

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
associazione culturale pediatri
www.acp.it

A pagina 6 Speciale abuso all'infanzia



5 Questo numero 6 Speciale abuso 6 Semeiotica dell'abuso all'infanzia
10 La presa in carico in Canada 13 La situazione in provincia di Bologna
15 La situazione in provincia di Perugia 18 Editoriale: Who pays for pizza?
20 Ricerca sui disturbi del comportamento alimentare 24 Perché non armoniz-
zare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa? 25 Introduzione
ad alcuni aspetti di economia sanitaria 28 Un progetto per l'autismo 30 NPL:
La diffusione del progetto 32 Lettere: la FIMP risponde sul calendario
32 La risposta acp 33 Vaccinare ad ogni costo? Per chi? 34 Film: Il miracolo che
tutti possiamo compiere di Edoardo Winspeare 36 Congressi controllo
36 A solo e Lecce vaccini e calendario FIMP 37 A Lecco acido folico 40 Scenari
clinici: nel wheezing il distanziatore ha la stessa efficacia del nebulizzatore?
42 In un prematuro è sufficiente l'esame clinico per diagnosticare la pervietà del
dotto di Botallo? 44 Il caso che insegna: un lattante con grave stato di shock,
vomito e ipoglicemia 49 La mastite: come riconoscerla e come comportarsi

settembre-ottobre 2003 vol X n° 5

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

Quaderni acp

settembre - ottobre 2003 vol X n° 5

Speciale

- 6** Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni
Gruppo Interdisciplinare Italiano sull'abuso sessuale
- 10** La presa in carico dei bambini maltrattati in Canada
Marcellina Mian, Carla Berardi
- 13** Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Bologna
Luciana Nicoli
- 15** Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Perugia
Carla Berardi

Editoriale

- 18** Who pays for pizza?
Giancarlo Biasini

Ricerca

- 20** Progetto di Ricerca-azione pluriennale sui disturbi del comportamento alimentare
Luigi Gualtieri

Attualità

- 24** Perché non armonizzare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa?
Maurizio Bonati

Economia sanitaria

- 25** Introduzione ad alcuni aspetti di economia sanitaria
Francesco Paolucci, Werner Brouwer

Esperienze

- 28** Un progetto per l'autismo
Franco Nardocci, Chiara Della Betta, Michela Marchi

Nati per leggere

- 30** La diffusione del progetto
Redazionale

Lettere

- 32** La FIMP ci risponde sul calendario
Pier Luigi Tucci, Giampietro Chiamenti
- 33** Vaccinare ad ogni costo? Per chi?
Antonino Baio

Film

- 34** Il miracolo che tutti possiamo compiere di Edoardo Winspeare
Italo Spada

Congressi Controluce

- 36** Ad Asolo vaccini e calendario FIMP
Giacomo Toffol
- 37** A Lecce calendario FIMP
Rosario Cavallo
- 37** A Lecco acido folico
Federica Zanetto

39 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 40** In un bambino di 15 mesi con wheezing il distanziatore ha la stessa efficacia del nebulizzatore?
Antonella Stazzoni, Manuela Pasini
- 42** In un neonato prematuro è sufficiente l'esame clinico per diagnosticare un dotto di Botallo pervio?
Manuela Pasini

Il caso che insegna

- 44** Un lattante con grave stato di shock, vomito e ipoglicemia
Luciano de Seta, Giovanni Nocerino, Eliana Brigante

Informazioni per i genitori

- 49** La mastite: come comportarsi
Sergio Conti Nibali, Grazia Scibilia

Su questo numero di Quaderni acp, per mancanza di spazio non compaiono le rubriche: Info e Libri.

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

Giancarlo Cerasoli
Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Luisella Grandori
Luigi Gualtieri
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

Amministrazione

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

Direttore

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

Ufficio soci

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

Stampa

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

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

Abbonamenti: € 75

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

© Associazione Culturale Pediatri
ACP edizioni No Profit

La copertina

L'immagine rappresenta un particolare de "Il maestro di scuola" di J. Havickszoon Steen (1626-1679). Olio su tela. Dublino, National Gallery.

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 Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni

Il documento che presentiamo è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti italiani afferenti all'area ginecologica, medico-legale e pediatrica che riteniamo di interesse particolare per i nostri lettori, data la rilevanza che il problema sta assumendo anche nella pratica quotidiana. Coordinatore e referente del gruppo è stata la dott.ssa Maria Rosa Giolito, ginecologa, responsabile del progetto "Cappuccetto Rosso" per la prevenzione e l'intervento sui casi di maltrattamento e abuso sessuale contro i minori dell'ASL 4 di Torino, progetto associato al CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). Fanno seguito a questo documento tre racconti di esperienze: una internazionale, in Canada (presentata da un'autorità internazionale, la prof.ssa Marcellina Mian, Ordinario all'Università di Toronto e pediatra dell'Hospital for Sick Children, Toronto), e due esperienze di organizzazione di servizi dedicati all'abuso in provincia di Bologna e di Perugia.

La presa in carico dei bambini maltrattati in Canada

Sono descritti la diagnosi e gli interventi attivati nei bambini abusati in Canada. La legge obbliga dagli anni Sessanta a fare denuncia di abuso per i medici e i servizi sanitari sociali, educativi e di polizia che vengono in contatto con il fenomeno. Gli interventi sono un obbligo delle province canadesi. Vengono descritti i criteri con i quali il fenomeno viene affrontato. Nel 1998 i dati correnti riportano una incidenza del fenomeno attorno al 9,7 per mille e per anno.

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Bologna

Viene presentato il percorso tecnico e istituzionale che ha portato, nella Provincia di Bologna, alla costituzione di un unico Centro Specialistico Provinciale sul tema dell'abuso all'infanzia. Il Centro, chiamato "Il faro", ha uno staff multidisciplinare (ne fanno parte pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, un consulente legale) a tempo parziale: esso ha funzione di raccordo tra i servizi e le istituzioni che si occupano di abuso, e opera in rete con i servizi, fornendo consulenze sui casi in ogni fase del processo di gestione degli stessi.

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Perugia

Viene presentato il percorso che ha portato, nella Provincia di Perugia, alla formazione di professionisti con l'obiettivo di costituire una rete di intervento ad alta integrazione per la costituzione di un Gruppo Multidisciplinare con competenze in tema di abuso all'infanzia per svolgere una attività di supporto e consulenza ai servizi. In seguito a ciò 4 AUSL della Provincia hanno istituito proprie équipe, anziché una unica équipe provinciale. Vengono descritte le prime attività svolte.

Editoriale

18 Who pays for pizza?

Con questo titolo "rubato" al BMJ vengono presi in considerazione i problemi etici dei rapporti fra medici e industria farmaceutica alla luce di alcuni accadimenti e di alcune iniziative sorte prevalentemente negli USA per una notevole ed aumentata invasività dell'industria. Vengono discussi alcuni problemi sorti recentemente in Italia anche in seguito alle iniziative del Ministro della Salute.

Ricerca

20 Progetto di ricerca-azione pluriennale sui disturbi del comportamento alimentare presso l'AUSL di Cesena

Obiettivi L'Azienda USL di Cesena ha valutato la prevalenza e l'incidenza dei disturbi cronici dell'alimentazione nelle diverse fasce di età della popolazione residente, la compliance dei professionisti della salute, la tempestività di accesso alle cure rispetto alla insorgenza, la discrepanza tra i dati forniti dal Ministero della Salute e quelli rilevati dalle ricerche condotte con la stessa metodologia nel 1997 e nel 2002 nel territorio di competenza dell'Azienda.

Metodi Ha inviato 300 questionari ad altrettanti professionisti della salute a contatto con queste patologie per raccogliere informazioni.

Risultati Si registra un aumento delle patologie in età preadolescenziale e adolescenziale e molti ritardi nell'accesso ai servizi.

Conclusioni È necessario un miglioramento della diagnostica in età pediatrica e una maggiore informazione e sensibilizzazione dei professionisti per l'accesso tempestivo alle cure da attuarsi con trattamenti multidisciplinari.

Attualità

24 Perché non armonizzare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa?

Nel marzo 2000 l'Autorità antitrust impose una penale di 3 milioni di euro a sei ditte italiane produttrici di latte, perché esse avevano concordato fra di loro prezzi per le confezioni dei lattini in violazione dei principi della concorrenza. Inoltre i prezzi erano particolarmente più alti in Italia che in Europa. Le differenze di prezzi, dopo 3 anni, sono rimaste sostanzialmente più alte in Italia: i prezzi medi a Milano sono sui 34 euro per confezione mentre a Bonn il valore corrispondente è di 16,38 euro; poche le differenze fra Germania, Gran Bretagna e Spagna.

Economia sanitaria

25 Introduzione ad alcuni aspetti di economia sanitaria

L'articolo vuole essere una introduzione a nozioni di politica economica, nel campo della ricerca economica in sanità. Vengono esaminate le basi della teoria della concorrenza in economia sanitaria e viene discussa l'applicabilità a questa delle leggi del mercato e l'utilità che le leggi della concorrenza vengano applicate al mercato in Sanità. L'articolo è critico sull'idea chiave del modello economico convenzionale applicato al mercato della salute.

Esperienze

28 Un progetto per l'autismo

Viene riferita l'esperienza del "Gruppo Operativo sui Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e l'Handicap Mentale di Grande Dipendenza" (attualmente "Centro Autismo"), costituita presso l'AUSL di Rimini. Vengono presentati i momenti formativi, la struttura organizzativa e le modalità di accesso.

Nati per leggere

30 La diffusione del progetto

In questo numero pubblichiamo notizie dalle regioni in cui il progetto si sta diffondendo. In particolare in Campania, a Secondigliano-Scampia con le indicazioni dei libri usati nel progetto; in Veneto, a Valdagno. Vengono inoltre pubblicate una rassegna stampa e una intervista a Jack Zipes, direttore dell'Istituto di Germanistica dell'Università del Minnesota, esperto di letteratura infantile.

Lettere

32 A proposito del calendario FIMP

A proposito dell'editoriale di Quaderni di maggio-giugno la FIMP ha inviato alla redazione una lettera di risposta; vengono pubblicate la lettera della FIMP e una replica dell'ACP. Sullo stesso argomento viene pubblicato il contributo di un lettore.

Film

34 Il miracolo che tutti possiamo compiere di Edoardo Winspeare

In una delle tante nostre città la cui bellezza è sopraffatta dalla speculazione e dal degrado, assistiamo a quello che lo stesso regista ha definito "un miracolo laico"; il miracolo provocato da piccoli gesti d'amore di un ragazzo. E i due giovani protagonisti, con la loro capacità di amore, si contrappongono ad adulti litigiosi e immaturi, e all'invasione dei media interessati a creare un "bambino guaritore" che faccia audience.

Congressi controllo

36 Lecco, Asolo, Lecce

Vengono pubblicati i resoconti di congressi tenuti ad Asolo e a Lecce sul nuovo calendario proposto dalla FIMP e un convegno, svoltosi a Lecco, per la promozione dell'acido folico in periodo preconcezionale, per la riduzione dell'incidenza dei difetti del tubo neurale nel neonato.

ausili didattici

39 Tutti gli abstract di Ausili Didattici

ABUSO ALL' INFANZIA

Semeiotica medica dell' abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni

A cura del Gruppo Interdisciplinare sull'Abuso Sessuale

Abstract

The document on "Medical semeiotics of sexual abuse in prepuberal children: requirements and recommendations" is hereby shown. It is the result of a group of Italian professionals in the gynaecology, medical examiner and paediatric areas coordinated by Dr. Maria Rosa Giolito, a gynaecologist responsible of the "Cappuccetto Rosso" project for the prevention and intervention on sexual abuse and all abuses in under aged living in Turin A.S.L. (Health District) n.4.

Interdisciplinary Italian Group on Sexual abuse.

Medical semeiotics of sexual abuse in prepuberal children: requirements and recommendations.

Presentazione

Il documento che presentiamo è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti italiani afferenti all'area ginecologica, medico-legale e pediatrica che riteniamo di interesse particolare per i nostri lettori, data la rilevanza che il problema sta assumendo anche nella pratica quotidiana.

Coordinatore e referente del gruppo è stata la dott.ssa Maria Rosa Giolito, ginecologa, responsabile del progetto "Cappuccetto Rosso" per la prevenzione e l'intervento sui casi di maltrattamento e abuso sessuale contro i minori dell'ASL 4 di Torino, progetto associato al Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

Fanno seguito a questo documento tre racconti di esperienze: una internazionale, in Canada (presentata da un'autorità internazionale, la prof. Marcellina Mian, Ordinario all'Università di Toronto e pediatra dell'Hospital for Sick Children, Toronto) e due esperienze di organizzazione di servizi dedicati all'abuso in provincia di Bologna e di Perugia.

Premessa

"Si parla di abuso sessuale quando un bambino è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali.

Le attività sessuali possono includere tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con o al bambino, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o usando il bambino per la produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso meno intrusivo."

Da: American Academy Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103:186-191

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale dei bambini costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici; ciò rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali. L'esperienza clinica e l'analisi della letteratura evidenziano la necessità di costruire, tra i diversi professionisti coinvolti, un linguaggio e una modalità di intervento comuni e condivisibili.

Il presente documento, in assenza di una specifica formazione universitaria, è rivolto a tutti i medici che lavorano con i bambini nel tentativo di offrire uno strumento per un corretto approccio ai minori con sospetto di abuso sessuale.

Il gruppo di lavoro ha individuato i requisiti minimi indispensabili per la corretta applicazione delle raccomandazioni presentate nel documento:

- *ambiente adeguato*: la valutazione clinica deve essere effettuata in una stanza che permetta di garantire la riservatezza e la tranquillità durante il corso della visita
- *tempo sufficiente*: la valutazione può richiedere tempi lunghi in relazione allo stato emotivo del bambino e alla sua volontà

di collaborare. Tempi contingentati possono determinare più facilmente errori nella relazione con il bambino da parte del professionista

- *dotazione tecnica*: è necessaria una strumentazione che garantisca una buona effettuazione e documentazione della visita. È necessario ricordare che il dover sottoporre il bambino a una successiva visita, per una incompleta valutazione della prima, può costituire un inutile trauma psicologico
- *rete dei Servizi*: la visita non può essere disgiunta dagli altri accertamenti tesi a valutare l'esistenza o meno di un abuso sessuale. La visita medica non può costituire, salvo rarissimi casi (vedi classificazione di Adams), l'unico elemento diagnostico.

Motivo della valutazione clinica

Gli obiettivi della valutazione clinica sono:

- individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamento

- assicurare, quando possibile, il bambino sul suo stato di salute fisica
- identificare i bisogni medici che, insieme a un'adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al processo di recupero della vittima
- raccogliere eventuali elementi medico-legali che potrebbero essere utili anche in sede giudiziaria
- rispondere alla richiesta di chi esercita la potestà genitoriale o dell'Autorità Giudiziaria.

Tempi nei quali va condotto l'esame

Nella maggioranza dei casi le lesioni delle mucose anali e vulvo-vaginali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. Ne consegue che:

- la visita va effettuata nell'immediato se l'episodio è avvenuto entro le 72 ore
- va organizzata entro e non oltre 7 giorni dall'abuso se l'episodio è avvenuto tra i 3 e i 7 giorni precedenti (il prima possibile)
- se sono trascorsi almeno 8 giorni dal sospetto episodio di abuso, la visita può essere programmata nei tempi e con le modalità più congrue per il bambino.

È da valutare l'opportunità di ripetere un controllo clinico a distanza.

L'accoglienza

È sempre necessario:

- assicurare un ambiente adatto (quiete e riservatezza)
- limitare il numero degli operatori, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari
- aver adeguato tempo a disposizione
- garantire che l'atteggiamento degli operatori sia rassicurante, disponibile all'ascolto e mai frettoloso
- effettuare la visita in presenza del genitore o di altra persona adulta.

Bisogna porre la massima attenzione a:

- offrire spiegazioni sulla modalità della visita e ottenere il consenso del minore
- non utilizzare mai forza, coercizione e/o inganno, riprogrammando eventualmente la visita (tenendo comunque conto dei tempi indicati)
- non porre domande dirette sul fatto e raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore, riportando le stesse espressioni usate dal bambino
- evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore.

Anamnesi

Anamnesi patologica remota

- con particolare attenzione a: eventuali precedenti osservazioni presso Dipartimenti di Emergenza o ricoveri; a sintomi

riferibili all'apparato gastrointestinale e genito-urinario; a traumi e chirurgia della regione genito-anale.

Anamnesi patologica prossima

- con particolare attenzione a: traumi della regione genito-anale, corpi estranei, perdite ematiche anali e/o vaginali, flogosi genitali e urinarie, stipsi, enuresi, encopresi, imbrattamento fecale.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla rilevazione di cambiamenti comportamentali.

Esame obiettivo (vedi glossario in *tabella 1*)

È opportuno effettuare un esame obiettivo generale all'interno del quale si effettuerà l'esame dell'area genito-anale. Per quanto riguarda la conduzione della visita è opportuno che:

TABELLA 1: GLOSSARIO

Ano a imbuto : rilasciamento dello sfintere esterno
Appiattimento delle pliche anali : riduzione o assenza delle pliche anali quando lo sfintere anale esterno è parzialmente o completamente rilassato
Arrossamento : iperemia locale più o meno associata a edema
Attenuazione dell'imene : riduzione significativa dell'altezza imenale
Bande peri-imenali : banderelle che connettono l'imene alla parete vestibolare
Bande peri-uretrali : piccole banderelle laterali all'uretra che connettono i tessuti periuretrali alla parete anteriore-laterale del vestibolo
Bump/Mound : elevazione di tessuto sul margine imenale (convessità)
Cicatrice : tessuto fibroso non vascolarizzato che sostituisce il normale tessuto dopo la guarigione di una ferita o di una ragade
Dilatazione anale : apertura degli sfinteri, interno ed esterno, che compare entro 30 secondi con minima trazione dei glutei in decubito laterale o genu-pettorale
Discromia : variazione circoscritta di pigmentazione
Ecchimosi : soffiatura emorragica sottoepiteliale
Escoriazione : perdita di sostanza superficiale dell'epitelio
Friabilità della forchetta : particolare sottigliezza della cute che determina un'estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione
Incisure imenali : indentature parziali a forma di "U" (<i>notches</i>) oppure a forma di "V" (<i>clefts</i>)
Ipervascolarizzazione : chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero e/o dilatazione dei vasi
Mound : elevazione di tessuto sul margine imenale che ha uno spessore minore della lunghezza
Perdita di sostanza : perdita di sostanza simile all'escoriazione ma che si approfonda fino allo stroma
Ragade/fissurazione : soluzione di continuo lineare interessante la mucosa e/o l'epidermide e gli strati più superficiali del derma, determinata dall'aprirsi di una fessura nello spessore del tessuto
Sinechie : adesione fra superfici mucose ed epiteliali non separabili senza adeguata terapia
Soluzione di continuo : lesione discontinuativa con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto
Tags : appendice del tessuto imenale o anale
Transection : incisione che raggiunge la base di impianto dell'imene
Twitch anus : rilassamento e contrazioni ritmiche dell'ano

- tutto il corpo del bambino sia esaminato, prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo man mano che si procede nella visita
- si descrivano eventuali lesioni (su tutto il corpo) specificando: la sede, le dimensioni e i caratteri morfologici (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici ecc.). È necessario esaminare attentamente l'orofaringe
- si documenti fotograficamente ogni lesione
- siano registrati peso, altezza, stadiazione di Tanner e centili di crescita
- si valuti lo stato igienico generale
- si osservi l'atteggiamento del bambino durante la visita.

Area genito-anale

L'esame dell'area genito-anale richiede una strumentazione costituita da:

- lente di ingrandimento e/o colposcopio
- macchina fotografica.

La posizione del minore durante la visita può essere:

- supina (a rana)
- decubito laterale
- genu-pettorale (quest'ultima posizione permette una migliore visualizzazione del bordo imenale posteriore).

Nei bambini molto piccoli può essere utilizzata anche la posizione supina con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino). È fondamentale specificare sempre la sede di ogni segno, riferendosi come repere al quadrante dell'orologio.

Sono da evitare manovre invasive e visite in narcosi, salvo specifica indicazione clinica.

Esame nella bambina

Per la visualizzazione dell'apertura imenale si usa la tecnica della separazione e/o trazione delle grandi labbra.

Descrizione sistematica di:

- regione vulvare: estrogenizzazione, discromie, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sinechie, secrezioni e sanguinamenti
- meato uretrale: dilatazione, bande periuretrali, edema, sanguinamenti
- imene: conformazione di base, caratteristiche e spessore del bordo, bande peri-imenali, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, sanguinamenti, cicatrici (*scars*), appendici (*tags*), sinechie, convessità (*bumps*, *mounds*) del bordo in continuità o meno con pliche della mucosa vaginale, incisure (*clefts*, *notchs*) parziali, che superano il 50% dello spessore o che raggiungono la base di impianto (*transections*), assenza di tessuto imenale nella metà posteriore
- forchetta e perineo: discromie, arrossamento, friabilità, sanguinamenti, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni,

soluzioni di continuo, perdite di sostanza, cicatrici, appendici cutanee, visibilità del rafe mediano.

Esame nel bambino

Descrizione sistematica di:

- scroto: discromie, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sanguinamento; dolorabilità dei testicoli
- pene: circoncisione, fimosi, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, perdita di sostanza, cicatrici, secrezioni, sanguinamento.

Esame della regione anale

Descrizione sistematica di: arrossamento, appendici cutanee (*tags*), aumento della pigmentazione, appianamento delle pliche cutanee, congestione venosa (specificandone il tempo di comparsa durante la visita), ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, ragadi, cicatrici, sanguinamenti, riflesso di dilatazione all'apertura laterale dei glutei e suoi tempi (specificando se vi è presenza di feci visibili in ampolla), lacerazione a tutto spessore dello sfintere anale esterno, ano a imbuto (*funneling*), "twitch anus".

Esami di laboratorio

In presenza di sintomi o di sospetto contatto con secrezioni infette è necessario eseguire, nei tempi adeguati, concordando il protocollo con il laboratorio di riferimento:

Prelievi per esami batteriologici:

- per *Neisseria gonorrhoeae*: nella bambina a livello vaginale, anale e orale e nel bambino a livello uretrale, anale e orale
- per *Chlamydia trachomatis*: nella bambina a livello vaginale e anale e nel bambino a livello uretrale e anale
- per *Trichomonas vaginalis*: nella bambina a livello vaginale.

Prelievi:

- per HSV I e II per lesioni sospette genitali e/o anali.

Prelievo ematico:

- per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, C; *Chlamydia trachomatis* e sifilide.

Altri esami di laboratorio:

- ricerca di spermatozoi se l'anamnesi è suggestiva.

Altri eventuali esami da eseguire in strutture specialistiche:

- Prelievi per la tipizzazione del DNA (permanenza di materiale biologico del sospetto abusante)
- Raccolta e adeguata conservazione in busta sigillata ed etichettata di eventuale materiale utile all'Autorità Giudiziaria.

Diagnosi differenziale

Particolare attenzione deve essere rivolta a:

- varianti anatomiche e anomalie congenite o acquisite dell'area genito-anale

TABELLA 2: VALUTAZIONE DEI DATI FISICI, LABORATORISTICI E STORICI NEI CASI DI SOSPETTO ABUSO SESSUALE DEI BAMBINI (ADAMS 2001)

PARTE PRIMA: REPERTI ANO-GENITALI ALLA VISITA MEDICA

Categoria 1a: normale (descritta nei neonati)

- bande periuretrali (o vestibolari)
- cresta o colonna intravaginale longitudinale
- appendice imenale
- convessità del tessuto imenale
- linea vestibolare
- incisura nella metà anteriore del bordo imenale sopra la linea tra le ore tre e le ore nove a paziente supina
- cresta imenale esterna

Categoria 1b: varianti normali

- imene settato
- mancata fusione della linea mediana (solco perineale)
- solco nella fossa in età puberale femminile
- diastasi anale
- appendice perianale
- aumento della pigmentazione perianale
- congestione venosa dell'area perianale

Categoria 1c: altre condizioni

- emangioma delle labbra, dell'imene o dell'area peri-imenale (può sembrare un livido o un'emorragia sottomucosa)
- lichen scleroso e atrofico (può portare a friabilità e sanguinamento)
- morbo di Behçet (causa di ulcere orali e genitali che possono essere confuse con lesioni da Herpes simplex)
- cellulite streptococcica del tessuto perianale (causa di arrossamento e infiammazione dei tessuti)
- mollusco contagioso (lesioni simili alle verruche)
- verruca volgare (verruche comuni)
- vaginite causata da streptococco o batteri intestinali
- prolasso uretrale (può causare sanguinamento, può sembrare da trauma)
- corpi estranei vaginali (possono causare sanguinamento, perdite vaginali)

Categoria 2: reperti non specifici (segni che possono essere il risultato di abuso sessuale e che dipendono dal momento dell'esame rispetto all'abuso, ma possono essere dovuti ad altre cause)

- eritema (arrossamento) del vestibolo, del pene, dello scroto o del tessuto perianale (può essere dovuto a sostanze irritanti, infezioni o trauma)
- incremento della vascolarizzazione (dilatazione dei vasi sanguigni esistenti) del vestibolo (può essere dovuto a sostanze irritanti locali)
- fusione labiale (può essere dovuta a irritazione o sfregamento)
- perdite vaginali (molte cause, incluse le malattie a trasmissione sessuale)
- lesioni vescicolari dell'area genitale o anale (vanno eseguite colture per Herpes di tipo 1 e 2 e il test per la sifilide)
- lesioni simili alle verruche nell'area genitale e anale (può essere necessaria la biopsia per confermare la diagnosi)
- friabilità della forchetta posteriore o della commessura (può essere dovuta a irritazione, infezione o alla trazione esercitata sulle grandi labbra durante la visita)
- ispessimento imenale (può essere dovuto all'azione degli estrogeni, ai bordi ripiegati dell'imene, a gonfiore da infezione o da trauma)
- ragadi anali (dovute di solito a stipsi o ad irritazioni perianali)
- appiattimento delle pliche anali (può essere dovuto al rilassamento dello sfintere esterno dell'ano)
- dilatazione anale di ogni dimensione, se sono presenti feci nell'ampolla rettale o se il bambino è stato in posizione genu-pettorale per trenta secondi o più (è un normale riflesso)
- perdite ematiche vaginali (possono essere dovute a diverse cause: uretrali, infezioni vaginali, corpi estranei, trauma accidentale o abuso)
- incisura nella porzione posteriore dell'imene che si estende non più del 50% dell'altezza del bordo imenale (diagnosticato in ugual misura in bambine da tre a otto anni abusate e non abusate; Berenson et al. 2000)

Categoria 3: reperti che possono essere indicativi per abuso o trauma (segni che sono stati osservati in bambini con abuso documentato e che possono essere sospetti per abuso ma per i quali ci sono insufficienti dati per indicare che l'abuso possa essere la sola causa; la storia è essenziale nel determinarne il significato globale)

- marcata, immediata dilatazione dell'ano, senza feci visibili o palpabili nell'ampolla rettale, quando il bambino viene esaminato nella posizione genu-pettorale, va escluso che ci sia storia di encopresi, stipsi cronica, deficit neurologici o sedazione
- incisura dell'imene estesa oltre il 50% dell'altezza del bordo nella porzione posteriore (spesso è un artefatto della tecnica di visita, ma se persiste in tutte le

posizioni può essere dovuta a precedente trauma contusivo o a trauma penetrante)

- abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto peri-imenale, del pene, dello scroto o del perineo (può essere per trauma accidentale o conseguenza di maltrattamento fisico)
- segni di morsi o di suzione sui genitali o sull'interno delle cosce
- cicatrice o lacerazione recente della forchetta che non coinvolgono l'imene (possono essere dovute a traumi accidentali)
- cicatrice perianale (rara, può essere dovuta anche ad altre condizioni mediche così come le ragadi o le lesioni della malattia di Crohn o a causa di precedenti procedure mediche)

Categoria 4: chiara evidenza di trauma contusivo o trauma penetrante (segni che non possono avere altra spiegazione che un trauma dell'imene o dei tessuti perianali)

- lacerazione acuta dell'imene
- ecchimosi (contusione) dell'imene
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno
- incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita): nell'area dove l'imene è stato lacerato fino alla base non c'è il tessuto imenale tra la parete vaginale e quella vestibolare. Questo reperto è anche riportato come "incisura completa" in adolescenti e in giovani donne adulte sessualmente attive
- assenza di tessuto imenale: ampie aree nella metà posteriore del bordo imenale con assenza di tessuto imenale fino alla base dell'imene, assenza che è confermata in posizione genu-pettorale

PARTE SECONDA: VALUTAZIONE GLOBALE DELLA PROBABILITÀ DI ABUSO

Classe 1: nessuna indicazione di abuso

- esame normale, nessuna storia, nessun cambiamento di comportamento, nessuna testimonianza di abuso
- reperti non specifici con altra conosciuta o verosimile spiegazione e nessuna storia di abuso o cambiamenti comportamentali
- bambino considerato a rischio di abuso sessuale ma che non fa nessuna dichiarazione e ha solamente cambiamenti di comportamento aspecifici
- reperti fisici di lesioni coerenti con la storia di lesione accidentale che è chiara e credibile

Classe 2: possibile abuso

- reperti delle categorie 1 e 2 in combinazione con significativi cambiamenti di comportamento, specialmente comportamenti sessualizzati, ma il bambino è incapace di riferire una storia di abuso
- lesioni erpetiche di tipo 1, ano-genitali, in assenza di una storia di abuso con un esame fisico altrimenti normale
- condilomi acuminati con esame fisico altrimenti normale; non sono presenti altre malattie sessualmente trasmesse e il bambino non riferisce storie di abuso (i condilomi in un bambino di 3-5 anni sono più probabilmente da trasmissione sessuale ed è quindi necessario investigare in tal senso)
- il bambino ha fatto una rivelazione, ma la sua versione non è sufficientemente dettagliata a causa del suo livello di sviluppo; non è consistente; o è stata ottenuta attraverso domande orientate circa segni fisici con nessuna prova di abuso

Classe 3: probabile abuso

- il bambino ha dato una chiara, spontanea, consistente e dettagliata descrizione di essere stato molestato con o senza anormali o positivi reperti fisici alla visita
- coltura positiva (non con test antigenico rapido) per *Chlamydia trachomatis* dall'area genitale in un bambino in età prepubere, o cervicale in una adolescente femmina (presumendo che la trasmissione perinatale sia stata esclusa)
- coltura positiva per Herpes simplex tipo 2 da lesioni genitali o anali
- infezione da *Trichomonas* diagnosticata con striscio a fresco o da coltura su secreto vaginale se si è esclusa un'infezione perinatale

Classe 4: chiara evidenza di abuso o di contatto sessuale

- categoria 4 dei segni fisici senza storia di trauma accidentale
- tracce di sperma o di liquido seminale nel o sul corpo del bambino
- gravidanza
- positività confermata da coltura per gonorrea da vagina, uretra, ano o faringe
- evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (e non perinatale)
- casi di abuso documentati con materiale fotografico o videocassette
- infezione da HIV senza nessuna possibilità di trasmissione perinatale o per contatto con sangue o aghi contaminati

Nota. La maggior parte dei bambini che sono stati abusati sessualmente hanno reperti normali o non specifici a livello genitale e anale. Più del 90% delle bambine, dai 3 agli 8 anni, che descrivono penetrazioni vaginali con dita o pene non hanno segni di lesioni genitali.

- traumi accidentali
- sanguinamenti genito-urinari e anali da causa non traumatica
- vulvo-vaginiti e uretriti non correlabili all'abuso
- patologie dermatologiche
- malattie sistemiche
- neoplasie
- emangiomi
- prolasso uretrale
- corpi estranei (tale reperto necessita di particolare valutazione e approfondimento).

Relazione medica

Il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione della Adams del 2001 (*tabella 2*).

Il documento dattiloscritto deve riportare sempre:

- dati anagrafici del minore
- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita
- la durata della visita
- l'anamnesi
- l'esame obiettivo generale e il comportamento del bambino durante la visita, specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportare le posizioni in cui è stato visitato il bambino e l'eventuale uso del colposcopio)
- gli accertamenti eseguiti o richiesti
- l'eventuale racconto spontaneo del minore
- l'inquadramento secondo la classificazione della Adams del 2001
- la data e la firma
- va specificato se è disponibile documentazione fotografica.

Bibliografia

- (1) *Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP*. Pediatric and Adolescent Gynecology. IV Ed. Lippincott-Raven, 1998
- (2) *Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM*. Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. II Ed. Churchill Livingstone, 1999
- (3) *Heger A, Emans SJ, Muram D*. Evaluation of the sexually abused child. II Ed. New York: Oxford University Press, 2000
- (4) *Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Lee PE*. Pediatric and Adolescent Gynecology. II Ed. WB Saunders Company, 2001
- (5) *Adams JA*. Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. *Child maltreatment* 2001;6:31-6

Nota. Componenti del gruppo di lavoro:

- Aprile Anna, medico-legale, Università di Padova
 Balboni Roberta, pediatra ASL 2, Ospedale Martini, Torino
 Baldini Gianpiero, medico-legale, AUSL Ravenna
 Bellora Maria Grazia, ginecologa, Consultori familiari e Pediatria di comunità ASL4 Torino
 Baronciani Dante, neonatologo, "CEVEAS", Modena
 Borrelli Flavia, ginecologa, Ospedale S. Maria delle Croci, ASL Ravenna
 Bova Maria Grazia, ginecologa, Locri (RC)
 Bruni Maurizio, medico legale, Milano
 Cattaneo Cristina, medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Milano
 Certosino Anna, pediatra, Ferrara
 Fadda Nicoletta, medico legale, ASL 3 Genova
 Dei Metella, ginecologa, Policlinico Careggi, Firenze
 Di Tommaso Mariarosaria, ginecologa, medico legale, Policlinico Careggi, Firenze
 Donadio Silvia, ginecologa, Ospedale S. Anna, Torino
 Gabutti Daniela, pediatra di comunità ASL 4 Torino
 Gentilomo Andrea, medico legale, Università di Milano
 Giolito Maria Rosa, ginecologa, Consultori familiari e Pediatria di comunità, ASL 4 Torino
 Kusterman Alessandra, ginecologa, SVS Clinica Mangiagalli, Milano
 Laroni Leonardo, pediatra, Ospedale S. Maria delle Croci, ASL Ravenna
 Mazzei Attilio, pediatra, Consultorio Istituto Toniolo di Studi Superiori, Napoli
 Motta Tiziano, ginecologo, Clinica Mangiagalli, Milano
 Negro Fulvia, pediatra, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino
 Offidani Caterina, medico legale, Ospedale Bambino Gesù, Roma
 Ragazzon Ferdinando, pediatra, consulente Centro Bambino Maltrattato, Milano
 Ruspa Marina, ginecologa, Clinica Mangiagalli, Milano
 Vero Gloria, ginecologa, ASL Catanzaro

La presa in carico dei bambini maltrattati in Canada

Marcellina Mian¹, Carla Berardi²

¹ Ordinario all'Università di Toronto e pediatra dell'Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada

² Pediatra di base, Perugia

Abstract

The diagnosis and the interventions for abused children in Canada are defined in this article.

The first law requiring the obligation to report suspected child abuse cases for physicians, health services, social services, police departments, law agencies and school goes back to the 1960's. In 1998 data reported an incidence of 9.7 per thousand per year. Interventions are under the jurisdiction of provinces. Procedures regarding investigations and measures are hereinafter described.

Marcellina Mian, Carla Berardi. Diagnosis and interventions for abused children in Canada

All'inizio del ventesimo secolo, in Canada, è stata istituita un'agenzia per la tutela dei minori: la Children's Aid Society, un servizio sociale per la presa in carico del bambino, in ogni distretto. Nel 1960 è entrata in vigore la prima legge per l'obbligo di segnalazione dei casi di sospetto maltrattamento. Nel 1983 è entrata in vigore la prima legge per la protezione dei minori. Da allora queste leggi sono state aggiornate, ma in sostanza prevedono che ogni cittadino, e soprattutto i professionisti, segnalino i casi sospetti di maltrattamento. I servizi sociali hanno a loro disposizione una serie di possibilità per valutare, assistere e riabilitare i bambini sospettati di essere maltrattati e le loro famiglie. Negli anni '70 e '80 l'enfasi sulla tutela del nucleo familiare e dei diritti dei bambini e dei genitori ha dato esito a una notevole riduzione del numero di bambini presi in affidamento dai servizi sociali per motivi di trascuratezza o abuso. Nel 1985

venne riconosciuto il problema dell'abuso sessuale, dopo un sondaggio nazionale che rivelò dati sconcertanti: una donna su due e un uomo su quattro avevano subito abuso sessuale prima dei 18 anni. Questo portò a una riforma della legislazione, con l'obiettivo di favorire il riconoscimento dei casi e permettere di perseguire i colpevoli. Nel 1991 la confederazione delle province del Canada firmò la Convenzione per i Diritti del Bambino, che contiene articoli specifici contro il maltrattamento. Dagli anni '80 esistono programmi nelle città maggiori, ma anche nei centri più piccoli, per garantire un approccio multilaterale coordinato e completo al problema del bambino maltrattato. Questo approccio coinvolge la sanità, i servizi sociali, la polizia, il sistema giudiziario e la scuola, che condividono e applicano un protocollo specifico per gestire ogni segnalazione di abuso.

Titolare AIC:

Concessionario per la vendita:

Calcolandola sui casi segnalati e accertati, nel 1998 l'incidenza di maltrattamento in Canada è di 9,7 su 1000 per anno (Trocmè 2001). Questi dati sono basati su rivelazioni dirette dei principali attori (solitamente i bambini, e molto raramente gli abusanti), su segni fisici o su fattori psicosociali. Secondo lo studio nazionale (Trocmè 2001) le segnalazioni riguardavano il maltrattamento prevalentemente fisico nel 31% dei casi, la trascuratezza nel 40%, il maltrattamento psicologico nel 19%, l'abuso sessuale nel 10%.

Nel 24% dei casi venivano segnalate più forme di abuso. La percentuale dei casi accertati e certi era del 45%, mentre il 29% rimanevano sospetti e il 17% non accertati.

Uno studio nazionale sull'incidenza di maltrattamento in Canada pubblicato nel 2001 (Canadian Incidence Study: CIS) ha rilevato che quasi il 60% delle segnalazioni viene fatto da professionisti e più precisamente: personale scolastico 21%, polizia 12% e sanità 5%. I genitori segnalano il 16% dei casi, i parenti l'8%, i vicini e amici il 9% e i bambini stessi il 2%. L'abuso è stato accertato nel 57% delle segnalazioni effettuate dalla polizia e nel 40% di quelle fatte dai servizi sanitari.

In Canada la protezione del bambino è una funzione di competenza delle province: ognuna delle 10 province ha le sue leggi e le sue procedure per rispondere alle segnalazioni. Tutte provvedono alla protezione del minore (definito come persona sotto i 18 o i 16 anni) dal maltrattamento fisico ed emozionale, dall'abuso sessuale e dalla trascuratezza.

La segnalazione va fatta alla Children's Aid Society (vedi sopra), deve essere basata sul ragionevole sospetto di maltrattamento e, oltre ai casi sospetti, devono essere segnalate anche situazioni con fattori di alto rischio. Una volta formulato il sospetto, la segnalazione dev'essere fatta prima possibile: entro 24 ore se il caso non è urgente, cioè se la vita o la sicurezza del bambino non sono in pericolo imminente; nel caso di urgenza la segnalazione deve essere fatta immediatamente. Il dovere di segnalazione prevale sul dovere di tutela del segreto professionale. La segnalazione deve comprendere gli elementi sui quali si basa il sospetto di abuso.

Se un professionista non rispetta l'obbligo di segnalazione, può incorrere in una multa di 1000 dollari canadesi (circa 600 euro) e può dover affrontare il comitato disciplinare della sua categoria professionale. Viceversa, se la segnalazione è inconsistente, ma viene fatta in buona fede, il professionista non è perseguibile. La legge non richiede che il segnalatore dichiari la sua intenzione ai genitori, ma il consiglio che viene dato solitamente ai medici è quello di comunicare alla famiglia che sarà oggetto di segnalazione, e ciò per impedire che la famiglia si senta tradita due volte: per essere stata segnalata e per non esserne stata informata.

Naturalmente, le famiglie non accolgono bene questa notizia e perciò questo compito suscita sgomento nei professionisti: la formazione dei medici dovrebbe comprendere le tecniche più adatte per comunicare questo tipo di notizia a una famiglia potenzialmente violenta. Quanto ai tempi, la famiglia viene informata prima della segnalazione se il bambino non è a rischio di ulteriore maltrattamento: per esempio, se le lesioni non sono

gravi, come può essere il riscontro di lividi per schiaffi sul viso in un bambino di 6 anni. In questo caso i genitori possono essere avvertiti della segnalazione e il bambino può tranquillamente essere rimandato a casa con loro, in attesa dell'intervento dei servizi sociali. Se però il bambino è stato vittima, sempre per esempio, di un trauma cranico o di una ustione, è preferibile che il bambino venga ricoverato prima di avvertire i genitori che il caso è stato segnalato ai servizi sociali.

Una volta che il caso è stato segnalato, alla Children's Aid Society spetta di indagare le reali condizioni di rischio per il bambino. Nella sua indagine questa coinvolge la polizia, ma i ruoli delle due autorità sono ben diversi. La Children's Aid Society, avendo compiti di agenzia per i servizi sociali, ha la responsabilità di valutare l'aspetto psicosociale della famiglia e la sicurezza del bambino nella sua casa; alla polizia spetta il compito di indagare se è stato commesso un reato e, in questo caso, di accusare il presunto abusante e arrestarlo, se necessario. Secondo il protocollo multilaterale le indagini sociali e criminologiche vengono effettuate simultaneamente, rispettando le esigenze di tutti e due i settori.

L'indagine inizia con l'intervista del segnalatore. Dopo aver raccolto queste informazioni, gli investigatori procedono con l'intervista del bambino, con il sopralluogo (valutazione del luogo nel quale si sono svolti i fatti), con l'intervista di eventuali testimoni e, infine, con l'interrogatorio del presunto abusante. Naturalmente questa sequenza viene modificata secondo le necessità. Se esiste la possibilità che l'abusante fugga, questi viene subito portato in questura; se c'è il rischio che il luogo dell'accaduto possa venire alterato (per esempio che le tracce di sangue o di sperma vengano eliminate o che l'arma usata nel maltrattamento venga nascosta), allora l'ambiente viene posto sotto sequestro.

L'esame medico è spesso una parte essenziale delle indagini. Gli operatori della sanità (medici, infermieri, terapisti ecc.) hanno la responsabilità di raccogliere il racconto preciso dell'accaduto, di esaminare il bambino, di fare le indagini necessarie (per esempio l'esame radiologico dello scheletro), e di fare la diagnosi delle lesioni del bambino valutando la loro natura e gravità. Durante questo esame per sospetto maltrattamento è necessario che il medico escluda eventuali patologie che si possono manifestare con segni e sintomi da differenziare da quelli del maltrattamento (per esempio porre una diagnosi differenziale tra impetigine e ustioni da sigaretta) o che possono rendere il bambino suscettibile anche a traumi di modesta entità (per esempio in un bambino emofilico).

Durante l'esame obiettivo il medico deve saper accogliere la sofferenza del bambino e prenderlo in carico complessivamente. Tutto quello che il sanitario ha trovato o fatto durante la sua visita deve essere trasmesso alle autorità perché vengano a conoscenza di tutte le informazioni utili per capire che cosa possa essere successo al bambino, così da dirigere le indagini e gli interventi nella corretta direzione. Nei casi di abuso fisico e di trascuratezza fisica l'esame medico è di grandissima importanza; per l'abuso sessuale questo è quasi sempre molto meno rilevante. Per l'abuso o la trascuratezza psicologica l'esame

neuropsichiatrico o psicologico sono fondamentali. Tuttavia i risultati dell'esame medico o neuropsichiatrico sono sufficienti per arrivare a una conclusione di maltrattamento solo in una minoranza dei casi, il più delle volte sono i dati raccolti da tutti i settori che portano alla diagnosi.

Una volta fatta la diagnosi di abuso probabile o certo, il progetto di presa in carico del bambino deve essere basato principalmente nell'assicurargli il maggiore benessere. Naturalmente le sue condizioni fisiche devono essere curate; bisogna stabilire se il bambino sarebbe al sicuro tornando nella sua casa, o se è necessario ricoverarlo in ospedale, o darlo in affidamento. Se il bambino ha dei fratelli, dovranno essere valutati anche il loro benessere e la loro sicurezza e dovrà essere definito anche per loro un progetto di presa in carico.

In Canada i bambini possono essere presi in affidamento dai servizi sociali 24 ore su 24; perciò, considerando il costo di un posto letto e il trauma collegato a un ricovero in ospedale, il bambino viene ricoverato solo se le sue esigenze mediche sono tali da richiederlo. Se la Children's Aid Society ritiene necessaria una sospensione della patria potestà, è necessario giustificare questo passo presso il Tribunale dei Minori. A questa fase i genitori partecipano rappresentati dal loro avvocato. Il giudice stabilisce se il bambino deve rimanere in affidamento e, in questo caso, se i genitori possono avere contatti con lui. Il giudice potrebbe anche decidere di rimandare il bambino (ed eventuali fratelli) a casa, mantenendo un periodo di supervisione durante il quale i servizi sociali effettuano visite domiciliari periodiche per assicurarsi che il bambino stia bene.

In altri casi l'agenzia può stabilire, senza sospendere la patria potestà, di chiedere comunque al Tribunale un periodo di supervisione, o di chiedere ai genitori di collaborare firmando volontariamente un accordo con cui accettano un periodo di supervisione e condizioni specifiche per il caso: per esempio, i genitori accettano di iscriversi a un corso di parenting, o di farsi curare per alcolismo, o in altri casi possono essere aiutati a trovare un alloggio più sicuro o un impiego più stabile. L'agenzia deve valutare nel tempo se i genitori usufruiscono di questi aiuti e/o se i loro problemi rimangono o peggiorano. Se l'ambiente familiare dovesse diventare nocivo per il bambino, l'agenzia può intervenire e a quel punto darlo in affidamento.

Se dopo un periodo, solitamente di 3 o 6 mesi, il bambino è ancora in affidamento, il caso viene riesaminato dal Tribunale. Se le condizioni familiari sono migliorate al punto di garantire il benessere del bambino, questo viene rimandato in famiglia; in caso contrario, viene mantenuto in affidamento.

Lo stato, però, può tenere un bambino in affidamento per un periodo massimo di 12 mesi prima di presentare un progetto definitivo: in pratica, o i genitori dimostrano nell'arco di un anno di essere in grado di occuparsi del bambino o il bambino viene tolto permanentemente dalla loro tutela e diventa adottabile. Per i bambini più grandi questo avviene raramente.

Oltre a queste procedure di intervento in Canada esistono anche dei progetti di prevenzione del maltrattamento. Ci sono programmi pre e postnatali per le mamme ad alto rischio, ci sono dei programmi di comunità che offrono supporto a genitori e bambini in condizioni difficili; nelle scuole ci sono programmi di sensibilizzazione contro l'abuso sessuale.

Nonostante il Canada sia abbastanza avanti negli interventi contro il maltrattamento dei minori, rimane ancora tanto da fare per poter identificare i bambini a rischio il più rapidamente possibile, per aiutare coloro che hanno già subito violenze e, infine, per poter fare un'opera di vera prevenzione dell'abuso, che rimane un problema di grande rilevanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Krug 2002) infatti, ha emesso recentemente il suo Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Sanità, che dimostra quanto grande sia questo problema e che la sanità, e cioè tutti noi medici, ma particolarmente noi pediatri, dobbiamo assolutamente saperlo affrontare e tentare di eliminarlo come qualsiasi altra epidemia letale. Sta a noi pediatri in tutto il mondo di lavorare con gli altri settori per rendere l'infanzia dei nostri bambini sana e sicura.

Bibliografia

(1) Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

(2) Krug EG, et al. (Eds). World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Bologna

Luciana Nicoli

Pediatra di comunità, AUSL Bologna Sud

Abstract

The Author illustrates the technical and institutional process which has led to the organization of a specialized center for child abuse and neglect in the Province of Bologna, Italy. The center, named "Il faro" (the Lighthouse), has a multidisciplinary staff (paediatricians, child neuropsychiatrists, psychologists, social workers, attorneys) of part-time professionals. Its mission is to connect the various institutions dealing with child abuse and neglect, offering a specialized consultation on these cases in each phase of their management, without a strict division of duties between the staff of the center and those working in peripheral services.

Luciana Nicoli. Child abuse prevention in the Province of Bologna

A partire dalla metà degli anni Novanta i servizi del territorio della Provincia di Bologna si erano attivati sui temi del maltrattamento e dell'abuso. Vi erano state riflessioni sulle modalità di intervento e si erano attivate iniziative di formazione locali. Le azioni intraprese avevano portato in alcuni casi a realizzare interventi di formazione collegati all'attivazione di modelli organizzativi, ma in altri casi i progetti si erano connotati come puri momenti formativi. La necessità di superare la frammentarietà delle iniziative ha fatto nascere l'esigenza di confrontare le esperienze, potenziare le competenze di intervento e di valutazione, condividere la gestione dei casi in un lavoro multidisciplinare: in sostanza identificare un modello organizzativo applicabile.

Sulla spinta di queste esigenze, nella primavera del 2000, l'Amministrazione Provinciale ha costituito un gruppo di lavoro di professionisti sociali e sanitari su base provinciale con il compito di fare una riflessione su questi temi, di individuare percorsi formativi e di proporre ipotesi organizzative. Alcuni componenti del gruppo hanno anche partecipato ai gruppi di lavoro indetti dai Comitati Provinciali per la Pubblica Amministrazione, insediati dal Commissariato di Governo. Questo ha permesso di tenere unite le iniziative che si muovevano nel territorio. Il lavoro svolto in diverse sedi ha potuto così correlarsi in un quadro più ampio.

Formazione e modello organizzativo

Il gruppo di lavoro provinciale ha portato alla elaborazione di:

- un documento di messa a punto delle varie forme di abuso sulla base dei contributi della letteratura;

- un progetto di formazione, articolato su diversi livelli, che raccoglie sia il bisogno formativo di base che esigenze specialistiche. Il progetto è articolato su tre livelli: un primo per la rilevazione e la segnalazione dei fenomeni di abuso; un secondo per la gestione del caso dopo la segnalazione; un terzo per la specificità diagnostica riferita sia ai minori, presunte vittime, che agli adulti abusanti circa forme e modalità di trattamento dei minori e delle loro famiglie, e modalità di protezione dei minori;

- un progetto di un modello organizzativo che prevede un *Centro Specialistico Provinciale* sull'abuso e il maltrattamento, costituito da una équipe multiprofessionale in rete con i servizi sanitari e sociali di base e con gli ospedali pediatrici presenti sul territorio. La costituzione del *Centro Specialistico Provinciale* e i progetti di formazione propongono quanto suggerito dal "Documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento dell'infanzia", approvato nell'aprile 2001 dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e dal Comitato di coordinamento per la tutela dei minori.

Il Centro che è stato denominato "*Il faro*" ha il compito di promuovere una rete di servizi e di azioni caratterizzati da competenze in grado di assicurare la corretta gestione del caso nella sua complessità. In particolare vuole: costituire un punto di riferimento e di coordinamento tra i servizi socio-sanitari, gli ospedali, l'autorità giudiziaria, la scuola, per contrastare l'isolamento degli operatori, operare attraverso la valorizzazione e la promozione del confronto tra le risorse presenti sul territorio, proporsi come spazio per pensare e svolgere attività clinica, sociale e legale a supporto dei professionisti che affrontano il problema dell'abuso e del maltrattamento.

Le tappe che hanno portato alla costituzione del Centro.

Il percorso istituzionale

L'Assessorato alla Sanità e ai Servizi Sociali della Provincia ha promosso e coordinato il progetto, che è stato discusso nella Conferenza Metropolitana dei Sindaci, nel Comitato Provinciale della Pubblica Amministrazione per azioni e interventi contro la pedofilia, nelle Commissioni Sanità del Comune e Provincia di Bologna. Il Centro è stato istituito con un "Protocollo d'intesa" firmato da Provincia e Comune di Bologna, Consorzio di Imola, Aziende ASL della Provincia, Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi. I costi sono stati posti a carico degli enti indicati e che partecipano con assegnazione di risorse economiche o di personale. I reciproci impegni sono stati precisati in separati atti convenzionali.

La composizione e le funzioni

Gli operatori de "Il faro" individuati nell'ambito dei servizi della Provincia in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema dell'abuso sono: due psicoterapeute (5 ore settimanali ciascuna), un neuropsichiatra infantile (10 ore settimanali), una assistente sociale a tempo pieno e una con 5 ore settimanali, due pediatri (5 ore settimanali ciascuna), un consulente legale (3 ore settimanali). Il neuropsichiatra ha funzioni di responsabile organizzativo e una psicoterapeuta di responsabile tecnico. L'assistente sociale a tempo pieno ha funzioni di coordinamento. L'équipe si riunisce una volta alla settimana ed è attivabile anche negli altri giorni in caso di emergenze. Si sta cercando la partecipazione di un ginecologo per i casi di abuso sessuale.

Il Centro ha un ambito di riferimento (la Provincia di Bologna), attualmente diviso in quattro Aziende ASL. Si è scelto di istituire il Centro come struttura di consulenza attivabile dai servizi di ciascuna azienda, dalla scuola e dagli ospedali, quando questi lo ritengano opportuno e durante ogni fase della gestione di un caso di abuso. Esso vuole essere un "crocevia attraverso cui passano gli operatori che si trovano a gestire un caso, per perseguire, tra gli altri, anche l'obiettivo che nessun operatore e nessun servizio locale siano soli nell'affrontare le evenienze legate ai casi di abuso sia durante la rilevazione sia durante l'iter diagnostico che la presa in carico". Partendo da questi presupposti sono state individuate le funzioni del Centro:

- effettuare, insieme agli operatori del territorio, una prima valutazione dei fenomeni di cui si è venuti a conoscenza; decidere collegialmente se vi sono gli estremi della segnalazione all'autorità giudiziaria (penale-minorile)
- concordare le strategie da seguire e le azioni da compiere
- pianificare, insieme agli operatori del territorio, i percorsi clinico-diagnostici, distribuendo i compiti tra l'équipe di base e l'équipe specialistica
- assumere decisioni in ordine a interventi e provvedimenti per la protezione dei bambini presunti vittime, sempre con l'équipe proponente
- elaborare, insieme all'équipe del territorio, il progetto di intervento riparativo e terapeutico, individuando tipologie e sedi del trattamento
- collaborare con le équipe ospedaliere per le emergenze secondo modalità definite da protocolli

- effettuare un censimento delle risorse di accoglienza per minori, definendone caratteristiche e qualità
- effettuare la raccolta dati sui casi attualmente in carico ai servizi per costruire un archivio per una migliore conoscenza del fenomeno in ambito locale
- avviare un centro di documentazione
- elaborare e attuare programmi di formazione e aggiornamento
- predisporre una relazione annuale consuntiva dell'attività svolta, degli eventi accaduti sul territorio provinciale e delle modalità con cui sono stati progettati.

Attività e problemi aperti

Per il primo anno di attività del Centro sono state programmate, oltre all'attività di consulenza, alcune iniziative prioritarie rispetto alle criticità e compatibili con il modesto impegno orario di ciascun professionista:

- il rafforzamento di cultura e linguaggio comuni all'interno del gruppo e la formazione degli operatori che costituiscono il centro: per favorire il raggiungimento di tali obiettivi, verrà progettata una supervisione per il 2003 da parte di un professionista che dirige un Centro per l'abuso, e che ha una importante esperienza clinica e organizzativa; è inoltre in fase di organizzazione un corso residenziale sull'abuso sessuale, rivolto a medici pediatri e ginecologi che già lavorano in Centri sull'abuso
- la collaborazione con i professionisti che intervengono nel percorso di tutela, per evitare sovrapposizioni, discrepanze e duplicazioni degli interventi, e per un confronto sulla costruzione della rete; sono stati avviati incontri con ospedale, autorità giudiziaria, scuola
- la conoscenza della situazione attuale e il monitoraggio dei nuovi casi: si stanno predisponendo strumenti ad hoc. Il Centro partecipa a un progetto europeo su questo tema
- la raccolta in modo sistematico di documenti, articoli e testi per avviare un centro di documentazione fruibile da tutti gli operatori
- l'attività di formazione rivolta all'esterno: verrà per quest'anno promosso, organizzato ed effettuato un corso di formazione di primo livello per tutti i pediatri di base e di comunità della provincia, esteso anche ad alcuni pediatri ospedalieri e universitari.

Un tema complesso, come quello dell'abuso, rappresenta una occasione per sperimentare nuovi modelli di organizzazione in grado di affrontare le due principali difficoltà che caratterizzano il lavoro dei servizi: la messa a punto di strumenti di lavoro in

grado di assicurare una reale multidisciplinarietà e il collegamento tra servizi con caratteristiche di "specializzazione" e l'insieme dei professionisti impegnati nelle cure (pediatria di base, operatori dei servizi socio-sanitari).

Il lavoro multidisciplinare è spesso assunto come semplice sommatoria di interventi; spesso vi intervengono confusione e sovrapposizione di ruoli. L'obiettivo è quello di imparare a lavorare secondo la metodologia della "case conference" con la definizione di obiettivi e responsabilità; la cosa non si presenta semplice e richiede una ridefinizione delle professionalità.

Il tema dell'abuso richiede anche di incorporare nella professionalità il lavoro sulle proprie emozioni; il lavoro che i professionisti hanno di fronte è di notevole portata e, per i pediatri, rappresenta una vera novità.

La scelta di sperimentare un modello organizzativo che impiega professionisti che non si occupano unicamente di abuso scaturisce dall'ipotesi che l'impiego a tempo pieno dei professionisti potrebbe, nel tempo, determinare significativi fenomeni di burn out e, d'altra parte, non offrire una sufficiente diffusione delle conoscenze.

Tale scelta presenta, tuttavia, una serie di problemi di non facile soluzione:

- la complessità del fenomeno richiede specifiche competenze per la "presa in carico" e la letteratura evidenzia come la prima fase dell'intervento sia particolarmente rilevante in relazione agli esiti. Non è facile stabilire, in modo trasparente e riproducibile, i criteri con cui definire le competenze: quando il caso può essere lasciato all'équipe territoriale e quando deve essere preso in carico dal nucleo di riferimento?
- esistono problemi sulla continuità dell'intervento tra chi effettua la segnalazione, chi è chiamato a formulare una diagnosi e la successiva presa in carico. Se il nucleo di riferimento affianca i professionisti dell'équipe territoriale nel decidere se segnalare il caso, come può essere poi chiamato a convalidare la diagnosi senza incorrere in bias da "attenzione a priori"? Se la segnalazione viene effettuata dall'équipe territoriale, come può la stessa prendere in carico il caso?

Oltre a questi, numerosi sono i problemi da definire nel modello organizzativo. Non si lo può disegnare a tavolino; occorre sperimentare e imparare dai propri errori. Per questo il lavoro di documentazione è essenziale nel processo di costruzione del nostro intervento.

Per corrispondenza: luciananicoli@hotmail.com

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Perugia

Carla Berardi

Pediatra di base, ASL Perugia, ACP Umbria

Abstract

To ensure a comprehensive approach to child abuse prevention, intervention and treatment the Perugia Province realized a special training of some representative from the medical, mental health, social service education and police profession. The aim was to organize a network for rapid intervention. After training in Umbrian region 4 AUSL instituted their own team. The paper describes activity and difficulty found.

Carla Berardi. Child abuse prevention in the Province of Perugia

Nel 1998 l'assessorato alle politiche sociali della Provincia di Perugia si è posto l'obiettivo di strutturare una serie di interventi di sensibilizzazione/formazione di professionalità diverse, finalizzati alla costituzione sul territorio di una rete di intervento per i casi di abuso.

A questo scopo ha promosso il progetto "Primi interventi di sensibilizzazione/formazione per la costituzione di una rete di servizi per la prevenzione, trattamento e recupero nei casi di maltrattamento e abuso di minori". La priorità rispetto all'obiettivo era di giungere all'istituzione di un Gruppo Multidisciplinare con competenze specifiche sul tema, in grado di svolgere una funzione di supporto e di consulenza per la rete dei servizi in tutto il territorio provinciale sulla base di quanto raccomandato dalla "Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori" del Dipartimento Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il progetto della Provincia fu finanziato con i fondi della legge 285/1997 e disciplinato da un Accordo di Programma dei Comuni di Perugia e Foligno, da 3 ASL (Perugia, Foligno e Città di Castello) e dall'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Formazione e modello organizzativo

Il progetto formativo era articolato in quattro fasi:

1. sensibilizzazione rivolta a un largo numero di operatori sociali e sanitari di ASL e Comuni, a insegnanti e operatori delle Forze dell'Ordine;
2. formazione specialistica rivolta a un numero ristretto di operatori di diverse discipline, individuati nell'ambito dei servizi in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema dell'abuso;
3. formazione verticale dei componenti il gruppo specialistico, distinta per le diverse discipline;
4. formazione "a cascata" di tutti gli operatori socio-sanitari delle ASL e dei Comuni, degli insegnanti e delle Forze dell'Ordine.

- Nella **prima fase** è stato attivato un corso di sensibilizzazione, destinato ad assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri di base e ospedalieri, medici di pronto soccorso e radiologi, gestito dall'ACP e dal CBM di Milano, e si è articolato in 6 sessioni della durata di 6 ore ciascuna. I docenti erano un pediatra, uno psicologo, un neuropsichiatra infantile, una assistente sociale, una ginecologa. Sono state descritte le caratteristiche del fenomeno e presentati i dati epidemiologici; è stato affrontato il problema della rilevazione, della segnalazione, della valutazione, dei primi interventi di protezione e del trattamento; si è discusso del ruolo del pediatra, dello psicologo e dell'assistente sociale; è stata sottolineata la necessità di un intervento multidisciplinare. Hanno partecipato 120 operatori disponibili al lavoro in rete e interessati alle problematiche del maltrattamento ai minori.

- Nella **seconda fase** è stato attivato un corso di formazione per la costituzione di un gruppo specialistico di riferimento sul tema dell'abuso all'infanzia, destinato a un ristretto gruppo di professionisti, operanti nei diversi Servizi, individuati in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema del maltrattamento. Il corso si è svolto nel periodo settembre-novembre 2000; è stato gestito dal Centro per la Salute del Bambino e strutturato in tre moduli per un totale di 82 ore.

Il primo modulo ha fornito elementi di conoscenza comune, sul tema dell'abuso; il secondo ha affrontato la metodologia di lavoro; il terzo ha esaminato i diversi modelli di "rete" con la possibilità di definire le linee generali di un modello di rete specifico per l'area territoriale della Provincia di Perugia. Sempre il terzo modulo ha affrontato il problema delle emozioni del professionista rispetto all'abuso, e sono stati forniti strumenti utili per ottimizzare la comunicazione con le famiglie nel caso di abuso intra-familiare. Infine è stato trattato il problema della formazione degli operatori coinvolti nella fase di rilevazione.

Le lezioni sono state tenute da docenti di diverse discipline: pediatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, sociologia, antropologia, medicina legale, counselling, giurisprudenza. Hanno partecipato 23 operatori: pediatri di base, pediatri ospedalieri, pediatri di comunità, medici di pronto soccorso, radiologi, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, insegnanti, operatori del Nucleo Minori della Questura e dei Carabinieri.

- Nella **terza fase** è stata attivata la formazione specialistica e di supervisione dei casi, rivolta agli psicoterapeuti e agli assistenti sociali. Il corso è stato gestito dal Centro Bambino Maltrattato di Milano, e condotto da due docenti: una neuropsichiatra infantile e una assistente sociale. Sette giornate di formazione sono state destinate agli psicoterapeuti, quattro alle assistenti sociali e tre ai componenti delle équipes multidisciplinari aziendali.

La formazione per gli psicoterapeuti è stata centrata sull'analisi delle specificità dei contenuti clinici pertinenti al trattamento dei casi riguardanti il maltrattamento e l'abuso all'infanzia; quella per le assistenti sociali sull'analisi di procedure e metodi riguardanti la presa in carico, il rapporto con la rete e l'integrazione con il lavoro clinico. Le giornate destinate a tutti gli operatori componenti l'équipe sono state dedicate all'individuazione dei problemi di integrazione tra le professioni e di conduzione dei compiti operativi. Il corso si è chiuso con una giornata di sintesi in cui è stato affrontato il tema delle procedure giudiziarie nei casi di abuso.

- La **quarta fase** verrà attuata nel gennaio 2004 con la formazione "a cascata" che il personale formato metterà a disposizione del personale delle singole professionalità delle Aziende sanitarie. Dal punto di vista del modello organizzativo alla fine della seconda fase del progetto formativo è stata formalizzata la costituzione di un gruppo operativo multidisciplinare provinciale, composto dai professionisti formati. L'obiettivo dato al gruppo (che sarà poi quello che attuerà la formazione "a cascata") era quello di coordinare i successivi interventi formativi e operativi nei confronti del complesso fenomeno dell'abuso all'infanzia secondo lo schema del Gruppo Multidisciplinare raccomandato dalla "Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori".

Attività, difficoltà e problemi aperti

In verità l'équipe provinciale non è mai stata operativa, e questo è problema non da poco. Tuttavia, nel 2001, in attuazione delle linee di indirizzo regionali, quattro Aziende USL della Regione (Perugia, Foligno, Città di Castello e Terni) hanno istituito una propria "équipe multidisciplinare di riferimento per i casi di maltrattamento e abuso sui minori" composta dagli operatori dell'azienda che avevano compiuto la prima fase del percorso formativo.

Per quanto riguarda in particolare l'Azienda USL di Perugia l'istituzione dell'équipe è stata deliberata nel marzo 2001 e fa riferimento al Dipartimento dei servizi sociali.

Il gruppo perugino è composto da 3 psicologhe, 1 neuropsichiatra infantile, 2 assistenti sociali e 1 pediatra di base con funzioni di coordinatore; si riunisce ogni 15 giorni, per un tempo di due ore, in una sede fissa presso la AUSL.

Attività

Le funzioni dell'équipe sono di garantire la diffusione delle conoscenze e di offrire consulenza ai servizi territoriali nelle fasi della rilevazione (supporto nell'analisi e valutazione dei segni e sintomi del sospetto abuso) e della segnalazione (affiancamento dell'operatore nella decisione circa l'eventuale segnalazione e nei rapporti con il Tribunale). Per quanto riguarda il trattamento, al momento, l'équipe non assicura la presa in carico dei casi.

Il trattamento del bambino abusato e dei familiari rimane affidato agli operatori del Dipartimento salute mentale.

In concreto, nel sospetto di un caso di abuso, o ricevuta una segnalazione, l'assistente sociale territoriale si rapporta con l'équipe per l'analisi e la discussione del caso. In casi urgenti, non essendoci la condizione di garantire la pronta reperibilità, si attivano le strutture già deputate per l'emergenza (Pronto Soccorso ospedalieri e Pronto Accoglienza); successivamente l'operatore può richiedere la consulenza del gruppo multidisciplinare.

L'équipe si riunisce ogni 15 giorni per un tempo di due ore. Nel 2001 gli incontri sono stati dedicati per lo più alla "autoformazione", mediante revisione e discussione della letteratura e analisi e discussione dei punti critici e degli errori commessi in casi reali.

Molti incontri sono stati di tipo organizzativo: per definire un modello operativo possibile e adeguato alla realtà territoriale e alle risorse disponibili, per elaborare un percorso per la segnalazione dei casi da proporre agli operatori e alla magistratura, per programmare la sensibilizzazione/formazione a cascata degli operatori della AUSL.

Nel 2002 è iniziata l'attività di consulenza ai servizi del territorio. Molto impegnativa è stata la raccolta di dati per una stima di prevalenza del fenomeno e per un'analisi del profilo dei problemi dei bambini abusati e delle famiglie, per ottenere informazioni sull'offerta dei servizi e sulla qualità degli interventi. Questa ricerca di dati ha anche importanti ripercussioni di carattere organizzativo per la programmazione degli interventi di prevenzione e di presa in carico dei bambini e delle famiglie.

I dati sono stati raccolti negli archivi giudiziari, in quelli dei servizi sociali e dei centri di salute mentale della AUSL. Dalle prime elaborazioni risulta, per il territorio della AUSL di Perugia, una stima di occorrenza intervallare (sulla base di 3 anni) di 2,9 casi su 1000 minori di 15 anni, inferiore alla media europea e verosimilmente sottostimata.

Per quanto riguarda la tipologia del maltrattamento: nel 32% si trattava di trascuratezza, nel 25% di abuso sessuale, nel 15% di maltrattamento psico-emozionale e il restante 23% distribuito tra tipologie miste e non identificate. Non è stato rilevato nessun caso di maltrattamento fisico. Una ricerca analoga è al momento in corso anche nell'Azienda USL di Foligno. Parallelamente a questa attività la "ACP Umbria" ha organizzato alcune iniziative.

Nel 2002 e 2003 sono stati tenuti due seminari sul tema del maltrattamento all'infanzia nel "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale". Nell'ottobre 2002 è stata organizzata una conferenza della Prof. Marcellina Mian dell'Università di Toronto dal titolo "L'abuso all'infanzia: conoscere per fare".

Nel dicembre successivo, in collaborazione con il Comando Regionale dei Carabinieri, è stato organizzato un incontro con la Prof. Mian e la prof. Facchin, a cui sono stati invitati le forze dell'ordine, i magistrati del tribunale per i minorenni e del tribunale ordinario, la dirigenza dell'ufficio scolastico regionale, gli assessorati ai servizi sociali della Regione, della Provincia e del Comune. Sempre in collaborazione con il Comando Regionale dei Carabinieri è stato organizzato un "focus group" a cui hanno partecipato alcuni Comandanti di Stazione della Regione, con lo scopo di rilevare i bisogni formativi degli operatori sul tema dell'abuso all'infanzia.

Dall'elaborazione dei dati emersi è stato definito un progetto di formazione che dovrebbe venire attuato nel corso di quest'anno.

Difficoltà e problemi aperti

Tra i numerosi punti critici che caratterizzano la fase attuale, alcuni riguardano il territorio (servizi e scuola) e altri il funzionamento del gruppo multidisciplinare.

Nonostante la molteplicità di iniziative di sensibilizzazione sul tema svolte negli ultimi tre anni, non si riscontra un incremento del numero di segnalazioni. Sembra necessario avviare al più presto i progetti formativi previsti per gli operatori impegnati nella fase di rilevazione del fenomeno, in particolare insegnanti e medici.

Nell'équipe i problemi derivano soprattutto dal fatto che nel gruppo manca la multidisciplinarietà necessaria all'intervento e che la formazione specialistica non è ancora completata.

Al momento l'équipe è quasi interamente costituita da operatori dell'area psico-sociale, e ciò limita le possibilità di analisi, di diagnosi e di valutazione dei casi e rende più complicato il raccordo con i servizi (per esempio gli ospedali), con la scuola e con le forze dell'ordine.

In particolare sembra necessaria la presenza nel gruppo di un insegnante. Questo permetterebbe di superare le storiche difficoltà di rapporti tra scuola e servizi sociali, non solo nella fase di segnalazione, ma anche e soprattutto nella fase di presa in carico, facilitando la definizione di un progetto comune e completo.

Anche la partecipazione di rappresentanti delle Forze dell'Ordine e dell'Autorità Giudiziaria sarebbe utile, o si potrebbe prevedere la possibilità di incontri periodici per la valutazione dei singoli casi e più in generale dello sviluppo del progetto.

Il mancato completamento della formazione specialistica dei componenti l'équipe rappresenta un altro importante punto critico. La specificità dell'abuso richiede lo sviluppo di tecniche di intervento peculiari per le singole professionalità: per i medici la diagnosi differenziale dei casi di maltrattamento fisico e di abuso sessuale, per gli psicologi le tecniche per stabilire la veridicità del racconto del bambino e quelle per l'audizione protetta, oltre alle competenze necessarie per effettuare la terapia.

Per corrispondenza: carla.berardi@tiscalinet.it

Who pays for the pizza?

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Negli Stati Uniti è nata un'associazione (*American Medical Student Association: AMSA*) di 30.000 studenti, la *PharmFree*, che chiede che cessino i regali, i pranzi sponsorizzati, le conferenze di relatori sovvenzionate dalle industrie negli ospedali americani dove il problema assume dimensioni sempre più rilevanti. *PharmFree* chiede che il giuramento di Ippocrate contenga questa frase un po' ingenua: "Prenderò le mie decisioni libero da influenze della promozione pubblicitaria. Non accetterò danaro, omaggi, ospitalità che possano creare conflitti di interesse nella mia educazione, nella mia pratica, nel mio insegnamento, nelle ricerche che farò". L'obiettivo dell'*AMSA* non è di "contrastare l'industria, ma di contrastare la promozione delle industrie quando non è veritiera perché è venuto il tempo di eliminare queste influenze dallo svolgimento della nostra pratica".

L'*AMSA* si richiama al lavoro del gruppo newyorchese "*No Free Lunch*" e a quello del gruppo australiano "*Healthy skepticism*" che invitano a guardare con attenzione alle informazioni delle industrie.

Si tratta sicuramente di iniziative di minoranze - scrive il *BMJ* (2003;326:1193), ma significano che si comincia a ritenere necessaria una ridefinizione dei rapporti fra i medici e l'industria. Questa ridefinizione passa, sempre secondo l'articolo del *BMJ*, attraverso l'esame di alcuni problemi (vedi box) cui abbiamo aggiunto qualche nota esplicativa.

L'ultimo comma del box è indicato anche dall'*Association of American Medical College* che scrive nelle sue linee guida: "La sola trasparenza, sebbene necessaria per mantenere e aumentare la pubblica fiducia nelle ricerche accademiche, non è sufficiente a proteggere le persone su cui si sperimenta"; per cui "un ricercatore che ha un significativo interesse personale in una ricerca che si svol-

Box

- Restringere e controllare le visite dei collaboratori delle industrie
- Cessare la corresponsione di onorari da parte delle industrie a relatori in eventi certificati (1)
- Accettare, con molta prudenza, informazioni fornite dall'industria
- Cercare fondi indipendenti per condurre ricerca di pubblico interesse (2)
- Fare cessare la distribuzione di gadget (3)
- Controllare accuratamente le inserzioni delle riviste mediche
- Fare gestire i fondi delle istituzioni pubbliche (università o ospedali) provenienti da donazioni con il sistema del "blind trust", cioè senza conoscenza della loro provenienza
- Proibire, da parte delle associazioni professionali, la partecipazione a ricerche promosse dall'industria per chi si trova in conflitto di interesse, specialmente quando si sperimenta su persone
- Ridurre o abolire i contributi finanziari dell'industria alle società scientifiche (4)
- Proibire l'organizzazione da parte dell'industria di eventi certificati in ECM
- Limitare e controllare gli eventi congressuali sponsorizzati (5)

(1) Si valuta che possano andare, in USA, da \$ 250 a 20.000 per anno e per relatore; le consulenze possono produrre introiti da \$ 10.000 a 120.000 per anno.

(2) Uno dei propositi del Ministro Sirchia è di istituire un fondo gestito da un Centro per l'informazione indipendente, finanziato con una quota pari al 3% della spesa promozionale delle aziende.

(3) Un altro proposito del Ministro è di fissare a 20 euro il valore massimo annuale dei gadget che ciascuna industria può offrire al singolo medico. Il valore in Gran Bretagna è stato fissato dall'industria a 8 euro con la restrizione che deve essere utile per il lavoro del medico. In Francia il Code de la Santé Publique fissa il valore a 30 euro.

(4) Per avere un'idea del peso di questi finanziamenti si tenga conto che la Società di Medicina Interna americana ha deciso di ridurre il contributo dell'industria al 10% del suo budget totale. Dopo l'applicazione della regola la sponsorizzazione del congresso annuale della società è diminuita di \$ 100.000 (quasi il 70%).

(5) Le Regioni hanno chiesto che siano eliminati i "mini-meetings" stimati in 16.500/anno.

ge sulle persone non può condurre, esso stesso, queste ricerche". All'Università di California un comitato ha di recente raccomandato che cessino le colazioni che sono offerte da ditte di farmaci e di cui "dozzine di medici usufruiscono" (*BMJ* 2003;326:1191). Lo stesso comitato raccomanda anche che cessino gli eventi congressuali sponsorizzati dalle industrie, che vengano regolamentati severamente gli accessi agli studi dei medici dei collaboratori di ditte di farmaci.

Questa abitudine dei pranzi quotidiani offerti negli ospedali (il *BMJ* del 31 maggio 2003 titola: "Who pays for the pizza?") Noi gli abbiamo rubato il titolo) in Italia non si è ancora affermata, ma qualcosa del genere deve essere diffuso se *Farmindustria* nel luglio scorso ha deciso di "abolire le cene con i medici, finalizzate all'attività di informazione scientifica" (*Ilsole24ore Sanità* 7 luglio 2003). Dunque è bene abolire i pranzi sponsorizzati, ma "quanto questo possa

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale

porre fine al malcostume o finisca per fare passare il sistema da una sponsorizzazione diretta a una indiretta è materia tutta da chiarire”, dicono i dirigenti dell’Università di California. Però aggiungono che “con questi tentativi noi pensiamo di avere aumentato le distanze fra industria e medici”.

E le industrie che dicono? Il *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* ha emanato un codice, un anno fa, in cui le intenzioni manifestate sono serie: “gli sponsors non possono utilizzare ricercatori che abbiano interessi e proprietà nel farmaco che stanno sperimentando”. Lo stesso pressappoco dicono la *Association of British Pharmaceutical Industry* (ABPI), la *Medicines Australia*, il *Code de la Santé Publique* in Francia. E poi se nessun codice ci fosse in uno Stato, ci sono le linee guida internazionali dell’OMS (www.who.int/medicines/library/dap/ethical-criteria/criteria-medicinal.pdf), revisionate nel 2003.

Il problema dunque c’è ed è inutile negarlo. Del resto il codice di *Farmindustria*, in Italia, contiene posizioni del tutto apprezzabili e sanzioni di un Giurì per le industrie che lo contraddicono. Ma fino ad ora nessuna sanzione, in Italia, è stata comminata; o, se è stata comminata, nulla si è saputo.

Tanto che alla fine di luglio 2003 la Giunta straordinaria di *Farmindustria* ha deciso una correzione di rotta. Alla guida del comitato deontologico “per rendere più rigorosi i comportamenti (...*omissis*...) che determinano concorrenza sleale e distorcono i rapporti fra le imprese” ha posto un ex magistrato, nominato dal presidente della Corte di cassazione. Nella stessa seduta si è deciso che le industrie saranno obbligate a fare certificare le proprie attività di marketing e informazione scientifica da parte di enti esterni formalmente accreditati. Varrà anche per la pubblicità su riviste?

Sono molte, all’estero, le Società Scientifiche dotate di un codice di comportamento. In Italia l’ACP ne ha uno dal 1999. Gli editori di riviste scientifiche hanno emanato uno statement intitolato “*Sponsorship, Authorship and Accountability*” al quale noi di *Quaderni* aderiamo.

Circa i rapporti fra stampa medica e industria non vogliamo dire nulla di nostro: preferiamo riassumere brevemente le considerazioni di Richard Smith, direttore del *BMJ* e chief executive del *BMJ Publishing Group Ltd* (*BMJ* 2003;326:1202). Queste le sue osservazioni che riassumiamo. Gli editori ricorrono alla pubblicità che, sola, consente la sopravvivenza delle riviste. Quasi certamente le inserzioni pubblicitarie riescono a influenzare le prescrizioni, anche se molti medici sostengono il contrario; non ci sono trial randomizzati su questo argomento, ma le industrie hanno calcolato un ritorno degli investimenti pubblicitari superiore a quello che producono altri tipi di investimenti, compresi quelli degli informatori. C’è invece buona evidenza che parecchie pagine pubblicitarie sono “misleading”: la FDA americana, fra il 1997 e il 2002, ha emesso 88 lettere di richiamo a ditte che avevano presentato, sovrastimandola, l’efficacia dei loro farmaci o ne avevano sottostimato i rischi. Nel 1992 gli *Annals of Internal Medicine* (1992;116:912) in una revisione di 10 riviste leader avevano individuato una notevole quantità di problemi di inaccuratezza nelle pubblicità; il 28% di queste non avrebbero dovuto essere pubblicate. Ma il direttore del *BMJ* (la sua rivista non attua il controllo della pubblicità e quindi il direttore è portato a sottovalutare tale problema) ritiene che la “forza” dell’industria nelle riviste sia altrove. Per esempio, in editoriali molto favorevoli a qualche farmaco; e ancora nella pubblicazione di articoli (“*advertorials*” li chiama Smith, una contaminazione fra *advertising and editorial*!) su farmaci pubblicizzati nelle pagine vicine (per questo l’industria intrattiene relazioni speciali con le redazioni per conoscere in anticipo gli indici delle riviste). Questo è abituale anche in Italia in molte riviste mediche.

Dice sempre Smith che ultimamente l’industria sembra seguire ancora una nuova strada: meno pubblicità, meno pubblicazione di trial in “rivistine disponibili”, ma cerca di inserire i trial nelle grandi riviste internazionali. I trial devono essere formalmente corretti, ma sono pensati semplicemente per far prescrivere un far-

maco, invece che per valutarlo. Ci sono a questo proposito degli “switching trial”, in cui semplicemente il malato viene passato da un farmaco precedente a uno analogo (i cosiddetti “*me too*”). Si fanno anche dei trial veri; ma ci sono molti modi - dice sempre il direttore del *BMJ* - per rendere più appetibile il risultato: l’uso di un farmaco nuovo contro placebo, quando ne esista un altro efficace, non andrebbe condotto, per evidenti motivi etici, ma lo si fa e il risultato è praticamente sicuro. Oppure, se si confrontano due farmaci, si può non tenere perfetto conto della dose minima efficace di uno dei due farmaci. Se si vogliono studiare gli effetti secondari, si procede secondo la strada inversa.

Qui finisce il nostro reportage sulle opinioni di Richard Smith.

Dunque i problemi sono molti e si pongono a tutti noi; ma vi è coscienza che il problema del conflitto di interesse esiste? Essa è aumentata sicuramente negli ultimi anni. Dice un intensivista al *BMJ* che il problema ha cominciato a sentirlo solo da una decina di anni: “ho accettato una sponsorizzazione per una conferenza in Australia; oggi non lo farei più. Credo di avere presentato una relazione onesta, ma oggi sono certo che fra i miei uditori erano pochi a pensare che io non dicessi cose che piacevano ai produttori e che fossi compensato per questo”.

Questa opinione è anche di chi scrive queste note per le presentazioni che ha fatto - anche lui più di una decina di anni fa - in eventi sponsorizzati dall’industria, sebbene mai ci sia stato compenso per le relazioni al di là dell’ospitalità.

Si deve riconoscere che l’attuale Ministro della Salute sente, più di altri, questo problema e vi si affanna attorno spesso con manifestazioni più ingenuche che efficaci; ma è un suo merito avere posto il problema con soluzioni percorribili (*vedi note al box*). Alcune sono state bocciate perché troppo “coraggiose” (l’esclusione dai crediti ECM degli eventi organizzati dall’industria contro i quali si sono mossi anche i sindacati medici), anche se è chiaro che la soluzione più efficace è una assunzione di responsabilità e di etica personale da parte dei medici.

Cosa che scriviamo da anni.

Progetto di ricerca-azione pluriennale sui disturbi del comportamento alimentare

Luigi Gualtieri

UO di Neuropsichiatria Infantile, AUSL di Cesena

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rivestono grande importanza epidemiologica e complessità clinica in tutte le fasce di età. L'adolescenza, in particolare, si rivela come un tempo "critico" in cui sono consistenti insorgenza e rischio di cronicizzazione, e in cui è già possibile intraprendere un percorso di terapia. Ci siamo già occupati del problema con una ricerca condotta in collaborazione con alcuni Istituti scolastici medi superiori, su 1000 studenti, per verificare l'andamento tendenziale dei DCA nelle fasce di popolazione 15 e 18 anni sia tra le femmine che tra gli studenti maschi: i risultati di questa indagine sono stati pubblicati su questa rivista (1).

Nel 1997 e nel 2002, inoltre, sono state effettuate due ricerche analoghe rivolte allo stesso target di operatori della sanità e condotte con la stessa metodologia.

La comparsa dei DCA in preadolescenza e in adolescenza è fenomeno ormai ampiamente registrato in letteratura e nella pratica clinica. Meno noti sono i criteri diagnostici da utilizzare in età pediatrica. Infatti, sia il sistema diagnostico DSM-IV (di derivazione americana) sia l'ICD-10 (di derivazione europea) non includono adeguati elementi di valutazione per l'età prepubere. A questo proposito un gruppo di lavoro della Regione Emilia-Romagna sta emanando *linee guida* che ufficializzano, tra l'altro, l'utilizzo per le diagnosi in età pediatrica dei *Great Ormond Street Criteria* (tabella 1) (2, 3).

Obiettivi

Per acquisire conoscenze sui comportamenti alimentari e sui disturbi ad essi connessi nel territorio della AUSL di Cesena dal 1997 al 2002, si è ritenuto utile condurre un progetto di ricerca per valutare:

- l'entità della diffusione dei DCA nel territorio aziendale

Per corrispondenza:

Luigi Gualtieri

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

TABELLA 1: CRITERI DIAGNOSTICI DEL GREAT ORMOND STREET (HOSPITAL FOR CHILDREN DI LONDRA)

1. Anoressia nervosa

Perdita di peso (dovuta al rifiuto di alimentarsi, a vomito autoindotto, a eccessivo esercizio fisico, ad abuso di lassativi)

Distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo

Eccessiva preoccupazione per il peso e/o la forma del corpo

2. Disturbo emotivo di rifiuto del cibo

Rifiuto del cibo che non dipende da un primitivo rifiuto affettivo

Perdita di peso

Disturbo dell'umore, che non soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo affettivo primitivo

Assenza di preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo

Assenza di malattie organiche o di psicosi

3. Bulimia nervosa

Episodi di abbuffate e di pratiche di svuotamento

Perdita di controllo

Preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo

Distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo

4. Alimentazione selettiva

Ristretta scelta di cibi per almeno due anni

Rifiuto di provare nuovi alimenti

Assenza di distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo

Assenza di paura di soffocamento o di vomito

Peso del corpo basso, normale o alto

5. Disfagia funzionale

Evitamento del cibo

Paura del soffocamento e del vomito

Assenza di distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo

Assenza di preoccupazioni morbose per il peso e/o la forma del corpo

Assenza di malattie organiche o di psicosi

6. Rifiuto pervasivo

Rifiuto totale di alimentarsi, di bere, di camminare, di parlare e prendersi cura di sé

Resistenza ostinata a tentativi di aiuto

- l'entità dei DCA nella fascia di età adolescenziale e preadolescenziale
- la compliance degli operatori della sanità che si relazionano con i pazienti affetti da DCA
- l'esistenza o meno di una rete operativa, e quindi l'appropriatezza delle cure
- la tempestività nell'utilizzo dei servizi e degli operatori da parte degli utenti.

Abstract

Objective Cesena Local Health Unit evaluates the prevalence and incidence of Eating disorders in the different age of the resident population, the compliance of health professionals, the timely access to health cares after the onset of these disorders, the difference between the data provided by the Ministry of Health and those collected by the researches carried out in 1997 and 2002 in the competence territory of the Local Health Unit, both using the same methodology.

Methods 300 questionnaires were sent to health professionals who are in contact with these pathologies to gather information.

Results The research project shows an increase in pathologies in preadolescent and adolescent age and many delays in accessing the services.

Conclusion A better diagnostic ability is required in the pediatric age as well as a better information and sensitisation of health professionals to improve the timely access to health cares, which should be carried out through multidisciplinary treatments..

Luigi Gualtieri. *Anorexia, Bulimia, Binge Eating Disorder, Epidemiology, Integrated Work Quaderni acp 2003 vol. X n° 5; 20-23*

Materiali e metodi

Sono stati inviati questionari a 300 professionisti della sanità, pubblici e privati, ospedalieri e del territorio, che si riteneva avessero contatti con questo tipo di patologie (tabella 2, colonne 1 e 2).

La lettera di accompagnamento spiegava gli scopi della ricerca, chiedeva che fossero segnalati in un questionario con busta già affrancata casi che a qualunque età presentassero:

1. nelle ragazze amenorrea da almeno tre mesi con dimagrimento pari o superiore al 15% del peso forma
2. nei ragazzi dimagrimento della stessa entità
3. iperalimentazione oppure iperalimentazione associata a condotte di eliminazione (vomito e/o lassativi e/o intensa attività sportiva) da almeno due mesi.

Dei casi individuati si chiedeva di indicare: la data di nascita, il sesso, il peso e l'altezza, l'età di insorgenza del disturbo, l'età di arrivo al servizio, la data di compilazione della scheda.

I risultati del 2002 sono stati confrontati con quelli della precedente indagine condotta nel 1997 (5).

Risultati

La tabella 2 espone nel complesso i risultati e consente di analizzare nel dettaglio la tipologia dei professionisti, la loro compliance alla risposta nei confronti della indagine, la loro "capacità" di rilevazione di queste patologie, la distribuzione dei pazienti tra le varie figure professionali e tra i diversi servizi.

Complessivamente sono tornati 106 questionari, cioè il 35%, dai quali si evidenziano diversità di compliance meritevoli di segnalazione.

I 39 casi intercettati dal Dipartimento di Salute Mentale si concentrano presso un unico Servizio della UO di Neuropsichiatria Infantile, quello di Psicologia Clinica dell'Adolescenza.

Degli altri professionisti rispondono

- tutti i pediatri ospedalieri (ma con una risposta collettiva) che segnalano 13 casi (tra ricoveri e Day Ospital)
- metà dei pediatri di base: segnalano 3 casi

TABELLA 2: FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NELLA RICERCA, QUESTIONARI INVIATI, RESTITUITI, CASI SEGNALATI, DISTRIBUZIONE DEI CASI

1	2	3	4	5
Professionisti	Quest. inviati	Quest. restituiti	Quest. con segnalazioni	N° casi
Medici di base	158	42	15	26
Pediatri di base	25	13	2	3
Pediatri ospedalieri	16	16	1	13
Ostetr. Ginecol. ospedalieri	10	1	0	0
Ostetr. Ginecol. liberi professionisti	6	1	0	0
Ostetr. Ginecol. consultoriali	5	1	0	0
Psicologi consultoriali*	7	3	2	4
SIMAP: Psichiatri e Psicologi	11	4	0	0
SER. T: Psichiatri e Psicologi	13	1	0	0
NPI: Neuropsichiatri infantili e Psicologi*	15	7	1	39
Psicologi liberi professionisti	18	9	3	13
Clinica privata	1	1	1	31
Medici ospedalieri (Internisti, Diabetologi)	12	1	0	0
Dietologi e Dietiste liberi professionisti	4	2	0	0
Questionari non utilizzabili		5		
TOTALI	300	106 (35,3%)	24	114

(16 condivisi tra NPI, Pediatri ospedalieri, Pediatri di base)

*Si è tenuto conto che nel 1997 le appartenenze ai Servizi erano diverse
Colonna 1: figure professionali alle quali è stato inviato il questionario
Colonna 2: questionari inviati per ogni gruppo professionale
Colonna 3: questionari restituiti da ogni gruppo professionale
Colonna 4: numero dei questionari, tra quelli restituiti, che contenevano segnalazione di uno o più casi
Colonna 5: distribuzione tra i professionisti dei casi segnalati

- metà degli psicologi liberi professionisti: segnalano 13 casi (una consistente concentrazione di casi si ha presso un solo professionista)
 - metà di dietologi e dietiste: non fanno segnalazioni
 - 3 su 7 (42%) psicologi dei Consultori Familiari. segnalano 4 casi
 - il 25% dei medici generalisti: segnalano 26 casi
 - il 27% degli psichiatri e psicologi del SIMAP: non fa segnalazioni
 - il 14% dei ginecologi: non fa segnalazioni
 - il Ser. T restituisce un solo questionario: non fa segnalazioni
 - una clinica privata: segnala 31 casi.
- In 13 casi si rileva un trattamento congiunto tra Neuropsichiatria Infantile e

reparto di Pediatria. In 3 casi un trattamento congiunto tra Pediatria di base, Neuropsichiatria Infantile e reparto di Pediatria.

Le tabelle 3 e 4 mostrano la collocazione dei casi nelle varie età nelle due ricerche. Dimostrano che, nel tempo, i casi segnalati sono passati da 54 a 114. In numeri assoluti, le anoressie nervose (AN) aumentano solo di 2, passando da 37 a 39 casi, mentre le bulimie nervose (BN) aumentano quasi di 10 volte e i disturbi misti (EDNOS + BED) di circa 3 volte. È da sottolineare che nella classe di età 11-14, nella quale non erano segnalati casi nel 1997, compaiono 17 casi, di cui uno a 9 anni.

La tabella 5 mostra la discrepanza numerica e percentuale tra l'insorgenza dei disturbi e l'accesso alle cure.

Nella classe di età 11-14 anni, a fronte di un 14,13% di insorgenze (sul totale dei casi), giunge ai servizi “in tempo” il 9,65% di chi ha necessità, mentre il 32,6% arriva in ritardo; in quella 15-18 anni “i ritardatari” sono il 48,6%; tra i 19 e i 22 il 4,1%. Oltre i 23 anni, infine, ci sono più accessi (56) che insorgenze (35) per un effetto di accumulo di “ritardatari” provenienti dalle classi di età precedenti. La *tabella 6a* e *6b* mostra la discrepanza tra i dati previsti dal Ministero della Salute (2, 4) che indica la prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare, su tutta la popolazione femminile: dell’1,5% con la nostra rilevazione che ne segnala soltanto lo 0,11%.

Nella popolazione femminile tra i 12 e i 25 anni, differenziando per patologie, il Ministero della Sanità indica per le AN una prevalenza attesa dello 0,3% contro il nostro 0,21%; per le BN una prevalenza attesa dell’1% contro il nostro 0,19%; per gli EDNOS + BED una prevalenza attesa del 6-15% contro il nostro 0,16%.

Discussione

La discussione dei dati della ricerca può essere indirizzata su più ambiti.

1. Rispetto alla compliance generale degli operatori alla risposta, si può affermare che gli utenti scelgono i propri interlocutori sulla base di prassi ed esperienze consolidate (si veda per la distribuzione dei casi tra i professionisti la colonna 5 della *tabella 1*), di punti di accesso più noti e agevoli, ma anche sulla base dell’offerta pubblicizzata dei Servizi.

È altrettanto vero che alcune figure professionali o Servizi che per competenza

TABELLA 3: RILEVAZIONE 1997 - TOTALE CASI: 54

	11-14 anni	15-18 anni	19-22 anni	23 anni e oltre	Totale
AN	0	12	18	7	37
BN	0	2	2	1	4
EDNOS + BED	0	2	2	5	13
Totale	0	16	22	13	54

TABELLA 4: RILEVAZIONE 2002 - TOTALE CASI: 114

	11-14 anni	15-18 anni	19-22 anni	23 anni e oltre	Totale
AN	12	7	9	10	38
BN	3	12	9	14	38
EDNOS + BED	1	12	14	11	38
Totale	17	31	32	35	114

Legenda: AN: anoressia nervosa; BN: bulimia nervosa; EDNOS: disturbi alimentari non specificati; BED: Binge Eating Disorder (disturbi da alimentazione incontrollata)

dovrebbero essere interessati al problema mostrano scarsa attenzione, disinteresse o scarsa disponibilità a collaborare. Ad esempio i ginecologi, nella loro attività professionale, sono certamente a contatto con l’amenorrea, che è indispensabile per una diagnosi di anoressia, ma sono praticamente assenti dalle risposte.

I pediatri ospedalieri, che in questi anni hanno fatto esperienza di alcuni ricoveri e trattamenti in Day Hospital, sembrano essere più sensibili di quanto non avessero dimostrato nell’inchiesta precedente (5).

2. Le modalità di trattamento non sono state oggetto della ricerca; i dati raccolti hanno, però, consentito di verificare in che misura (solo in 16 casi su 114) gli utenti utilizzano più operatori, e quindi

una rete multiprofessionale che consente un percorso di presa in carico utile per un processo di miglioramento o guarigione. Non ci è dato sapere come si operi in Clinica privata, ma dalle risposte appare evidente che il resto dei soggetti è trattato in modo monoprofessionale.

3. L’indagine epidemiologica ha consentito il confronto dei dati del 1997 con quelli del 2002; la dimensione del problema è più che raddoppiata (da 54 a 114); l’età di insorgenza è molto anticipata: il 14% del totale si colloca tra gli 11 e i 14 anni ed è segnalato un caso a 9 anni. Si registrano 3 casi di sesso maschile distribuiti tra il disturbo anoressico e quello misto. È noto, in letteratura, un aumento del disturbo anche nel genere maschile (1-4, 6, 7).

TABELLA 5: DISCREPANZA TRA INSORGENZA DEI DISTURBI E ACCESSO ALLE CURE, PER CLASSE DI ETÀ, NUMERICA E PERCENTUALE*

Età	11-14 anni		15-18 anni		19-22 anni		23 anni e oltre	
	Insorgenza	Accesso	Insorgenza	Accesso	Insorgenza	Accesso	Insorgenza	Accesso
N° casi	17	11	31	16	32	31	35	56
Discrepanza tra insorgenza e accesso alle cure (%)	14,13	9,65 (- 32,6)	27,29	14,3 (- 48,6)	28,34	27,19 (- 4,1)	30,14	49,13

*Non è stato possibile definire con esattezza il tempo del ritardo

4. Importante ci sembra il dato della discrepanza tra insorgenza del problema e accesso ai Servizi e ai professionisti. Qui sembra emergere la diversità del “vissuto” della patologia da parte dei pazienti e delle loro famiglie (6).

Nelle fasce di età 11-14 e 15-18 anni, nelle quali la scelta dell'intervento è orientata dalla famiglia, dai medici, dai pediatri di base e dai Servizi dedicati agli adolescenti, rispettivamente il 32% e il 48% dei soggetti non affrontano tempestivamente il problema. È probabile che prevalga il timore di affrontare un problema; o la difficoltà diagnostica, o la paura di enfatizzare un problema transitorio, valutato “quasi fisiologico” o semplicemente reattivo alle trasformazioni adolescenziali, a volte una maggiore o minore consapevolezza che un disturbo del comportamento alimentare, pur interessando un solo membro, è in grado di coinvolgere, per lungo tempo, e in modo profondo, tutta l'organizzazione e tutte le relazioni familiari.

Nella classe di età 19-22 anni, invece, si registra “solo” un 4% di ritardi, in parte per effetto “trascinamento” delle situazioni pregresse, in parte per un aggravamento della malattia; in ogni caso la capacità decisionale dei soggetti è decisamente maggiore che nelle età precedenti.

Oltre i 23 anni, infine, a fronte di una insorgenza del 30% circa, c'è un accesso ai Servizi del 49%. Questa percentuale è molto vicina al tasso di cronicizzazione di questi disturbi, riferito diffusamente in letteratura (3, 4, 6, 7).

Il disturbo anoressico, più evidente e dirompente nell'immaginario collettivo, è anche quello che più tempestivamente si avvicina alle cure (in numeri assoluti è il disturbo maggiormente presente nella prima fascia di età).

La bulimia nervosa, i disturbi misti e il *Binge Eating Disorder* (disturbo da alimentazione incontrollata che colpisce soggetti obesi tardo-adolescenti o adulti, con un rapporto assai diverso dagli altri DCA tra F e M, qui 3 a 2) sono presenti in gran numero nelle classi 15-18 e 19-22, rimangono a lungo sommersi, a volte per anni, a volte per decenni. Anche per questi disturbi, a insorgenza più tardiva,

TABELLA 6A: DISCREPANZA TRA ATTESI SECONDO IL MINISTERO DELLA SALUTE E NOTI SECONDO L'INDAGINE

Popolazione femminile generale dell'AUSL indagata: 94.352		
	AN + BN + EDNOS + BED	
Attesi secondo il Ministero %, (numeri assoluti)	1,5%	(1415)
Noti all'indagine %, (numeri assoluti)	0,11%	(111)

TABELLA 6B

Popolazione femminile 12-25 anni dell'AUSL indagata: 13.031			
	AN	BN	EDNOS + BED
Attesi secondo il Ministero %, (numeri assoluti)	0,3% (39)	1% (130)	6/15% (780/1954)
Noti all'indagine %, (numeri assoluti)	0,21% (28)	0,19% (25)	0,16% (22)

la cronicizzazione rappresenta il rischio maggiore, anche se è meno evidente la sintomatologia.

Questo fenomeno si evidenzia bene anche nella *tabella 6a* e *6b* che descrive la discrepanza tra attesi e noti, cogliendo anche le differenze tra le diverse patologie.

5. A fronte di una prevalenza attesa dei DCA nella totalità della popolazione femminile intorno a 1415 casi, ne sono stati rilevati 111 casi, 1/10 di quelli attesi.

Sulla popolazione sotto i 25 anni, gli operatori riescono ad intercettare molte delle AN ipotizzate (28 su 39), mentre sono inefficaci per ciò che riguarda le BN (25 su 130) e lontanissimi per i disturbi misti e *Binge Eating Disorder* (22 contro i 780-1950 previsti).

Conclusione

A fronte di un aumento dei disturbi del comportamento alimentare e di una aumentata sensibilità di alcuni gruppi di professionisti, rimane, da parte di altri, una scarsa attenzione o sottovalutazione dei primi sintomi o indicatori di queste patologie che, oltre ad essere di insorgenza precoce, hanno grandi probabilità di cronicizzazione. Al tempo stesso si sono fatti miglioramenti per la programmazione degli interventi e per una gestione multidisciplinare dei pazienti. È sempre da evidenziare che il trattamento monoprofessionale espone i soggetti a

una sottovalutazione o del quadro organico o di quello mentale e relazionale.

Si va rafforzando la necessità di diagnosi precoci con strumenti adeguati da parte dei pediatri che per primi hanno la possibilità di raccogliere segnali precoci da parte delle famiglie, segnali valutabili adeguatamente con i criteri del *Great Ormond Strett Hospital for Children di Londra* (2).

Bibliografia

- (1) Gualtieri L. I disturbi del comportamento alimentare. *Quaderni acp* 1999;2:51-4
- (2) Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna. Proposte di Linee Guida per l'organizzazione dei servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare, PSR 1990-2001 e aggiornamenti in corso di pubblicazione.
- (3) Bryant-Waugh R. Overview of eating disorders. Anorexia nervosa and related disorders in childhood and adolescence. *Psychology Press. Hove, 2000: 27-40*
- (4) Commissione Studio Ministeriale per i DCA 2001
- (5) Vullo C, Brunelli A, Gualtieri L, Ravaioli E. Focus sui Disturbi del comportamento alimentare. *Medico e Bambino* 2001;10:657-67
- (6) Kreipe RE, Bindor SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin Am* 2000; 84:1027-49
- (7) Garfinkel PE. Il lavoro integrato nei disturbi del comportamento alimentare (trad. it. a cura di L. Gualtieri). *Atti del Congresso della Società Italiana per i DCA "Competenze multidisciplinari nei disturbi del comportamento"*

Perché non armonizzare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa?

Maurizio Bonati
Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Abstract

In March 2000 the Italian Competition Authority imposed a penalty of 3 million euros to six infant formula manufacturers because they had agreed on fixed prices in order to avoid competition and to share the market. Three years ago it was documented that artificial formula milk price differentials in EU were high, in particular in Italy. To evaluate the present situation, a similar assessment was repeated and implemented. The price differentials are still substantial and unacceptable inside a "common community". The price ranged from € 16.38 (Bonn) to € 34.00 (Milan), with small differences between France, Spain, United Kingdom and Germany, but with a large difference between these countries and Italy.

Maurizio Bonati. Why diverse prices of infant formula in Europe never seems harmonised?
Quaderni acp 2003 vol. X n° 5; 24

I vantaggi dell'allattamento al seno (che riguarda più di 3 milioni di neonati, e famiglie, europei ogni anno) rispetto all'allattamento artificiale sono ormai indiscutibili. Ciononostante gli sforzi per promuovere, proteggere e controllare l'allattamento al seno sono ancora scarsi, se paragonati agli interventi di marketing (1). Nel marzo 2000, l'Autorità Italiana per la Concorrenza e il Libero Mercato ha imposto una penalità di 3 milioni di euro a sei delle maggiori ditte produttrici di latte artificiale (presenti non solo in Italia), per aver costituito un *dumping* e concordato il prezzo dei propri prodotti, così da ridurre la competizione e assicurarsi la distribuzione del mercato (2).

A tre anni di distanza dall'indagine (3) che documentava la grande differenza nei prezzi del latte in polvere in 5 Paesi della UE, tra cui l'Italia, è stato effettuato un riesame della situazione. Lo stesso giorno, è stato acquistato il medesimo latte artificiale (uno dei più venduti in Italia) e di uguale confezione (pacchetto da 900 g) acquistato per lo studio di tre

anni prima, in una farmacia italiana (Milano), francese (Parigi), spagnola (Barcellona), inglese (Londra) e tedesca (Bonn). I risultati hanno confermato quanto osservato nello studio precedente. I prezzi variano da 16,38 euro (Bonn) a 34,00 euro (Milano) per confezione, con piccole differenze tra Francia, Spagna, Gran Bretagna e Germania, ma con grandi differenze tra questi Paesi e l'Italia. Non esiste correlazione tra il prezzo del latte e quello di un prodotto controllato (è stata scelta una delle automobili più vendute in Europa come esempio), del prodotto interno lordo, dell'inflazione, delle nascite annuali o della percentuale di neonati allattati al seno (*tabella 1*).

Le differenze nei prezzi rimangono una sostanziale e inaccettabile distorsione nell'ambito di una "Comunità" definita "Comune". In Italia, i sostituti del latte materno sono elencati nell'*Informatore Farmaceutico* e sono venduti quasi esclusivamente in farmacia, a differenza di altri Paesi dell'UE dove sono venduti, prevalentemente, in altri negozi com-

merciali. I consumatori italiani sono quindi portati a credere che siano prodotti sanitari e che, come i farmaci, siano controllati e la loro distribuzione regolata dall'autorità sanitaria. In tale contesto spetterebbe anche ai medici non solo sostenere l'allattamento al seno, ma attuare comportamenti che favoriscano un abbassamento dei prezzi. Invece succede che i produttori di latte in polvere continuino a offrire aiuti economici alle società e organizzazioni di categoria dei pediatri e degli ostetrico-ginecologi, fondi per incontri e per riviste (spesso di discutibile valore scientifico) e per strumentazione scientifica ambulatoriale e ospedaliera. Tutti questi interventi hanno un costo che si riflette sul prezzo del prodotto che le famiglie, e solo queste, devono sostenere.

Benché qualcosa si muova nel settore farmaci riguardo ai conflitti di interesse (diretti e indiretti) e alla valutazione dell'informazione, la relazione tra società scientifiche, i medici e i produttori/di-

continua a pag. 50

TABELLA 1: COSTO DI UN LATTE ARTIFICIALE E DI UN' AUTOMOBILE DI RIFERIMENTO IN RELAZIONE AL PRODOTTO INTERNO LORDO, INFLAZIONE, NASCITE ANNUALI, NEONATI ALLATTATI AL SENO, IN 5 PAESI EUROPEI

	Costo del latte (euro/g)	Costo dell'auto (euro)*	Prodotto Nazionale Lordo (euro)°	Indice dei prezzi al consumo °°	Numero di nascite/anno (migliaia)**	Bambini allattati esclusiv. al seno a 4 mesi (%) §
Italia	0,0377	14.333	20.010	2,2	511	37
Spagna	0,0196	14.570	14.960	3,0	360	44
Francia	0,0189	13.731	23.670	1,7	732	15
Gran Bretagna	0,0186	14.075	24.500	0,8	668	28
Germania	0,0182	14.570	25.050	1,8	718	33

*Prezzo esente tasse dello stesso modello di base; Commissione Europea sui prezzi delle automobili. °Banca Mondiale. **Indice armonizzato dei prezzi al consumo per il cibo, come % di variazione rispetto al mese corrispondente dell'anno precedente; EUROSTAT. °°UNICEF. §OMS Ufficio Regionale per l'Europa.

Per corrispondenza:
Maurizio Bonati
e-mail: mother_child@marionegri.it

attualità

Introduzione ad alcuni aspetti di economia sanitaria

Francesco Paolucci¹, Werner Brouwer²

¹Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

²Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

Abstract

This brief paper represents an introduction to health economics as a field of research by examining the foundations of competitive theory, and applying this to the health care markets. We will discuss whether the main assumptions justifying the conclusions concerning the desirability of competitive markets are met in the health care area. The paper critiques key assumptions of the conventional economic model and applies these arguments to health. It is beyond of the scope of this essay to propose a formal analysis of the issues reviewed.

Francesco Paolucci, Werner Brouwer. Introduction to health economics as a field of research
Quaderni acp 2003 vol. X n° 5; 25-27

Il mercato

La teoria economica gioca un ruolo centrale nell'indirizzare le scelte politico-organizzative in ambito sanitario, essendo la scienza sociale che studia come impiegare le limitate risorse disponibili per usi alternativi. Gli economisti si interessano in particolare al problema dell'allocazione efficiente di risorse scarse su diverse alternative, senza tuttavia trascurare implicazioni distributive in termini di equità. Il meccanismo dominante per rispondere a tali quesiti nella società moderna è il mercato, visto come mezzo o meccanismo per l'allocazione delle risorse nella società. Attraverso il meccanismo della domanda e dell'offerta, che si incontrano in sede di mercato, le forze di mercato determinano uno scambio di merci e servizi efficiente in senso pare- tiano (1).

Il concetto di *Pareto-efficiency* venne descritto per la prima volta dall'economista italiano Vilfredo Pareto (1897) e descrive il raggiungimento di uno stato di equilibrio nelle interazioni fra i diversi agenti economici presenti all'interno del mercato nel quale nessun individuo può migliorare il proprio benessere senza peggiorare quello di almeno un altro soggetto (ad esempio, un cambiamento può essere definito *Pareto-efficient* se almeno una persona guadagna e nessuno perde). Considerando tale criterio di efficienza piuttosto restrittivo, Kaldor e Hicks svilupparono il concetto di *potential Pareto-efficiency*, il quale definisce efficiente un cambiamento nel quale i guadagni superano le perdite in modo tale che i perden-

ti possano essere (potenzialmente) compensati dai vincenti (2).

In tale prospettiva, il ruolo dei governi si limita alla funzione di costituire le condizioni necessarie e sufficienti, affinché i mercati possano perseguire un'allocazione-distribuzione delle risorse efficiente in senso pare- tiano. In realtà, i governi non possono lasciare l'allocazione di merci e servizi interamente alle forze di mercato, per ragioni legate alle considerazioni sull'equità e, in particolare, in virtù del fatto che i mercati sono spesso caratterizzati da imperfezioni. In generale, possiamo immaginare le *market imperfections* come l'insieme delle caratteristiche presenti all'interno di un qualsivoglia settore economico, la cui presenza determina una deviazione dal risultato di ottimalità descritto dalla teoria della concorrenza perfetta (3).

La teoria economica definisce alcune ipotesi fondamentali, qui di seguito discusse e verificate in modo non formale, per un "corretto" funzionamento dei meccanismi di mercato. Innanzitutto, viene assunto che il comportamento e, in particolare, le decisioni degli individui siano determinati razionalmente attraverso la massimizzazione delle singole funzioni di utilità. Tale condizione si verifica difficilmente nel mondo reale, basti pensare al fumo. I fumatori sono consapevoli dei rischi cagionati alla salute dal loro vizio, tuttavia tale informazione non costituisce per loro una ragione sufficiente per cambiare abitudine. Questo particolare fenomeno viene definito *cognitive dissonance*, e consiste nell'a-

dattamento delle cognizioni razionali alle abitudini personali, assegnando a queste ultime un valore, in termini di utilità, superiore rispetto a scelte razionali e informate. La seconda ipotesi, avanzata dalla teoria economica classica, considera ciascun soggetto come capace di determinare ciò che è meglio per se stesso nel migliore dei modi. Il terzo assunto richiede che gli individui rivelino le proprie preferenze attraverso le proprie scelte; a tali decisioni viene altresì prescritto di fondarsi su gusti stabili e su una perfetta e completa informazione dei costi e delle caratteristiche di tutti i diversi prodotti disponibili sul mercato. Gli individui sono, pertanto, considerati come perfettamente capaci di impiegare tutte le informazioni a disposizione e di decidere quale azione, prodotto o servizio risulteranno in una massimizzazione della propria utilità (4, 5).

Dal versante dell'offerta l'ipotesi chiave richiede la presenza di molti e differenti erogatori di merci e servizi omogenei in modo tale che non abbiano alcun potere di mercato. Il fenomeno del *market power*, per esempio, si può verificare laddove l'assenza di un livello sufficiente di concorrenza tra le diverse imprese produttrici causi l'opportunità per queste ultime di influenzare il prezzo di mercato in modo consistente.

Il modello del mercato in sanità e le sue imperfezioni

Non è necessario l'intervento di un esperto economista per accorgersi che gli assunti alla base del modello economico

Per corrispondenza:
Francesco Paolucci
e-mail: paolucci@bmg.eur.nl.

economia sanitaria

tradizionale non si configurano interamente in innumerevoli mercati, fra i quali anche quello sanitario. Per tale ragione, in ambito sanitario è condivisa l'idea che vede l'intervento governativo come necessario per il perseguimento di risultati soddisfacenti (anche se non *Pareto-ottimali*). In pratica, si possono osservare sistemi sanitari in cui l'intervento governativo diretto è dominante (sistema inglese e italiano), sistemi che preferiscono affidarsi principalmente alle forze di mercato (sistema americano) e sistemi misti nei quali l'intervento governativo si limita alla regolamentazione dei meccanismi di mercato (sistema olandese) (6-10).

Passando all'analisi delle imperfezioni presenti all'interno del mercato sanitario, consideriamo ora le assicurazioni. Per molti tipi di rischio e per molti individui disporre di un'assicurazione per coprire i costi sanitari è di gran lunga preferibile rispetto a dovere sostenere individualmente le spese relative all'utilizzazione dei necessari servizi sanitari.

Ciò si verifica se gli individui vengono considerati come *risk adverse* e quindi preferiscono evitare il rischio di incorrere in livelli di spesa per loro difficilmente sostenibili finanziariamente. A livello individuale, l'assicurazione produce altresì una situazione nella quale i soggetti fruitori di servizi sanitari sono portati a non conoscerne o a non considerarne i costi.

Per il consumatore, infatti, il costo dei prodotti e dei servizi consumati è spesso vicino allo zero, fenomeno questo che si traduce spesso in una domanda eccessiva e viene normalmente definito con il termine di *moral hazard* (11).

Gli assicurati, pertanto, avanzano richieste sanitarie crescenti, dal momento che la loro capacità di valutazione non è più in grado di comprendere l'importanza dei costi da essi indotti, i quali possono di gran lunga superare i costi e, talvolta, i bisogni reali. Come risultato, l'assicurazione può indurre una crescita nella domanda dei servizi sanitari più costosi da parte dei soggetti assicurati rispetto a quanto socialmente desiderabile. Una via possibile per ridurre le inefficienze

determinate dall'azzardo morale è quella di introdurre una forma di regolamentazione denominata *cost-sharing*, nella quale il paziente si impegna a pagare una quota prefissata per unità di prestazione effettivamente consumata. In questo modo, la partecipazione al costo reale della prestazione viene incrementata e l'incentivo all'azzardo morale diminuito.

La partecipazione ai costi

Ci sono almeno due problemi insiti nella compartecipazione ai costi che rendono difficile definirne il grado di desiderabilità: il primo riguarda la discriminazione a sfavore dei cittadini più disagiati economicamente rispetto a quelli più abbienti; il secondo riguarda il fatto che gli individui, confrontandosi con la compartecipazione ai costi, possono essere indotti a diminuire il consumo di prestazioni sanitarie giudicate necessarie per giudizio medico, pur continuando a consumare prestazioni sanitarie non strettamente necessarie. Per esempio, una famiglia con un elevato numero di anziani potrebbe trascurare la prevenzione fra gli individui più giovani, privilegiando l'assistenza ai primi. Questa è una chiara deviazione dalla dottrina economica tradizionale, nella quale i consumatori sono considerati i migliori giudici del proprio benessere (12-14).

Un'altra importante caratteristica dei mercati sanitari è l'esistenza di asimmetrie informative e la conseguente *supplier-induced demand* (domanda indotta dal fornitore) (15). I soggetti erogatori (ad esempio i medici) di prodotti e servizi in sanità hanno più conoscenze dei consumatori (ad esempio i pazienti) circa i bisogni degli individui, la disponibilità, l'efficacia e l'efficienza dei diversi prodotti e servizi. Il paziente, pertanto, deve affidarsi al giudizio del medico per esprimere compiutamente le proprie preferenze, affinché la domanda si collochi in una posizione di "corretto" consumo di risorse sanitarie.

Il ruolo del medico assume, dunque, un ruolo centrale e determinante nella formazione della domanda individuale di servizi sanitari. Immaginiamo, ad esem-

pio, che gli specialisti ricevano un compenso sulla base della singola prestazione erogata; tale modalità di retribuzione potrebbe incentivarli a indurre il consumo delle prestazioni da essi erogate anche quando non necessario, provocando un aumento dei costi di produzione.

Un'altra difficoltà che sorge in ambito sanitario è costituita dal fatto che le assicurazioni attrarranno in modo particolare le persone con un elevato rischio, superiore alla media, di ammalarsi. Questo fenomeno è noto come *adverse selection* (selezione avversa). Abitualmente le compagnie assicurative richiedono un premio attuariale basato sulle condizioni medie di rischio della popolazione, attraendo in particolare il gruppo di individui per i quali il costo della polizza risulta più accessibile rispetto al prezzo cui dovrebbero far fronte se il premio attuariale fosse calcolato in base ai rischi individuali.

Tali soggetti sono ovviamente coloro che manifestano i rischi-costi attesi più elevati. Come conseguenza gli assicuratori tenderanno di attrarre i soggetti con rischi di minore entità, evitando di assicurare i "cattivi rischi". Ciò viene in pratica realizzato selezionando i destinatari dell'offerta assicurativa, attraverso particolari tecniche assicurative (ad esempio, vincolando il rischio a polizze aggiuntive rispetto al pacchetto di base obbligatorio). Questo fenomeno è noto come *pre-ferred risk selection*. I governi possono tentare di ridurre le possibilità e gli incentivi a "scremare", garantendo un'assicurazione di base per tutti i cittadini e una maggiore trasparenza del mercato assicurativo (4, 5, 8).

Un'ultima fonte di fallimento di mercato è rappresentata dall'esistenza di *esternalità*, particolarmente rilevante in sanità. Le esternalità si verificano, per esempio, quando il consumo privato di un certo bene, diciamo l'assistenza sanitaria, da parte di uno o più individui produce effetti involontari, positivi e/o negativi, sulle preferenze di altri soggetti.

In presenza di esternalità, lasciare agli individui la decisione di come ottimizzare i propri consumi non produce risultati efficienti dal punto di vista del benessere

sociale (16). Le esternalità sono rappresentate dalla circostanza che vede alcuni individui preoccuparsi dello stato di salute di altri individui, al punto che i primi preferiscono rinunciare a parte del proprio reddito per permettere l'accesso ai servizi sanitari a coloro che altrimenti sarebbero esclusi dalla fruizione di tali benefici. Nel caso dei vaccini gli individui con un livello di reddito più elevato sussidiano i soggetti più poveri affinché vengano vaccinati a un costo per questi ultimi accessibile (esternalità positiva).

Pertanto, in presenza di esternalità, i governi hanno la possibilità di scegliere se influenzare o coordinare i consumi individuali al fine di raggiungere risultati socialmente più soddisfacenti.

Conclusioni

In questo breve articolo sono stati introdotti alcuni concetti e aspetti di economia sanitaria, enfatizzando quelli che rendono tale settore molto particolare. A causa delle imperfezioni del mercato e dell'importanza dell'equità di ogni sistema sanitario, i governi tendono a non lasciare i sistemi sanitari in mano alle sole forze di mercato. Questo non implica, tuttavia, un'automatica esclusione delle possibilità offerte dai meccanismi di mercato. Infatti, molti Paesi tentano di implementare alcuni elementi di mercato nei loro sistemi sanitari, nel tentativo di renderli più efficienti oltre che equi. A questo proposito, la concorrenza regolamentata può rappresentare un concetto interessante e utile, rappresentando una delle principali sfide per l'economia sanitaria.

Larga parte della ricerca in economia sanitaria sta acquisendo rilevanza non solo per gli economisti, ma anche per politici e altri professionisti di settore, soprattutto dal momento che gli argomenti economici sembrano guadagnare interesse nei processi decisionali in sanità. In questo senso, è auspicato che una introduzione all'argomento possa destare curiosità per allargare ulteriormente gli orizzonti di conoscenza di cui disporre in economia sanitaria in qualità di addetti ai lavori.

Bibliografia

- (1) Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963;53: 941-73
- (2) Hurley J. An overview of the normative economics of the health sector. In: AJ Culyer and J Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (3) Donaldson C, Gerard K. Economics of health care financing: the visible hand. *The McMillan Press Ltd, London*, 1993
- (4) Pauly MV. Who was that straw man anyway? A comment on Evans and Rice. *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:467-73
- (5) Rice T. Can markets give us the health system we want? *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:383-426
- (6) Drummond MF, O'Brien B, Stoddard GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. *Second Edition*, Oxford: Oxford University Press, 1997
- (7) Enthoven A. Theory and practice of managed competition in health care finance. *North-Holland*, 1998
- (8) Evans RG. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:428-65
- (9) Jonsson B, Gerdtham UG. Health care systems internationally compared. In: AJ Culyer and J Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (10) Hurst J. Sub-systems of financing and delivery of health care. In: *OECD, The reform of health care, Health Pol. Stud.* 1992; 2
- (11) Nyman JA. The economics of moral hazard revisited. *J Health Econom* 1999;6(18):811-24
- (12) Brouwer WBF, FT Schut. Priority care for employees: a blessing in disguise? *Health Economics* 1999;8:65-73
- (13) Wagstaff A, van Doorslaer EKA. Equity in health care finance and delivery. In: AJ Culyer and J Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (14) Williams A, Cookson R. Equity in health. In: AJ Culyer and J Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000.
- (15) McGuire T. Physician agency. In: AJ Culyer and J Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science, Amsterdam, 2000
- (16) Sen AK. Collective choice and social welfare. *San Francisco:Holden Day*, 1970

Nota

I lettori interessati possono consultare il corso online di *Health Economics* offerto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.worldbank.org/healthreform), come pure il testo introduttivo "The visible hand" (Donaldson and Gerard, 1993). Se particolarmente interessati all'economia sanitaria, è suggerita la consultazione del testo *Handbook of Health Economics* (Culyer and Newhouse, 2000).

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 Bellu, 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 394286 - Fax 0549 394283
E-mail: fcciuti@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

Un progetto per l'autismo

Franco Nardocci, Chiara Della Betta, Michela Marchi
Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, AUSL di Rimini

In questi ultimi decenni si sono modificate radicalmente le conoscenze scientifiche in tema di autismo che, all'interno della più ampia categoria diagnostica dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, è ormai considerato la conseguenza di una disfunzione precoce del sistema nervoso centrale. Si sono infatti dimostrate del tutto infondate le ipotesi che vedevano l'autismo come l'espressione precoce di un disturbo della relazione madre-bambino e attualmente si ritiene che l'autismo abbia una causalità sicuramente di natura biologica, anche se non ancora completamente identificata. Si tratta di una eziologia multifattoriale (anche per l'estrema varietà con cui la sintomatologia autistica si presenta), in cui una forte componente genetica è stata da tempo dimostrata. L'autismo determina una grave condizione di disabilità con alterazioni qualitative dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento. Si possono manifestare, quindi, gravi disturbi nello sviluppo globale del bambino con profondi deficit delle autonomie personali e della vita sociale, tali da condurre, se non trattati precocemente e adeguatamente, in età adulta a quadri di totale dipendenza assistenziale.

La variabilità dei dati sull'incidenza dell'autismo riportata dalla letteratura scientifica (che va dallo storico 0,5% dei primi lavori di Kanner ai dati più attuali dell'1-2%) indica una ancora esistente incertezza diagnostica causata da specifiche difficoltà valutative, ma anche da una ancora non ben diffusa abitudine all'utilizzo dei sistemi diagnostici internazionali o dal permanere di approcci ormai scientificamente superati.

Nel giugno 1999 l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'AUSL di Rimini ha costituito il "Gruppo Operativo sui Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e l'Handicap Mentale di Grande Dipendenza" (attualmente "Centro Autismo")

con operatori che nel corso degli anni avevano maturato esperienze specifiche nel settore anche attraverso momenti di formazione comune.

Il "Centro Autismo" si è subito posto non come una struttura superspecialistica di pura consultazione e separata dalla rete dei servizi, ma come un gruppo di collaborazione e di lavoro comune e integrato; ciò, tra l'altro, è favorito dal fatto che gli operatori che vi partecipano svolgono tutti la propria attività all'interno dei servizi aziendali e dedicano al Centro (fungendo così anche da fulcro per il "Progetto Autismo") un part-time del loro orario. Gli operatori sono, oltre a un neuropsichiatra infantile, psicologi, logopedisti ed educatori. È stato quindi possibile assestare un percorso diagnostico e terapeutico "specializzato" sui temi dell'autismo all'interno della rete dei servizi per l'infanzia, collegando ospedale e territorio, evitando separatezze tra intervento sanitario, educativo e sociale, il tutto senza dover attingere ad aumenti di bilancio o ulteriori finanziamenti.

Gli elementi caratterizzanti

Tra gli elementi caratterizzanti dell'esperienza va evidenziato il collegamento tra il percorso di valutazione neurobiologica con gli approfondimenti psicofunzionali, cognitivi e comportamentali. Questa continuità è stata resa possibile dall'aver messo in rete le funzioni e le competenze degli operatori territoriali dell'UO di NPI, con le funzioni e le competenze del personale del Modulo Organizzativo Ospedaliero di NPI che ha particolarmente favorito l'ingresso per una valutazione e diagnosi precoce, di bambini al di sotto dei 3 anni di età.

Non meno importante la continuità della fase diagnostico-valutativa con quella dell'impostazione e monitoraggio dei piani personalizzati di trattamento sia di

tipo psicoeducativo per il miglioramento delle autonomie e delle capacità di interazione sociale sia per lo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali. Ciò è stato possibile attraverso la messa in rete di competenze di alto livello che già erano presenti nell'UO di NPI o che sono state acquisite attraverso processi di formazione specifica.

La formazione ha fornito agli operatori del "Centro Autismo" l'acquisizione di strumenti clinici, diagnostici, valutativi e operativi, e grande importanza ha avuto l'organizzazione, da parte del "Centro Autismo", del Convegno Nazionale dell'ottobre 2000 dal titolo "L'Angelo Ferito. Autismo: le nuove frontiere", il cui materiale scientifico è tuttora a disposizione di chi lo volesse richiedere.

Terzo aspetto distintivo, la valorizzazione delle competenze dei familiari e il loro coinvolgimento sia nella fase valutativa che nei trattamenti, unitamente ad attività di sostegno emotivo, indispensabili in relazione al notevole "carico" che un bambino autistico determina sulla famiglia; la ricerca di unitarietà e di integrazione con tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nei progetti di intervento sui singoli bambini presi in carico (operatori sanitari delle équipes invianti o di riferimento, insegnanti degli Asili Nido e delle Scuole dell'Infanzia comunali e statali, insegnanti, educatori e operatori dei Servizi Sociali).

Gli obiettivi generali

Primo obiettivo fra tutti la costruzione di una rete interservizi (tra area territoriale, Modulo Ospedaliero, Servizi Sociali e Servizi Handicap Adulti), di una rete interistituzionale (che si compone di scuole dell'infanzia comunali e statali, scuole elementari e medie inferiori, Associazioni del Volontariato, Cooperative del Privato Sociale e delle altre AUSL regionali che afferiscono al Cen-

Per corrispondenza:
Franco Nardocci
e-mail: npi@ausl-rn.net

esperienze

Abstract

The experience of the "Operative Group on Developmental Disorders and Mental Disabilities of Great Dependence" (at the moment "Center for Autism") is reported. Training, structural organization and access modalities are hereby described.

Franco Nardocci, Chiara Della Betta, Michela Marchi. A project for autism
Quaderni acp 2003 vol. X n° 5; 28-29

tro) e di raccordo con le famiglie, allo scopo di creare situazioni di accoglienza ai genitori e di favorire il maggior grado di autonomia, migliorare le abilità comunicative e di comprensione nei vari contesti, dei soggetti affetti da Disturbo Pervasivo dello Sviluppo. Una tale organizzazione permette e agevola la verifica e il monitoraggio del progetto individualizzato redatto dal "Centro Autismo" per ogni utente e ne consente il continuo "accomodamento".

Organizzazione del Centro

La modalità di accesso al Centro è quella dell'invio da parte del referente del "caso", dietro richiesta scritta di un approfondimento diagnostico e di indicazioni per un intervento psicoeducativo, al responsabile del Gruppo Operativo che, coadiuvato da una psicologa del gruppo, effettua il primo colloquio con la famiglia e una prima osservazione del bambino. È identificabile un "referente" dell'invio solitamente per i minori inviati dalle équipe territoriali dell'AUSL di Rimini e di quelle confinanti; un particolare rapporto di collaborazione esiste con gli operatori dell'AUSL di Cesena. In queste situazioni è il referente del territorio, solitamente un neuropsichiatra, a tenere i contatti con la famiglia, oltre a raccordare gli interventi degli operatori sanitari, educativi e sociali coinvolti. Per quanto riguarda i casi provenienti da altri territori, sono solitamente i genitori ad attivarsi e a richiedere un intervento: in relazione al tipo di rapporti tra famiglia e servizi territoriali, ma anche all'esistenza o meno di una rete specialistica di territorio, gli operatori del Centro si muovono per creare un raccordo stabile con chi nel territorio si occupa del bambino. A volte il riferimento più stabile per la gestione del caso è rappresentato, per l'assenza o l'estrema frammentazione della rete sanitaria, dagli operatori scolastici del minore.

Dopo il colloquio iniziale viene attivato un percorso valutativo-diagnostico-terapeutico che ha lo scopo di formulare per ogni bambino non solo un'ipotesi diagnostica ma soprattutto un "profilo di sviluppo" attraverso un protocollo costituito da test standardizzati (1). Il profilo di sviluppo è essenziale per la successiva

fase di elaborazione del progetto educativo e terapeutico individualizzato, che tende ad adattare alle capacità e difficoltà di ogni singolo bambino interventi personalizzati di tipo psico-educativo e cognitivo-comportamentali, oltre a fornire indicazioni operative per il miglioramento della comunicazione e dell'interazione sociale. Gli interventi terapeutici indirizzati al bambino vengono garantiti dagli operatori del Centro per i minori dell'AUSL di Rimini; per gli altri minori si cerca un coinvolgimento degli operatori

TABELLA 1: FASCE DI ETÀ DEGLI ASSISTITI

Età (anni)	Numero casi	% del totale
0 - 2	4	6
3 - 5	23	33
6 - 10	25	36
11 - 15	11	16
16 e oltre	6	9

dei territori di provenienza e anche dei genitori.

A questa prima fase segue la comunicazione della diagnosi ai genitori, al referente del caso e agli operatori scolastici, durante un colloquio di restituzione condotto dagli operatori del Gruppo Operativo che hanno partecipato ai processi di valutazione e di definizione del progetto di intervento. Il progetto educativo-terapeutico individualizzato è reso funzionale mediante l'attivazione di un raccordo con le strutture scolastiche educative pubbliche e del privato sociale, frequentate dal bambino o dall'adolescente. Periodicamente gli operatori effettuano un raccordo con la famiglia, con il referente del caso e con le istituzioni scolastiche per verificare l'andamento evolutivo del bambino e apportare degli aggiustamenti al piano di lavoro individualizzato, in collaborazione con le insegnanti della scuola in cui il bambino è inserito.

A distanza di un anno dalla valutazione, gli operatori effettuano un follow-up del profilo di sviluppo del bambino allo scopo di verificare l'efficacia degli interventi psicoeducativi e di attuare degli aggiustamenti mediante i medesimi stru-

menti utilizzati per stilare il profilo di sviluppo iniziale.

Casistica

Complessivamente, dall'avvio di questa esperienza nel giugno 1999 al dicembre 2002, i casi presi in carico dal Centro sono stati in totale 69; 40 provengono dalla provincia di Rimini, 15 dal resto della regione, 9 dalla regione Marche, 2 dalla regione Abruzzo, 2 dalla regione Toscana e 1 caso dalla regione Lombardia.

I 69 casi (100%), valutati al Centro Autismo, sono compresi nelle fasce d'età indicate in *tabella 1*.

Il numero di prestazioni annuali per ogni utente, proveniente dalla regione Emilia-Romagna, è pari a 8. Si fa presente che, per gli utenti provenienti da fuori regione, il numero di prestazioni annuali è più contenuto rispetto a quelli residenti in regione. Il tempo medio di attesa è di 60 giorni per la prima visita ma, in considerazione delle esigenze di interventi precoci, si tende a garantire un accesso più tempestivo per gli utenti di età inferiore a 6 anni.

Inoltre, se l'alta percentuale di minori con autismo in carico al Centro, nella fascia 3-5 anni, indica una certa rapidità nella diagnosi e nell'intervento abilitativo, l'esiguità del numero di bambini diagnosticati sotto i 3 anni riporta anche al dato, ormai sempre più evidenziato nella letteratura sia internazionale che nazionale, del ritardo con cui la rete pediatrica di base sembra essere coinvolta sui temi dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e dell'Autismo.

Nota

(1) Metodologia applicata. Come approccio terapeutico privilegiato ci si avvale della strategia TEACCH. Gli strumenti diagnostici utilizzati sono il Profilo Psicoeducativo Personalizzato-Revisato per la I e la II Infanzia (PEP-R); Profilo Psicoeducativo per Adolescenti e Adulti (AAPEP); Autism Behavior Checklist (ABC); Gilliam Autism Rating Scale (GARS); Checklist del Metodo Portage; Childhood Autism Rating Scale (CARS); Vineland Adaptive Behavior Scales-Revised (VABS-Survey Form); Bayley Scales; Leiter International Performance Scale-Revised; Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA); Parent Stress Index (PSI).



Campania

Napoli, periferia Nord: circa 90.000 abitanti, di cui 6700 sotto i 5 anni. È il luogo simbolo del disagio metropolitano. Costituisce l'espressione tipica di un'area urbana in crisi. Contrariamente a quanto si è verificato nel resto della città, l'ultimo decennio intercensuario ha visto un aumento della popolazione, caratterizzata da un'elevata composizione giovanile (l'indice di vecchiaia è al di sotto della media cittadina). Le famiglie sono più numerose ed è massima la concentrazione di nuclei con più di 4 persone. Estremamente bassi sono i livelli di istruzione dei residenti. Al più scarso numero medio di anni di studio pro-capite, si accompagna un peso molto modesto di residenti con istruzione superiore. I laureati rappresentano appena l'1,2% del totale. Minimi i livelli di occupazione. Notevole la percentuale di analfabeti. Alto il tasso di dispersione scolastica nel 2° ciclo. Altissima la percentuale di popolazione che risulta analfabeta funzionale: nonostante abbia portato a termine il 1° ciclo della scuola dell'obbligo, è appena in grado di leggere e scrivere.

Siamo a Secondigliano-Scampia, dove è più facile procurarsi una dose di "roba" (la più varia) che trovare un qualunque posto che venda anche qualche libro per ragazzi, dove puoi subire una rapina mentre visiti neonati e puoi assistere impotente alla fulminea estorsione di macchina e portafogli, dove la precarietà è stabile e la sicurezza è un sogno neppure più sognato, dove ragazzi tredicenni sono vittime di poliziotti acerbi. In questo contesto la promozione locale della salute deve prevedere una riconversione dal sanitario al sociale, la messa in campo di strategie che producano nuove alleanze per raggiungere obiettivi comuni.

L'obiettivo è migliorare la condizione di "salute" dei bambini e delle famiglie. Per questo abbiamo ascoltato con interesse ed entusiasmo Salvo Fedele prima e Perri Klass poi; per questo abbiamo "questuato" finanziamenti, cedendo ogni volta ai nostri interlocu-

tori un poco di quella gioia che il solo immaginare ci procurava. Infine abbiamo trovato l'alleato giusto, che su altri fronti combatte la stessa battaglia: l'Assessorato alle Politiche Sociali del comune di Napoli che, avvalendosi della legge 285, ha finanziato il progetto e ci ha così permesso l'acquisto di libri: "le nostre medicine".

Non è poco per chi deve fare ogni giorno i conti con la frustrazione che nasce dall'impotenza di fronte a problematiche che non si possono affrontare con una ricetta medica, ma solo prescrivendo farmaci alternativi. Nella primavera dello scorso anno abbiamo iniziato organizzando un breve percorso formativo per pediatri e uno per lettori volontari. Contemporaneamente partiva l'ordine di acquisto presso le Case Editrici che ci offrivano le condizioni più vantaggiose e alla fine di maggio siamo stati letteralmente invasi da 3400 libri: 3200 destinati ai bambini nei primi 4 bilanci di salute e il resto per le 4 piccole biblioteche per le sale d'attesa.

I libri che utilizziamo sono:

1° bilancio (6 mesi): Baby book, *Nanna e passeggino*, Dami Ed.

2° bilancio (12 mesi): Libri nido, *Bimbo pappa, bimbo va*, La Coccinella Ed.

3° bilancio (18-24 mesi): Libri del pulcino a finestrelle, *Dov'è la mia mamma*, Dami Ed.

4° bilancio (36 mesi): Storie piccine piccìo, *Saltumpò*, La Coccinella Ed.

La squadra napoletana di NPL è cresciuta nel tempo. Abbiamo iniziato in due e, attraverso fasi intermedie, siamo arrivati a coinvolgere un numero sempre crescente di pediatri e volontari. Attualmente lavorano al progetto 10 pediatri: tra questi 5 PLS, di cui 4 operanti in uno studio associato e 3 nei due consultori di quartiere; 20 lettori, di cui 14 studentesse di un liceo socio-psico-pedagogico, 2 mamme, 2 assistenti sanitarie del consultorio di Scampia, 1 insegnante e più di 2000 bambini. Il progetto è stato presentato al Consiglio Circoscrizionale di Secondigliano, appositamente convocato, e di cui si chiedeva l'appoggio perché venisse inserito in una più ampia politica culturale che ponesse al centro la Biblioteca di quartiere, esistente da molto tempo ma sottoutilizzata e sconosciuta ai più e soprattutto priva di uno spazio per bambini e ragazzi.

Per questo, insieme a una Associazione cittadina (Laboratorio Città Nuova) di volontari agguerriti e caparbi che gestiscono la Ludoteca di quartiere (eredità del progetto di Adozione Sociale, sperimentato a Secondigliano), è stato ideato un altro progetto: "Le Storie in Gioco" per attrezzare e mantenere vivi gli spazi attualmente inutilizzati della

biblioteca. Il Comune di Napoli l'ha approvato e con un piccolo finanziamento permetterà agli operatori di passare a una fase attuativa. A tutt'oggi sono stati distribuiti ai pediatri 980 libri, su ognuno dei quali compare un piccolo adesivo con il logo e la scritta NPL, l'indicazione dei partners del progetto: Comune di Napoli, CSB, ACP.

Decine di bambini e di mamme, anche quelle future in attesa di essere visitate, hanno ascoltato storie grandi e piccole, di galline e ranocchi, di principi e gatti con o senza stivali, di bambini e gnomi, di calzini verdi e cappelli rossi, di fagioli magici e boschi incantati, incantati come tutti noi caduti in questo mondo di parole musicali, di ascolto e fantasia, di meraviglia e magia, che ci fa vivere sicuramente tutti più "felici e contenti".

Lina Di Maio

NPL sulla stampa

Su la *Repubblica* del 24 luglio 2003 è stata pubblicata una intera pagina su Nati per Leggere sotto il titolo "L'iniziativa condotta da un gruppo di pediatri sta mettendo radici in tutta Italia". L'articolo, di Elena Dusi, rifà la storia della nascita del progetto e pubblica buona parte dei materiali elaborati dal Centro Salute del Bambino. Si tratta sicuramente del migliore articolo sul progetto pubblicato dalla stampa non specialistica.

red

Veneto

In Veneto l'attività di Nati per Leggere procede a piccoli, ma continui passi. Daniela Sambugaro e Fabrizio Fusco, insieme a una decina di altri soci dell'ARP Vicenza, si sono dotati di materiale informativo da più di due anni. Successivamente anche la biblioteca di Valdagno ha aderito all'iniziativa (unica nel Vicentino!) e ha coinvolto tutte le altre strutture che si occupano del bambino a Valdagno: librerie, asili e nidi, servizi socio-sanitari. I pediatri hanno distribuito materiale informativo ai bambini da loro assistiti, e le indicazioni sulla lettura sono diventate routinarie durante i bilanci di salute. In sala d'attesa i pediatri hanno una ricca dotazione di libri molto graditi che... spesso spariscono e talvolta riappaiono. In sala d'attesa è anche presente la bibliografia consigliata. Contemporaneamente la biblioteca di Valdagno si è fornita di un numero sempre maggiore di libri diretti ai bambini più piccoli e questo è stato molto apprezzato da un numero sempre crescente di genitori. Anche le librerie di Valdagno mi riferiscono di una impennata delle vendite di libri per la prima infanzia (hanno promesso una statistica a breve).

per leggere

Per il futuro: ci stiamo attivando per reperire fondi per l'acquisto di libri (fondazioni bancarie e Rotary club) e per altre iniziative in collaborazione con la Biblioteca civica. Da un mese circa i genitori dei bambini nuovi nati che si recano all'anagrafe per la denuncia di nascita, oltre al volantino di Nati per Leggere, ricevono un biglietto personalizzato di benvenuto e di invito alla lettura presso la Biblioteca comunale, firmato dal sindaco Lorenzo Bosetti.

Fabrizio Fusco

Intervista a Jack Zipes: i bambini, i libri, il mercato

Jack Zipes, direttore dell'Istituto di Germanistica dell'Università del Minnesota (USA), è un noto esperto di letteratura infantile e di laboratori di narrazione orale. Ha tradotto in inglese Gianni Rodari, autore "dimenticato" negli USA a causa del suo approccio educativo non conforme alla mentalità americana, e di averlo fatto conoscere anche utilizzando le sue tecniche narrative. Ha pubblicato numerosi libri su questi temi e l'ultimo, *Oltre il giardino*, è stato presentato recentemente in Italia e recensito su *Quaderni acp* (2003;4:32).

In occasione della presentazione a Napoli di Oltre il giardino lei ha fatto riferimento alla natura "problematica della letteratura per l'infanzia". Può spiegarci il suo punto di vista?

La natura problematica non dipende dalla letteratura stessa. Il problema è che gli adulti e i bambini non la prendono sul serio. Se ne parla ovunque, ma la maggioranza della gente non se ne occupa seriamente, né affronta la questione della "literacy", cioè della capacità dei ragazzi di leggere e pensare criticamente. Come succede per il cibo, si mangia, si gusta e tutto finisce lì. Mi sembra che gli italiani siano interessati più al cibo che alla letteratura per l'infanzia e che gli americani si occupino dei libri come di una qualunque altra merce.

Gli autori di libri per bambini hanno in mente un target sociale particolare?

Dipende dall'autore. Gli autori scrivono per il mercato non per i bambini. Il loro "target sociale" è pubblicare un bestseller. Certamente ci sono autori che scrivono con un impegno sociale. Ma sono pochi, purtroppo.

Quali sono le priorità degli editori?

Dipende dalla casa editrice e dall'editore. Ci

sono buoni editori nelle case conservatrici e cattivi editori nelle case progressiste, ma il mercato gioca sempre un ruolo. Io ritengo, invece, che quando un editore pubblica un libro per l'infanzia, deve avere una sola priorità: il libro deve essere stimolante, provocatorio; deve costituire una sfida per il lettore, deve essere in grado di cambiarla la vita.

Nel mondo occidentale alla ricca offerta dell'editoria corrisponde una reale domanda?

No. La domanda è stata creata dall'editoria stessa. Moltissimi bambini non leggono i libri e quelli che leggono sono condizionati dall'offerta editoriale, dalla televisione e dal cinema, quindi non leggono libri che corrispondono alla loro esperienza di vita.

Alcuni libri, molto pubblicizzati dai media e dal cinema, diventano bestseller. Questo successo serve a stimolare la curiosità e la voglia di leggere nei bambini?

Sì, può esserci questo aspetto positivo in libri e film come Harry Potter e Disney, anche se riguarda una minoranza di bambini. È, comunque, necessario discutere criticamente i bestseller e non trascurare di stimolare i bambini a leggere anche testi più sofisticati. La fantasia e il pensiero dei bambini devono essere sviluppati.

Molti bambini delle classi povere sono spesso analfabeti funzionali. Non pensa che sia giustificato utilizzare qualunque cosa scritta che sia di loro interesse pur di migliorarne il grado di alfabetizzazione? E per quelli che raggiungono facilmente il livello di alfabetizzazione funzionale come si può agire per promuovere in loro l'alfabetismo critico?

Sono d'accordo. Qualunque cosa scritta può servire a migliorare il grado di alfabetizzazione dei bambini socialmente svantaggiati e anche a promuovere l'alfabetismo critico dei più fortunati. Ma tutti i bambini possono e devono imparare a leggere e pensare criticamente. Un buon insegnante può utilizzare

qualunque cosa scritta per stimolarli, ma non può lavorare solo: è necessario che sia sostenuto dalla scuola e dalla comunità.

Quale è il percorso utile a promuovere la lettura nei bambini?

È quello che fa riferimento alle esperienze realmente vissute e tiene conto delle differenze sociali. In caso contrario i bambini non avranno la voglia di imparare e di leggere.

Nei libri cosiddetti di evasione il divertimento e gli aspetti educativi sono conciliabili?

Sì, certo. Sono convinto che in America e anche in Inghilterra ci sono tanti autori che hanno scritto libri fantastici divertenti e anche educativi. Non conosco bene gli autori italiani, ma ho letto i libri di Mario Lodi, di Roberto Piumini e di Ermanno Detti, che ben conciliano l'aspetto di divertimento con quello educativo.

Lei ha scritto che il consumismo riguarda anche i libri per bambini. È possibile ostacolare le regole del mercato?

Anche se il mercato sta diventando sempre più forte, non sono pessimista. Possiamo provare a cambiare la mentalità dei genitori, degli insegnanti, dei ragazzi: se ci riusciremo, il mercato stesso sarà cambiato. È un percorso duro e lungo. Dobbiamo anche creare piccole case editrici per pubblicare libri progressisti e innovativi. Abbiamo bisogno di un mercato alternativo.

Infine, le sarei grata se volesse suggerire il nome di qualche autore che abbia le qualità per mettere in moto la fantasia dei bambini.

Molti autori, come Philip Pullman, Francesca Lia Block o Donna Jo Napoli, William Steig, il vostro Rodari, hanno rifiutato di farsi cooptare da chi cerca di strumentalizzare la fantasia per profitto o per potere. Le loro opere di fantasia sono importanti per il loro potenziale "sovversivo" e provocatorio e vale la pena di farle leggere ai bambini e anche agli adulti.

Roberta Arsiery

GIRAGIRALIBRO

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



La FIMP ci risponde sul calendario

L'editoriale apparso sul numero di maggio-giugno 2003 di *Quaderni acp* "Un calendario vaccinale nuovo e diverso?" se da un lato conferma che il sasso lanciato nello stagno (o palude?) ha rotto un equilibrio che sembrava consolidato nei ruoli e nelle responsabilità dei professionisti che storicamente hanno avuto un ruolo determinante nelle vaccinazioni, dall'altro fa emergere delle nicchie di perplessità da parte di professionisti che, in quanto pediatri, ritenevamo fossero più pronti a cogliere il significato positivo dell'iniziativa della FIMP.

Dispiace in particolar modo che anche l'ACP, per penna di Luisella Grandori, consulente dell'associazione per i "problemi" delle vaccinazioni, e di Nicola D'Andrea, suo Presidente, abbia letto in modo "conservatore" e non "riformista" la nostra iniziativa, dando l'impressione di contraddire una storia dell'ACP che ha sempre espresso la sua intenzione di riconoscere, promuovere e valorizzare la Pediatria di Famiglia.

Non vorremmo entrare nel merito delle motivazioni sui nuovi vaccini, poiché non è questo in discussione, quanto il nostro "abuso culturale" e l'accusa di lesa maestà; accuse derivate, come Bartolozzi descrive in una sua risposta su Forum da una "...posizione aristocratica di non voler permettere che i pediatri facciano parte delle componenti, cui spetti di decidere sul calendario delle vaccinazioni, ci riporta in dietro di decenni".

È ovvio che un confronto nel merito si debba e possa fare, ma rimandiamo alla lettura del numero 2 del 2003 di *Medico Pediatra* e al supplemento al numero 1 del *Notiziario Sindacale* per l'esplicitazione delle posizioni della FIMP e il relativo rationale che hanno portato alla proposta del calendario, oltre che del programma in campo di profilassi attiva delle malattie infettive maturate nella nostra categoria.

È indispensabile però rettificare l'opinione espressa dall'ACP.

La FIMP può e deve rivendicare un ruolo nelle strategie vaccinali a livello non solo nazionale, ma anche regionale e aziendale. È un suo diritto, perché non è solamente un sindacato, ma rappresenta una comunità di più di 6000 professionisti e perché è anche riconosciuta quale Società "professionale" dal Ministero della Salute. È un suo diritto, perché il ruolo del pediatra di famiglia nel Piano Nazionale Vaccini è considerato ed è determinante per raggiungere gli obiettivi indicati, e perché il mondo dell'altra Pediatria (SIP e

ACP) e dell'Igiene Pubblica non risulta abbiano fatto passi ufficiali per dare equivalenza di ruolo e responsabilità ai pediatri nelle scelte nazionali e regionali sulle vaccinazioni. Per sgombrare il campo da infondate preoccupazioni è opportuno richiamare un passo del nostro documento che sintetizza le motivazioni fondamentali che ci hanno portato a stilare il calendario: *la FIMP ha ritenuto necessario costituire una rete di referenti regionali e provinciali sulle vaccinazioni con l'obiettivo di recuperare un ruolo più attivo del pediatra di famiglia in questo campo e di contribuire al raggiungimento delle coperture ottimali per le malattie prevenibili con vaccini vecchi e nuovi. A tal fine, vista l'eterogeneità di comportamento nelle varie realtà locali l'azione prioritaria è l'adozione di un calendario nazionale FIMP, che da un lato supporti le scelte effettuate dalle commissioni nazionali e regionali per le "vaccinazioni raccomandate" dalla Sanità Pubblica e dall'altro tenga conto anche di vaccinazioni che, pur non essendo tra queste, possono essere consigliate dal pediatra di famiglia, nell'ottica del miglioramento della salute del singolo assistito.*

Nessun sindacato medico da anni fa le sue battaglie esclusivamente su rivendicazioni salariali, ma in un contesto professionale più ampio, e questo è valido soprattutto nel campo sanitario. Prima che sindacalisti, o meglio anche nell'essere sindacalisti, siamo pediatri di famiglia, orgogliosi del nostro ruolo da cui deriviamo i progetti operativi e gli strumenti tecnici che sono il motore propulsore del miglioramento professionale, normativo ed economico.

Non vogliamo credere che gli iscritti all'ACP si riconoscano in quest'altra espressione di Bartolozzi (che citiamo in quanto autorità nazionale culturale riconosciuta e uno dei membri più autorevoli della stessa ACP) riferita a una critica dell'editoriale in oggetto: "...consapevole che un'iniziativa del genere possa non essere gradita a chi vuol conservare indenni, senza alcuna discussione, le posizioni raggiunte o a chi, in fondo in fondo, non ama geneticamente le vaccinazioni", e ci auguriamo che tutto sia dipeso dall'aver dato una lettura frettolosa dei lanci d'agenzia che, in quanto sintetici, possono aver dato un'impressione sbagliata di tutta l'operazione.

Come già detto, la FIMP vuole essere attrice, meglio se insieme con altre realtà associative pediatriche, nel rivendicare un ruolo dei pediatri di famiglia e se, del caso, di tutta l'area pediatrica insieme agli igienisti, e andrà avanti, secondo programma, nel preparare la proposta di calendario vaccinale FIMP del

2004. Le porte sono sempre aperte, e non saremo noi a chiuderle, anche se determinati a proseguire in una via che riteniamo, oggi più di ieri, giusta.

Pier Luigi Tucci, Presidente FIMP
Giampietro Chiamenti,
Responsabile per le vaccinazioni

L'editoriale di Quaderni che ha avuto larga risonanza (si veda a pag. 33, 36, 37 ed anche 47) poneva questioni che sembrano serie sia agli autori dell'editoriale che al Comitato Editoriale di questa rivista.

Il momento

L'autonomia delle regioni sta determinando scelte del tutto discutibili, coprendo la penisola di una variopinta arlecchinata. Per ora la Sicilia introduce l'anti-varicella in età che potrebbe produrre rischio se non si raggiungessero coperture elevate (che in quella regione sarà difficile ipotizzare); la Liguria promuove l'anti-pneumococcica a tutti i nuovi nati con un "progetto pilota" decisa - mente poco chiaro; la Puglia introduce quasi tutti i nuovi vaccini; forse il Veneto seguirà la stessa strada nonostante autorevoli pareri contrari nella stessa regione. E le priorità, strumento essenziale per fare una qualsiasi politica sanitaria? Sarebbe necessario che emergessero: morbillo? rosolia congenita? altro? Ci si dimentica che le priorità, in programmazione, sono un elemento decisivo: dipendono dalla mortalità, dalla morbidità, dalla disabilità provocata, dal costo degli interventi, dai loro effetti sulla salute, dalla loro praticabilità tecnica, dalle loro conseguenze sulla salute collettiva.

Singole vaccinazioni e calendario

In questo momento l'emanazione non di consigli sulle vaccinazioni sul singolo caso, ma di un vero e proprio calendario (cioè una iniziativa che deve essere basata su una valutazione epidemiologica di livello nazionale), temiamo possa aiutare a confondere idee già molto confuse. Del resto non vorremmo sbagliare, ma ci sembra che in nessun Paese i pediatri predispongano in modo autonomo un calendario vaccinale (pensiamo ad esempi illustri come il Royal College dei pediatri britannici o l'Accademia Americana di Pediatria). Le decisioni vengono concordate, in ogni loro cambiamento, con i professionisti della Sanità Pubblica (PHLS per l'UK e i CDC per gli USA). Ciò non ha mai tolto loro forza o dignità. L'editoriale scriveva che non si poteva essere d'accordo sull'utilizzo di "tutti" i vaccini e le ragioni epidemiologiche

dei Quaderni acp

e pratiche venivano dettagliatamente esposte. I nostri interlocutori non entrano nel merito di questi problemi che stanno alla base delle nostre perplessità: dicono: "...non vorremmo entrare nel merito delle motivazioni sui nuovi vaccini, poiché non è questo in discussione..." Veramente è proprio su questo che l'editoriale voleva iniziare una discussione: evidenze, efficacia, efficienza di uno strumento preventivo e del suo utilizzo. Se non lo si fa, si finisce con l'accettare tutto quel che il mercato ci propone lasciando ai singoli l'iniziativa. A noi pare che sostituire alla discussione le definizioni di "conservatori" o "riformisti" conduca poco lontano. E che Iddio misericordioso ci salvi da questa mania definizionistica in cui la politica italiana è caduta e che non aiuta a capire nessun problema.

E qui sia chiaro: nessuno pensa che un sindacato non possa esprimere pareri e raccomandazioni in ambiti di salute pubblica. Lo potrebbe fare anche se non fosse riconosciuto come "società professionale" dal Ministero. Anche qui ci teniamo lontani dalla mania definizionistica e burocratica: pareri o suggerimenti li può dare qualsiasi entità associativa di persone che pensano con la loro testa; sul vaccino antipertosse, e sulla sua sperimentazione, questa rivista e dirigenti dell'ACP hanno espresso opinioni non del tutto correnti e poco gradite all'establishment; opinioni non del tutto correnti sulla opportunità della vaccinazione anti-epatite sono state esposte, senza scandalo, da opinion leader.

L'ACP, i pediatri di famiglia, le vaccinazioni

Questa rivista e l'ACP hanno sostenuto, da sempre, che senza i pediatri di famiglia nel campo vaccinale non si va da nessuna parte; è stata combattuta con forza l'affermazione di chi vuole attribuire ai pediatri la responsabilità delle scarse coperture vaccinali; anche quando molti (ma proprio molti e molti!) indulgessero su questa tesi.

Il problema che abbiamo sollevato è che "desta perplessità" la contrapposizione di calendari diversi che comportano confusione.

Ci sembra difficile contrastare una tesi, giusta o sbagliata che sia, con due frasi tratte da una risposta del prof. Bartolozzi su Forum. Le due frasi non riescono a convincerci; due ragionamenti forse potrebbero. Ma non possiamo non notare che almeno una delle due frasi è ingenerosa. Come si può pensare che le considerazioni espresse derivino da "posizioni raggiunte" (ma quali?). E che dire del nostro "genetico" disamore per le vaccina-

zioni? E che dire dell'accoppiata "SIP-ACP" come espressione dell'"altra pediatria"? Non ci siamo accorti che ci sia, in verità, nessun iscritto all'ACP nel direttivo della SIP o a moderarne le tavole rotonde. Ci viene in mente, a questo ultimo proposito, e per seguire gli amici della FIMP nella icastica fraseologia della politica nazionale, che a pensar male si fa peccato e stavolta non ci si prende nemmeno.

Vaccinare ad ogni costo? Per chi?

Gentile direttore, ho letto con molto interesse l'articolo di Grandori e D'Andrea, apparso sul numero di maggio-giugno 2003 di *Quaderni acp* dal titolo: *Un calendario vaccinale nuovo e diverso?*, e su questo vorrei fare alcune considerazioni. Anzitutto mi presento anche come una sorta di codice deontologico per manifestare eventuali conflitti d'interesse: faccio il pediatra di base in provincia di Venezia dal 1986; sino al dicembre 2000 sono stato iscritto e sono stato un quadro FIMP, dall'ottobre 2001 sono un quadro CIPE (Confederazione Italiana Pediatri) che rappresenta l'altro sindacato dei pediatri di base, anch'esso firmatario dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta. Sono sposato e mia moglie svolge attività di pediatra di comunità presso la mia stessa ASL come medico vaccinatore. Sul numero di dicembre 2001 della rivista *Medico e Bambino* è stata pubblicata una mia lettera dal titolo "Vaccino anti-pneumococco: informazione o promozione? Fatte queste premesse, vado al dunque: non mi permetto di commentare, se non in senso positivo, quanto scritto da Grandori e D'Andrea. Condivido in pieno le loro posizioni e soprattutto la loro scientificamente corretta valutazione epidemiologica che deve poi essere alla base di scelte così importanti come quelle di un calendario vaccinale. A onore del vero devo dire che ho potuto più volte apprezzare lo stesso rigore scientifico negli incontri che in Veneto ho avuto modo di avere con Giovanni Gallo, a molti noto, e che rappresenta il responsabile del Servizio Epidemiologia presso la Regione Veneto. Anch'io sono stato sorpreso dall'iniziativa della FIMP, ma penso che alcune perplessità possano trovare delle risposte semplicemente osservando ciò che giornalmente accade. L'industria del farmaco produce un prodotto (ottimo) su cui investe risorse e, non essendo tanto propenso alla beneficenza, deve ovviamente riportare a casa quanto speso e guadagnarci. Si investe allora su degli opinion leader sia del territorio

(o comunque su chi si pensa possa essere il *dux* di un esercito di 6000 miliziani) sia del polo scientifico universitario e docente presso rinomate Cliniche Pediatriche; si fanno donazioni per collaborazioni, si stampano tante rivistine per promuovere il prodotto e gli stessi opinion leader vengono inseriti nel comitato redazionale delle stesse (penso anche con dei rimborsi) o chiamati a far parte del comitato etico delle stesse ditte; il sindacato fa poi stampare delle locandine che vengono messe in bella mostra negli studi dei pediatri (vedi in provincia di Venezia), prefigurando una protezione totale per tutte le patologie connesse a un dato germe; si dice agli iscritti più volenterosi di inondare i servizi vaccinali di richieste di quel dato vaccino, aizzando l'utenza alla ribellione quando il genitore si sente rispondere che l'ASL segue il calendario e le indicazioni riconosciute a livello nazionale, e paventando ai medici vaccinatori eventuali denunce se quel bambino dovesse contrarre una patologia invasiva imputabile al germe per cui non è stata eseguita la vaccinazione. Alla fine di queste e di altre azioni ecco poi la stoccata finale e si arriva a stilare in proprio, in barba a qualsivoglia valutazione epidemiologica o di rapporto costo/beneficio, un calendario vaccinale che contenga di tutto e di più! Questa è l'idea che io, ma penso anche molti altri, mi sono fatto e che può rappresentare un grande pericolo per il corretto funzionamento per un settore importante della sanità pubblica quale quello della prevenzione collettiva. Ben vengano quindi le corrette e precise parole di Grandori e D'Andrea cui va il mio ringraziamento.

Antonino Baio

La "cascata" che Antonino Baio descrive dalla ditta al pediatra e dai genitori ancora al pediatra è perfetta ed è capace di togliere lucidità al medico facendolo ragionare al contrario, togliendo al vaccino la sua caratteristica di strumento di promozione di salute collettiva e confondendo il concetto basilare che distingue fra protezione individuale e protezione collettiva, di cui parliamo nella risposta precedente. Tutto con il rischio di dare un messaggio poco chiaro alle famiglie: quale protezione, quanta protezione, da cosa? I dati nazionali disponibili sono ancora scarsi e poco eloquenti per pneumococco e parlano di una frequenza molto bassa per il meningococco C. E perché lo Stato invece non li propone? Colpisce che, di fronte a questo rischio confusivo e soprattutto all'insufficienza attuale di solidi elementi per proporre una strategia collettiva, molti "opinion leader", come li chiama Baio, tacciano o addirittura qualcuno vi partecipi.

In una delle tante nostre città la cui bellezza è sopraffatta dalla speculazione e dal degrado, assistiamo a quello che lo stesso regista ha definito "un miracolo laico"; provocato da piccoli gesti d'amore di un ragazzo. E i due giovani protagonisti, con la loro capacità di amore, si contrappongono ad adulti litigiosi e immaturi, e all'invasione dei media interessati a creare un "bambino guaritore" che faccia audience.

Il miracolo che tutti possiamo compiere Edoardo Winspeare in un film popolare ma non scialbo

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Bisogna credere ai miracoli, oppure no? Alzi la mano chi non si è posto questa domanda almeno una volta in vita sua, sentendosi conseguentemente invischiato in una ragnatela di dubbi. Nella storia del cinema, il più illustre punto di riferimento su questo argomento resta senza dubbio Ordet - La parola, penultimo film di Carl Theodor Dreyer. Un film in bianco e nero che nel 1955 fu premiato a Venezia con il "Leone d'Oro". Il santo che operava il miracolo di fare resuscitare dalla morte la cognata prematuramente scomparsa era, in quel caso, Johannes, uno strano e incompreso studente in teologia, convinto di essere il Messia ma considerato da tutti gravemente depresso. Non credo che Edoardo Winspeare (trentottenne regista nato a Klagenfurt, in Austria, ma da sempre residente a Depressa, nel Salento) abbia pensato al maestro danese mentre girava Il miracolo, suo terzo lungometraggio - dopo i tanto interessanti e poco noti Pizzicata (1996) e Sangue Vivo (2000) - che ha presentato alla Mostra del Cinema di Venezia. Non lo credo perché tra i due registi, oltre alle differenze di età, epoca, nazione e cultura, ci sono punti di partenza e obiettivi diversi che non possono portare alla stessa conclusione. Uno è luterano e non può fare a meno di inserire nei suoi film (La passione di Giovanna D'Arco, Dies irae) l'ossessiva ricerca religiosa; l'altro è per sua definizione un "cristiano laico" il quale, pur avendo la certezza che dopo ci sia qualcosa, odia i dogmi.

La risposta alla domanda iniziale, pertanto, è tutta nella premessa. Se uno è convinto che Dio esiste e che interviene nella nostra vita, non ha nessuna difficoltà ad ammettere che possono accadere eventi straordinari in grado di sconvolgere le regole della chimica, della fisica e della scienza. Per il laico e per il non credente tutto è spiegabile, invece, con la ragione; e se la ragione non basta vuol dire che c'è qualcosa che l'uomo ancora non sa, ma che potrebbe sapere in seguito. E ancora: basta intendersi sui termini e guardare là dove non si è soliti guardare. "Miracolo", perciò, può anche essere

sinonimo di gesti semplici che non siamo più in grado di fare, come quelli dettati dall'amore. Bel tema, questo, più teologico che scientifico, ma duro da affrontare nel cinema, soprattutto per la difficoltà di cucirgli addosso una storia filmica gradevole e comprensibile dalla massa. Winspeare ci ha provato raccontando quello che accade a Tonio, un ragazzo di 11 anni, figlio unico di genitori alle prese con i problemi quotidiani e litigiosi. Tutto ha inizio con un incidente. Tonio, all'insaputa dei suoi genitori, ha preso la bicicletta e pedala felice in una strada solitaria alla periferia di Taranto. Da una curva sbuca un'auto guidata da Cinzia, giovane barista arrabbiata con il mondo intero. Un botto e il ragazzo finisce tramortito sull'asfalto. Cinzia, convinta che il ragazzo sia morto, per paura di passare dei guai con la giustizia, non lo soccorre e scappa. In ospedale, uscito dal coma, Tonio confessa alla madre di aver visto una luce subito dopo l'incidente e, quando Cinzia, in preda al rimorso va a trovarlo in incognito, riconosce la sua investitrice, la insegue e le chiede: "Perché sei fuggita?".

Qualche giorno dopo, il suo vicino di letto sta per morire e Tonio, ponendogli le mani sul cuore, fa in modo che l'elettrocardiogramma che segnava sul monitor una linea piatta ritorni normale. Per tutti, il ragazzo ha compiuto un miracolo e così la voce si sparge in città. Un suo amico gli chiede di intervenire anche sul nonno che da tempo non si alza più dal letto e di fronte ad un nuovo evento miracoloso si scatena sul bambino taumaturgico l'interesse dei grandi, dai genitori alla TV. Il "caso" si sgonfia con la stessa rapidità con la quale era stato montato, ma intanto è nata l'amicizia tra Tonio e Cinzia; amicizia che Cinzia, alle prese con problemi familiari, è sul punto di mandare in aria assieme alla sua giova vita. Ed è qui che Tonio compie il suo vero miracolo: quello dell'amore. "Se uno ama - spiega il regista - e riesce a vedere la dolcezza dove nessuno riesce a percepirla, può forse fare davvero miracoli". Inteso così, questo film ha una sua tesi laica: i miracoli non avvengono per

intervento divino e i malati non guariscono perché qualche santo impone le mani sul loro corpo, ma per l'affetto e la tenerezza che si possono elargire. È una cosa che l'uomo ha sempre saputo, ma che spesso dimentica. Per ricordarcela, Winspeare fa salire in cattedra un ragazzino e si serve di espedienti tecnici forse non rilevabili da tutti gli spettatori. Per esempio, l'uso della luce ("ho chiesto al mio direttore della fotografia l'impossibile, ovvero di darmi una luce da Dio") e la scelta di una colonna sonora etnica ritmata (la pizzicata). Ma c'è dell'altro che va sottolineato per invitare ad una lettura meno superficiale: l'ambientazione in una Taranto in preda alla speculazione edilizia e alla contraddizione tra la bellezza del suo mare e l'inquinamento provocato dagli impianti siderurgici, il pudore di nascondere l'incidente all'occhio impietoso della macchina da presa, il rovesciamento dei ruoli tra chi salva e chi è salvato, il contrasto tra l'immaturità dei grandi e la maturità dei ragazzini, il rischio di disfacimento che incombe sulla famiglia borghese, la tecnica del montaggio alternato per sottolineare lo smarrimento di un bambino semplice e buono che vive in un paese legato a riti arcaici tradizionali come quello della processione della Passione, l'invasione dei media preoccupati solo di fare audience. In definitiva, un film popolare - nel senso che piace più alla massa che alla critica - ma non certamente "scialbo" (come l'ha definito Mario Monicelli in un'intervista a Maria Pia Fusco su "La Repubblica" l'8/09/2003) e che, se non manda in visibilo, almeno si vede con gusto, grazie anche alla buona prova di attori non professionisti, tra i quali Claudio D'Agostino e Stefania Casciaro, nei panni rispettivamente di Tonio e Cinzia. E non è poca cosa, soprattutto se si confronta con alcuni film noiosi e beceri come quelli visti quest'anno a Venezia prima e dopo Il miracolo.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Vaccini ad Asolo

Per far coincidere l'esigenza di proteggere il singolo paziente con le necessità della Sanità Pubblica, su questo obiettivo si sono confrontati il primo marzo scorso a Montebelluna (TV) pediatri di famiglia, ospedalieri, pediatri di comunità e igienisti. Il congresso, organizzato dall'ACP Asolo in collaborazione con la FIMP provinciale, ha avuto come tema le conoscenze necessarie per una comunicazione corretta sui vecchi e nuovi vaccini. La mattinata è stata incentrata sulla presentazione dell'attività della Regione Veneto nella pianificazione e monitoraggio delle attività vaccinali (relazioni del dott. M. Valsecchi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Verona e della dott.ssa G. Zanoni della Sezione di Immunologia del Dipartimento di Patologia dell'Università di Verona); sul livello di conoscenza dei genitori e sul comportamento terapeutico dei pediatri nei confronti delle malattie infettive (dott. Meneghelli); sulle controindicazioni, vere e presunte, alle vaccinazioni (prof. Bartolozzi). Nella sessione pomeridiana gli stessi relatori, assieme alla dott.ssa Paludetti (igienista veneta) e a Luisella Grandori, referente dell'ACP per i vaccini, sono stati impegnati in una tavola rotonda sull'utilizzo dei vaccini contro pneumococco, meningococco, varicella.

Reazioni contrastanti ha suscitato la presentazione, da parte del dott. Chiamenti che moderava la sessione, del nuovo calendario vaccinale formulato dalla FIMP, nei confronti del quale le posizioni dell'ACP sono state presentate nell'editoriale di *Quaderni acp* di giugno 2003.

Giacomo Toffol

Vaccini a Lecce

Il 12 luglio si è tenuto a Lecce un seminario sul tema "Vecchie e nuove vaccinazioni in pediatria". Sono intervenuti il prof. Bartolozzi e il dott. Chiamenti, responsabile per la FIMP della Commissione Nazionale Vaccini. Era presente un nutrito gruppo di pediatri di libera scelta con colleghi dei Servizi di vaccinazione e il dirigente del Servizio aziendale della ASL Le1, dott. Fedele.

La presenza del dott. Fedele ha permesso di commentare alcune scelte aziendali come quella di non usare il pratico vaccino esavalente, oltre che per le recenti segnalazioni di una ridotta protezione contro l'HIB, anche per una recentissima segnalazione del Ministero riguardante 6 casi di decessi temporalmente correlati alla somministrazione del vaccino (entro una settimana dall'inoculazione), per i quali si sta ora indagando sull'eventuale nesso di causalità; per lo stesso principio di cautela, per la campagna antinfluenzale del prossimo autunno, è stato scelto un vaccino adiuvato che costa un po' di più ma che è privo di mercurio.

In tema di costi ha infine fatto riferimento alle reali situazioni di difficoltà in cui il Servizio è costretto ad operare, al punto che le spese aggiuntive, dovute all'acquisto di alcune migliaia di dosi di vaccino anti-MRP per la campagna di catch-up messa in atto per fronteggiare l'epidemia di morbillo che in primavera minacciava di svilupparsi, rischiano di far "saltare i conti" per il normale approvvigionamento di vaccini.

Il prof. Bartolozzi ha chiarito i dubbi e le domande riguardo alle caratteristiche dei "nuovi" vaccini anti-pneumococco, anti-meningococco, anti-varicella, rimarcando la buona maneggevolezza, sicurezza ed efficacia dei prodotti e la loro utilità nei riguardi della protezione personale, richiamando il pubblico al dovere di una informazione esauriente e puntuale.

In particolare per l'anti-pneumococco ha sottolineato l'efficacia protettiva contro le infezioni invasive da pneumococco (sepsi e meningite) oltre alla parziale protezione nei confronti della otite e polmonite, essendoci una buona, anche se non completa sovrapposizione, tra i ceppi contenuti nel vaccino e quelli più spesso isolati in Italia. Riguardo all'emergente problema delle batteriemie occulte ha detto di essere in attesa di poter studiare i dati annunciati, specificando che la batteriemia non esita necessariamente in infezione invasiva.

Per il meningococco, responsabile di circa 200 casi/anno di meningite in Italia (di cui il 50% nei primi 5 anni), si assiste a un aumento percentuale delle forme da ceppo C, quello contenuto nel vaccino.

Nel primo anno di vita invece solo il 15% delle meningiti è dovuto al ceppo C, per cui appare indirettamente avvalorata la scelta di individuare l'età più idonea per la vaccinazione al 13° mese.

Per la varicella si è discusso in merito all'efficacia della protezione con dose singola nei bambini di età inferiore a 13 anni, alla durata della protezione stessa e al rischio di zoster da vaccino e da ridotta circolazione del virus selvaggio. La gravità della varicella e delle sue complicanze è direttamente proporzionale al crescere dell'età (a parte l'infezione fetale perinatale), per cui appare sensata la scelta di individuare nell'adolescente il bersaglio della vaccinazione (quando anamnesticamente negativo); si è anche parlato di terapia e profilassi farmacologica.

Per tutti questi vaccini è stato sottolineato il bisogno di ottenere una ottimale copertura e protezione dei soggetti a rischio che purtroppo invece spesso sfuggono alla vaccinazione.

Il dott. Chiamenti ha inoltre illustrato il "nuovo" calendario proposto dalla FIMP, rimarcando le sue diverse priorità.

Prima priorità: diffondere e mantenere almeno al 95% della popolazione le vaccinazioni anti-MRP, DTP, Ep B, HIB, Polio, richiamo con dTp a 14 anni. Il dott. Fedele faceva però notare che attualmente non è possibile fare questo richiamo a 14 anni, visto che il regolamento vigente indica un intervallo di almeno 10 anni dopo il primo richiamo (fatto generalmente a 6 anni).

Dalla discussione in sala è emersa la necessità di potenziare una rete di sorveglianza sul modello della SPES; questa dovrebbe garantire un "ritorno" di dati epidemiologici, attualmente ancora decisamente insufficiente, la individuazione degli eventuali effetti collaterali "post-marketing", così come gli "spostamenti" dell'età di incidenza della pertosse (come forse nel futuro della varicella), o eventuali cambiamenti nella diffusione dei vari ceppi di pneumo o meningococco; disporre di uno strumento di questo tipo permetterebbe di variare e orientare le strategie vaccinali secondo l'evolversi dei bisogni.

Seconda priorità: diffondere ad almeno il 95% della popolazione a rischio l'uso

dei vaccini anti-pneumo, meningo, varicella, influenza.

Infine promuovere nella popolazione sana, tenendo conto delle situazioni di patologia ed epidemiologia locale, i vaccini anti-pneumo, meningo, varicella.

Richiesto di chiarire meglio le caratteristiche di questa fascia di popolazione ha indicato, per i primi due vaccini, i bambini che frequentano l'asilo nido e i loro fratelli più piccoli oltre ai bambini con infezioni ricorrenti; per l'antivaricella gli adolescenti anamnesticamente negativi, non indicando però la variazione del rischio relativo di queste sottopopolazioni rispetto a quello della popolazione generale.

Che cosa ha portato di buono questo seminario

- La consapevolezza che è necessario un impegno collaborativo di tutti coloro che agiscono a vario titolo nell'area della prevenzione perché ancora ci sono punti di sofferenza riguardo a quelle che unanimemente sono ritenute "vergogne" collettive come la recente epidemia di morbillo. Su questo punto il consenso è stato unanime.
- La migliore conoscenza dei "nuovi" vaccini comparsi recentemente sul mercato, dei loro possibili benefici e limiti.
- L'esigenza della diffusione di una migliore cultura della vaccinazione, fatta anche di reti di sorveglianza, di collaborazione tra strutture diverse, di partecipazione attiva alla discussione relativa alle scelte vaccinali.

Che cosa poteva essere fatto meglio

A stretto giudizio di chi scrive qualcosa di più avrebbe dovuto essere fatto.

- Bisognava sottolineare meglio la differenza che passa tra intervento sanitario sul singolo soggetto, dal singolo pediatra, rispetto all'intervento di Sanità Pubblica che risponde a regole e logiche diverse.
- Bisognava caratterizzare meglio i fattori che possono rendere necessario quest'ultimo genere di intervento e verificarne la reale sussistenza, dimo-

strandolo che il ritorno di salute nella popolazione interessata giustifichi il costo (non solo economico) dell'intervento.

- Volendo dare indicazioni operative, sarebbe stato opportuno chiarire meglio l'aspetto metodologico che in questi casi occorre rispettare.
- Si deve dire che purtroppo le sollecitazioni fatte perché si affrontassero questi problemi non hanno ricevuto risposte chiare e motivate, o per lo meno non sono state recepite dal cronista il quale le ha avanzate di nuovo, anche dopo la conclusione del seminario, al prof. Bartolozzi, ma la risposta a tutt'oggi non è arrivata.

Rosario Cavallo

Prepararsi alla gravidanza: precauzioni, attenzioni e... una vitamina in più

"La medicina deve essere *preventiva* nel senso più genuino e intrepido, non esaurendosi nella diagnosi precoce di malattie già accettate nel momento in cui sono accertate; promovendo, invece, e difendendo la salute umana da tutte le offese dell'ambiente di lavoro e di vita fino a piegare queste a quella e non viceversa (...)". Questa riflessione di G. Maccacaro ha aleggiato per tutta la durata di un breve, ma "prezioso" convegno, svoltosi a Lecco il 17 maggio, rivolto a ostetrici, pediatri e operatori sanitari e organizzato dall'Associazione Patrizia Funes, fautrice di quella che P.P. Mastriacovo ha definito come la prima iniziativa organica di promozione dell'uso dell'acido folico in periodo preconcezionale, per la riduzione dell'incidenza dei difetti del tubo neurale (DTN).

La presentazione, da parte di F. Morandi della storia del progetto e della campagna di sensibilizzazione e prevenzione che si sta avviando nella provincia di Lecco, è stata preceduta da contributi significativi sulle evidenze disponibili rispetto a questo intervento di prevenzione primaria nel campo della salute infantile. G. Pagani (Registro Lombardo delle Malformazioni Congenite) in apertura ha delineato le finalità di un Registro dei

difetti congeniti, che deve prevedere diagnosi validate sempre da esperti, in grado di dare risposta ai massimi livelli di competenza. P.P. Mastriacovo ha spostato poi la riflessione sulle malattie come risultato di concause o fattori di rischio di vario tipo e natura e peso causale, ragionando sugli effetti di un controllo efficace di uno o più di essi. L'acido folico in particolare è in grado di prevenire più del 50% dei DTN, somministrato da solo o come multivitaminico (in tal caso l'efficacia si estenderebbe anche ad altre anomalie congenite).

La sua supplementazione in periodo preconcezionale, cruciale nella prevenzione, è utile anche per mettere in rilievo tutto quanto succede in quel tempo e aumentarne la consapevolezza da parte della donna. L. Botto (CDC Atlanta, USA) ha di seguito illustrato i risultati della "fortificazione" degli alimenti con acido folico (farine arricchite), obbligatoria negli USA: associata comunque alla supplementazione almeno 1 mese prima della gravidanza ha ottenuto una riduzione del 20% dei DTN. Tutto questo implica naturalmente un cambiamento di attitudini e abitudini nell'ambito più vasto della promozione della salute fetoinfantile, dove le diverse figure sanitarie sono chiamate a spendere competenze. Qual è il grado di consapevolezza dei medici rispetto a questo problema? Qual è l'attenzione e qual è la formazione a una comunicazione che inevitabilmente raggiunge anche chi non ha fatto la prevenzione?

Quale deve essere il ruolo dei professionisti della salute? Secondo recenti dati italiani, il 6% delle donne assume acido folico in periodo preconcezionale: troppo poco, quando l'obiettivo di minima del progetto presentato è arrivare al 20-25%. La risposta a questi interrogativi, emersi durante l'incontro, sta nell'azione di facilitazione, sostegno, aiuto, "controllo sociale" da parte degli operatori sanitari a vario livello e nel coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e non (mass media, associazioni di categoria, cittadinanza): il progetto e la campagna di prevenzione di Lecco ne sono un esempio e un possibile modello.

Federica Zanetto

Leggere e fare

40 In un bambino di 15 mesi con wheezing il distanziatore ha la stessa efficacia del nebulizzatore?

La somministrazione di broncodilatatori con spray predosato e distanziatore nel bambino di età inferiore a due anni con wheezing è efficace quanto l'impiego del nebulizzatore; pare addirittura migliorare outcome clinici quali il numero dei ricoveri e la necessità di steroidi. L'efficacia clinica si mantiene anche nel gruppo di bambini con score clinico più severo.

42 In un neonato prematuro l'esame clinico è sufficiente per diagnosticare un dotto di Botallo pervio?

L'ecocardiogramma nelle sue varie modalità di esecuzione (mono, bidimensionale, doppler e color-doppler) permette di giungere quasi sempre nelle cardiopatie ad una definizione diagnostica di dotto di Botallo pervio.

Il caso che insegna

47 Un lattante con grave stato di shock, vomito e ipoglicemia

Loredana è una bambina di 4 mesi; viene ricoverata dopo 3 giorni di febbre; ha pallore, cianosi periorale, pianto monotono, ipotonia, riflessi deboli. Il fegato è molto ingrossato e ci sono segni di citolisi epatica. Ha una ipoglicemia senza chetosi, una modesta acidosi metabolica. Vengono corrette l'acidosi e l'ipoglicemia, ma il quadro clinico rimane grave. A 60 ore dal ricovero Loredana sta male, ma viene portata a domicilio dove muore; ciò impedisce esami citochimici. L'epatomegalia, l'ipoglicemia senza chetosi, l'acidosi metabolica e il quadro di sofferenza generale e neurologica non focale suggeriscono la diagnosi di crisi metabolica acuta Reye-simile. I risultati degli esami rivelano un aumento delle acil-carnitine plasmatiche, compatibile con un difetto di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a lunga catena.

Informazioni per i genitori

48 La mastite: come riconoscerla e come comportarsi

La mastite è un'infezione del tessuto mammario, che colpisce circa un terzo delle donne che allattano ed è spesso causa (immotivata) di interruzione dell'allattamento al seno. L'articolo può essere di aiuto alle mamme per imparare a riconoscerla, a curarla, ma soprattutto a prevenirla.

In un bambino di 15 mesi con wheezing il distanziatore ha la stessa efficacia del nebulizzatore?

Antonella Stazzoni¹, Manuela Pasini²

¹Pediatra di famiglia, ACP Romagna

²UO di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "M. Bufalini", ASL di Cesena, ACP Romagna

Abstract

The administration of broncho dilators by predosed spray through a spacer in an under 2 years old child with wheezing is effective as a nebulizer; clinical outcomes, as the number of hospitalizations or the need of steroids seem improved. Clinical effectiveness is also shown in children with severe clinical score.

Antonella Stazzoni, Manuela Pasini. In a 15 month old child is the spacer effective as a nebulizer? Quaderni acp 2003 vol X n° 5; 40-41

Scenario clinico

Viene in ambulatorio un bambino di 15 mesi affetto da bronchite asmatiforme, per il quale è necessaria terapia inalatoria con beta 2-agonisti. La madre chiede se può utilizzare l'aerochamber che ha già in casa perché lo ha utilizzato per il fratello più grande che soffre di asma, o se deve utilizzare l'apparecchio per l'aerosolterapia.

Cerco nella letteratura se ci sono valutazioni della efficacia clinica sull'uso del beta 2-agonista con distanziatore in questa fascia di età.

Background

La bronchite asmatica nel lattante e nel bambino piccolo è una delle cause più frequenti di accesso in ambulatorio pediatrico o in pronto soccorso.

La terapia si avvale dell'impiego topico di beta 2-agonisti e di cortisonici. Mentre nel bambino più grande e nell'adulto gli spray predosati rappresentano la modalità che meglio associa la rapidità di somministrazione del farmaco con l'efficacia e il costo, nel lattante e nel bambino piccolo, per l'incapacità a coordinare inspirazione e attivazione dello spray, viene per lo più proposto il nebulizzatore come strumento di erogazione della terapia con beta 2-agonisti. L'introduzione del distanziatore da applicare allo spray predosato pare avere risolto questo problema.

La domanda in tre parti

In un **bambino di età < 2 anni** con wheezing [POPOLAZIONE] la somministrazione di **spray predosato e distanziatore** confrontato con il **nebulizzatore** [INTERVENTO]

è ugualmente efficace per il **miglioramento clinico?** [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini: **Infant - Wheezing - Metered Dose Inhalers - Nebulizers.**

Traduco la domanda su PubMed nella maschera "Clinical Queries Using Research Methodology Filters" selezionando **Therapy e Specificity: "Infant" AND "Wheezing" AND ("Metered Dose Inhalers" OR "Nebulizers") AND "Outcome".**

La ricerca seleziona 14 articoli: ne seleziono uno molto recente che risponde al mio quesito.

Articolo selezionato

Delgado A, Chou KJ, Silver EJ, Crain EF. Nebulizers vs Metered-Dose Inhalers with Spacers for Bronchodilator Therapy to Treat Wheezing Children Aged 2 to 24 Months in a Pediatric Emergency Department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:76-80

Caratteristiche dello studio

Nazione: USA

Tipo di studio: Studio clinico, randomizzato, controllato (RCT) in doppio cieco
Setting: Division of Emergency Medicine, Department of Pediatrics, Jacobi Medical Center, Bronx, NY

Pazienti e interventi confrontati: 202 bambini di età compresa tra 2 e 24 mesi (età media 11,7 mesi) che si sono presentati al Dipartimento di Emergenza tra agosto 95 e dicembre 96 con wheezing comparso con caratteri di acuzie. Di questi ne sono esclusi 34 (per assenza di un

accompagnatore che potesse firmare il consenso, per problemi respiratori e cardiaci cronici, per intubazione > 1 settimana durante il periodo neonatale, per un croup associato).

Gruppo controllo: 85 bambini (4 con asma lieve, 36 con asma moderato e 45 con asma severo) a cui vengono somministrati 3 puff di placebo con distanziatore, seguiti da albuterolo 0,15 mg/kg in 3 ml di soluzione fisiologica con nebulizzatore.

Gruppo sperimentale: 83 bambini (2 con asma lieve, 58 con asma moderato, 23 con asma severo) a cui vengono somministrati 3 puff di albuterolo (90 microg/puff) con distanziatore, seguiti da 3 ml di soluzione fisiologica con nebulizzatore.

I due gruppi non si differenziano per età, sesso, etnia; nel gruppo controllo sono più numerosi i bambini con asma grave, cioè con score di gravità clinica dell'asma più elevato.

Risultati riportati e calcoli eseguiti

Il confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo rispetto ad outcome clinici quali la necessità di impiego di steroidi nel Dipartimento di Emergenza e la necessità di ricovero sono riportati nelle **tabelle 1 e 2.**

Poiché lo score di severità dell'asma risultava più elevato nei pazienti del gruppo controllo, l'evento "ricovero" è stato successivamente valutato nei sottogruppi di pazienti con asma moderato e severo.

Anche nei bambini con asma severo la probabilità del ricovero è ridotta in maniera significativa dall'impiego del

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

leggere e fare

Secondo convegno
della Società Italiana
di Counselling Sistemico
Ospedale Civile Borgo Trento
Verona

COME DIRE

15 novembre 2003
ore 9-12

IL COUNSELLING E I NUOVI SCENARI DELLA GENITORIALITÀ

Il percorso nascita:
Gherardo Rapisardi,
Silvana Quadrino

Il bambino e la madre
tra attaccamento e distacco:
allattamento, nido,
altre figure educative
e significative
Serena Betti, Leonardo Speri

I nuovi papà e il loro ruolo
nell'educazione e nella salute
del bambino
Paola Di Nicola,
Giorgio Tamburlini

ore 12-13 Comunicazioni libere

ore 14-17

IL COUNSELLING E LE SITUAZIONI COMPLESSE

Vincoli, limiti, problemi etici
nelle diversità culturali
Michele Gangemi,
Cecilia Edelstein

Fra rassegnazione e speranza:
come comunicare con chi ricerca
la soluzione-miracolo
Antonio Felice,
Patrizia Longo

Giudice e profeta: il professionista
e la richiesta di consulenza
su normalità/non normalità
Patrizia Elli,
Giorgio Bert

Quota iscrizione
Soci SICIS euro 50
Non soci euro 60 entro il 13 ottobre
euro 70 dopo il 13 ottobre

TABELLA 1: NECESSITÀ DI IMPIEGO DI STEROIDI

Evento	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Impiego di steroidi	49/85	32/83			
	57%=0,57	38%=0,38	0,33	0,19	5,3

Commento: l'impiego del distanziatore riduce l'impiego di steroidi. Un NNT di 5 indica che si risparmia un trattamento con steroidi ogni 5 pazienti in cui viene utilizzato il distanziatore.

TABELLA 2: NECESSITÀ DI RICOVERO

Evento	CER	EER	RRR	ARR	NNT
Ricovero	17/85	4/83			
	20%=0,20	5%=0,05	0,75	0,15	6,6

Commento: l'impiego del distanziatore riduce il numero dei ricoveri. Un NNT di 6,6 indica che si risparmia un ricovero circa ogni 7 bambini in cui viene utilizzato il distanziatore.

distanziatore, in particolare si ha un NNT di 4,3 che conferma che l'impiego del distanziatore è efficace e riduce la frequenza del ricovero. Nei bambini con asma moderato la frequenza del ricovero risulta ancora minore nel gruppo "distanziatore", ma la differenza non raggiunge la significatività statistica verosimilmente per l'esiguità del campione.

Nota. Significato delle abbreviazioni nelle tabelle

CER (Control Event Rate), eventi nel gruppo di controllo; **EER** (Experimental Event Rate), eventi nel gruppo sperimentale; **ARR** (Absolute Risk Reduction), riduzione assoluta del rischio, cioè differenza fra gli esiti sfavorevoli nel gruppo di controllo e quello sperimentale; **RRR** (Reduction Risk Reduction), riduzione relativa del rischio di un evento sfavorevole nei pazienti randomizzati al trattamento in sperimentazione rispetto ai controlli; **NNT** (Number Needed to Treat), numero di bambini da trattare perché si verifichi un evento favorevole in più.

Conclusioni

Lo studio esaminato suggerisce che la somministrazione di broncodilatatori con spray predosato e distanziatore nel bam-

bino di età inferiore a due anni con wheezing è efficace quanto l'impiego del nebulizzatore, anzi pare addirittura migliorare outcome clinici quali il numero dei ricoveri e la necessità di steroidi. L'efficacia clinica si mantiene anche nel gruppo di bambini con score clinico più severo.

Tale modalità di somministrazione dei broncodilatatori risulta senza dubbio di più rapido e semplice impiego e meglio tollerata.

In realtà ci sono alcune limitazioni allo studio. Non sono riferiti in dettaglio i criteri su cui veniva deciso il ricovero e non si può escludere che nella valutazione dell'opportunità dello stesso siano entrati in gioco parametri non sempre obiettivi.

In effetti in entrambi i gruppi si osservava un miglioramento dello score di severità clinica dell'asma tale che dopo il trattamento sia il punteggio di severità clinica sia la SaO₂ non mostrava differenze significative tra i due gruppi. Lo studio non vuole inoltre entrare nel merito dell'efficacia dei broncodilatatori nel trattamento del "wheezing" nel bambino piccolo, ma solo indagare l'impatto della modalità di somministrazione dei broncodilatatori su alcuni outcome clinici in questa specifica fascia di età.

In un prematuro l'esame clinico è sufficiente per diagnosticare un dotto di Botallo pervio?

Manuela Pasini

UO di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "M. Bufalini", ASL di Cesena, ACP Romagna

Scenario clinico

Un neonato prematuro di 27 settimane di età gestazionale è ancora dipendente dal ventilatore all'età di 5 giorni. All'ascoltazione si apprezza un soffio sistolico di intensità 2/6 L in 2° spazio intercostale sinistro.

Tale reperto clinico suggerisce la diagnosi di persistenza di dotto di Botallo pervio, forse causa del protrarsi dell'insufficienza respiratoria e della difficoltà alla estubazione. Mi chiedo se la diagnosi clinica è efficace nella diagnosi di dotto di Botallo pervio emodinamicamente significativo e se si può quindi evitare di eseguire l'ecocardiogramma. Cerco se ci sono evidenze nella letteratura.

Background

La pervietà del dotto di Botallo è frequente nel neonato prematuro e può essere responsabile di significativa morbilità, aumentando il rischio di importanti complicanze della prematurità quali la displasia broncopolmonare, l'enterocolite necrotizzante, l'emorragia intracranica. Poiché la terapia farmacologica con indometacina o con ibuprofene e la legatura chirurgica del dotto sono risultate efficaci per la sua chiusura, è importante giungere a una diagnosi certa al fine di ridurre, mediante il trattamento precoce, la morbilità legata alla persistenza di questa condizione. L'impiego dell'ecocardiogramma nelle varie modalità di esecuzione (monodimensionale, bidimensionale, doppler e color-doppler) si è dimostrato una tecnica efficace per la visualizzazione del dotto, ma non sempre può essere facilmente disponibile. L'esame clinico pare uno strumento non accurato nella diagnosi di persistente pervietà del dotto di Botallo.

La domanda in tre parti

In un *neonato prematuro* [POPOLAZIONE]

l'*esame clinico* confrontato con l'*eco-cardiogramma* [INTERVENTO] è sufficiente per la diagnosi di *pervietà del dotto di Botallo?* [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Infant, Pre-mature - Physical Examination - Echo-cardiography - Ductus Arteriosus Patent*.

Traduco la domanda su PubMed nella maschera "Clinical Queries Using Research Methodology Filters" selezionando *Diagnosis* e *Specificity*: "*Infant, Premature*" AND ("*Physical Examination*" OR "*Echocardiography*") AND "*Ductus Arteriosus Patent*".

La ricerca seleziona undici articoli. Dopo avere letto gli abstract, seleziono un articolo come utile all'indagine.

Articolo selezionato

Davis P, et al. Precision and Accuracy of Clinical and Radiological Signs in Premature Infants at Risk of Patent Ductus Arteriosus. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:1136-41

Caratteristiche dello studio

Data di pubblicazione: 1995

Nazione: Canada

Setting: Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Hamilton, Ontario, Canada

Popolazione: 100 neonati con peso compreso tra 750 e 1750 grammi, di età 3-7 giorni.

Valutazione clinica di pervietà del dotto di Botallo in tutti i neonati con riferimento a:

- Qualità dei polsi arteriosi (normali, scoccanti)
- Impulso precordiale (ipercinetico)
- Soffio (assente, sistolico, continuo).

Gold standard

- Ecocardiogramma (monodimensionale, bidimensionale, doppler e color-doppler) eseguito in tutti i pazienti entro quattro ore dalla valutazione clinica.
- Riclassificazione dei pazienti dopo la esecuzione dell'ecocardiogramma, da cui risultano 23 con dotto di Botallo pervio all'ecocardiogramma, 76 senza pervietà del dotto di Botallo, e 1 eco inconclusivo.

Scopo dello studio è stato quello di validare, sul riscontro dell'ecocardiogramma, sensibilità, specificità, VPP e VPN dell'esame clinico nella diagnosi di pervietà del dotto di Botallo.

Risultati

Analisi della efficienza diagnostica dell'esame clinico nella diagnosi di pervietà del dotto di Botallo in rapporto ai tre parametri clinici valutati (tabella 1).

Metto i risultati nella tabella "2 per 2" escludendo il bambino in cui l'eco è risultato non conclusivo. Calcolo la sensibilità, specificità, VPP e VPN dell'esame clinico nella diagnosi di dotto di Botallo pervio con riferimento ai tre parametri clinici esaminati.

TABELLA 1: RISULTATI

Diagnosi clinica	Eco: Botallo presente	Eco: Botallo assente
Soffio	10/23 neonati	13/76 neonati
Polsi ipercinetici	10/23 neonati	23/76 neonati
Ilto ipercinetico	6/23 neonati	14/76 neonati

Per corrispondenza:

Manuela Pasini

e-mail: manu_pas@libero.it

leggere e fare

Abstract

Scientific literature gives the answer to the question if a clinical exam of a premature newborn is sufficient for the diagnosis of patent ductus arteriosus. Clinical exam does not appear sufficient either for the various false negativeness or positiveness.

Manuela Pasini. Is a clinical exam of a premature newborn sufficient for the diagnosis of patent ductus arteriosus?
Quaderni acp 2003 vol X n° 5; 42-43

TABELLA 2x2: ANALISI DELL'EFFICIENZA DIAGNOSTICA

PRESENZA DEL SOFFIO: VALORI E INTERVALLI DI CONFIDENZA						
	Eco pos.	Eco neg.	totale			
Soffio presente	10	13	23	Sensibilità	10 / 23 =	43,5% (da 22,8% a 64,2%)
				Specificità	63 / 76 =	82,9% (da 74,4% a 91,4%)
				VPP	10 / 23 =	43,5% (da 28,0% a 60,3%)
Soffio assente	13	63	76	VPN	63 / 76 =	82,9% (da 87,6% a 76,9%)
				Rapp. di verosimiglianza (Test positivo)	0,435 / (1 - 0,829) =	2,5 (da 1,3 a 5,02)
				Rapp. di verosimiglianza (Test negativo)	(1 - 0,435) / 0,829 =	0,68 (da 0,47 a 0,99)
Totale	23	76	99			

ITTO IPERCINETICO: VALORI E INTERVALLI DI CONFIDENZA						
	Eco pos.	Eco neg.	totale			
Itto ipercinet.	6	14	20	Sensibilità	6 / 23 =	26,1% (da 7,7% a 44,4%)
				Specificità	62 / 76 =	81,6% (da 72,8% a 90,4%)
				VPP	6 / 20 =	30,0% (da 15,7% a 49,7%)
Itto non ipercinet.	17	62	79	VPN	62 / 79 =	78,5% (da 82,6% a 73,7%)
				Rapp. di verosimiglianza (Test positivo)	0,261 / (1 - 0,816) =	1,4 (da 0,6 a 3,26)
				Rapp. di verosimiglianza (Test negativo)	(1 - 0,261) / 0,816 =	0,91 (da 0,69 a 1,18)
Totale	23	76	99			

POLSIO AMPIO: VALORI E INTERVALLI DI CONFIDENZA						
	Eco pos.	Eco neg.	totale			
Polso ampio	10	23	33	Sensibilità	10 / 23 =	26,1% (da 7,7% a 44,4%)
				Specificità	53 / 76 =	81,6% (da 72,8% a 90,4%)
				VPP	10 / 33 =	30,0% (da 15,7% a 49,7%)
Polso non ampio	13	53	66	VPN	53 / 66 =	78,5% (da 82,6% a 73,7%)
				Rapp. di verosimiglianza (Test positivo)	0,435 / (1 - 0,697) =	1,4 (da 0,8 a 2,56)
				Rapp. di verosimiglianza (Test negativo)	(1 - 0,435) / 0,697 =	0,81 (da 0,55 a 1,19)
Totale	23	76	99			

Il riscontro di un rapporto di verosimiglianza (RV) positivo < 5 per ciascun parametro clinico esaminato ci dice che l'esame clinico, qualunque sia il segno clinico rilevato, anche se positivo, è comunque poco attendibile per la diagnosi di Botallo pervio; mentre il riscontro di un RV negativo tra 0,5 e 1 ci permette di dire che anche la negatività dell'esame clinico è poco attendibile per escludere con certezza la presenza di un Botallo pervio. In altre parole, l'esame clinico risulta poco accurato nella diagnosi di dotto di Botallo e l'esecuzione

dell'ecocardiogramma risulterebbe necessaria per confermare o escludere la diagnosi.

Conclusioni

L'articolo esaminato conferma che l'esame clinico non è un test accurato per identificare il neonato prematuro condotto di Botallo pervio. Qualsiasi sia il parametro esaminato, più della metà dei pazienti non viene rilevato dall'esame clinico e d'altra parte anche in caso di positività dell'esame clinico un numero non indifferente di pazienti non vede

confermato il riscontro con l'eco. Lo studio conclude pertanto sulla necessità della esecuzione della ecografia per una diagnosi accurata di pervietà del dotto di Botallo nel neonato prematuro di età tra 3 e 7 giorni di vita al fine di riconoscere e trattare più precocemente i neonati affetti, e d'altra parte risparmiare un trattamento che non è esente da effetti collaterali ai neonati in cui la diagnosi non viene confermata. Se anche il neonatologo può divenire esperto nella esecuzione dell'eco per la diagnosi di dotto di Botallo è ancora oggetto di discussione.

Un lattante con grave stato di shock, vomito e ipoglicemia

Luciano De Seta, Giovanni Nocerino, Eliana Brigante

Unità Operativa Complessa IV Pediatria, Centro di Broncopneumologia e Allergologia Pediatrica, Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

La storia

Loredana, 4 mesi di vita, si ricovera in gravi condizioni generali per pallore intenso, cianosi periorale, sudorazione, pianto lamentoso continuo, ipotonia generalizzata. La madre riferisce che la piccola ha febbre da tre giorni e vomita da 48 ore. La storia familiare è negativa. È terzogenita da parto spontaneo e da gravidanza a termine, complicata da minaccia di aborto alla 12^a settimana, con peso alla nascita di 4000 g. I fratelli di 12 e 4 anni godono di buona salute. La bambina ha ricevuto allattamento materno esclusivo per tre mesi, poi integrato con latte formulato. L'accrescimento staturale e ponderale e lo sviluppo psicomotorio sono riferiti normali. Tre giorni prima del ricovero ha presentato febbre (38-39 °C), interpretata dal pediatra come da infezione delle prime vie aeree e trattata a domicilio con amoxicillina e paracetamolo. Da circa 48 ore presenta febbre (37,5-38° Celsius), rifiuta l'alimentazione, ha vomito ripetuto e alvo con feci semiliquide. Da 24 ore sono comparsi torpore e ipotonia muscolare.

Il decorso

1. Esame obiettivo ed esami all'ingresso (segnalate in neretto le anomalie più vistose): condizioni generali della bambina molto compromesse; sensorio obnubilato, pianto flebile, mucose aride e pallide, disidratazione (100 ml/kg circa), cianosi periorale e periferica. Peso 7,200 kg (90° centile), lunghezza 63 cm (75°-90° centile). Temperatura 37,2 °C. Al torace murmure, normalmente presente su tutto l'ambito polmonare; attività cardiaca ritmica (frequenza cardiaca 152 battiti/min). **Fegato notevolmente aumentato di volume e di consistenza discreta, con margine inferiore palpabile a circa 5 cm dall'arcata costale;** milza nei limiti. Al torpore sono associate ipotonia, iporeattività, iporefflessia.

Gli esami di laboratorio: **Hb 8.7; GR 3.120.000** (L. 55.8%, M. 3.25%, N. 41%); piastrine 529.000; **EAB: pH 7.32, pCO₂ 30, pO₂ 90, BS 12.7, BE -11.6.** Elettroliti: Na 137 mEq/l, K 5.6 mEq/l, Cl 99 mEq/l. Saturazione dell'Hb in aria 100%, **bilirubina tot. 2.12, glicemia 42 mg%**, Urea 53, **AST 206, ALT 214, fosfatasi alcalina 1460, VES 10, PCR 1.30 mg%**. Esame delle urine: tracce di chetoni, assenza di sostanze riducenti. Urocultura: negativa. Liquor (esame citochimico e colturale): negativo. **Ecocardiogramma: sofferenza miocardica diffusa.** ECG: ritmo sinusale, sofferenza aspecifica diffusa. Ecografia dell'encefalo: assenza di lesioni strutturali e vascolari. **Ecografia dell'addome: fegato di dimensioni notevolmente aumentate,** netta iperecogenicità (steatosi?). In relazione al quadro clinico e ai primi esami di laboratorio, viene instaurata terapia infusoria con soluzione glucosata al 10% con aggiunta del fabbisogno elettrolitico e, dopo i prelievi per gli esami colturali (sangue, urine, liquor), viene iniziata terapia antibiotica con ceftriaxone (80 mg/kg).

2. Dopo un parziale miglioramento della sintomatologia clinica e del quadro neurologico (presenza di più protratti stati di veglia, maggiore reattività agli stimoli, comparsa di suzione seppur debole), a 24 ore dal ricovero le condizioni di Loredana continuano a essere gravi. I successivi esami mostrano **iperammoniemia modesta (105 mg% con v.n. inferiore a 80 mg%),** alterazioni emocoagulative (**PT 42%, PTT 46 sec., fibrinogeno 103 mg%, XDP <20 con vn>40 mg/ml**), ulteriore anemizzazione (**Hb 7.10 g%, GR 2.560.000**).

3. Per correggere i deficit emocoagulativi si rende necessario praticare infusione di plasma fresco congelato. Le altre indagini praticate hanno successivamente mostrato: **ALT 168 UI/l, AST 165 UI/l,**

CPK 1450 UI/l, gammaGT 232 (vn<40 UI/l), LDH 1984 UI/l (vn<200 UI/l). A 48 ore dal ricovero si assiste a una sostanziale normalizzazione di alcuni dati di laboratorio precedentemente alterati (PT, PTT, ammoniemia, glicemia, EAB), anche se il quadro clinico rimane sostanzialmente immutato nella sua gravità. Immutati sono, di contro, l'ipertransaminasemia, l'ipoproteinemia, l'iperCPK. Nella norma sono l'aminoacidemia, l'aminoaciduria, la lattacidemia, la piruvicemia.

4. A 60 ore, improvvisamente, le condizioni cliniche della piccola precipitano. La bambina presenta notevole agitazione, cianosi centrale e periferica, bradicardia (60 battiti/min), insufficienza respiratoria (sat. O₂ 60% in aria). Nonostante gli interventi rianimatori, le condizioni generali della bimba si aggravano ulteriormente, da far prevedere un exitus imminente, per cui i genitori decidono di portarla a casa. Loredana cessa di vivere, forse, nel tragitto tra ospedale e casa.

La diagnosi o le diagnosi

La storia clinica (insorgenza acuta dopo un periodo di digiuno protratto), l'epatomegalia con importante compromissione della funzione epatica, l'ipoglicemia ipochetotica e l'acidosi con GAP anionico suggerivano di per sé la diagnosi di malattia metabolica, e l'importante quadro neurologico senza segni focali poteva essere interpretato come secondario. Ma se, per puro esercizio scolastico, avessimo voluto valorizzare ogni singolo segno isolatamente, avremmo potuto seguire il ragionamento che proponiamo al lettore:

1. la marcata **compromissione della funzione epatica** poteva suggerire un deficit del ciclo dell'urea, ma nel nostro caso l'iperammoniemia solo modesta e transitoria era sufficiente a escluderlo
2. la marcata **epatomegalia associata a ipoglicemia** poteva suggerire una

Per corrispondenza:
Luciano De Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

Abstract

Loredana is a four month old baby; she was hospitalized after a 3 day fever; she has pallor, peroral cyanosis, tedious cry and weak reflexes. The liver appears very enlarged with signs of hepatic cytolysis. She has hypoglycaemia without ketosis and a light metabolic acidosis. After the stabilization of ketosis and hypoglycaemia the situation remains serious. 60 hours after hospitalization Loredana's condition greatly worsens and she dies; this does not permit the execution of further laboratory exams. Hepatomegaly, hypoglycaemia without ketosis, metabolic acidosis and a generally serious clinical situation with non focal neurological signs suggest the diagnosis of acute metabolic Reye-like syndrome. The results of laboratory exams show an increase of acil-carnitine consistent with long chain 3-hydroxy-acil-deidrogenase-CoA deficiency.

Luciano de Seta, Giovanni Nocerino, Eliana Brigante. A baby with a serious shock, vomit and hypoglycaemia
Quaderni acp 2003 vol X n° 5; 44-47

galattosemia o una intolleranza al fruttosio (negate dall'assenza di sostanze riducenti nelle urine) o ancora un difetto nella utilizzazione del glicogeno quali il difetto di 1-6 difosfatasi o la glicogenosi tipo I (entrambe escludibili per l'assenza di iperlattacidemia)

3. l'ipoglicemia di per sé ci avrebbe potuto indirizzare verso due categorie di malattie:

3.1. le ipoglicemie da eccesso di insulina, ma queste forme potevano essere escluse nel nostro caso per la presenza di chetonuria (sia pur modesta), per la non risoluzione dei sintomi dopo correzione dell'ipoglicemia e soprattutto per la storia non compatibile. Le ipoglicemie da iperinsulinismo non sono usualmente indotte dal digiuno ma piuttosto sono scatenate dai pasti e non sono tipiche di questa età, oppure si verificano già alla nascita per un quadro di nesidioblastosi o molto dopo per un adenoma insulare e soprattutto, come detto, non si accompagnano mai a chetonuria

3.2. le ipoglicemie da difetto di substrato. In questo capitolo da una parte sta l'ipoglicemia chetotica, che non è altro che una forma benigna dell'infanzia secondaria a carenza di riserve di glicogeno. È tipica del bambino dell'età dell'asilo e non si accompagna mai a epatomegalia. L'organismo in questa situazione deve, in occasione del digiuno, affidarsi come fonte energetica ai grassi di deposito, il cui prodotto finale di degradazione sono i chetoni, che risultano abnormemente elevati. Dall'altra parte stanno tutti i difetti metabolici con alterata metabolizzazione del glicogeno che abbiamo riportato al punto 2 e che abbiamo escluso per l'assenza di iperlattacidemia. Anche in queste condizioni però la chetonuria è usualmente massiva. Nel nostro caso, come abbiamo visto, la chetonuria c'era ma era modesta.

Vediamo allora di capire meglio. Ci siamo orientati da subito per una malattia metabolica congenita, e questa è la strada giusta. Il quadro è dominato dall'epatomegalia con marcata compromissione della funzionalità, dall'ipoglicemia e da una compromissione neurologica. Restringiamo quindi il quadro a una "sindrome di Reye" o a una situazione "Reye-simile" (tabella 1).

TABELLA 1: MALATTIE CHE SI POSSONO PRESENTARE CON QUADRO SIMILE ALLA SINDROME DI REYE

Malattie metaboliche:

- Acidurie organiche
- Disordini della fosforilazione ossidativa
- Difetti del ciclo dell'urea
- Fruttosemia
- Difetti di beta-ossidazione degli acidi grassi

Infezioni e/o intossicazioni del sistema nervoso centrale

Sindrome dello shock tossinico

Intossicazioni (salicilato, valproato)

Resta da capire quella chetonuria modesta ma comunque presente. Per una sindrome di Reye mancava il dato anamnestico: assunzione di farmaci quali l'aspirina e/o una varicella in atto o recentemente sofferta. La modesta iperammoniemia, rapidamente normalizzatasi, ha fatto escludere questa diagnosi.

La diagnosi si è, pertanto, indirizzata verso una crisi metabolica acuta Reye-simile. Sugerivano questa ipotesi l'estrema gravità e rapidità dell'evoluzione del quadro clinico d'esordio in una lattante che era stata sempre "apparentemente" bene e ancora:

1. la comparsa della sintomatologia dopo un periodo di digiuno associato a un'infezione respiratoria alta
2. il coinvolgimento multiorgano
3. i dati di laboratorio (ipoglicemia, acidosi metabolica, notevole compromissione della funzionalità epatica e della protidosintesi con secondarie turbe della coagulazione, normalità della latticoacidemia, aminoacidemia, aminoaciduria, assenza di chetonuria).

Si è quindi provveduto a raccogliere campioni di urine per il dosaggio degli acidi organici urinari e al prelievo di campioni di sangue per il dosaggio degli acidi organici, della carnitina e delle acil-carnitine, e si è contattato, contemporaneamente, il Centro di riferimento per le malattie metaboliche congenite.

I risultati dei suddetti esami hanno mostrato un significativo incremento delle

acil-carnitine plasmatiche e degli acidi organici urinari compatibilmente con un "difetto della 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a lunga catena".

Per il rapidissimo e infausto decorso non è stato possibile eseguire il dosaggio dell'enzima carente o della mutazione genetica per la mancanza di fibroblasti o cellule epatiche. I genitori di Loredana sono stati indirizzati presso un Centro di Genetica medica ai fini dell'identificazione di fratelli asintomatici a rischio e per l'assistenza in un'eventuale, futura gravidanza.

Commento

A differenza della sindrome di Reye, in sostanza scomparsa per l'accertamento della sua associazione con l'aspirina, sono state descritte negli ultimi dodici anni un'ampia varietà di malattie metaboliche, precedentemente non conosciute, che presentano un quadro clinico simile e che devono essere considerate nella diagnosi differenziale. Nel gruppo delle malattie metaboliche che esordiscono in modo acuto e che riguardano prevalentemente l'età neonatale o del lattante e che possono simulare la sindrome di Reye, ricordiamo tutti quei difetti metabolici congeniti in cui si può realizzare un difetto acuto di rifornimento di energia per il normale funzionamento cellulare (tabella 1). Gli organi che risentono prima di questa alterazione sono appunto quelli a più alto fabbisogno energetico quali fegato, muscolo, cuore e cervello. Il difetto si può realizzare perché viene a mancare il rifornimento di substrati o il loro trasporto o la loro metabolizzazione entro il mitocondrio, ove si produce appunto tutta l'energia cellulare tramite la trasformazione di ADP in ATP a partire dagli zuccheri e dai grassi.

In buona sostanza, alla base delle "sindromi simil-Reye", vi è sempre un difetto enzimatico che determina una mitocondriopatia. Nel "Reye" vero e proprio la mitocondriopatia c'è, ma non se ne conosce il difetto. I difetti del metabolismo degli acidi grassi sono un tipico esempio di queste forme cosiddette "simil-Reye". Si tratta di difetti di metabolizzazione (beta-ossidazione) o del loro trasporto entro il mitocondrio (difet-

ti del metabolismo della carnitina, che è la chiave che permette all'acido grasso di entrare dentro il mitocondrio). Questi difetti di metabolizzazione degli acidi grassi esordiscono nel 70-80% dei casi in modo acuto (con inappetenza, suzione debole, vomito, disturbi respiratori, sopore, convulsioni). L'intervallo tra la nascita e la comparsa dei primi sintomi può variare da ore ad alcune settimane o mesi, come nel caso di Loredana. Il digiuno e/o l'aumentata richiesta di energia, quali un banale episodio febbrile, sono alla base della comparsa dei primi sintomi. Nei **difetti di beta-ossidazione degli acidi grassi** l'ipoglicemia si manifesta solo dopo digiuno molto protratto, poiché prima vengono normalmente consumate le riserve di zuccheri e solo in un secondo momento avviene la crisi, quando si devono consumare i grassi di riserva. Al di fuori degli episodi acuti possono essere presenti solo modesti sintomi a carico degli organi più direttamente dipendenti dal metabolismo dei grassi, quali muscolo scheletrico e cuore (astenia, cardiomiopatia). Si tratta di difetti a carico di enzimi che hanno come effetto finale quello di non permettere la metabolizzazione dei grassi dentro il mitocondrio.

L'ingresso dell'acido grasso nel mitocondrio avviene, come detto, a opera di un complesso legato alla carnitina, che in questo caso viene fortemente impegnato. Gli acidi grassi vengono liberati dai tessuti di deposito (i NEFA, cioè gli acidi grassi liberi o non esterificati aumentano fortemente in questa condizione), impegnano il sistema di trasporto attraverso la membrana mitocondriale (la carnitinemia è bassa per questo motivo) e si accumulano dentro il mitocondrio. Gli acidi grassi non bruciati prendono vie metaboliche alternative con formazione di acidi grassi dicarbossilici (il cui dosaggio in corso di crisi è molto prezioso per la diagnosi e che ci spiegano l'acidosi organica rilevata nel nostro caso). La carnitina fortemente impegnata per l'ingresso massivo di acidi grassi nel mitocondrio viene metabolizzata ad acil-carnitina. Il suo rilievo nelle urine durante la crisi è molto prezioso. La produzione di una anche solo modesta quantità di chetoni è

cruciale per sospettare questo difetto. Nel difetto di beta-ossidazione viene a mancare un enzima (e uno solo) che permette di metabolizzare uno specifico gruppo di grassi, cioè solo quelli a corta o media o lunga catena. Si capisce così come solo una quota di grassi non venga metabolizzata, cioè quella dipendente dall'enzima carente, mentre gli altri grassi siano metabolizzati fino a chetoni. Ecco spiegata la cosiddetta ipoglicemia ipochetotica. Si tratta di condizioni più frequenti di quello che si ritenesse in passato, sempre caratterizzate da ipoglicemia ipochetotica, con un quadro biochimico molto eloquente durante le crisi e assai sfumato al di fuori di esse.

La biochimica e la terapia

Per essere un po' più precisi sul piano biochimico merita ricordare cosa succede precisamente nel mitocondrio: la **beta-ossidazione** accorcia gli acidi grassi a una molecola di acetyl-CoA (due atomi di carbonio). Tale processo è catalizzato da una deidrogenasi specifica, legata al complesso enzimatico FAD (MCAD, *medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*; LCAD, *long-chain acyl-CoA dehydrogenase*; VLCAD, *very long-chain dehydrogenase*; SCAD, *short-chain acyl-CoA dehydrogenase*). Un difetto di beta-ossidazione comporta un'insufficiente produzione di energia durante i periodi di digiuno; viene a mancare CoA libero nel mitocondrio e, a seconda della localizzazione del difetto metabolico, si accumulano acil-carnitine tossiche di diversa natura. Tutti i difetti di beta-ossidazione degli acidi grassi vengono ereditati con modalità autosomica recessiva; di questi ne sono conosciuti almeno 12. Essi, sostanzialmente, sono rappresentati dai deficit di acetyl-CoA a media catena (MCAD), a catena lunga e molto lunga (LCAD/VLCAD), a catena corta (SCAD). Il MCAD è il più frequente; il LCHAD sembra essere il secondo in ordine di frequenza.

Le manifestazioni cliniche comprendono crisi di ipoglicemia ipochetotica associate a vomito e a letargia rapidamente progressiva fino al coma o convulsioni e collasso cardiorespiratorio. Tale sintomatologia compare in genere dopo periodi di

12-16 ore di digiuno o in corso di malattie febbrili intercorrenti. Rispetto al deficit di MCAD i pazienti con LCHAD mostrano una sintomatologia più grave e più precoce con presenza di cardiomiopatia, grave insufficienza epatica, manifestazioni neurologiche più severe, rhabdomiolisi. I livelli urinari e plasmatici di corpi chetonici sono bassi e, a causa dell'assenza dei chetoni, l'acidosi metabolica associata è assente o modesta, come nel caso descritto.

Il dosaggio degli acidi organici urinari mediante gascromatografia-spettrofotometria di massa mostra livelli elevati di acidi 3-idrossi-dicarbossilici a lunga catena in corso di digiuno o di malattia acuta. Questi ultimi sono elevati anche nel plasma e sono associati a livelli di carnitina ridotti del 25-50%.

Il deficit secondario di carnitina riflette la competizione tra incremento dei livelli di acil-carnitina e trasporto di carnitina libera attraverso le membrane mitocondriali. La certezza diagnostica si ottiene con il riscontro del deficit enzimatico su fibroblasti o leucociti in coltura o l'analisi molecolare (mutazione del gene LCAD).

La terapia della fase acuta consiste nell'infusione di soluzioni glucosate al 10% allo scopo di risolvere immediatamente la lipolisi; quella delle forme croniche in pasti frequenti ricchi di carboidrati e nell'evitare periodi prolungati di digiuno. La mortalità è molto alta sia nelle forme di insorgenza acuta come nel caso descritto, sia in quelle che si presentano con sintomi cronici aspecifici (38% in una casistica di 50 casi raccolti negli ultimi dieci anni in Europa). Questa elevata mortalità può essere spiegata con due meccanismi:

1. la tossicità degli esteri dell'acetyl-CoA deidrogenasi che determinano disturbi del ritmo cardiaco e cardiomiopatie;
2. il blocco dell'ossidazione degli acidi grassi a lunga catena che comporta l'incapacità a sintetizzare corpi chetonici e/o ATP, la più importante riserva di energia nell'uomo. La percentuale di sopravvivenza nelle forme che si presentano con sintomi cronici potrà essere migliorata da studi multicentrici che dovranno valutare l'utilità di differenti regimi terapeutici.

tici, quali la supplementazione della dieta con MCT, L-carnitina o acido docosaesanoico. Nelle forme ad esordio con grave compromissione metabolica acuta, l'unico modo per diminuire la mortalità è il sospetto diagnostico precoce, prima dello scompenso metabolico acuto e prima che si manifesti l'ormai irreversibile insufficienza multiorgano.

Che cosa abbiamo imparato

Il caso non è dei più semplici e lo abbiamo proposto soprattutto come esempio di esercizio di ragionamento diagnostico. Le considerazioni finali che possiamo fare sono queste.

- Le emergenze metaboliche sono condizioni da affrontare tempestivamente, con rapida formulazione di un sospetto diagnostico.
- L'intervallo di tempo tra la nascita e la comparsa dei sintomi varia da ore a settimane o mesi a seconda della patologia metabolica in causa.
- La sintomatologia clinica in alcune malattie metaboliche, quali ad esempio acidosi organiche, galattosemia, difetti del ciclo dell'urea, intolleranza ereditaria al fruttosio, si manifesta subito dopo l'alimentazione; in altre, quali appunto i difetti della beta-ossidazione degli acidi grassi, dopo un periodo di digiuno.
- Nel sospetto di malattia metabolica acuta è indispensabile praticare una raccolta di campioni di sangue e urine per esami ematochimici orientativi di primo livello (funzionalità epatica e renale, emogasanalisi, emocoagulazione, ammoniemia, latticoacidemia, urine per chetonuria, glicosuria, pH e densità urinaria) e di secondo livello (aminoacidemia, aminoaciduria, acidi organici, acil-carnitine, carnitinemia e altro) ai fini di una definizione diagnostica.
- Nel sospetto di un disordine metabolico legato alla beta-ossidazione degli acidi grassi il primo intervento terapeutico consiste nell'infusione parenterale di soluzioni glucosate per interrompere l'ipoglicemia da digiuno e utilizzare fonti energetiche diverse dai lipidi, impedendo così l'accumulo di metaboliti non fisiologici.

- È sempre indicata un'adeguata valutazione genetica per una precisa diagnosi prenatale e il riconoscimento di eventuali familiari asintomatici (50%).

Ma soprattutto abbiamo re-imparato che:

- I pazienti con difetti di beta-ossidazione degli acidi grassi possono essere completamente asintomatici, clinicamente e metabolicamente, fino a quando condizioni "banali" come un'infezione intercorrente o un digiuno occasionale non creano una situazione di scompenso metabolico.
- Circa il 40% dei pazienti muore durante il primo episodio della malattia. La mortalità persiste elevata, anche se si riesce a superare la crisi metabolica acuta.

Bibliografia consultata

- (1) Ding JH, Yang BZ, Nada MA, Roe CR. Improved detection of the G1258C mutation in LCHAD deficiency. *Biochem Mol Med* 1996 Jun;58(1):46-51
- (2) Tyni T, Pihko H. Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency. *Acta Paediatr* 1999 Mar;88(3):237-45
- (3) Gillingham M, Van Calcar S, Ney D, Wolff J, Harding C. Dietary management of long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHADD). A case report and survey. *J Inher Metab Dis* 1999 Apr;22(2):123-31
- (4) Faulkner MS. Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency: a case example in developmental disabilities. *J Pediatr Nurs* 1999 Dec;14(6):359-68
- (5) Jones PM, Moffit M, Joseph D, Harthcock PA, et al. Accumulation of free 3-hydroxy fatty acids in the culture media of fibroblasts from patients deficient in long-chain 1-3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase: a useful diagnostic aid. *Clin Chem* 2001;47(7):1190-4
- (6) Hintz SR, Matern D, Strauss A, Bennett MJ, et al. Early neonatal diagnosis of long-chain 3-hydroxyacyl coenzyme A dehydrogenase and mitochondrial trifunctional protein deficiencies. *Mol Genet Metab* 2002 Feb; 75(2):120-7
- (7) den Boer ME, Wanders RJ, Morris AA, et al. Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency: clinical presentation and follow-up of 50 patients. *Pediatrics* 2002 Jan;109(1):99-104

Meningiti batteriche e nuovi vaccini: la posizione della SIP

La nota sulle meningiti batteriche di Luigi Notarangelo comparsa su *Pediatratria notizie* della SIP di marzo-aprile 2003, fa il punto sulla situazione epidemiologica italiana rispetto alle meningiti batteriche e alle nuove possibilità di prevenzione attraverso la vaccinazione.

Il metodo dell'analisi e le conclusioni ci trovano in perfetta sintonia.

Partendo dai dati epidemiologici disponibili in Italia, Notarangelo rileva innanzi tutto la sostanziale stabilità del fenomeno in ordine di grandezza e contraddice gli allarmi ingiustificati. Descrive l'attuale difficoltà, rispetto ad altre realtà (come gli USA), nel valutare l'opportunità d'utilizzo su larga scala dell'antipneumococcico coniugato (come del resto in tutta Europa), mentre per antimeningococco C valuta che "non sussistano indicazioni per un uso estensivo nel nostro Paese per la vaccinazione".

Per entrambi i vaccini conferma l'indubbia necessità di utilizzarli nei bambini con patologie che li espongono ad alto rischio di infezioni invasive.

Anche la conclusione sui "compiti" del pediatra è condivisibile: Notarangelo lo invita a ricordare l'esistenza di questi nuovi vaccini ai genitori sapendo "consigliare in modo ragionato ogni famiglia nella scelta consapevole della soluzione migliore per il proprio bambino". Lo richiama a una visione più allargata, capace di "vegliare sul benessere di tutta la popolazione pediatri" cui consegue che egli "non può prescindere dalle indicazioni che a livello nazionale e regionale gli pervengono dalle autorità competenti". È assai apprezzabile la posizione della Società Italiana di Pediatria espressa in questa breve e limpida nota, nel richiamo al rigore metodologico nell'affrontare il problema e ai comportamenti corretti nei confronti delle famiglie, della comunità intera e delle autorità competenti nella valutazione collettiva della salute. Ma anche alla necessità di una partecipazione attiva e attenta dei pediatri a valutazioni e verifiche non solo attraverso la consultazione della letteratura, ma anche attraverso un impegno diretto negli studi di sorveglianza e di efficacia.

lg

La mastite: come riconoscerla e come comportarsi

Sergio Conti Nibali¹, Grazia Scibilia²

¹Pediatra di base, AUSL 5 di Messina

²Specializzanda in Pediatria, Università di Messina

Abstract

Mastitis is an inflammation of mammary tissue; it affects about one third of breast feeding women and often it brings to a groundless interruption of breast feeding. The aim of this article is to help mothers to recognize and cure mastitis, and most important of all, to prevent it.

Sergio Conti Nibali, Grazia Scibilia. Mastitis: how to behave and recognize it.

Quaderni acp 2003 vol X n° 5; 49

Definizione

La mastite è l'infiammazione di una zona della mammella e si manifesta con una certa frequenza nelle donne che allattano, soprattutto durante le prime settimane dopo il parto. A volte alcuni batteri o funghi possono trasformare l'infiammazione in una vera e propria infezione.

Le cause

La causa più frequente della mastite è l'ostruzione di uno o più dotti galattofori (che sono piccoli tubicini che fanno defluire il latte fino al capezzolo); l'ostruzione determina la perdita di piccole quantità di latte intorno al tessuto mammario e di conseguenza una risposta infiammatoria del tessuto.

È evidente che la migliore misura per prevenire l'ostruzione e, dunque, la mastite consiste nel permettere un normale deflusso del latte con la suzione del bambino. È importante, quindi, sia allattare a richiesta, senza imporre orari rigidi, sia non dare limiti alla suzione del bambino, concedendogli il tempo necessario (che sarà diverso da bambino a bambino) per completare la poppata. Imporre delle regole ("dieci minuti da una parte e 10 dall'altra") può causare un ristagno di latte, in quanto non si permette il normale deflusso di latte che la suzione completa del bambino consente. È possibile, tuttavia, che un bambino stia attaccato a lungo al seno, ma la sua posizione e il suo attacco non siano corretti e che, di conseguenza, la suzione non sia adeguata. A volte, tuttavia, è il bambino che, pur essendo attaccato bene al seno della mamma, non riesce a far defluire

bene il latte dalla mammella (ad esempio un bambino con una suzione debole, un prematuro). In questi casi sarà opportuno spremere manualmente il seno o ricorrere all'uso del tiralatte.

Indossare un reggiseno stretto è un altro fattore di rischio: la compressione può causare il blocco del deflusso di latte in un dotto con conseguente infiammazione. La mastite può anche derivare da una ragade al capezzolo (che è causata sempre da un non corretto attacco del bambino al seno): in questo caso la lesione favorisce la penetrazione dei germi che poi risalgono i dotti, provocandone in un punto l'infiammazione.

Il dotto ostruito: che fare?

Un dotto ostruito (vedi figura) provoca un dolore non intenso e un gonfiore localizzati in un punto ben preciso della mammella; non si accompagna né a febbre né a malessere generale. In presenza di questi sintomi bisogna aumentare la

frequenza delle poppate dal lato affetto, massaggiando delicatamente la zona gonfia e dolente verso l'areola e applicando prima della poppata un panno caldo-umido: queste misure favoriscono il deflusso del latte nel dotto bloccato.

La mastite: che fare?

Se non si avviano tempestivamente queste misure, si può arrivare a una vera e propria mastite con la comparsa di una tumefazione diffusamente rossa, molto dolente, con febbre e malessere. Le misure terapeutiche saranno uguali a quelle del dotto bloccato: anche in questo caso è importante favorire le suzioni frequenti; il bambino, infatti, può bere senza problemi il latte anche in presenza di una mastite infettiva; in aggiunta, può essere utile per la madre l'assunzione di analgesici e, eventualmente, anche di antibiotici (il ciclo dovrà durare non meno di 10-14 giorni), su prescrizione medica.

Sintomi del dotto ostruito e della possibile evoluzione verso la mastite

Dotto ostruito ⇒ stasi del latte ⇒ mastite non infettiva ⇒ mastite infettiva



DOTTO OSTRUITO
Massa piccola, sensibile al tatto
Arrossamento localizzato
Non febbre, ci si sente bene

MASTITE
Massa dura, forte dolore
Grande area rossa
Febbre, malessere

Per corrispondenza:

Grazia Scibilia

e-mail: graziellascibilia@tiscali.it

informazioni per genitori

PROSPETTIVE IN PEDIATRIA

Dalle frontiere della ricerca alla pratica clinica

Nel numero 129 del 2003 di **Prospettive in Pediatria** vengono trattate le ultime novità in pediatria di urgenza e reumatologia.

- In *Pediatria di urgenza* vengono approfondite le ultime novità sul dolore, la terapia della disidratazione e vomito in corso di gastroenterite acuta, quella dell'accesso asmatico e della bronchiolite grave (ruolo terapeutico dell'adrenalina nebulizzata); il problema della diagnosi di appendicite acuta, (rimane ancora una comune causa di errore), le indicazioni all'approfondimento diagnostico-strumentale nel bambino con trauma cranico minore, il valore predittivo di alcuni marker di laboratorio di flogosi acuta, nella diagnosi di infezione grave batterica, nel lattante febbrile.

- In *Reumatologia* sono approfondite le nuove possibilità terapeutiche grazie alla possibilità di inibire selettivamente singole molecole coinvolte nel processo infiammatorio, le nuove strategie terapeutiche immuno-mediate per le patologie infiammatorie croniche tramite l'inibizione o la modulazione di alcuni meccanismi patogenetici cruciali nel mantenimento dei processi infiammatori cronici, le nuove acquisizioni generate dalla scoperta della base molecolare di un congruo gruppo di malattie autoinfiammatorie secondarie a mutazioni monogeniche, i progressi nel trattamento dell'artrite idiopatica giovanile (AIG) con l'introduzione dei farmaci ad azione inibitoria nei confronti del tumor necrosis factor (TNF) (etanercept, infliximab, adalimumab).

- Nella rubrica di *farmacoterapia* vengono affrontati i possibili ruoli terapeutici dei probiotici; in quella di genetica e fisiopatologia è illustrato il contributo degli studi sulla Discheratosi congenita nell'ambito delle recenti scoperte di biologia cellulare e genetica molecolare sugli RNA non codificanti.

Sommario del numero 129.

Pediatria d'urgenza (L. Da Dalt, Padova)

Novità in Pediatria d'Urgenza. L. Da Dalt, S. Sartori, S. Callegaro, B. Andreola, T. Zangardi.

Terapia della bronchiolite: quale il ruolo dell'adrenalina nebulizzata. S. Sartori, S. Callegaro, S. Zanconato, L. Da Dalt

Approccio al bambino con trauma cranico minore. L. Da Dalt, G. Pagano, T. Zangardi

Predittori di infezione batterica severa nel lattante febbrile. B. Andreola, N. Mainini, L. Da Dalt

Reumatologia (A. Martini, Genova)

Reumatologia pediatrica: progressi recenti. A. Martini.

Implicazioni terapeutiche delle nuove scoperte patogenetiche. M. Gattorno, E. Felici, F. Ferlito, A. Gregorio

Le sindromi autoinfiammatorie su base genetica. P. Picco, A. D'Osualdo, F. Rossi, MC Strozzi, I. Ceccherini

La terapia con inibitori del tumor necrosis factor. L. Trail, A. Buoncompagni, A. Ravelli

Frontiere: "Patologia molecolare della discheratosi congenita". F. Cossu.

Novità in Terapia Farmacologica: I probiotici. G.V. Coppa, L. Zampini, T. Galeazzi, O. Gabrielli

Abbonamento Euro 48 per tutti i fascicoli del 2003.

Versare sul ccp 10370567 intestato a Pacini editore SpA

Causale: "Prospettive in pediatria ANNO 2003"

Associazione Culturale Pediatri

SEMINARIO "SIRMIONE 14" - LABORATORIO PROGETTUALE

IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

Costruire una rete assistenziale integrata

Perugia 20-22 novembre 2003

PROGRAMMA PRELIMINARE

Giovedì 20 novembre

- 15,00 Introduzione al Seminario (G. Mastella, R. Cotta)
- 15,30 La progettazione dei percorsi assistenziali, integrati e multidisciplinari, partendo da risorse date (R. Cotta)
- 16,30 Introduzione ai problemi-bisogni del bambino con malattia cronica (F. Zanetto)
- 17,30 Epidemiologia della cronicità infantile (P. Facchin)
- 18,30 La progettazione e la gestione di "reti curanti" (M. Farneti)

Venerdì 21 novembre

Tre esperienze a confronto (report e discussione):

- 9,00 Un'esperienza con il bambino tumorale (P. Elli)
- 10,30 Un'esperienza con il bambino oggetto di abuso (C. Rossetti e C. Berardi)
- 12,00 Un'esperienza con il bambino neurologico grave (C. Mastella)
- 14,30-18,00 Lavoro in 3-4 gruppi coordinati, in due fasi (Coordinatori: E. Baldo, M. Gangemi, L. Loroni)
- 18,00 Relazione in plenaria del lavoro dei gruppi, con discussione generale (coordinata e commentata da R. Cotta)

Sabato 22 novembre

- 9,00 Sintesi dei lavori dei primi 2 giorni e introduzione al lavoro conclusivo (R. Cotta)
 - 9,30 Costruzione in plenaria di un modello organizzativo di rete assistenziale per la cronicità. (R. Cotta, con il contributo di tutti)
 - 11,30-13,00 Test e questionario ECM
- Discussione sul possibile lavoro di seguito e sul futuro del Sirmione.

Conduttore del Seminario:

Prof. Roberto Cotta (SDA Bocconi, Milano)

Coordinamento generale:

E. Baldo (Rovereto), **M. Gangemi** (Verona), **L. Loroni** (Ravenna), **G. Mastella** (Verona), **C. Rossetti** (Perugia)

NOTE ORGANIZZATIVE

- La sede del Seminario sarà comunicata con un secondo annuncio
- Segreteria organizzativa **Corrado Rossetti**
(e-mail: corradosos@yahoo.it)
- Quota di iscrizione (vitto, alloggio, cene sociali, spese docenti, etc): euro 200.
- Sono stati richiesti crediti formativi ECM
- Si suggerisce di chiedere subito il comando alle rispettive Aziende

segue da pag. 24

strutturati di latte in polvere è rimasta pressoché inalterata (4). Poiché sembra impossibile (per incapacità o impossibilità) regolare tale disuguaglianza a livello nazionale, è pensabile che solo un intervento in ambito UE potrebbe essere efficace. Il commercio del latte in polvere, se paragonato ad altri segmenti importanti del mercato, come i farmaci o le automobili, rappresenta sicuramente un settore secondario su cui stringere accordi di

armonizzazione commerciale e di trasparenza tra gli Stati della UE. Tuttavia, se si considera che alle differenze di prezzo si aggiunge la mancanza di una politica nazionale per l'allattamento, le scarse e disomogenee iniziative di educazione nutrizionale per i bambini, il numero di famiglie interessate (considerazioni comuni ad altre nazioni) (5) e, infine, la prossima espansione della UE, la "distorsione" italiana potrebbe estendersi ad altri Paesi e diventare molto "comune".

Bibliografia

- (1) Waterston T, Tumwine J. Monitoring the marketing of infant formula feeds. *BMJ* 2003;326:113-4
- (2) Provvedimento n. 8087 (1328). Latte artificiale per neonato, 2 marzo 2000 (<http://www.agcm.it/index.htm>)
- (3) Bonati M. Why such diverse prices of infant formula in Europe? *Lancet* 2000;355:321-2
- (4) Tamburlini G, Marolla L, Bonati M. Italian paediatric association has launched code on competing interests. *BMJ* 2000;320:382
- (5) Sachs M. WHO's global strategy is tool to protect breast feeding and child health. *BMJ* 2003;326:984