con passione ogni suo singolo impegno, coronandolo quasi sempre con il successo, ricerchi il meglio anche questa volta. Ciò che maggiormente incuriosisce, e Callaway invece non ci dice, è che, stando alle indiscrezioni di MTV, questo evento è stato illuminato dalla Cabala. Sia come sia, finisce che Madonna è bravissima anche in questo e scrive grandiose storie per bambini, e grandi bambini, del livello di quelle di Daniel Pennac. Nel caso ci guadagneremo tutti, grandi e piccoli.

Daria Zacchetti

La stipsi nel bambino: qualche informazione per le famiglie

Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori dei bambini e dei ragazzi con stipsi

Miris Marani

UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", AUSL Cesena

La stipsi: cosa è e perché

La stipsi è l'evacuazione *rara e dolorosa* di feci *dure e voluminose*.

È un problema frequente nell'infanzia. Il 5% delle visite del pediatra è dovuto al problema dell'evacuazione. La causa più frequente della stipsi nel bambino è la sperimentazione di una evacuazione dolorosa e, conseguentemente, la decisione di rimandare l'evacuazione a tempo indefinito per non sentire dolore.

Il bambino impara a "sopprimere" l'impulso ad evacuare, e attua a questo scopo una serie di comportamenti (sollevarsi sulle punte, incrociare le gambe), che vengono definiti come atteggiamenti "ritentivo-fecali". I genitori dei bambini stitici li riconoscono e li sanno descrivere molto bene. Voluminose masse fecali si accumulano così nell'ultimo tratto dell'intestino (retto) e aumentano di volume e di consistenza, rendendo l'evacuazione molto faticosa e dolorosa, mantenendo il circolo vizioso *stipsi-dolore-stipsi*: la stipsi dà dolore e il dolore dà stipsi.

Quando rimangono grosse masse di feci nell'intestino retto, esse fanno sì che si abbia la perdita - senza che il bambino se ne accorga - di piccole quantità di feci liquide che "premono" a monte. Il bambino avrà spesso le mutandine sporche: questo fenomeno viene chiamato "*soiling*" (*soil* in inglese significa sporcare) e scomparirà quando scomparirà la stipsi.

Come si fa la diagnosi

Il pediatra che valuta il vostro piccolo paziente, per sapere se ha la stipsi farà una esplorazione del retto con il dito, con lo scopo di rilevare prima di tutto la presenza e l'entità del cosiddetto impatto fecale (cioè se si sono accumulate masse di feci nell'ultima parte dell'intestino): la cura della stipsi inizia proprio con la rimozione dell'impatto. Il pediatra cercherà anche eventuali e rare anomalie anatomiche.

Cosa fare per un bambino stitico

I genitori devono sapere che il trattamento della stipsi è prolungato e richiede di solito almeno un anno e molta pazienza; che i farmaci che il pediatra potrà prescrivere sono ben tollerati e largamente sperimentati.

Il cardine della terapia della stipsi è quello di rendere l'evacuazione non più dolorosa, ma confortevole. Per ottenere questo risultato bisogna:

- rendere le feci più morbide con la somministrazione di "rammollitori" e di fibre, e con l'assunzione di abbondanti quantità di liquidi;
- impedire che si formino masse rettali troppo voluminose; ciò si ottiene facendo evacuare il bambino ogni 2 (massimo 3) giorni;



- curare, se ci sono, patologie anali che rendono dolorosa l'evacuazione, come le ragadi;
- invitare il bambino ad evacuare nel bagno di casa dove ha il massimo comfort e privacy, a ore fisse della giornata (tardo pomeriggio, dopo cena) e senza fargli fretta;
- educare il bambino ad assumere la posizione più adatta all'evacuazione. La posizione più adatta è quella "primordiale" dell'accovacciamento: piante dei piedi ben appoggiate, ginocchia distanti. Questa postura favorisce il torchio addominale (lo

"spingere") e il rilasciamento degli sfinteri. Un tempo c'erano i bagni alla turca che erano assai migliori degli attuali WC.

L'uso del vasino risponde a queste caratteristiche posturali assai meglio del WC, che costringe il bambino a una postura innaturale con le mani sulla ciambella per non cadere, le ginocchia unite e i piedi penzoloni. L'utilizzo dei riduttori in commercio, e che si applicano ai WC, non modifica sostanzialmente la postura del bambino. Se il bambino considera una "regressione" il ritorno al vasino, è consigliabile unire al riduttore uno sgabello a ferro di cavallo, da porre ai piedi del WC, che consenta al bambino di tenere le ginocchia distanti e le piante dei piedi saldamente appoggiate sullo sgabello. Questo sgabello non è disponibile in commercio, ma può essere commissionato a un artigiano.

L'alimentazione

I genitori si domandano se possono aiutare il bambino affetto da stipsi ad acquisire abitudini alimentari che siano di aiuto alla cura della stipsi.

Spesso compiono grandi sforzi per indurre il bambino a consumare alimenti ricchi di fibra. È tuttavia importante evitare situazioni conflittuali al momento del pasto, dato che già il momento dell'evacuazione è causa di stress per il bambino e la famiglia.

Si può raccomandare al bambino di aumentare il consumo di frutta e verdura come tutti i componenti della famiglia, e di cercare di identificare l'alimento preferito dal bambino; spesso la frutta a dadini condita con zucchero e limone e servita col gelato è più apprezzata del minestrone, più volte consigliato e non amato dai bambini. A questo proposito si ricorda che la pera è spesso gradita e ha il vantaggio di un contenuto di fibra mediamente più elevato degli altri frutti.

Per corrispondenza:
Miris Marani
e-mail: mspinolo@tin.it

informazioni per genitori

Lo screening della displasia evolutiva dell'anca. A che punto siamo?

Lucio Piermarini

Pediatra di comunità, AUSL Terni

Abstract

Congenital hip dysplasia remains object of debate. Universal or selective screening by ultrasound examination are compared. Data regarding diagnostic outcome do not show differences between the two modalities. The fact is that there are no data regarding the natural evolution of congenital hip dysplasia, late diagnosis, therapeutic procedures for late diagnosis, or regarding treatment complications.

Lucio Piermarini. Focus on the screening of congenital dysplasia of the hip

Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 48-49

Una sola cosa è sempre stata certa della Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA), già lussazione congenita dell'anca: che una diagnosi tardiva può tradursi in un disastro, considerato che il completo recupero dell'articolazione non è sempre possibile.

Questa certezza ci ha sistematicamente indotto ad affidarci prontamente alle varie tecniche di diagnosi precoce, o presuntiva, man mano disponibili, sempre pensando, ingenuamente (ma eravamo in epoca pre-EBM), che ogni novità non potesse portare che vantaggi. Malgrado tanta sollecitudine, tuttavia, abbiamo continuato a trovarci di fronte ai disastri temuti con in più qualche problema medico-legale. Oggi siamo più prudenti, e valutiamo attentamente le evidenze disponibili, possiamo finalmente sapere quanto effettivamente possiamo aspettarci dalla manovra di Ortolani, dalla radiografia e dalla ecografia; e con piena consapevolezza, differentemente dal passato, ci comportiamo allo stesso modo.

Che la manovra di Ortolani-Barlow sia efficace è dimostrato da tempo, ma l'efficacia non è tale, almeno per le esigenze di oggi, da eliminare il rischio di qualche falso negativo. Affidata a mani esperte, i falsi negativi diminuiscono ma non si azzerano.

La soluzione è parsa ovvia con l'avvento dell'ecografia, un esame non invasivo, validato anche per i neonati e con criteri ben definiti di gravità. Ma è stato subito altrettanto ovvio, naturalmente per chi se ne è voluto preoccupare, che si era ancora lontani dalla soluzione ideale. Si è avuto infatti un notevole aumento della sensibilità con l'inevitabile corredo di un aumento dei falsi positivi, e senza l'ago-

gnata assoluta scomparsa dei falsi negativi (1).

Considerando che la classificazione di Graf non configura la certezza della patologia (se non per le forme più gravi, ma qui anche l'esame clinico ben fatto è diagnostico), ma fa soltanto una previsione probabilistica di futura patologia, questo non deve stupire: è intrinseco alle caratteristiche tecniche dell'esame.

Con l'ecografia si vedono delle anomalie di cui non conosceremo l'esatto significato se non ai controlli successivi. Fino a quel momento non potremo sapere se si tratta di immaturità fisiologiche o di equivalenti delle instabilità transitorie. Tanto che, nei centri più qualificati, per i casi di anca solo ecograficamente patologica, si è provato, e con successo, a dilazionare la terapia di sei settimane, riducendo così drasticamente il numero dei trattamenti inutili o dannosi, se si pensa alle, se pur rare, necrosi avascolari della testa femorale a questi conseguenti (2). Coerentemente a questi risultati l'esame ecografico di screening, sempre fatti salvi i casi a rischio, si potrebbe utilmente dilazionare a quell'epoca con grande risparmio di esami di controllo e di ansie per i genitori (ma va contro gli interessi di categoria?).

Abbiamo parlato di screening, dandone per scontata l'opportunità? Le cose non stanno proprio così e in letteratura se ne parla da sempre. Una recente rassegna su *Lancet* conclude che l'utilità dello screening deve essere ancora confermata, e che, almeno per il Regno Unito, la sua gestione deve avvenire a livelli superiori a quello locale, come già avviene (da loro!) per la terapia chirurgica della DEA e per tutti gli altri screening (3). Dato per acquisito

che l'ecografia rappresenta, sempre nelle mani giuste, un'utile integrazione dell'esame clinico (che resta indicato), si tratta di decidere tra lo *screening selettivo*, limitato cioè a soggetti a rischio (Ortolani positivo, familiarità, posizione podalica, malformazioni associate, altri?), o lo *screening universale* (9).

Lavori prospettici hanno già evidenziato l'incapacità dello *screening selettivo* di eliminare le diagnosi tardive e, ciò che più conta, i casi bisognosi di correzione chirurgica con incidenze dallo 0,46 allo 0,78 per mille nati vivi, e con una perdita percentuale di casi chirurgici dal 40 al 70% (4, 5, 6).

Lo *screening universale* nazionale ben organizzato è una realtà già da tempo in Austria e Germania ed è stato valutato a Coventry in UK, dove è in atto da 13 anni (7). Il 98% dei neonati viene esaminato alla nascita con una media del 6% di anomalie che vengono o curate o rivalutate in seguito. Nei 4 anni dello studio, su 14.000 bambini, non si sono avute diagnosi tardive e 5 casi di DEA sono stati trovati nel gruppo non a rischio. Sembra quindi risolto il nostro dilemma, se non fosse che l'unico trial randomizzato che abbia confrontato *screening selettivo* e *screening universale*, realizzato in Norvegia su 15.000 neonati, non ha trovato differenze statisticamente significative fra le due opzioni (8). Nel gruppo *selettivo* si sono avute 5 diagnosi tardive, contro una soltanto nel gruppo *universale*, ma una soltanto ha avuto bisogno della chirurgia.

E allora che dire? Stando alle regole che ci siamo date, non possiamo che concludere con la formula di rito: mancano conferme definitive e ci auguriamo che qualcuno ce le fornisca.

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
e-mail: pierlucio@libero.it

il punto su

Ma questa risposta non ci dà alcuna indicazione sul "che fare" oggi, e allora, piuttosto che recriminare sulla mancanza di "evidenza scientifica", proviamo anche in Italia a ricercare una soluzione razionale al problema dello screening della DEA. Iniziamo, quindi, a raccogliere almeno a livello locale i dati epidemiologici locali relativi a:

- **Numero di diagnosi tardive di DEA.** Dovremmo conoscere quante diagnosi di DEA vengono effettuate dopo il primo e dopo il sesto mese di vita. È chiaro che le singole diagnosi devono essere descritte con il risultato dell'esame clinico e con la tipizzazione ecografica.
- **Numero di ricoveri effettuati per eseguire terapie interventistiche (trazione, gesso, intervento) in casi di DEA.**
- **Numero di bambini che vengono messi in terapia per DEA.** Anche in questo caso è necessario raccogliere i dati relativi al tipo di alterazioni cliniche ed ecografiche che hanno portato alla prescrizione terapeutica.
- **Numero di bambini che hanno avuto recidive o complicanze iatrogene con necrosi avascolare della testa femorale**

Solo se riusciremo a raccogliere queste informazioni, potremo decidere razionalmente quale programma di screening della DEA è più corretto attuare.

Bibliografia

- (1) *Baroncini D, Atti G.* Screening for developmental dysplasia of the hip: from theory to practice. *Pediatrics (E)* 1997;99:5
- (2) *Duppe H, Danielsson LG.* Screening of neonatal instability and of developmental dislocation of the hip; a survey of 132.601 living newborn infants between 1956-1999. *J Bone Joint Surg (B)* 2002;84:878
- (3) *Eastwood ME.* Neonatal hip screening. *Lancet* 2003;361:595
- (4) *Paton RW.* Eight year prospective targeted ultrasound screening program for instability and at-risk hip joints in developmental dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop* 2002;22:338
- (5) *Godward S, Dezateaux C.* On behalf of the MRC Working Party on Congenital Dislocation of the Hip in UK as a measure of outcome of screening. *Lancet* 1998;351:1149
- (6) *Chan A.* Late diagnosis of congenital dislocation of the hip and presence of a screening programme: South Australian population-based study. *Lancet* 1999;354:1514
- (7) *Marks DS, Clegg J.* Routine ultrasound screening for neonatal hip instability: can it abolish late-presenting congenital dislocation of the hip? *J Bone Joint Surg (B)* 1994;76
- (8) *Holen KH, Tegnander A.* Universal or selective screening of the neonatal hip using ultrasound? *J Bone Joint Surg (B)* 2002;84:886
- (9) *American Academy of Pediatrics.* Clinical Practice Guideline: Early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 2000;105:896

NB. La lettera E indica le pagine elettroniche di *Pediatrics*, la B l'edizione inglese del *J Bone Joint Surgery*.

"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. Seguin 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 zanetof@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.

Un braccio poco mobile fra timo e varicella

Maria Cristina Mencoboni, Fabio Forte, Emma Canosa, Maddalena Bonelli, Carlo Calzone*
 UO di Pediatria, *UO di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Madonna delle Grazie, Matera

Abstract

A 6 month old child with an hypomobility of her left arm since the fourth month. A compression caused by a very enlarged thymus is among the assumed diagnosis. Nevertheless, a chickenpox at three months of age comes up with a more accurate case history, therefore the symptoms could have been of a post infective nature.

Maria Cristina Mencoboni et al. A slightly movable arm between an enlarged thymus and chickenpox

Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 50

La storia

Miriana ha attualmente sei mesi. È nata a termine da parto spontaneo dopo una gravidanza decorsa regolarmente. Non c'è stata sofferenza pre e perinatale. L'adattamento neonatale è stato fisiologico. Il peso alla nascita era di 2.990 kg. È allattata tuttora al seno materno. Lo sviluppo neuropsicomotorio è stato regolare fino al quarto mese. In tale periodo la mamma ha notato una ipomobilità del braccio sinistro con strani "scricchiolii" e un atteggiamento in intrarotazione dell'avambraccio omolaterale. Da segnalare nell'anamnesi familiare la sorella di 9 anni nata con atresia duodenale (operata) ed empiparesi sinistra (sofferenza perinatale).

Il decorso

Dal momento in cui la mamma ha notato l'ipomotilità del braccio sinistro sono iniziate una serie di indagini e consulenze. Dapprima la bambina è stata indirizzata, dal proprio pediatra, al neuropsichiatra infantile che confermava la posizione anomala e l'alterazione funzionale dell'arto con una normalità di tono, forza e trofismo; l'esame neurologico per il resto era completamente normale per l'età.

Le ipotesi diagnostiche erano: frattura del braccio o, meno verosimilmente, paresi ostetrica.

Venivano proposte quindi le seguenti indagini diagnostiche: Rx del braccio ed ecografia soprascapolare. Con la radiografia del braccio si escludeva una frattura eventualmente responsabile della sintomatologia; all'ecografia della regione interessata, durante il pianto e in espirazione forzata, si evidenziava in linea paramediana sinistra una formazione ovoidale di incerta definizione diagnostica che lasciava spazio alle seguenti interpretazioni diagnostiche:

1. Timo ipertrofico
2. Emangioma
3. Linfangioma della regione ascellare e/o midollare
4. Altre neoformazioni

L'ipotesi di paralisi ostetrica ipotizzata in un primo momento ci è parsa poco probabile sia perché il parto era stato eutocico, sia perché la sintomatologia era comparsa solo al 4° mese. L'ipotesi che abbiamo ritenuto più probabile era perciò una compressione del plesso brachiale da massa di origine non ben definita.

La diagnosi

È stata quindi eseguita una TAC del torace. L'esito è stato il seguente: *Mediastino superiore slargato in modo più evidente a sinistra, per la presenza di una immagine di 5x2.3 cm, che mostra densità omogenea simil-parenchimatosa con margini netti e regolari.*

Essa ha rapporto posteriormente con i vasi epiaortici e si estende inferiormente a un livello passante per l'AS; dopo mezzo di contrasto si apprezza una omogenea impregnazione. Non vi sono adenopatie in sede mediastinica, ascellare o sovraclaveare. Nulla di rilevante da segnalare a carico delle restanti strutture mediastiniche.

Conclusioni: quadro compatibile con ipertrofia del timo.

Commento

Con l'esecuzione della TAC abbiamo escluso neoformazioni espansive e avuto la conferma di una notevole ipertrofia timica. La nostra ipotesi di compressione del plesso brachiale da parte dello stesso con conseguente sintomatologia a carico del braccio sinistro è stata quindi sostanzialmente rafforzata.

Tuttavia l'ipertrofia timica è una condizione fisiologica nel lattante e nel bambino della prima infanzia e, sia dalla revisione critica della letteratura sia da contatti telematici con esperti su tale argomento, non abbiamo reperito alcuna segnalazione che correli l'ipertrofia timica, sebbene importante come nel nostro caso, con sintomi di tipo compressivo sul plesso brachiale. I casi descritti in letteratura riguardano fenomeni compressivi sull'apparato respiratorio, correlazioni con la miastenia gravis, disordini immunologici,

malattie endocrine o sistemiche neoplastiche. Nella necessità di confermare-sconfermare questa ipotesi abbiamo voluto ripartire dalla ricostruzione della storia della piccola. Abbiamo verificato che, alla prima raccolta dei dati anamnestici, ci era sfuggito il fatto che Miriana aveva contratto la varicella all'età di 3 mesi.

In letteratura è contemplata la possibilità che vi sia compromissione neurologica anche del plesso brachiale in caso di infezioni virali, in particolare da virus Herpes zoster.

Le segnalazioni, per ciò che concerne l'età infantile, non sono numerose, ma l'ipotesi di un danno, ancorché reversibile, sul plesso brachiale è molto verosimile. La prognosi è buona nella grandissima maggioranza dei casi descritti.

Attualmente la bambina sta effettuando riabilitazione e fisioterapia, e il quadro clinico sta rapidamente migliorando.

Che cosa abbiamo imparato

La compilazione di questo tradizionale paragrafo de "Il caso che insegna" è particolarmente facile perché ripercorre passi tradizionalmente scolastici, ma non sempre frequentati come il caso che abbiamo presentato dimostra:

1. che l'anamnesi è una parte integrante del percorso diagnostico che deve essere sempre effettuata in maniera attenta e completa e che talora è molto utile ripercorrere;
2. che è necessario non fermarsi alla prima ipotesi, anche se suggestiva, se non è suffragata da solidi dati e confortata da precedenti evidenze scientifiche.

Bibliografia

- (1) Alfonso I, Alfonso DT, Papazian O. Focal upper extremity neuropathy. *Semin Pediatr Neurol* 2000;7:4-14
- (2) Charles LM Jr, Jayam-Trouth A. Brachial plexus neuropathy. Three cases in children. *Am J Dis Child* 1980;134:299-300

Per corrispondenza:
 Maria Cristina Mencoboni
 e-mail: mc.mencoboni@tiscali.net

il caso che insegna