

# Quaderni acp

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

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

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

## I bambini e gli animali



**93** Editoriale: Istruzioni per boicottare la bioetica **95** Pazienti pediatriche in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte **99** Le diseguglianze tra Nazioni nella salute del bambino **103** Dipartimenti: a che punto siamo? **105** La sopravvivenza dello studente e dello specializzando **107** Film **108** Natalità e dinamiche demografiche in Italia **112** Musical-mente: "Giocare" uno strumento **114** Nati per Leggere **116** Libri **118** Info **120** Lettere: Nati per la Musica, il violino di Aldo e Federica **122** Tenstories: Il Cameroon, non coltivare alla cieca **124** La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso **129** Vaccinacipi **130** OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome **135** La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento

**maggio-giugno 2006 vol 13 n°3**

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

**La Rivista è indicizzata in EMBASE**

# XVIII Congresso Nazionale "Un mondo per i bambini"

Asolo (Treviso) 19-20-21 ottobre 2006

## Giovedì 19 ottobre

- 14.00 Registrazione dei partecipanti e saluto delle autorità
- 14.30-15.45 **RISCHIO AMBIENTALE E SALUTE DEI BAMBINI**  
**Moderatore: M. Gangemi, Verona**
- 14.30 *Infanzia e ambiente: una sfida vitale* (C. Baker, UNICEF Italia)
- 14.45 *Perché il bambino è più vulnerabile dell'adulto alla esposizione ai rischi ambientali* (G. Tamburlini, Trieste)
- 15.15 *Rischi ambientali e difficoltà della prevenzione primaria* (L. Tomatis, Trieste)
- 15.45-18.00 **CHE ARIA TIRA?**  
**Moderatore: G. Mastella, Verona**
- 15.45-16.10 *Inquinamento dell'aria e aspetti tossicologici* (C. Minoia, Pavia)
- 16.10-16.40 *Effetti dell'inquinamento atmosferico: meccanismi biologici e suscettibilità individuale* (F. Forastiere, Roma)
- 16.40-17.00 *Inquinamento da traffico e disturbi respiratori: i dati dello studio Sidria II* (C. Galassi, Torino)
- 17.00-17.30 *Il peso dell'inquinamento sulla patologia respiratoria* (A. Battistini, Parma)
- 17.30-18.00 *Discussione*
- 18.00-19.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**  
**Moderatore: L. Reali, Roma**
- 18.00-18.20 *È utile la spirometria in ambulatorio?* (E. Lombardi, Firenze)
- 18.20-18.40 *Impedenzometria e otoscopia pneumatica a confronto: pro e contro* (P. Marchisio, Milano)
- 18.40-19.00 *Discussione*
- 19.00 *"Spritz e cicchetti"*
- 19.30 *Tutti al cinema*

## Venerdì 20 ottobre

- 9.00-13.30 **CHE C'È NEL PIATTO?**  
**Moderatore: F. Panizon, Trieste**
- 9.00-9.45 *Cibo tramite di relazione* (G. Fava Vizziello, Padova)
- 9.45-10.15 *Le basi biologiche del danno da inquinamento alimentare: l'esempio degli interferenti endocrini* (A. Mantovani, Roma)
- 10.15-10.35 *Organismi Geneticamente Modificati. Necessità e rischi* (L. Disegna, Veneto Agricoltura)
- 10.35-11.00 *Discussione*
- 11.00-11.15 *Baicoli e cafe'*
- 11.15-11.35 *Un approccio pratico alla prevenzione dell'obesità* (A. M. Solis, Modena)
- 11.35-12.00 *Relazione tra accrescimento e metabolismo osseo e stili di vita* (S. Saraifoger, Cesano Boscone; M. L. Bianchi, Milano)
- 12.00-12.30 *Discussione*
- 12.30-13.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**  
**Moderatore: L. Reali, Roma**
- 12.30-12.50 *Quando aiutano i prick test?* (I. Berti, Trieste)
- 12.50-13.00 *Discussione*
- 13.00-14.30 *Polenta e...*

- 14.30-17.30 **Assemblea sociale**  
**Elezione del Presidente e di 4 componenti il consiglio direttivo dell'ACP**
- 17.30-18.30 **Incontro dei referenti regionali**
- 20.00 *Cena sociale*

## Sabato 21 ottobre

- 9.00-13.00 **CON CHI SI CRESCE?**  
**Moderatore: M. Bonati, Milano**
- 9.00-9.20 *Flussi migratori in Italia: scenari socio-sanitari* (S. Geraci, Roma)
- 9.20-9.50 *La crescita psicologica dei bambini stranieri* (M. Mazzetti, Roma)
- 9.50-10.20 *Problematiche cliniche nel bambino immigrato e adottato* (Z. Bisoffi, S. Marocco, Verona)
- 10.20-10.50 *Interventi sociali per migliorare la salute* (E. Ziglio, Venezia)
- 10.50-11.10 *Baicoli e cafe'*
- 11.10 -11.30 *Il pediatra e i bambini immigrati, un ambulatorio di tutti i colori* (S. Cozzani, Venezia)
- 11.50-12.10 *I miei compagni di classe si chiamano Mohamed, Fatima, JunJe, Emir...* (E. Boev, Padova)
- 12.10-12.30 *Discussione*
- 12.30-13.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**  
**Moderatore: L. Reali, Roma**
- 12.30-12.50 *La collaborazione del mediatore culturale con il pediatra* (M. Michelotto, Camposampiero, PD)
- 12.50-13.00 *Discussione*
- 13.00-14.00 *Bigoli e...*
- 14.00-15.30 **DALLA RICERCA ALLA PRATICA**  
**Il percorso del trasferimento delle conoscenze è sempre lineare?**  
A cura della redazione di Quaderni acp  
**Moderatore: G. Biasini, Cesena**  
*Le basi biologiche e la plausibilità biologica* (C. Agostoni, E. Verduci, Milano)  
*Le evidenze scientifiche delle formule adattate per i neonati fisiologici* (MF. Siracusano, Messina)  
*Ricerca translazionale ed endpoints surrogati* (M. Bonati, Milano)
- 15.30-16.30 **NATI PER LEGGERE, NATI PER LA MUSICA**  
**Moderatore: F. Zanetto, Vimercate (MI)**  
*Nati per Leggere* (S. Manetti, Napoli)  
*Musical...mente* (S. Gorini, Rimini)
- 16.30-17.30 **LA RICERCA IN ACP**  
**Moderatore: G. Toffol, Pederobba (TV)**
- 16.30 *Le ultime ricerche dei gruppi locali Contributi di Acp Asolo, Acp Milano, Acp Trinacria, Acp Puglia e Basilicata*
- 17.30 **CONCLUSIONI**  
*Cosa abbiamo imparato* (L. Piermarini, Terni; G. Biasini, Cesena)

Per informazioni: G.Toffol (giacomo@giacomotoffol.191.it)

Per informazioni e iscrizioni: [ww.acp.it/congressonazionale2006](http://ww.acp.it/congressonazionale2006)

# Quaderni acp

website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

maggio-giugno 2006 vol 13 n° 3

## Editoriale

- 93 Istruzioni per boicottare la bioetica  
*Sandro Spinsanti*

## Ricerca

- 95 Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte: primi dati del Registro piemontese  
*Giuseppe Migliaretti, Aldo Ravaglia, Alberto Borraccino et al.*

## Osservatorio internazionale

- 99 Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino  
*Maurizio Bonati, Rita Campi*

## Organizzazione sanitaria

- 103 Dipartimenti: a che punto siamo?  
*Giancarlo Biasini*
- 105 La sopravvivenza dello studente e dello specializzando  
*Naj Wikoff*

## Film

- 107 Il suo nome è Tsotsi o come sbarazzarsene  
*Italo Spada*

## Statistiche correnti

- 108 Natalità e dinamiche demografiche in Italia  
*Carlo Corchia*

## Musical-mente

- 112 "Giocare" uno strumento  
*Ester Seritti*

## Nati per Leggere

- 114 NpL in Sardegna  
115 NpL in Emilia-Romagna  
115 NpL in Aruzzo  
115 I neonati seguono lo sguardo degli adulti  
115 Convegno Wonca Europe 2006

## Libri

- 116 Apgar 12  
di *Alessandro Volta*
- 116 E li chiamano disabili  
di *Candido Cannavò*
- 116 Confessioni di un sicario dell'economia  
di *John Perkins*
- 117 Pediatri di strada  
di *Paolo Cornaglia Ferraris*

- 117 Dante Lumiere  
di *Italo Spada*

## Info

- 118 Lettera dell'ACP alla Commissione europea  
118 A chi vanno le multe dell'Antitrust?  
118 Parlano di noi  
118 Falsi scientifici 1  
119 Falsi scientifici 2  
119 Il cervello della madre che allatta  
119 Pazzie di fine legislatura  
119 Bambini e TV  
119 Conflitto di interessi: proposta  
119 Acido folico nel pane  
119 Tacrolimus, Pimecrolimus e tumori della pelle

## Lettere

- 120 Nati per la Musica: il violino di Aldo e Federica  
*Aldo e Federica Ravaglia*
- 121 Proposte formative dell'ACP in Lazio  
*Michele Valente*

## Tenstories

- 122 Il Cameroon: non coltivare alla cieca  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## 123 Ausili Didattici

## Scenari. Leggere e fare

- 124 La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso  
*Sergio Conti Nibali*

## Vaccinacipi

- 129 Vaccinazioni ACP: strada facendo  
*Luisella Grandori*

## Il caso che insegna

- 130 OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome  
*Alessandro Vigo, Alberto Braghiroli, Emanuela Malorgio, et al.*

## Saper fare

- 135 La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento  
*Ennio Del Giudice, Pierpaolo Mastroiacovo, Nicola D'Andrea et al.*

### Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2006 è di 75 euro. Arretrati: 6 euro. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto: a ricevere Quaderni acp, ad uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, ad uno sconto di 25 Euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta scritta (fax 0783 599149 o e-mail: [francedessi@tiscali.it](mailto:francedessi@tiscali.it)) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. I soci che fanno parte di un gruppo locale affiliato all'ACP devono versare la quota al loro referente locale, il quale potrà trattenerne il 30% per l'attività del gruppo.

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
May-June 2006; 13(3)

## 93 Editorial

Instructions to boycott bioethics  
*Sandro Spinsanti*

## 95 Research

Growth Hormone treatment in Piedmont:  
data from the GH Register  
*Giuseppe Migliaretti, Aldo Ravaglia,  
Alberto Borraccino et al.*

## 99 A window on the world

Maternal and child mortality as a marker  
of global health inequity  
*Maurizio Bonati, Rita Campi*

## 103 Health care system

103 Medical Departments: where are we?  
*Giancarlo Biasini*

105 The survival of a medical student  
and a specialty medical student  
*Naj Wikoff*

## 107 Movies

## 108 Current statistics

Birth rate and demographic dynamics in Italy  
*Carlo Corchia*

## 112 Musical-mente

Playing an instrument  
*Ester Seritti*

## 114 Born to read

## 116 Books

## 118 Info

## 120 Letters

## 122 Tenstories

Cameroon: farming in the dark  
*Stefania Manetti*

## 123 Didactic support

## 124 From literature to practice

The evaluation of weight control interventions  
*Sergio Conti Nibali*

## 129 Vaccinacipi

Vaccination in ACP:  
on the way...  
*Luisella Grandori*

## 130 Learning from a case

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndromes  
*Alessandro Vigo Alberto, Braghioroli,  
Emanuela Malorgio et al.*

## 135 Update to practice

Developmental and behavioural paediatrics  
*Ennio Del Giudice, Pierpaolo Mastroiaco,  
Nicola D'Andrea et al.*

# Quaderni acp

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

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Comitato editoriale

Maurizio Bonati  
Antonella Brunelli  
Sergio Conti Nibali  
Nicola D'Andrea  
Luciano De Seta  
Michele Gangemi  
Stefania Manetti  
Paolo Siani  
Francesca 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  
web: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)

## Indirizzi

### Amministrazione

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

### Direttore

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

### Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari  
Cell. 3939903877, Fax 0793027471  
e-mail: [ufficiociacp@tiscali.it](mailto:ufficiociacp@tiscali.it)

### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [info@stilgrafcesena.191.it](mailto:info@stilgrafcesena.191.it)

**QUADERNI ACP È PUBBLICAZIONE  
ISCRITTA NEL REGISTRO NAZIONALE  
DELLA STAMPA N° 8949**

**© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI  
ACP EDIZIONI NO PROFIT**

**LA COPERTINA.** L'immagine riproduce  
"Vecchia che spidocchia un bambino",  
Bartolomé Esteban Murillo 1617-1682, olio  
su tela. Alte Panakothek, Monaco.

**QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI.** Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione ([redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo.

# Istruzioni per boicottare la bioetica

Sandro Spinsanti

Direttore dell'Istituto Gianio per le Medical Humanities e il Management in Sanità, Roma

## Abstract

### Instructions to boycott bioethics

*Any kind of change is bothersome. Together with the forces wanting a change there are equal forces against it. This kind of scheme is applicable also for the change occurring in medicine as a passage from medical ethics to bioethics.*

*Quaderni acp 2006; 13(3): 93-94*

**Key words** Ethics. Bioethics. Informed consent

*Ogni forma di cambiamento è scomoda. Parallelamente alle forze che il cambiamento lo vogliono e cercano di attuarlo, ci sono altrettante forze che ad esso si oppongono. Questo schema è applicabile anche a quel cambiamento che sta avvenendo in medicina sotto forma di passaggio dall'etica medica tradizionale alla bioetica.*

**Parole chiave** Etica. Bioetica. Consenso informato. Diritti del malato

Se è vero che il cambiamento, ogni forma di cambiamento, è scomodo, possiamo ipotizzare che, parallelamente alle forze che il cambiamento lo vogliono e cercano di attuarlo, ci saranno in atto altrettante forze che ad esso si opporranno. Questo schema è applicabile anche a quel cambiamento che sta avvenendo in medicina sotto forma di passaggio dall'etica medica tradizionale alla bioetica. Cambiamento tanto più destabilizzante, in quanto implica l'abbandono di schemi di comportamento che sottostanno alla pratica medica fin dall'epoca ippocratica. È comprensibile che il mondo medico faccia resistenza. Se un certo modo di esercitare la medicina ha dato i suoi buoni frutti per venticinque secoli, ininterrottamente, perché mai dovremmo abbandonarlo? Eppure queste buone ragioni appaiono perdenti. L'aria del nostro tempo gonfia le vele della bioetica. Mettere in dubbio il dogma bioetico dell'autonomia del paziente suona blasfemo. Sono ben pochi i medici che osano farlo con quella bella sicurezza che ancora fino a poco tempo fa capitava di sentire proclamare: "In quarant'anni di pratica medica non mi è mai capitato..."; e giù affermazioni taglienti contro la pretesa volontà del paziente di voler conoscere diagnosi infauste e di rinunciare a interventi che prolungano la sopravvivenza, costi quel che costi. Coloro che osteggiano la bioetica hanno

vita difficile. Anzi, diciamolo chiaramente, sono destinati a soccombere alla sua marcia trionfale. Se non vogliamo essere iscritti nel novero degli opportunisti che sono sempre disposti ad accorrere in aiuto ai vincitori, ecco una buona occasione per dare, generosamente, una mano ai resistenti che hanno la sconfitta nel loro futuro. Che almeno si difendano fino alla fine. Giocando anche sporco, se necessario. Ecco, allora, qualche semplice ricetta per ostacolare l'avanzata della bioetica.

► La prima ricetta è quella resa celebre dal Gattopardo: cambiare tutto perché niente cambi ("Se vogliamo che tutto rimanga com'è, bisogna che tutto cambi"). Prendiamo il nodo centrale del potere: decidere che cosa va fatto per il malato. Tradizionalmente era il medico a decidere, "in scienza e coscienza". Tutt'al più con l'appoggio dei familiari del malato, ma senza coinvolgerlo nella decisione. Ora la bioetica sbandiera il diritto del paziente a partecipare alle decisioni che lo riguardano, esige il suo consenso: addirittura rivendica il "consenso informato". La strategia del Gattopardo è semplice: basta far finta che sia il paziente a decidere, mentre si mantiene saldamente la decisione nelle mani del medico. Al paziente si farà firmare un modulo. Meglio se scarsamente leggibile. L'informazione può essere o

ridotta all'osso, oppure essere così abbondante o dettagliata che neppure un laureato in medicina potrebbe capirne qualcosa: avete presente quei moduli di 17 pagine fatti firmare a pazienti oncologici per arruolarli in un protocollo sperimentale di una terapia di seconda o terza linea? In questo modo la bioetica si tiene in mano un foglio, ma il potere di decidere continua ad averlo il medico.

► La seconda ricetta consiste nel passare a un altro tavolo da gioco. Nell'ambito delle relazioni personali equivale a suggerire di farsi un amante, se si hanno difficoltà di rapporto con il partner. Il dialogo con il paziente, ora che la bioetica gli attribuisce il diritto di esprimere valori personali e preferenze, è diventato difficile. Ci si scontra quasi periodicamente con pazienti che rifiutano quel ruolo di alleato "compliant" che l'etica medica attribuiva loro. Ebbene, si può evitare tutta questa fatica flirtando con l'amante di turno. Oggi questo ruolo di amante lo svolge la legge. La bioetica diventa così il biodiritto. È una strategia suggerita anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). Riguardo ai laceranti problemi decisionali che sorgono quando il paziente non è più in grado di esprimere la sua volontà: tenere o no in considerazione desideri precedentemente espressi? Avvalersi dei familiari come co-decisorio? E se i familiari non sono d'accordo, quale voce ascoltare? Il CNB dà il suo avallo alla liceità delle dichiarazioni anticipate di trattamento; ma, per risolvere ogni ambiguità residua, auspica che "il legislatore intervenga esplicitamente in materia"... "che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione le dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che le attui sia

Per corrispondenza:  
Sandro Spinsanti  
e-mail: gianorom@tin.it

editoriale

## UN APPELLO DEI PROFESSIONISTI PER IL RILANCIO DEL SSN

*Il prof. Guido Giarelli, sociologo della salute dell'Università di Bologna, si è fatto promotore, assieme a un nutrito gruppo di operatori universitari e sanitari, di questo appello al governo per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Chi lo vuole sottoscrivere può scrivere al prof. Giarelli (giarelli@spbo.unibo.it)*

In qualità di professionisti e dirigenti sanitari operanti a vario titolo nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o di docenti universitari impegnati in attività scientifica sulle problematiche della salute e dei servizi sanitari sentiamo il dovere morale, oltre che politico, di lanciare il presente appello al prossimo governo per una pronta azione in difesa e per il rilancio del SSN. Due sono i segnali sempre più preoccupanti di una inequivocabile linea di tendenza. Il primo è l'evidente aggravarsi delle disparità geografiche e sociali in tutte le dimensioni di salute, di disagio e di malattia. Tutti gli indicatori mostrano, a partire dagli anni '90, che le disuguaglianze sociali di salute risultano in Italia sempre più evidenti. Ciò in controtendenza con quanto avvenuto a partire dall'istituzione del SSN. Il che solleva la questione di un accesso sempre meno equo alla prevenzione e alle cure, in particolare per quanto riguarda i gruppi più deboli e vulnerabili come gli anziani, le famiglie al di sotto della soglia di povertà, gli immigrati, e, comunque, i gruppi sociali meno scolarizzati. Si tratta di una tendenza evidentemente connessa alle trasformazioni del sistema sanitario italiano in senso federalista che, anziché valorizzare l'autonomia degli enti locali secondo i principi della sussidiarietà indicati dalla riforma del Titolo V della Costituzione, sembra scaricare su di essi i risultati della cattiva gestione dei conti pubblici nazionali, con il risultato di aggravare le attuali disuguaglianze di salute, e anzi creandone di nuove.

Ciò è il riflesso anche dei modelli sempre più differenziati dei diversi sistemi sanitari regionali: una pluralità di architetture fondate su opzioni politiche diverse in relazione agli assetti istituzionali e organizzativi delle unità di erogazione dei servizi, con conseguenze sul funzionamento del meccanismo tariffario, delle modalità di finanziamento delle aziende territoriali, della natura, e all'assetto del sistema di regolazione, dei meccanismi di programmazione e di controllo, della quota dei servizi gestiti privatamente ancorché convenzionati o accreditati. Le scelte si differenziano in maniera sempre più evidente anche dal lato della domanda, con riflessi preoccupanti non soltanto per l'equità, ma anche per l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni e delle prescrizioni, e della sostenibilità dei costi da parte del cittadino e dello stato. Il processo di *devolution* in ambito sanitario determina gravi rischi di iniquità sociale, conseguenti all'emergere di sistemi sanitari regionali sempre più polimorfi, dai quali discende un impatto molto diverso sullo stato di salute delle rispettive popolazioni. Il risultato finale è che ci ritroveremo con 21 sistemi sanitari regionali molto diversi tra loro, con forti disparità di risorse e un diverso ruolo svolto dal pubblico e dal privato: a quel punto sarà naturale chiedersi che senso abbia parlare ancora di "Servizio Sanitario Nazionale". La strada per un sistema affidato al mercato e il ritorno delle mutue (sempre più caldeggiate) sarà spalancata.

In assenza di provvedimenti di riequilibrio compensativo, la comparsa di Servizi Sanitari Regionali di qualità assai differente, oltre che accentuare ulteriormente anche il fenomeno della mobilità passiva interregionale a danno delle Regioni più deboli (il cui recente blocco per legge non può che favorire un ulteriore ricorso al privato), opera a tutto svantaggio dell'equità delle prestazioni, come evidenzia anche la vicenda dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I provvedimenti legislativi che li hanno dapprima introdotti e poi ridefiniti hanno di fatto sancito il principio secondo il quale i LEA non potranno mai essere uguali su tutto il territorio nazionale, dal momento che è stato fissato un elenco di prestazioni alle quali il cittadino può accedere in forma diretta solo se la Regione di appartenenza è in grado di sostenerne economicamente il costo. La prestazione assistenziale viene così considerata come 'essenziale' non in base ad elementi epidemiologici o a criteri di reale rilevanza clinica, ma solo se la Regione riesce a trovare i soldi per renderla tale.

Noi professionisti e dirigenti sanitari crediamo che il principio del diritto alla salute dei cittadini non possa variare in funzione delle diverse risorse disponibili; altrimenti, a essere rimesso in discussione, sarebbe lo stesso patto di cittadinanza e di solidarietà tra i cittadini, con conseguenze politiche assai gravi per la stessa unità nazionale. Lo Stato centrale deve mantenersi garante dell'equità territoriale dei servizi sanitari erogati e dell'uguaglianza sostanziale nell'esercizio del diritto alla salute di tutti i cittadini.

Per tutte queste ragioni chiediamo che la scelta federalista, pur considerata sostanzialmente valida, debba essere riconsiderata nelle modalità di concreta applicazione al Sistema Sanitario Nazionale. È tempo dunque di rilanciare con forza l'iniziativa politica per un federalismo solidale che, se non vuole restare una vuota enunciazione, deve riempirsi di contenuti concreti. Anche per questo crediamo che l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sulle Disuguaglianze di Salute potrà costituire il banco di prova della sensibilità con cui il futuro governo saprà coniugare il mantenimento dell'unitarietà del SSN con una prospettiva federalista attenta al perseguimento dell'equità sociale.

che non le attui, di esplicitare formalmente e adeguatamente in cartella clinica le ragioni della sua decisione" (*Dichiarazioni anticipate di trattamento*, 18 dicembre 2003). La legge risparmia così al medico le noiose incertezze e le logoranti negoziazioni con il paziente, prescrivendogli (con la luminosa linearità della legge, che per definizione è uguale per tutti) che cosa deve fare. Sarà così sventata la smodata richiesta della bioetica di una medicina "tagliata su misura" del singolo paziente. Passi in questa direzione sono stati già fatti. Nel campo della procreazione medicalmente assistita, per esempio, il medico sa già, per legge, quanti embrioni deve creare, quanti ne deve impiantare, quali interventi sono entro il perimetro della legge e quali sono esclusi. Si tratta solo di proseguire per la strada intrapresa, mettendo la legge là dove prima c'era l'etica.

- ▶ La terza ricetta per contrastare l'avanzata della bioetica consiste nel giocare d'anticipo, scommettendo sulla sconfitta di questa. Se l'etica medica deve perdere, che almeno non vinca la bioetica; se la dominanza medica deve retrocedere, che il potere non passi al paziente! In sintesi, *à la guerre comme à la guerre*. Nessuna partnership con il paziente ma, sotto la veste della correttezza formale, trattare il paziente come un potenziale nemico e prendere tutte le misure cautelari del caso (del resto, lo sappiamo: cresce il numero dei medici che, toccati più o meno direttamente da avvisi di garanzia o da confrontazioni dure da parte dei pazienti, nutrono nei loro confronti un atteggiamento ostile). Munirsi di una buona assicurazione, naturalmente. Ma soprattutto imparare tutte le mosse della medicina difensivistica. Così da trovarsi in una botte di ferro, se domani ci si venisse a trovare in uno scontro giudiziario con il paziente o i suoi familiari.

L'una o l'altra di queste tre ricette dovrebbe funzionare. Meglio ancora tutt'e tre insieme. Se la medicina etica del passato deve scomparire, almeno che venda cara la pelle e renda la vita difficile ai vincitori. ♦

# Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte: primi dati del Registro piemontese

Giuseppe Migliaretti<sup>1</sup>, Aldo Ravaglia<sup>2</sup>, Alberto Borraccino<sup>1</sup>, Alberto Angeli<sup>3</sup>, Lodovico Benso<sup>4</sup>, Gianni Bona<sup>5</sup>, Franco Camanni<sup>6</sup>, Emilia Chio<sup>2</sup>, Carlo De Sanctis<sup>7</sup>, Silvia Vannelli<sup>4</sup>, Franco Cavallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università di Torino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia; <sup>2</sup>Regione Piemonte, Settore Farmaceutico; <sup>3</sup>AO "S. Luigi Gonzaga", Orbassano (TO); <sup>4</sup>AO Regina Margherita, Università di Torino, Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Auxologia; <sup>5</sup>AO Ospedale "Maggiore della Carità", Clinica Pediatrica, Novara; <sup>6</sup>Ospedale "S. Giovanni Battista", Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Torino; <sup>7</sup>AO "Regina Margherita", Struttura Complessa di Endocrinologia, Torino

## Abstract

### Growth Hormone treatment in Piedmont: data from the GH Register

**Background** Growth Hormone deficit is a rare disease. Epidemiologic studies are lacking in literature, the reason for this is the absence at a local or even national level of structured reference basis from which reliable data can be obtained.

**Objective** Aim of the present paper is to briefly introduce the organization of the Piedmont Registry, concerning the evaluation and monitoring of the treatment with Growth Hormone. A description of the Piedmont casuistry for paediatric age divided by the type of Growth Hormone deficit is presented.

**Methods** The paper describes patients in treatment with Growth Hormone (GH) from December 31, 2004, in terms of numbers of cases contained in the Register, age and diagnosis. Prevalence rates estimated for the period 1998-2004 refer to the Piedmont population from 1998-2003 under 18 years of age. The population value for the year 2004 has been estimated considering the resident population in 2003. The Registry included 994 patients of paediatric age, mainly of male sex; 642 still in treatment at December 31<sup>st</sup>, 2004. The Registry has been structured considering the AIFA normative (Note 39) concerning the diagnosis and treatment modalities of patients with different types of Growth Hormone deficit. It is so possible to collect information for all patients in treatment in Piedmont, selected by the AIFA standards. Data are collected and put "on line" by the Regional centres authorized to the GH treatment. A coordinating Centre (the Public Health and Microbiology Department of the University of Turin) administers all data. The Centre's task is also to verify quality and diagnosis through a descriptive semestral report.

**Results** Prevalence rates show a slight but constant increase: from 3.74‰ in 1998 to 6.71‰ in 2000 up to a value of 10.14‰ in 2004. A similar situation is observed if only the patients with GH deficit are considered.

**Conclusions** The GH Piedmont Registry supplies the first descriptive data on the situation in this region. It gives also a first estimate of the annual prevalence rate. Results obtained are comparable with the ones described by international literature.

Quaderni acp 2006; 13(3): 95-98

**Key words** Growth Hormone (GH). GH Deficit. GH Register. Prevalence. Piedmont (Italy)

Il deficit di ormone della crescita è una patologia rara e ancora poco studiata in letteratura da un punto di vista epidemiologico. La principale causa di questa lacuna va ricercata nella scarsa disponibilità, sia a livello regionale che nazionale, di basi dati strutturate a cui fare riferimento e dalle quali ottenere dati attendibili.

**Obiettivi** Obiettivo del presente lavoro è presentare sinteticamente l'organizzazione del Registro piemontese per il controllo e monitoraggio del trattamento con ormone della crescita (GH) e fornire una prima descrizione della casistica piemontese in età pediatrica, suddivisa per tipo di deficit.

**Metodi** La casistica in studio viene presentata da un punto di vista descrittivo, in termini di numero di casi contenuti nel Registro, età e tipo di diagnosi dei pazienti in trattamento al 31 dicembre 2004. I tassi di prevalenza, calcolati per il periodo 1998-2004, sono riferiti alla popolazione piemontese degli anni 1998-2003 con età inferiore ai 18 anni. La popolazione del 2003 è stata utilizzata come stima della popolazione 2004, dato non ancora disponibile al momento della stesura del lavoro. La casistica contenuta nel Registro è composta da 994 pazienti in età pediatrica, prevalentemente di sesso maschile, dei quali 642 ancora in terapia al 31 dicembre 2004. Il Registro GH è strutturato in accordo con quanto previsto dalle note AIFA (Nota 39) relativamente alle modalità di diagnosi e cura dei pazienti affetti da deficit di GH, considerato in tutte le sue varie tipologie diagnostiche. Esso permette di archiviare le informazioni relative ai pazienti in trattamento in Piemonte, selezionati sulla base dei criteri previsti dalla Nota 39. I dati sono raccolti e inseriti "on line" dai Centri della Regione Piemonte autorizzati al trattamento con GH. I dati sono gestiti dal Centro coordinatore (Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università di Torino) che si occupa del controllo delle diagnosi e della qualità, presentando a scadenze semestrali un report descrittivo della casistica piemontese.

**Risultati** I tassi di prevalenza presentano una leggera ma costante crescita: da un tasso del 3,74‰ nel 1998 a un tasso del 6,71‰ nel 2000 fino a un tasso del 10,14‰ nel 2004; una situazione analoga si presenta analizzando i soli pazienti con diagnosi di deficit di GH.

**Conclusioni** Sulla base dei dati del Registro GH della Regione Piemonte vengono forniti i primi dati descrittivi della situazione piemontese e una prima stima del tasso di prevalenza annuo. Si evidenziano risultati confrontabili con quanto reso disponibile dalla letteratura internazionale.

**Parole chiave** Ormone somatotropo (GH). Deficit di GH. Registro GH. Prevalenza. Piemonte

Per corrispondenza:  
Giuseppe Migliaretti  
e-mail: giuseppe.migliaretti@unito.it

ricerca

**TABELLA 1: CENTRI CONVENZIONATI PER LA DIAGNOSI DI DEFICIT ORMONALE E TRATTAMENTO CON GH**

Strutture	Centri	Provincia
AO Maggiore della Carità	1) Clinica Pediatrica	NO
AO Regina Margherita	2) Struttura Complessa di Endocrinologia Pediatrica 3) Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Auxologia	TO
AO S. Croce e Carle	4) Divisione di Endocrinologia Sez Agg Diabetologia 5) Divisione di Pediatria	CN
AO S. Giovanni Battista-Molinette	6) Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo 7) Endocrinologia Oncologica	TO
AO S. Luigi Gonzaga	8) Divisione Universitaria di Clinica Medica Generale	TO
Istituto Auxologico Italiano	9) Divisione di Auxologia IRCCS O.S. Giuseppe	VB
Ospedale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo e Polo Ospedale Civile di Tortona	10) Divisione di Pediatria e Patologia Neonatale e Strutt. Compl. di Pediatria-Endocrinologia Pediatrica	AL
Ospedale Mauriziano Umberto I	11) Divisione di Endocrinologia 12) Divisione di Pediatria e Neonatologia	TO

**TABELLA 2: NUMERO DI PAZIENTI CONTENUTI NEL REGISTRO GH DIAGNOSTICATI IN E FUORI REGIONE**

	Sesso		TOTALE
	Femmine	Maschi	
Terapia sospesa	127	225	352
In trattamento (diagnosi in Regione)	210	410	620
In trattamento (diagnosi fuori Regione)	5	17	22
<b>TOTALE</b>	<b>342</b>	<b>652</b>	<b>994</b>

Aggiornamento dicembre 2004

**TABELLA 3: NUMERO DI PAZIENTI IN ETÀ PEDIATRICA IN TERAPIA PER DIAGNOSI**

		Sesso		TOTALE
		Femmine	Maschi	
Deficit di GH	N	181	417	598
	% Colonna	(84,2%)	(97,7%)	(93,1%)
Sindrome di Turner	N	33	0	33
	% Colonna	(15,3%)	(0%)	(5,1%)
Sindrome da insufficienza renale cronica	N	1	10	11
	% Colonna	(0,5%)	(2,3%)	(1,7%)
<b>TOTALE</b>	<b>N</b>	<b>215</b>	<b>427</b>	<b>642</b>
	<b>% Colonna</b>	<b>(100,0%)</b>	<b>(100,0%)</b>	<b>(100,0%)</b>

Aggiornamento dicembre 2004. Solo pazienti in terapia al giorno 31 dicembre 2004 entro e fuori Regione

## Introduzione

Il deficit di GH classificabile tra le patologie rare (1-2) non è ancora sufficientemente descritto in letteratura da un punto di vista epidemiologico (3). La principale causa di questa lacuna va ricercata nella scarsa disponibilità, sia a livello regionale che nazionale, di basi-dati

strutturate a cui fare riferimento per trarre informazioni attendibili.

A questo proposito deve essere ricordato il Registro nazionale francese dei pazienti in trattamento con GH, che ha permesso di descrivere i pazienti in terapia e valutare i principali fattori prognostici (demografici, clinici, ecc.) che condizio-

nano la statura raggiunta alla fine del trattamento (4).

In ambito italiano, è significativa l'attività di monitoraggio svolta da alcuni anni in Piemonte mediante un progetto regionale indirizzato al controllo e al monitoraggio dei pazienti in trattamento con ormone della crescita (GH). Dal 1° gennaio 2000 è stato attivato un Registro dei soggetti residenti nella Regione in trattamento con GH (Registro GH). Il lavoro svolto permette di avere a disposizione oggi una base-dati omogenea e attendibile, in grado di effettuare le prime stime relativamente a una patologia non ancora sufficientemente descritta.

Il lavoro ha lo scopo di: **a)** presentare sinteticamente l'organizzazione del Registro GH; e **b)** fornire una prima descrizione della casistica piemontese in età pediatrica, suddivisa per tipo di deficit, secondo i criteri dettati dalla Nota 39.

## Materiali e metodi

### Organizzazione del Registro

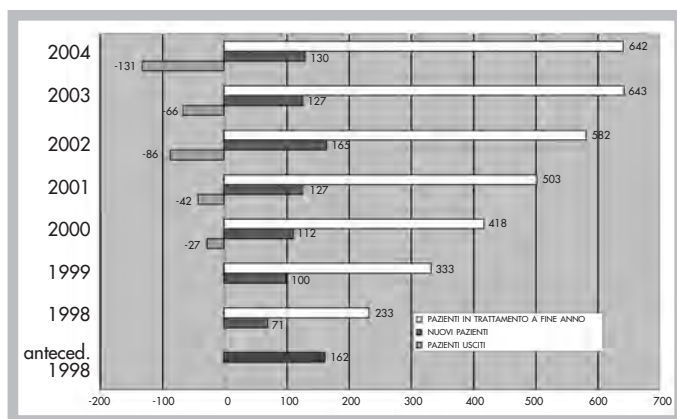
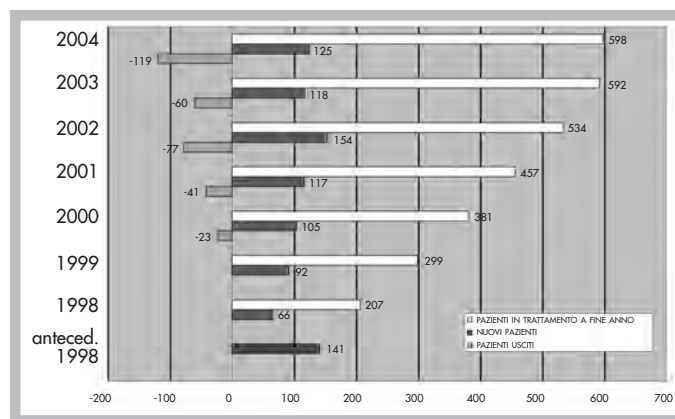
Il Registro GH, attualmente disponibile on-line, è strutturato in accordo, come si è detto, con quanto previsto dalle note AIFA (Nota 39), relativamente alle modalità di diagnosi e cura del deficit di GH (5-6). Esso permette di archiviare le informazioni relative ai pazienti in trattamento in Piemonte, selezionati sulla base dei criteri previsti dalla Nota 39:

- picco di GH inferiore a 10 microg/l nel caso vengano somministrati 2 test classici; oppure: inferiore a 20 microg/l nel caso venga somministrato 1 test massimale; oppure: presenza di disfunzioni neurosecretorie; oppure: presenza di inattività biologica.

I dati sono raccolti e trasferiti su un database, disponibile on-line, dai Centri autorizzati al trattamento con GH in Piemonte e gestiti dal Centro coordinatore (Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università di Torino). Quest'ultimo si occupa del controllo delle diagnosi e della qualità dei dati, presentando a scadenze semestrali un report descrittivo della casistica piemontese.

I 12 centri convenzionati per la diagnosi di deficit ormonale e il trattamento con GH in Piemonte sono distribuiti in 5 città (tabella 1). Dal 1° gennaio 2000 è disponibile per ciascun centro un software che permette l'informatizzazione dei dati tratti dalle schede cliniche. La procedura di raccolta e archiviazione dati ha subito negli anni una evoluzione. Inizialmente ogni Centro era fornito di un software per l'archiviazione dei soggetti trattati, che consentiva sia la conservazione dei dati sensibili che della base-dati dei trat-



**FIGURA 1: ENTRATE E USCITE DAL REGISTRO NEGLI ANNI 1998-2004****FIGURA 2: ENTRATE E USCITE DAL REGISTRO NEGLI ANNI 1998-2004 RELATIVE A PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DEFICIT DI GH**

tamenti effettuati. Ogni 6 mesi il responsabile del Centro spediva, in chiave criptata, la propria base-dati con gli aggiornamenti al Centro coordinatore. Quest'ultimo si occupava di costruire un unico archivio contenente le informazioni di tutti e 12 i Centri, e, dopo gli opportuni controlli di coerenza e qualità, effettuava le analisi dei dati. In seguito alle difficoltà legate all'aggiornamento dei sistemi informatici delle strutture coinvolte e al rischio di perdita delle informazioni registrate, il Registro GH è stato reso disponibile on-line (5). Dalla primavera 2004 ciascun Centro, dotato di una chiave di autorizzazione, può accedere alla propria base-dati in qualunque momento e da qualunque postazione connessa a internet, per inserire un nuovo caso e/o aggiornare quelli già presenti. In questo modo i controlli di qualità e di completezza della base-dati vengono effettuati sempre sulla versione più aggiornata.

Il Registro GH è protetto da un protocollo di sicurezza che prevede il riconoscimento dell'utente connesso tramite un codice identificativo e password; inoltre tutti i dati sensibili sono archiviati, sotto chiave di criptazione, e visualizzabili unicamente dal Centro che ha in carico il paziente. Al Centro coordinatore è dato libero accesso a tutti i dati archiviati, a eccezione di quelli identificativi dei pazienti in cura. Le informazioni rilevate riguardano la situazione anagrafica (sesso, data di nascita, ASL e provincia di residenza), i dati relativi alla diagnosi (data diagnosi, diagnosi e tipo di deficit), la valutazione auxologica (altezza, peso, età ossea, sviluppo sessuale, velocità di crescita), la secrezione endocrina e i test di stimolazione (Igf-1, test di stimolo e relativo picco). A ogni visita successiva alla presa in carico, per ogni paziente, viene compilata una scheda di follow-up,

nella quale vengono aggiornate le informazioni auxologiche e quelle relative alla terapia (dosaggio ed eventuali effetti avversi). In caso di sospensione del trattamento viene compilata una scheda di follow-up di chiusura della terapia, che prevede la registrazione della data di chiusura e della motivazione (sospensione per target raggiunto, fallimento terapeutico, reazione avversa).

#### Base-dati e metodi di analisi

I dati che vengono presentati derivano dal Registro GH aggiornato al 31 dicembre 2004. Sono relativi a 994 pazienti con età <18 anni, dei quali 642 ancora in terapia alla data di aggiornamento. Nella casistica in studio sono compresi anche 22 casi diagnosticati fuori Regione, dei quali sono state recuperate le informazioni tramite le schede di segnalazione provenienti dal Centro prescrittore fuori Regione.

La casistica viene presentata, da un punto di vista descrittivo, in termini di numero di casi contenuti nel Registro, età e tipo di diagnosi dei pazienti in trattamento al 31 dicembre 2004; con l'ausilio di una rappresentazione grafica a istogrammi per una più immediata lettura e interpretazione dei dati; viene inoltre presentato il numero di pazienti "entrati" e "usciti" dal trattamento nel periodo 1998-2004 (11). I dati resi disponibili dal Registro hanno inoltre permesso di stimare il tasso di prevalenza, calcolato per il periodo 1998-2004. Nel calcolo è stata presa come riferimento la popolazione piemontese con età inferiore ai 18 anni, degli anni 1998-2003, tratta dalla Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte (BDDE) (7); la popolazione piemontese del 2003 è stata anche utilizzata come stima dell'andamento demografico nell'anno 2004 (12).

## Risultati

I casi contenuti nel Registro fanno riferimento a 994 pazienti in età pediatrica, prevalentemente di sesso maschile; tra questi 642 sono ancora in terapia al 31 dicembre 2004. Di questi 22 pazienti sono in trattamento fuori Regione (*tabella 2*). Tra i pazienti in trattamento, 598 presentano una diagnosi di deficit di GH (*tabella 3*). La *figura 1* presenta il flusso di entrate/uscite dei pazienti dal Registro a partire dal 1998, e mette in evidenza i 165 nuovi casi diagnosticati nel 2002, compensati comunque da un consistente numero di uscite nel 2004 (131 casi); in generale si può notare che ogni anno il Registro contiene un numero maggiore di nuove diagnosi rispetto alle dimissioni. L'analisi dei soli pazienti con diagnosi di deficit di GH mette in evidenza una situazione sovrapponibile a quanto emerso sul totale della casistica in studio (*figura 2*). La situazione presentata dai flussi di entrate/uscite nel periodo in studio viene ulteriormente approfondita mediante il calcolo dei tassi di prevalenza: da un tasso di prevalenza del 3,74‰ nel 1998, si passa a un tasso del 6,71‰ nel 2000, fino ad arrivare ad un tasso del 10,14‰ nel 2004 (*tabella 4 e figura 3*). Le analisi condotte solo sui pazienti con diagnosi di deficit di GH presentano una situazione analoga (*tabella 5 e figura 4*), evidenziando anche in questo caso un aumento del tasso di prevalenza dal 2,27‰ nel 1998 al 9,44‰ nel 2004.

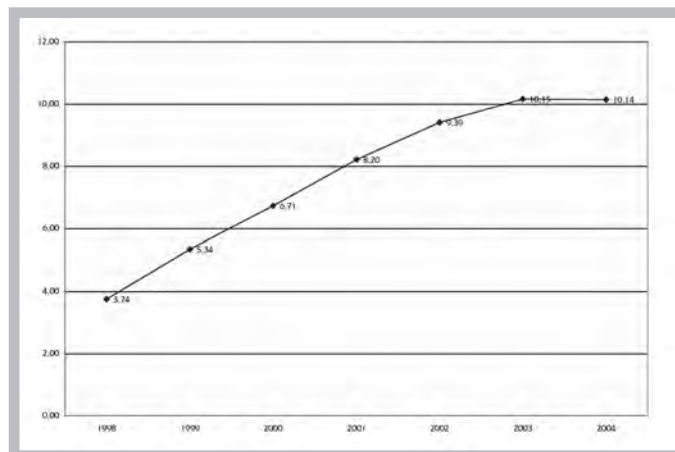
## Conclusioni e discussione

Lo studio di una patologia rara come il deficit di ormone somatotropo è reso difficoltoso per la (ancora) scarsa uniformità nelle diagnosi effettuate dai vari Centri e soprattutto a causa della mancanza di basi-dati sufficientemente complete da cui trarre le informazioni necessarie (4-9).

**TABELLA 4: STIMA DEL TASSO DI PREVALENZA DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA IN PIEMONTE (TOTALE PAZIENTI)**

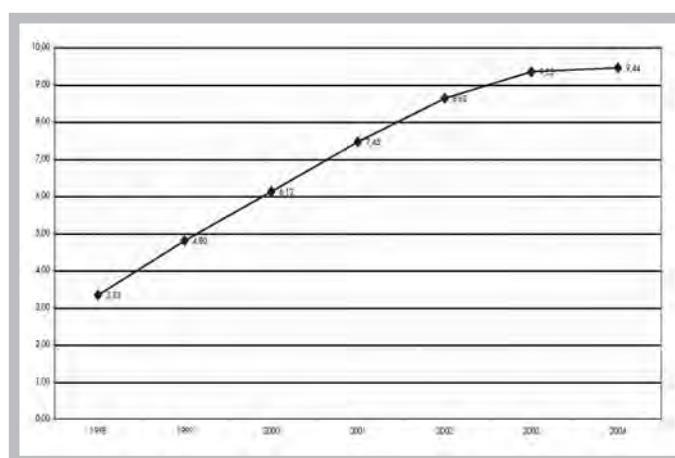
Anno	N. di casi per anno	Popolazione*	Tassi di prevalenza x 10.000
1998	233	622436	3,74
1999	333	623329	5,34
2000	418	622518	6,71
2001	503	613216	8,20
2002	582	619494	9,39
2003	643	633420	10,15
2004*	642	633420	10,14

\*Per il calcolo del tasso di prevalenza relativo al 2004 è stata presa come riferimento la popolazione piemontese del 2003

**FIGURA 3: TREND DEL TASSO DI PREVALENZA DI TABELLA 4****TABELLA 5: STIMA DEL TASSO DI PREVALENZA DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DEFICIT DI GH IN TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA IN PIEMONTE**

Anno	N. di casi per anno	Popolazione*	Tassi di prevalenza x 10.000
1998	207	622436	3,33
1999	299	623329	4,80
2000	381	622518	6,12
2001	457	613216	7,45
2002	534	619494	8,62
2003	592	633420	9,35
2004*	598	633420	9,44

\*Per il calcolo del tasso di prevalenza relativo al 2004 è stata presa come riferimento la popolazione piemontese del 2003

**FIGURA 4: TREND DEL TASSO DI PREVALENZA DI TABELLA 5**

Il Registro piemontese permette di avere a disposizione una base-dati attendibile contenente informazioni raccolte in modo omogeneo per pianificare un'analisi che descriva i metodi diagnostici e terapeutici di questa patologia.

I risultati presentati sono tratti dai dati resi disponibili dal Registro GH al 31 dicembre 2004; occorre quindi considerare che alcuni nuovi casi diagnosticati a fine 2004 potrebbero non comparire (e altri che hanno concluso la terapia potrebbero non essere ancora stati eliminati dal Registro), a causa di un ritardo nell'aggiornamento delle basi-dati da parte di alcuni Centri; questo problema potrebbe essere riscontrato in particolare per i dati provenienti dai Centri fuori Regione. È inoltre necessario valutare con cautela la stima dei tassi negli anni antecedenti il 2002; infatti i dati storici relativi agli anni 1998-2000 si riferiscono a un periodo che precede l'attivazione del Registro e quindi possono non essere completi. I dati relativi agli anni 2000-2002 si riferiscono a un periodo in cui il Registro era ancora in fase di evoluzione.

Da segnalare inoltre l'entrata in vigore dalla fine del 2004 della "nuova Nota

39" che stabilisce le nuove norme diagnostiche e terapeutiche da seguire nel trattamento con GH, norme che potrebbero influenzare le modalità diagnostiche dei nuovi casi, portando quindi a una variazione dei tassi negli anni futuri (6).

Nonostante queste limitazioni, il Registro piemontese rappresenta una esperienza unica in Italia, sulla base della quale è stato possibile calcolare una prima stima del tasso di prevalenza annuo del deficit di GH e un'analisi dei pazienti entrati/usciti dalla terapia.

Ulteriori passi avanti sono necessari in questo ambito. Si spera tuttavia che il presente lavoro stimoli esperienze analoghe all'interno di altre Regioni italiane, permettendo un utile scambio di informazioni con l'obiettivo di giungere a stime sempre più precise di questa patologia che necessita ancora di ulteriori approfondimenti. ♦

#### Bibliografia

(1) De Zegher F, Hokken-Koelega A. Growth hormone therapy for children born small for gestational age: height gain is less dose dependent over the

long term than over the short term. *Pediatrics* 2005;115:e458-62.

(2) Awan TM, Sattar A, Khattak EG. Frequency of growth hormone deficiency in short statured children. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005;15:295-8.

(3) Drake WM, Howell S J, Monsoon J P, et al. Optimizing GH therapy in adults and children. *Endocrine Reviews* 2005;22:425-50.

(4) Coste J, Letrait M, Carel JC, et al. Long-term results of growth hormone treatment in France in children of short stature: population, register based study. *BMJ* 1997; 315:708-13.

(5) Registro piemontese per il controllo e monitoraggio del trattamento con ormone della crescita. <http://www.REGISTROGH.unito.it>

(6) NOTE AIFA. [http://www.simg.it/news/farmaco/note/Note\\_Aifa\\_2004.pdf](http://www.simg.it/news/farmaco/note/Note_Aifa_2004.pdf)

(7) Banca Dati Demografica Evolutiva (BDD). [www.regione.Piemonte.it/stat/bdde/index.htm](http://www.regione.Piemonte.it/stat/bdde/index.htm)

(8) Altman DG, Machin D, Bryant T, et al. *Statistics with Confidence*. Bristol: BMJ Books, 2000.

(9) Wyatt D. Lessons from the national cooperative growth study. *Eur J Endocrinol* 2004;151 Suppl 1:S55-9.

(10) Guyda HJ. Four decades of growth hormone therapy for short children: what have we achieved? *J. Clin Endocrinol Metab* 2005;84:4307-16.

(11) I dati relativi agli anni 1998-2000, presentati per completezza di informazione, si riferiscono a un periodo antecedente l'attivazione del Registro e devono quindi essere letti con le opportune cautele.

(12) Le tabelle evidenziano la diminuzione della popolazione piemontese tra il 2000 e il 2001, ma questo è interpretabile come l'effetto del censimento 2001.

# Le diseguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino

Maurizio Bonati, Rita Campi

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche "Mario Negri", Milano

## Abstract

### *Maternal and child mortality as a marker of global health inequity*

*Despite an investment of more than \$35 billion over the past 7 years, many of the world's poorer countries will not meet the millennium development goals on the health. This is especially true for the aim to cut the maternal mortality rates by three quarters and the death rates in children younger than 5 years by two thirds by 2015, compared to 1990 incidence rates. Worldwide, only 93 countries are on track to meet the Millennium Development Goals, whereas the progress of the other 94 countries (those with the higher mortality and infant mortality rates) is too slow, is stagnating, or is even regressing (in 19). The situation in Africa, in particular Sub-Saharan Africa, is dramatic in that it is in a permanent calamity because of all the major causes of maternal death (haemorrhage, hypertensive disorders, sepsis, abortion, obstructed labour, ectopic pregnancy, embolism) and child mortality (neonatal disorders, pneumonia, infections, malnutrition). In these countries, the health systems either do not exist or are on the point of collapse. Thus, the real priority is to encourage and support poorer countries to develop fully functioning and equitable health systems. To meet such goals, however, money, without political action and training of professionals is not enough.*

Quaderni acp 2006; 13(3): 99-102

**Key words** Maternal mortality. Infant mortality. Health care system. Developing country. Inequality

La riduzione annuale di 400.000 morti materne (3/4 del totale nel 1990) e di 7 milioni di bambini morti prima del loro 5° compleanno (2/3 del totale nel 1990) entro l'anno 2015 sono due degli otto obiettivi strategici del Millennium Development Goals: il piano lanciato dall'ONU nel 2000. Purtroppo, i risultati raggiunti nei primi 5 anni di attività del programma indicano che questi obiettivi non saranno raggiunti; sebbene negli ultimi 7 anni siano stati investiti oltre 35 miliardi di dollari per combattere le malattie infettive nei Paesi con scarse risorse. In linea con le prospettive di miglioramento ci sono solo 93 Paesi con livelli di mortalità molto bassi o difficilmente comprimibili, che rappresentano il 40% della popolazione mondiale (ma solo il 34% delle nuove nascite); mentre nei rimanenti 94 Paesi, quelli con livelli di mortalità molto elevati, si registrano progressi troppo lenti, di stagnazione o, in 19, addirittura un peggioramento della situazione registrata nel 1990. Drammatica la situazione in Africa, in particolare la zona sub-sahariana, che rappresenta uno stato di perenne calamità per tutte le principali cause di mortalità materna (emorragia post-partum, sepsi, eclampsia, anemia, malaria, epatite, tubercolosi, malattie cardiovascolari e complicazioni del travaglio) e mortalità infantile (infezioni, prematurità, asfissia, malnutrizione). La causa principale dell'attuale insuccesso è imputabile all'incapacità delle iniziative pianificate di incidere sull'organizzazione locale dell'assistenza: inefficacia degli interventi nel migliorare l'efficienza (in termini di funzionamento ed equità) del sistema sanitario. Un sistema che in molti Paesi si caratterizza per la completa mancanza di ogni forma essenziale di organizzazione sanitaria.

**Parole chiave** Mortalità materna. Mortalità infantile. Organizzazione sanitaria. Paesi con scarse risorse. Diseguaglianze

La grande promessa del nuovo millennio nell'ambito della salute globale è rappresentata dal Millennium Development

Goals (MDGs), sottoscritto nel 2000 da 147 capi di Stato e approvato all'unanimità dall'Assemblea generale delle Na-

zioni Unite (1). Otto gli obiettivi prioritari individuati per migliorare le condizioni sociali, sanitarie ed economiche delle popolazioni indigenti da conseguire entro il 2015, due dei quali specifici per la salute materno-infantile: il 4° (ridurre di 2/3 la mortalità infantile dei bambini di età inferiore ai 5 anni) e il 5° (ridurre dei 3/4 la mortalità materna, anche questa stimata nel 1990). Il tasso di mortalità materna e quello di mortalità infantile rappresentano quindi due degli indicatori specifici (di esito) per la valutazione degli obiettivi raggiunti dai MDGs. L'importanza di tali indicatori, quali espressione sintetica dello stato di salute di una popolazione e di efficienza dell'assistenza materno-infantile, è ampiamente riconosciuta. Infatti, i due indicatori rappresentano i traccianti dell'intero Rapporto 2005 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Le madri e i bambini devono contare di più". Ogni anno circa 530.000 donne muoiono di parto o per cause a questo associate; 3,3 milioni di neonati nascono morti; oltre 4 milioni muoiono entro il loro primo mese di vita; 6,6 milioni di bambini muoiono prima del loro 5° compleanno (2). La maggioranza di queste morti si concentra nelle aree con meno risorse del mondo e potrebbe essere almeno ridotta poiché se ne conosce la causa principale: la povertà. Una povertà non solo economica (reddito delle famiglie), ma anche educativa (ad esempio, l'istruzione delle donne) e dell'organizzazione dei servizi (l'accesso universale ai servizi sanitari) (3).

## La mortalità materna

Si stima che nel mondo si verifichino circa 211 milioni di gravidanze all'anno, di cui il 63% porta alla nascita di un bambino vivo, il 15% ad aborti spontanei o a nati morti e il 22% ad aborti provocati. La gravidanza e il parto, e le loro conseguenze, sono ancora le principali cause di morte, di malattia e di disabilità per oltre 300 milioni di donne in età riproduttiva

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

del Sud del mondo, dove 529.000 ogni anno ne muoiono (398 morti materne per 100.000 nati vivi). Il 67% delle morti avviene in 13 nazioni, principalmente in Africa, dove la mortalità materna è drammaticamente elevata con un tasso di 690 morti per 100.000 nati vivi: esse risultano 5 volte quello dell'America centrale e 60 volte quello del Nord America e dell'U-

nione Europea (*tabella 1*) (4). Ampia è la variabilità tra le nazioni i cui estremi sono rappresentati dai Paesi europei (Svizzera: 2 per 100.000 nati vivi) e africani (Sierra Leone: 2000 per 100.000 nati vivi). Oltre alla mortalità è necessario contemplare anche le gravi sequele dei parti senza assistenza o non adeguatamente assistiti che sono rappresentate da: depressione e psi-

così puerperale, incontinenza urinaria e prolasso uterino, cicatrici perineali e deficienze nutrizionali, ma in particolare le devastanti fistole ostetriche (causate da parti prolungati o con complicanze, che spesso si concludono con la morte del feto), che interessano più di 2 milioni di donne nel mondo (da 50.000 a 100.000 nuovi casi ogni anno).

**TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DEI TASSI DI MORTALITÀ MATERNA E INFANTILE <5 ANNI DI VITA PER CONTINENTE\***

Continenti (N. Paesi)	Mortalità materna (2000)** per 100.000 nati vivi	Mortalità infantile (2003) per 1000 nati vivi
<b>Americhe (35)</b>	<b>120 (6-880)</b>	<b>22 (6-118)</b>
Canada - El Salvador	12 (6-17)	7 (6-8)
Nord America (2)	140 (33-880)	23 (8-118)
Centro America e Carabi (20)	110 (27-420)	27 (9-69)
Sud America (13)		
<b>Asia (35)</b>	<b>92 (5-740)</b>	<b>27 (3-140)</b>
Kuwait - Nepal		Singapore - Cambogia
<b>Europa (46)</b>	<b>19 (2-850)</b>	<b>7 (3-118)</b>
Svizzera - Estonia	12 (2-850)	5 (3-12)
Unione Europea (25)	36 (7-210)	21 (4-118)
Restante Europa (21)		
<b>Africa (51)</b>	<b>690 (24-2000)</b>	<b>139 (15-284)</b>
Mauritius - Sierra Leone		Seychelles - Sierra Leone
<b>Oceania (6)</b>	<b>8 (6-300)</b>	<b>21 (6-93)</b>
Fiji - Nuova Guinea		Australia - Nuova Guinea
<b>Mondo (173)</b>	<b>110 (2-2000)</b>	<b>31 (3-284)</b>

\* dati elaborati da ref. 2; \*\*mediana (min-max)

### La mortalità infantile

Nel mondo ogni anno muoiono 10,6 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni e così distribuiti: 1/4 nati morti (natimortalità), 1/4 morti nel primo mese di vita (mortalità neonatale), 1/4 morti tra il primo mese e l'anno di vita (mortalità postneonatale), e l'ultimo quarto dal 1° al compimento del 5° anno (5). La maggior parte di queste morti è da attribuire a un numero limitato di condizioni – infezioni respiratorie, diarrea, malaria, morbillo, HIV/AIDS e cause neonatali – per le quali esistono interventi efficaci. La malnutrizione accentua il rischio di morire per queste malattie: metà di tutte le morti colpisce i bambini che sono sotto peso (6). Anche per la mortalità infantile <5 anni (MI5) il tasso maggiore lo si registra in Africa (139x1000 nati vivi) con una prevalenza 6 volte maggiore di quella delle Americhe, Asia e Oceania e 20 volte dell'intera Europa (7x1000 nati vivi) (*tabella 1*). Circa il 90% delle

**TABELLA 2: TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE <5 ANNI DI VITA (MI5); PER 1000 NATI VIVI E DI MORTALITÀ MATERNA (PER 100.000 NATI VIVI)\* DELLA STRATIFICAZIONE DI 187 NAZIONI IN BASE AI MIGLIORAMENTI RAGGIUNTI NEL PERIODO 1990-2003\***

	N. di nazioni	Popolazione 2003***	N. nascite 2000-2005***	MI5 1990	MI5 2003	N. di morti <5 di vita 2003**	Tasso di mortalità materna 2000	N. morti materne 2000
On track	30 (OECD)	1.155.219 (18%)	14.980 (11%)	22	13	190,5 (2%)	29	4,3 (1%)
	63 (non-OECD)	1.386.579 (22%)	30.782 (23%)	78	39	1.200,5 (12%)	216	65 (12%)
Slow progress	51	3.011.922 (48%)	58.858 (44%)	92	72	4.185,5 (40%)	364	212,9 (40%)
In reversal	14	241.209 (4%)	7.643 (6%)	111	139	1.046,9 (10%)	789	59,9 (11%)
Stagnating	29	487.507 (8%)	20.678 (16%)	207	188	3.773,9 (36%)	959	185,8 (35%)

\* dati elaborati da ref. 2; \*\* migliaia; \*\*\* distribuzione % della variabile

**TABELLA 3: DISTRIBUZIONE DEL TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE <5 ANNI DI VITA (PER 1000 NATI VIVI) NEL 1990, 2004 E 2015 (PREVISIONI) PER LE NAZIONI IN LINEA CON LE PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO (ON TRACK) DEL MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGS) E QUELLE IN CRISI\***

	1990	2004	MDGs target 2015
<b>Nazioni on track</b>			
Bangladesh	149	77	50
Brasile	60	34	20
Egitto	104	36	35
Indonesia	91	38	30
Messico	46	28	15
Nepal	145	76	48
Filippine	62	34	21
<b>Nazioni in crisi</b>			
Angola	260	260	87
Botswana	58	116	19
Burundi	190	190	63
Cambogia	115	141	38
Camerun	139	149	46
Repubblica Centrafricana	168	193	56
Congo (Rep. Dem.)	205	205	68
Costa d'Avorio	157	194	52
Guinea Equatoriale	170	204	57
Iraq	50	125	17
Kenia	97	120	32
Liberia	235	235	78
Rwanda	173	203	58
Somalia	225	225	75
Sud Africa	60	67	20
Swaziland	110	156	37
Turkmenistan	97	103	32
Zambia	180	182	60
Zimbabwe	80	129	27

\* dati elaborati da ref. 7

morti per malaria e HIV/AIDS, oltre il 50% delle morti per morbillo e circa il 40% delle morti infantili per polmonite e diarrea avvengono nell'Africa sub-sahariana. La MI5 nella gran parte dei Paesi africani registra tassi superiori al 200x1000 nati vivi (es. Somalia 225, Liberia 235, Angola 260, Sierra Leone 284) mentre nei Paesi con maggiori risorse tale valore è generalmente inferiore a 5x1000 (Singapore e Svezia 3). Nelle aree più povere del pianeta la mortalità è in crescita o stagnante, accentuando le già abissali disuguaglianze riguardo alla salute, tra Nord e Sud del mondo. Da una parte vi sono i Paesi *on track*, in linea con le prospettive di miglioramento, molti dei quali (i Paesi industrializzati apparte-

nenti all'OECD, *Organization for Economic Cooperation and Development*) con livelli di mortalità molto bassi o difficilmente comprimibili: un totale di 93 Paesi, che rappresentano il 40% della popolazione mondiale (ma solo il 34% delle nuove nascite); dall'altra i 94 Paesi che (partendo da livelli di mortalità molto elevati) registrano progressi troppo lenti (*slow progress*), di stagnazione (*stagnation*) o addirittura un peggioramento della situazione (*in reversal*); analogo andamento si osserva per la mortalità materna (*tabella 2*). In particolare 19 nazioni versano in profonda crisi e, negli ultimi lustri, gli scarsi risultati a difesa della salute hanno contribuito a un peggioramento delle condizioni e aspettative di vita. Il target del

MDGs per il 2015 non solo è illusorio, ma anche offensivo per questi popoli (*tabella 3*) (7).

### Le cause

Poiché la precisione e l'accuratezza dei dati correnti a livello locale sono influenzate dalla qualità dei sistemi di monitoraggio (spesso precari e approssimativi), le stime degli indicatori possono variare considerevolmente (8). Le indicazioni che se ne possono trarre, sebbene utili, sono principalmente di ordine generale, sottolineando la necessità di armonizzare i processi di raccolta dei dati e di stima degli indicatori affinché possano essere effettuate valide generalizzazioni (9). Il rischio principale a cui si è esposti è che per molti contesti geografici i tassi di mortalità siano di molto sottostimati rispetto alle condizioni reali. Analoga considerazione può essere fatta per i fattori causali di mortalità, sebbene questi evidenzino i bisogni sanitari più rilevanti di una popolazione (per frequenza e/o gravità) così da evidenziarne quelli urgenti e indirizzare gli interventi, sia in termini di risorse da allocare che di strategie da perseguire. In tale contesto, le principali cause di mortalità materna sono costituite da cause dirette (emorragia post-partum, sepsi, eclampsia), indirette (anemia, malaria, epatite, tubercolosi e malattie cardiovascolari) e cause accidentali (complicazioni del travaglio) (4-10). Cause associate anche alle gravi sequele dei parti non adeguatamente assistiti tra le sopravvissute (grave anemia, infertilità, danni funzionali uro-genitali). L'incidenza dei singoli fattori varia tra le nazioni, con l'eccezione dell'Africa, in particolare la zona sub-sahariana, che rappresenta uno stato di calamità per tutte le cause (4-10-12). Le cause neonatali spiegano oltre 1/3 della MI5 e sono da attribuire principalmente a: infezioni (36%), prematurità (28%) e asfissia; nel 60-80% dei casi insorgono nei neonati sottopeso (6). Infezioni respiratorie (principalmente polmonite), diarrea e malaria sono le altre cause più frequenti di MI5 e il profilo dell'incidenza varia con il contesto considerato, sia per ampie aggregazioni geografiche che per singole nazioni (5). Ma anche per la mortalità infantile è sempre l'Africa sub-sahariana la regione che versa in uno stato di perenne calamità sanitaria (13-14).

## Il contesto e l'assistenza sanitaria

Sia il contesto (la condizione socio-economica, l'empowerment e l'educazione delle donne, le condizioni dell'ambiente, ecc.) che l'assistenza sanitaria (i primi, noti anche come determinanti distali di salute, e la seconda come determinante prossimale), sebbene in modo differente, influiscono sui tassi di mortalità. In particolare, la mortalità materna e la mortalità neonatale dipendono più dalla qualità dell'assistenza sanitaria e meno dal contesto, a differenza della MI5. I fattori di contesto da soli spiegano il 10-15% delle differenze tra i vari Paesi nella mortalità materna, e il 24% della MI5; gli indicatori di sistema sanitario spiegano circa il 50% delle differenze nella mortalità materna e di quelle nella MI5; la densità delle risorse umane rappresenta il più importante fattore tra i vari indicatori di sistema sanitario. Questo suggerisce che l'assistenza sanitaria, e in particolare la componente delle risorse umane, riveste un ruolo maggiore nello spiegare le differenze nella mortalità tra differenti Paesi, rispetto ai fattori di contesto (15). Sebbene negli ultimi 7 anni siano stati investiti oltre 35 miliardi di dollari per combattere le malattie infettive nei Paesi con scarse risorse e siano conosciuti e disponibili gli interventi efficaci per raggiungere gli obiettivi del MDGs, a 5 anni dall'inizio del programma i risultati raggiunti sono, nella maggioranza dei Paesi interessati, negativi e le prospettive per la scadenza del 2015 sono di un drammatico insuccesso (16-18). La causa principale è imputabile all'incapacità delle iniziative pianificate di incidere sull'organizzazione locale dell'assistenza: inefficacia degli interventi nel migliorare l'efficienza (in termini di funzionamento ed equità) del sistema sanitario in contesti spesso caratterizzati dalla completa mancanza di ogni forma essenziale di organizzazione (19). Ancora una volta, l'indicazione è che non sono sufficienti le risorse finanziarie e le conoscenze tecniche e scientifiche (20), ma sono necessari anche altri aiuti allo sviluppo affinché il diritto all'autodeterminazione e all'indipendenza di ciascun popolo sia garantito. Il diritto alla salute (alla vita) per la maggioranza della popolazione mondiale è rappresentato dal diritto di disporre di sistemi sanitari

universali: un diritto ancora inevaso fintanto che "le madri e i bambini non contano". ♦

### Bibliografia

- (1) United Nations. United Nations Millennium Declaration (United Nations General Assembly Resolution 55/2). New York: United Nations 2000. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
- (2) The World Health Report 2005 - make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
- (3) Maciocco G. Il rapporto 2005 dell'OMS sulla salute materna, neonatale e infantile. Salute e sviluppo 2004;3:35-54.
- (4) Abouzahr C. Global burden of maternal death and disability. British Medical Bulletin 2003;67:1-11.
- (5) Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005;365:891-900.
- (6) Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 2003;361:2226-34.
- (7) Horton R. The coming decade for global action in child health. Lancet 2006;367:3-5.
- (8) Child Mortality Coordination Group. Tracking progress towards the millennium development goals: reaching consensus on child mortality levels and trends. Bulletin of the World Health Organization 2006;84:225-32.
- (9) WHO. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization, 2004.
- (10) Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;367:1066-74.
- (11) WHO, regional office for Africa. Reducing maternal deaths, the challenge of the new millennium in the African region. <http://www.afro.who.int/drh>.
- (12) The World Bank Group. World development indicators, 2005. [http://devdata.worldbank.org/wdi2005/section1\\_1\\_5.htm](http://devdata.worldbank.org/wdi2005/section1_1_5.htm).
- (13) UNICEF. The State of the World's children 2005. <http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>.
- (14) Human Development Report 2005. <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>.
- (15) Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004;364:1603-9.
- (16) Cohen J. Global health. The new world of global health. Science 2006;311:162-7.
- (17) Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71.
- (18) Mayor S. Poorer countries will not meet health targets, warns WHO. BMJ 2005;331:7.
- (19) Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth ME, Chowdhury AM, Rosenfield A. Transforming health systems to improve the lives of women and children. Lancet 2005;365:997-1000.
- (20) Costello A, Osrin D. The case for a new Global fund for maternal, neonatal, and child survival. Lancet 2005;366:603-5.

## Associazione Culturale Pediatri RINNOVO CARICHE SOCIALI ANNO 2006

### Cariche da rinnovare

#### Presidente

Michele Gangemi

#### Consiglieri

Paolo Fiammengo  
Laura Reali  
Federica Zanetto  
Luisella Grandori

### Rimangono in carica

#### Consiglieri (scadenza 2008)

Angelica Bonvino  
Giuseppe La Gamba  
Francesco Morandi  
Sandro Bianchi

#### Tesoriere (scadenza 2008)

Arturo Alberti

Candidature finora presentate  
(i curricula verranno presentati sul prossimo numero)

#### Per la presidenza

Michele Gangemi

#### Per il CD

Lina Di Maio	ACP Campania
Daniele Merazzi	ACP Milano
Gianna Patrucco	ACP Piemonte
Laura Todesco	ACP Bassano
Michele Valente	ACP Lazio

Si può votare in assemblea o per posta. Ogni iscritto da almeno un anno, e in regola con le quote, riceverà per posta una scheda che dovrà essere compilata e rispedita all'indirizzo segnato nella busta indicando il mittente. Chi vota in assemblea potrà ricevere la scheda nella sede congressuale.

# Dipartimenti: a che punto siamo?

## Indagine in Lombardia e Piemonte

Giancarlo Biasini  
Direttore Quaderni acp

### Abstract

#### *Medical Departments: where are we?*

*In Italy the establishment of departments as organization tools for hospitals has started in 1999; functioning modalities haven't in the substance changed with time. In most parts of the country all the power is in the hands of the hospital's Chief Executive Officers or of the chief of physicians who still hold the economical and management power. The paper analyses what has happened in Lombardy and Piedmont regions in Italy.*

Quaderni acp 2006; 13(3): 103-104

**Key words** Departments. Budget. Health Agencies. Management. Leadership

*L'istituzione dei dipartimenti come strumento organizzativo delle strutture ospedaliere in Italia è iniziato nel 1999, ma le modalità di funzionamento non sono sostanzialmente cambiate. In grandissima parte del Paese tutto il potere è rimasto nelle mani o delle direzioni generali del management delle Aziende ospedaliere o dei primari che continuano a possedere il precedente potere organizzativo ed economico. L'articolo esamina quanto è successo nelle Regioni Lombardia e Piemonte.*

**Parole chiave** Dipartimenti. Budget. Aziende sanitarie. Management. Leadership

Una indagine svolta, nel 2004, da un gruppo di economisti sanitari di Torino ha fatto il punto sullo stato di attuazione dei modelli dipartimentali negli ospedali di 15 Aziende sanitarie della Lombardia e in tutte quelle del Piemonte (*Sole24-oreSanità 14-20/3/06*). L'invito alle Aziende a realizzare strutture dipartimentali è stato introdotto con il Dpr 128 del 1969 (art. 10, comma 2). L'invito non ebbe alcun esito pratico. Il modello dipartimentale divenne, invece, modello ordinario con il Dlgs 229 del 1999 (art. 17-bis, comma 1). Da allora le Regioni hanno recepito il Dipartimento nei loro PSR, dettando anche linee guida per la sua attuazione e con ciò obbligando (forse il termine è eccessivo) le ASL e le AO alla sua realizzazione.

Si è trattato di una attuazione formale (cambiare tutto perché nulla cambi, si veda l'editoriale di Spinsanti) oppure le modalità di funzionamento interno delle Aziende sono sostanzialmente cambiate? In sostanza (per capire occorre semplificare) dove vengono prese le decisioni? Come passano dalla Direzione strategica fino alla sede della loro attuazione?

Insomma i dipartimenti hanno conquistato forza di governo? Per diventarlo, come ogni nuova istituzione, devono sottrarre forza di governo a chi gli sta sopra (la direzione strategica o, quanto meno, la direzione sanitaria di presidio che ne è la longa manus) e a chi gli sta sotto (le vecchie divisioni ospedaliere governate dai vecchi primari che oggi si chiamano strutture semplici o complesse). Insomma qual è oggi il modello di "governance"? Esiste attualmente un nuovo organo che dovrebbe essere il principale strumento della condivisione delle decisioni: il Collegio di direzione. La sequenza prevede che le decisioni passino da questo al Comitato di dipartimento e da questo alle strutture semplici e complesse.

Questa la teoria dell'attuale organizzazione ospedaliera; per le attività territoriali il discorso è ancora molto arretrato, come è scritto nel documento dell'ACP sui servizi sanitari, disponibile on line sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it), e una verifica è ancora del tutto impossibile.

Vediamo cosa succede nelle strutture piemontesi e lombarde esaminate dalla indagine.

Il Collegio di direzione è oramai attivato in tutte le Aziende. La frequenza delle sue riunioni è all'incirca di una volta al mese in due terzi delle Aziende lombarde e nella metà delle piemontesi. Nelle restanti la frequenza è inferiore alle 3 riunioni per anno. In soldoni: in un terzo delle Aziende lombarde e nella metà delle piemontesi l'utilizzo del Collegio è di pura ratifica. Il potere rimane tutto, in questi casi, nelle mani del direttore generale o è delegato, in sua vece, solo al direttore sanitario di presidio.

Il Comitato di dipartimento esiste in quasi tutti i dipartimenti istituiti, ma viene riunito con una frequenza molto bassa. Solo nel 15-20% dei dipartimenti si può parlare di un utilizzo frequente, cioè grosso modo mensile; nella gran parte dei casi (80-85%) le riunioni sono annuali o semestrali. Questo è del tutto disfunzionale se il Comitato deve essere inteso come strumento di traduzione della strategia in operatività; la bassa frequenza delle riunioni non può che significare, infatti, che tutto il potere rimane nelle mani dei responsabili delle strutture semplici o complesse (gli ex-primari) con svuotamento delle funzioni dipartimentali. Oppure significa che esiste un direttore-autocrate che prende delle decisioni senza consultare il Comitato, anche se questa seconda ipotesi è poco probabile. In ambedue i casi comunque la funzione di leadership del direttore non è giocata come dovrebbe. Del resto i direttori, nella indagine di cui si parla, si percepiscono (80% dei casi) non con ruolo gerarchico, ma con ruolo di coordinamento, anche se un piccolo numero vede per sé un futuro, ma in ogni caso non un presente, di maggiore potere gestionale. Il secondo ambito di funzionamento riguarda il coinvolgimento dei direttori nei processi di definizione dei budget: in

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: [gcbias@tin.it](mailto:gcbias@tin.it)

organizzazione sanitaria

sostanza il problema è “a chi sono assegnate le risorse economiche?” Al dipartimento? Alle strutture complesse? L'indagine dice che in più della metà dei dipartimenti le risorse economiche sono assegnate alle strutture complesse; il che rafforza la tesi, sopra affacciata, che gran parte del potere rimane nelle mani degli ex-primari. Quindi i direttori dei dipartimenti si sentono e si comportano più come com-primari che direttori. Del resto il direttore conserva la funzione primaria e quindi è a tutti gli effetti un com-primario. Sia in Lombardia che in Piemonte circa il 33% dei direttori partecipa in via esclusiva alla negoziazione del budget con la direzione generale e successivamente lo distribuisce alle strutture dipartimentali.

Gli altri due terzi vi partecipano solo in veste di facilitatori dei dirigenti delle strutture complesse. In Piemonte, una volta ottenuto il budget, solo il 25% dei direttori assegna gli obiettivi alle strutture complesse e lo stesso accade per quello che riguarda le risorse umane (il personale). I casi di gestione diretta sono pochissimi. Lo stesso per ciò che riguarda la gestione dei posti letto (gestita dal dipartimento nel 17% dei casi), degli ambulatori (18%) dei DH (12%), delle sale operatorie (5%). Le titolari di questo potere sono dunque ancora le strutture complesse. È evidente insomma la difficoltà che incontra l'avvio alla dipartimentalizzazione in sanità in queste due Regioni che sono ritenute fra le più avanzate dal punto di vista della organizzazione aziendale.

Il problema è: sono le direzioni strategiche che non intendono rinunciare al loro potere centralizzante o sono le direzioni dei dipartimenti che si sentono ancora immature per rivendicare le loro funzioni di governo? Sicuramente la precarietà della presenza in servizio dei direttori generali, da una parte, non permette loro di gestire con fiducia le persone cui affidano incarichi di governo, dall'altra la variazione continua delle politiche gestionali, con l'avvicinarsi dei direttori generali, rende deboli le direzioni di dipartimento. In Piemonte il turnover dei

direttori generali, nell'ultimo quinquennio, è stato di 2 anni, in Lombardia di 3. C'è un ulteriore rischio: la legge 138/2004 consente di dirigere unità operative complesse e anche dipartimenti a chi non ha un rapporto di lavoro esclusivo, e quindi può svolgere attività professionale privata fuori o dentro l'ospedale e ovunque lo voglia. È molto difficile pensare che un chirurgo possa lavorare nel privato e contemporaneamente dirigere un dipartimento.

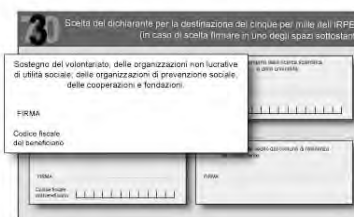
Forse si può scommettere che ciò non accada, ma il semplice fatto che possa accadere la dice lunga sulla incapacità a comprendere quanto sia profonda la diversità di dirigere un dipartimento rispetto al passato e quindi riuscire a conquistare/mantenere autorità nei riguardi dei dirigenti delle strutture semplici o complesse. La necessità di essere dentro la formazione per il training clinico e di giocare contemporaneamente un ruolo decisivo nella gestione economica della UO o del dipartimento è un impegno enorme (*Quaderni acp 2004;4:148*) e rende il ruolo di leadership dei direttori assai debole. È necessaria una doppia leadership in quanto quella clinica non basta più. Deve essere supportata dalla conoscenza e dallo sviluppo di culture organizzative e da capacità di gestione di risorse economiche e umane che portino a migliorare il rendimento del sistema (*Quaderni acp 2004;11:189*).

Si diceva tutto questo per due Regioni fra le più attrezzate dal punto di vista organizzativo.

Se passiamo alla indagine *Booz Allen Hamilton* svolta in 40 strutture italiane sulla “Eccellenza nella gestione delle attività ospedaliere”, scopriamo che solo una azienda su tre fa una vera programmazione a lungo termine (almeno triennale); la metà non fa un vero, e non solo dichiarato, processo di budgetting, ma al massimo aggiorna quello dell'anno precedente, e gli indicatori per valutare la qualità dei dipartimenti sono spesso inattendibili. Solo il 39% delle strutture dichiara di fare uso di procedure standardizzate in campo clinico. Insomma la situazione non è rosea. ♦

## IL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO PER “NATI PER LEGGERE”

La finanziaria 23.12.05 n. 266 art. 1 comma 337 ha disposto per il 2006 la destinazione di una quota del proprio reddito (5 per mille) alle Associazioni ONLUS. Il Centro per la Salute del Bambino è una ONLUS. Quindi si può destinare al Centro, il 5 per mille nel momento della dichiarazione dei redditi.



### Attenzione

Il 5 per mille **non sostituisce** l'8 per mille (destinato alle confessioni religiose) e non è un costo aggiuntivo per il contribuente. Il 5 per mille è **una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia** per destinarla alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività. Il Centro per la Salute del Bambino si impegna a destinare interamente gli introiti del 5 per mille al progetto **Nati per Leggere**. Trasforma la tua denuncia dei redditi in una buona azione: sostieni il progetto Nati per Leggere per diffondere una cultura diversa nei confronti della lettura.

### Ecco come fare:

- 1) **Firma** nel riquadro dedicato alle Organizzazioni Non Lucrative (Onlus)
- 2) **Riporta**, sotto la firma, il **codice fiscale del Centro per la Salute del Bambino: 00965900327**.



# La sopravvivenza dello studente e dello specializzando

Naj Wikoff

C. Everett Koop Institute, Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire

Da "Medscape Med Students" 2006;8(1) ©2006. Traduzione di Stefania Manetti

**Parole chiave** Medical Humanities. Etica. Scienze sociali

*Nel numero scorso (Quaderni acp 2006;13:50) abbiamo pubblicato una sorta di colloquio fra gli specializzandi in pediatria e i pediatri operanti nel SSN. Ora pubblichiamo consigli per la "sopravvivenza" degli studenti. I consigli vengono dalla Dartmouth Medical School che nel curriculum formativo ha le "Medical Humanities": letteratura, filosofia, etica, storia, religione, ma anche antropologia, psicologia, sociologia, teatro, cinema e arti visive e la loro applicazione alla educazione medica. Gli studi umanistici e le arti danno la possibilità di intuire la condizione umana, la sofferenza, l'individualità, la responsabilità nei confronti degli altri, e offrono una prospettiva storica della medicina. L'attenzione alle arti e alla letteratura aiuta lo sviluppo e la crescita dell'abilità di osservazione, analisi, empatia e riflessione, abilità essenziali per il medico. Le scienze sociali aiutano a capire come le bioscienze e la medicina abbiano una loro collocazione in contesti socio-culturali e come la cultura interagisca con le esperienze individuali della malattia e con la pratica medica.*

La morte di Jackson Pollack non mi ha impedito di diventare un pittore, né il suicidio di Hemingway di diventare scrittore. Ma neanche il suicidio del dr. Jonathan Drummond-Webb mi ha impedito di lavorare nell'ambito di un sistema sanitario. Ci chiediamo però cosa ci vuole per avere più cura della nostra persona, specialmente per coloro che decidono di intraprendere la carriera medica. L'incidenza dei tassi di "burn out" in coloro che praticano la medicina, siano essi infermieri, dottori, dentisti o altro, è allarmante. Molto più elevate sono le probabilità di avere un matrimonio duraturo. Ci sono molte soddisfazioni personali nello svolgimento di queste professioni: l'orgoglio di avere realmente fatto la differenza. La soddisfazione sta nell'aver salvato una vita o averla

prolungata, e più spesso aver migliorato la qualità della vita di una persona alla quale è stato dato un percorso difficile e di grandi sofferenze. Rendere un percorso più agevole può essere una straordinaria soddisfazione. Spesso sono i piccoli miracoli quotidiani, riconosciuti o no, che costruiscono o si aggiungono a una buona carriera. Tuttavia le sfide sono immense. Chi si prende cura degli altri è costretto a farlo sempre con meno tempo, spesso con poche risorse e senza poter avere il pieno controllo di quelle disponibili. I medici sono spesso costretti a passare da un caso acuto a un altro, senza avere il tempo di scrollarsi di dosso lo stress e le emozioni generati dal primo. Questo è un prezzo elevato da pagare. Una forte scarica di adrenalina, se si verifica spesso, a lungo andare può pesare sulle emozioni.

Più la nostra società diventa diversificata, più emergono aspettative diverse nei pazienti: troviamo differenze nei linguaggi, nelle tradizioni, nell'accesso alle informazioni spesso confuse di Internet. Nuove tecnologie, nuove informazioni, nuovi farmaci, nuove risorse non rimborsate dallo Stato aumentano nei cittadini le preoccupazioni per la propria sicurezza. Dall'altra parte ci sono più relazioni da compilare e il rischio crescente di vertenze giudiziarie che complicano il nostro lavoro. Cosa vogliono i pazienti? Sicuramente la nostra professionalità e la nostra competenza, ma più di tutto essere trattati come persone e non come "malattie". Vogliono essere "presi in cura" più che "curati". Se andiamo al nocciolo del problema, vogliono le stesse cose che noi vorremmo dare loro: le nostre abilità, il nostro tempo, la nostra umanità.

Ma se noi vogliamo prenderci cura di tutti, questo richiede dare sempre il meglio e per periodi lunghi di tempo. Per fare questo dobbiamo imparare a prenderci cura prima di tutto di noi stessi. Dobbiamo ascoltare l'assistente di volo che ogni volta che saliamo in aereo ci dice cosa fare in caso di emergenza, dobbiamo indossare

la maschera per l'ossigeno prima noi e poi metterla ai nostri figli.

## Cambiare la scuola di specializzazione

Ma, dove troviamo queste maschere? Il luogo migliore è la scuola di specializzazione. La difficoltà che trovano molti studenti sta nella assoluta mancanza di sostegno che ritrovano per raggiungere un proprio stato di benessere. C'è qualche sprazzo di luce, ma la verità è che ogni docente concepisce il proprio corso come critico e crede che ci siano sempre più nozioni da immettere in quelle giovani menti. Che sia qualche altro docente a ridurre il tempo per le proprie lezioni; certamente non lui. Così la pressione sale sempre di più. Se le scuole di specializzazione fossero impegnate anche a far raggiungere il benessere ai discenti, le attività finalizzate a questo sarebbero parte integrante dei programmi e fonte di crediti per gli studenti.

Quali potrebbero essere queste attività? Dovrebbe essere inclusa la partecipazione a corsi umanistici e artistici tesi allo sviluppo di una crescita spirituale e della creatività. Corsi, come spesso succede, non disponibili come attività extracurricolari, ma come attività all'interno del percorso formativo dello specializzando. I medici dovrebbero imparare a trovare il tempo per attività mirate a esprimere le proprie emozioni, siano di gioia o di dolore, a prendersi una sosta dalle sofferenze, a nutrire il proprio spirito. Agli studenti di medicina e agli specializzandi bisognerebbe trasmettere il sapere medico in ambienti architettonicamente o strutturalmente belli ed edificanti. Innumerevoli studi hanno oramai dimostrato che le persone sono più produttive in tali contesti. Le scuole di medicina e di specializzazione dovrebbero avere centri di benessere dove gli studenti possono imparare discipline come yoga, utilizzare spazi e strumenti per favorire il controllo del peso e ricevere adeguate informazioni su stili di vita adeguati. La promozione di queste attività

Per corrispondenza:  
Naj Wikoff  
e-mail: wikoff@dartmouth.edu

organizzazione sanitaria

all'interno di uno spazio lavorativo riduce i giorni di malattia, i costi delle assicurazioni sulla salute e aumenta la produttività e la soddisfazione del lavoratore.

Qualche anno fa gli studenti della scuola medica di Dartmouth (*dove lavora l'Autore, ndt*) dichiararono sciopero per le condizioni delle loro aule. Furono organizzate numerose assemblee con la finalità di trovare strategie per promuovere cambiamenti. La scuola aveva da poco apportato migliorie strutturali nel settore amministrativo, con notevoli finanziamenti; gli studenti si chiedevano: "Perché a noi no? Non ne vale la pena?". In effetti alcune migliorie erano state apportate nella sala studenti e nella caffetteria, ma erano tali che molti non se ne erano accorti: "Se questi sono i miglioramenti, figuriamoci prima com'era!" era la frase che spesso ricorreva.

Si verificò un evento improbabile e per certi versi buffo: la scuola decise di ascoltare, e da allora numerosi interventi sono stati effettuati. Le sale destinate alle riunioni e le aule sono notevolmente migliorate (gli studenti hanno persino scelto i colori). Gli studenti hanno anche apportato molti miglioramenti come i murales evocanti eventi significativi nella storia della nostra scuola. Recentemente un murales con più di 130 mattonelle fatte a mano decora la scalinata, un tempo considerata la struttura più brutta e insignificante di tutta la scuola. Molto rimane ancora da fare, specie nell'inserimento di attività umanistiche e artistiche nel curriculum. Un recente questionario somministrato ai docenti e agli studenti ha identificato l'inserimento delle *humanities* come una priorità. Tuttavia qualcosa è stato fatto e ne siamo orgogliosi.

### **Suggerimenti per la sopravvivenza: ironia, lettura, musica**

Cosa possono fare i medici in formazione e gli studenti in medicina per sopravvivere durante gli studi e aumentare le possibilità di una carriera medica ricca di soddisfazioni? Se io fossi uno studente, non mi porrei l'obiettivo di "sopravvivere" agli studi, ma di divertirmi e di farne una esperienza la più possibile ricca e premiante. Insomma, che questa parte della vita sia divertente! Tutto ciò non a scapito dell'enorme mole di lavoro o delle informazioni che devono essere recepite e interioriz-

zate, o della importanza vitale di ciò che è utile imparare perché è la vita delle persone che può essere in gioco, ma per amare la propria carriera e il percorso necessario per raggiungere abilità e conoscenze adeguate. Tutto ciò richiede di non sentirsi sopraffatti, di mantenere un buon equilibrio, di essere sani, di creare un buon gruppo di sostegno emozionale e sociale, di trovare dei buoni modi per scaricare la tensione e condividere le proprie emozioni, di coltivare lo spirito e la creatività. Altro aspetto vitale è conservare un buon senso dell'ironia e di umorismo.

Anzitutto guardare il proprio contesto. Prendere tempo per renderlo gradevole e stimolante, considerando che è la base operativa dove si vivrà per anni. Che l'ambiente sia luminoso, che ci siano piante, che si abbia a disposizione del buon cibo per sostenere il corpo e la mente e della buona musica per rilassarsi.

Un altro consiglio è quello di avere un diario da compilare tutti i giorni con poche notizie, pensieri, collage o altro. Per poter liberamente esprimere la rabbia, le paure, le gioie, l'amore o altre emozioni, per pochi minuti al giorno o più; non c'è migliore barca di salvataggio! Che diventi una abitudine! Procurarsi delle lettere magnetiche da attaccare al frigo, creare delle piccole poesie, o semplicemente giocare con le parole. Essere consapevole dell'ambiente che ci circonda: se le stanze e i corridoi sono spogli e bianchi, cerchiamo tutti insieme di provvedere e cambiare le cose. La luce è vitale, così come i colori e le immagini. Tornando al cibo, è bene ridurre il consumo di caffeina, sale e zuccheri. Bere molta acqua, tè o caffè decaffeinato. Trattati bene con del cioccolato veramente amaro (60% o più) e, quando vuoi sgarrare, fallo, ma con moderazione. Non fumare. Cammina e fai ginnastica, usa le scale invece dell'ascensore, balla o fai altre cose divertenti e ironiche insieme con gli amici.

*Trova un consigliere saggio e fidato, che possa esserti amico, che possa ascoltarti e aiutarti nel capire te stesso e le scelte che man mano dovrai fare. Cerca una persona onesta, una persona che sia caduta e si sia rialzata con le proprie forze; e che abbia un buon senso dell'umorismo che molto aiuti e che sia gentile. Una delle sfide emozionali maggiori è il primo approccio con il cadavere, con ciò che rimane di una*

precedente vita. Scrivi su questo, disegna le tue emozioni anche prima di affrontare questo incontro. Non pensare, disegna, non pensare, scrivi. Lascia che la penna o la matita scorrano sul foglio e fallo di nuovo ogni volta che lo ritieni necessario. Parlane con il tuo mentore o un tuo amico. Se la tua scuola non lo prevede, alla fine del percorso di anatomia inventa un rituale prima di abbandonare quel corpo: ringrazialo per il dono che ti ha fatto e, se possibile, ringrazia i parenti di coloro che hanno regalato il proprio corpo alla scienza. Questo aiuterà il loro distacco e rinforzerà il tuo. Includi nella tua routine una pratica spirituale: che sia una chiesa, un gruppo di preghiera, un gruppo di meditazione o di cultura, lo yoga o qualsiasi altra ricerca spirituale. Se la tua scuola contempla corsi umanistici, seguili; se non li contempla, spingi perché vengano istituiti e diano crediti. Prova a disegnare elementi della natura, scrivi o dirigi o cimentati nel teatro o crea un documentario con una cinepresa amatoriale.

L'obiettivo è di costruirsi un percorso creativo. Il valore delle arti è quello di far vedere e toccare il prodotto dei propri sforzi, cosa che sembra non accadere mai durante lo studio. Vai al cinema, a un concerto, a un balletto e fallo almeno una volta ogni 15 giorni. Qualcosa che ti allontani dalla routine per un paio d'ore è di grande beneficio. Condividi le tue abilità con gli altri, ma anche con i pazienti che incontri. Ti sembra che ti sia chiesto troppo? In realtà si tratta di decidere di incorporare comportamenti positivi nella propria vita e seguirli. Molte persone adottano comportamenti estremi, non interiorizzabili, né duraturi. Tutto ciò va evitato. L'obiettivo è quello di incorporare dei cambiamenti che portino a un feedback positivo. L'obiettivo è il rispetto di se stessi, capire che si è degni di se stessi. Se mente, spirito, anima e corpo sono sereni, è più facile capire, giudicare, trattare gli altri con rispetto e guadagnare rispetto dagli altri. Prospererete non solo negli studi ma avrete una carriera gioiosa. In conclusione: scrivi due poesie e poi chiamami domattina.

*PS. Non sto scherzando se ti dico: "metti da parte 12 euro a settimana e scordatelo; in 20 anni ti troverai un gruzzoletto da cui attingere".* ♦

# Il suo nome è Tsotsi o come sbarazzarsene

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

La didascalia all'inizio del film avverte che *Tsotsi*, nel linguaggio di strada della periferia di Johannesburg, significa *gangster*. In realtà, il protagonista della storia premiata con l'Oscar 2005 come migliore film straniero è un teppistello fuggito di casa per evitare le botte del padre ubriaco, che ha seppellito per sempre il suo vero nome (David) e se ne va in giro con una pistola infilata nella cintura dei pantaloni come se fosse un Al Capone in erba. Con lui agiscono altri classici compari: il grassone, lo spietato, il dotto. È una gang come tanti, che prende di mira i ricchi e colpisce senza un briciolo di pietà chi capita sotto tiro pur di arraffare un portafoglio. Sullo sfondo, quanto di più triste si conosca: la baraccopoli, le discariche, i cilindri di cemento dove passare la notte, i depositi abusivi di macchine rubate.

A 19 anni, Tsotsi ha già toccato il fondo della sua vita tutta in discesa. La redenzione inizia la sera in cui, dopo avere pestato a sangue un amico, egli spara a freddo a una donna per rubarle l'auto. Il furto riesce, ma dentro la vettura c'è un bimbo di pochi mesi. Dalla sorpresa all'imbarazzo. Tsotsi, in difficoltà con il cambio dei pannolini e la somministrazione della pappa, non sa come sbarazzarsi di quel frugoletto e, quando potrebbe, non vuole più. Scatta, infatti, in lui un sentimento paterno, acerbo quanto si vuole, ma sempre più consistente. Esplodono, allora, le contraddizioni delle sue scelte di vita: terrorizza uno storpio e gli regala dei soldi, picchia a sangue un amico e poi lo cura, incute timore a una giovane vedova e le si affeziona, entra deciso nella casa dove fare razzia e s'incanta davanti ai giocattoli nella stanza del bimbo, uccide il complice e risparmia la vita all'estraneo, riconsegna il bambino e si arrende alla polizia.

Tratto da un romanzo del drammaturgo sudafricano Athol Fugare, *Tsotsi* è il terzo film di Gavin Hood, regista che si era messo in mostra al Sundance Film Festival del 2000 con *Verdetto bianco*. Più che a Dostojevsky, questa storia di

"delitto e castigo" rimanderebbe spontaneamente a *City of God* del brasiliano Fernando Meirelles e a *Los Olvidados* di Luis Bunuel, ma la presenza del bambino rapito che da scomodo fardello diventa oggetto di attenzione da parte del rapitore, la giovane matura madre che fa prendere coscienza all'immaturo ragazzo, la busta di cartone che fa da carrozzina, il carcere finale dove scontare la pena e redimersi e tanti altri piccoli particolari non possono non richiamare alla mente *L'enfant* dei fratelli Dardenne. Con le dovute distinzioni, ovviamente, tra la cattiveria e l'incoscienza, tra Soweto e una cittadina del Belgio, tra l'omicidio e il borseggio. Due film analoghi, quindi, da consigliare a chi si occupa di struttura filmica e due storie sulla paternità impreveduta da proporre come cineterapia nei consultori familiari. Ed è questo, infatti, il tema che all'interno di una storia di gangster finisce col prendere maggiore consistenza: la presenza di un bambino può cambiare chiunque. Proiettato in un mondo di lupi che gli ha fatto dimenticare persino il nome di battesimo, il giovane Tsotsi sembra non avere più occasioni e tempo per le tenerezze. Non ha fatto i conti con quell'agnellino che si trascina dietro e che, belato dopo belato, gli crescerà dentro. C'è un testo del teatro dell'assurdo che, per contrasto, viene richiamato da questo film. È *Amedeo o come sbarazzarsene* di Eugène Ionescu. Lì, una coppia borghese nasconde nella camera da letto il cadavere dell'amante della donna, ucciso dal marito.

La paura impedisce ai due di sbarazzarsene, ma dopo un po' avviene qualcosa di strano. Il cadavere continua a vivere, gli crescono le unghie e la barba, tiene gli occhi aperti e, di giorno in giorno, ingigantisce, prendendo sempre maggiore spazio nella casa fino a estromettere i proprietari. In *Tsotsi*, il personaggio ingombrante è il bambino che, tra pianti, smorfie e teneri sguardi, penetra sempre più nella vita del suo rapitore, operando in lui una trasformazione che sembrava impossibile: farlo uscire fuori dal mondo

in cui si era rintanato e ridargli la possibilità di un riscatto. Assistiamo, allora, a un continuo gioco delle parti, nel quale, da padre improvvisato, Tsotsi ridiventa figlio. Chiamando con il suo stesso nome (David) quel bambino sconosciuto, è come se ribattezzasse se stesso; portandolo nella squallida discarica della periferia, fa ciò che un padre farebbe con suo figlio, quando intende mostrargli la casa dove ha trascorso la sua adolescenza. Diventano, così, fondamentali le scenografie che alternano le baracche ai grattacieli, le luci suggestive, la colonna sonora e, soprattutto, le inquadrature in primo piano del volto del bambino che sostituiscono i dialoghi.

Il *The Times* sembra che abbia messo in evidenza la partecipazione degli spettatori i quali, alla fine del film, si sono commossi per un giovane che hanno condannato appena novanta minuti prima. Ben altre considerazioni, probabilmente, avranno fatto gli spettatori italiani che hanno visto *Tsotsi* nel periodo in cui uno dei più sconvolgenti episodi di cronaca nera degli ultimi anni ha riempito le pagine dei mezzi di comunicazione di massa: il rapimento e la barbara uccisione del piccolo Tommy di Parma. Che non è stato un noir di celluloido, o una fiction televisiva e che, purtroppo, non si è concluso come tutti ci auguravamo. A conferma che i film più truculenti vengono realizzati da registi folli e vanno al di là di qualsiasi immaginazione. ♦

*Il suo nome è Tsotsi*

Regia: Gavin Hood

Con: Presley Chweneyagae, Terry Pheto, Kenneth Nkosi, Motusi Magano, Zenzo Ngqobe, Zola

Inghilterra/Sud Africa, 2005

durata: 91'

Per corrispondenza:

Italo Spada

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

# Natalità e dinamiche demografiche in Italia

Carlo Corchia

Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica, UO di T.I.N. Immaturi, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

## Abstract

### Birth rate and demographic dynamics in Italy

*In the last ten years new phenomena distinguished demographic dynamics in Italy, partially overlapping with the ones present at the beginning of the 1970's. The most relevant aspect is the increase of the immigrant population, with higher birth rates in respect to the Italian ones. A comparison between Italy and the other 15 EU countries shows an improvement with the past, due to a slight increase in birth rates and a lower mortality rate among the ones observed. At the end of 2004 the Italian population was of 58.5 million people. In the same year 563.00 children were born and the birth rate was 9.67‰. In 2004, after 12 years, the intrinsic rate of natural increase denoted a population growth (+ 15.941 units) the population gap has been of +558.189 units, with positive values also in southern regions. At the moment the population under 14 years of age is 14,2% and the population under 20 years of age is the 19.1% of the whole population. Life expectancy at birth has increased from 67.2 to 77.8 years for men (+ 10.6 years) and from 72.3 to 83.7 years for women (+11.4 years) from 1961 to 2004. The percentages of foreigners has increased from 1.5% to 4.1% between 1996 and 2005. The percentages of under age among foreigners has increased from 14.2% to 20.9%, meanwhile the birth rates among foreigners have increased from 13.3 ‰ in 1996 to 24.6‰ in 2004, a value 2.5 times higher in respect to Italian average data.*

Quaderni acp 2006; 13(3): 108-111

**Key words** Infantile mortality. Birth rates. Resident population. Life expectancy

Le dinamiche demografiche nell'ultimo decennio in Italia si sono contraddistinte per il manifestarsi di nuovi fenomeni che sono venuti sovrapponendosi a quelli che avevano caratterizzato il periodo precedente a partire dall'inizio degli anni '70. L'aspetto più rilevante è l'aumento della popolazione di stranieri, la cui natalità è attualmente molto più elevata di quella della popolazione italiana. Il confronto dell'Italia con gli altri Paesi dell'UE a 15 è ora più favorevole rispetto al passato, per via di una natalità in leggera ripresa e di un tasso di mortalità infantile fra i più bassi fra quelli osservati. Alla fine del 2004 la popolazione residente in Italia ammontava a 58,5 milioni di persone. Nello stesso anno sono nati 563.000 bambini e la natalità è stata del 9,67‰. Nel 2004 il saldo naturale della popolazione è ritornato positivo (+15.941 unità) dopo 12 anni; il saldo migratorio è stato di +558.189 unità, con un valore positivo anche nelle regioni meridionali. Attualmente i ragazzi sotto i 14 anni sono il 14,2% e quelli sotto i 20 anni il 19,1% del totale della popolazione. Dal 1961 al 2004 la speranza di vita alla nascita (o vita media) è aumentata da 67,2 a 77,8 anni per i maschi (+10,6 anni) e da 72,3 a 83,7 anni per le femmine (+11,4 anni). Fra il 1996 e il 2005 la percentuale di stranieri è aumentata dall'1,5% al 4,1%. La percentuale di minori, nella popolazione straniera, è aumentata dal 14,2% al 20,9%, mentre la natalità degli stranieri è passata dal 13,3‰ nel 1996 al 24,6‰ nel 2004, un valore 2,5 volte più alto dell'attuale media italiana.

**Parole chiave** Mortalità infantile. Natalità. Popolazione residente. Speranza di vita. Vita media

## La natalità e le dinamiche demografiche

In cinquant'anni la popolazione residente in Italia è aumentata di oltre 10 milio-

ni di unità, passando da 47,5 milioni di persone agli inizi degli anni '50 a quasi 58,5 milioni alla fine del 2004 (nota 1); di queste 28,4 milioni sono maschi e 30,1

milioni femmine. Ciò è il risultato di importanti cambiamenti verificatisi nella natalità, nella mortalità e nelle dinamiche migratorie nel corso del tempo.

La natalità (nota 2) era del 18,26‰ nel 1951 ed è attualmente (anno 2004) pari a 9,67‰. Nello stesso intervallo di tempo il numero di nati vivi è passato da 866.000 a quasi 563.000 bambini. La diminuzione del numero di nati e quello contestuale della natalità non sono però stati dei fenomeni lineari, come è illustrato nella figura 1.

A un andamento stazionario delle nascite nei primi anni '50 è seguito un netto aumento che è proseguito fino al 1964, unico anno in cui la natalità ha superato il valore del 20‰. Successivamente si sono verificate sia una drastica inversione di tendenza che una ancor più accentuata flessione dopo il 1974, che è proseguita fino all'inizio degli anni '80. In seguito la diminuzione è stata molto più graduale e si è praticamente arrestata a partire dal 1994. Dal 1999, infine, vi è stata una leggera ripresa sia del numero dei nati che della natalità (1-2-3-4).

Nel 2004 il saldo naturale (nota 3) della popolazione è ritornato positivo (+15.941 unità) dopo 12 anni, durante i quali era stato sempre negativo per effetto di un eccesso delle morti sulle nascite. Tuttavia, nelle regioni del Nord e del Centro il saldo naturale continua a essere negativo, anche se la differenza tra nati e deceduti è ora inferiore rispetto al passato. A livello nazionale, nonostante i saldi naturali negativi registrati fino al 2003, la popolazione residente è comunque aumentata a causa dei fenomeni di immigrazione (3).

Nel 2004 il saldo migratorio è stato di +558.189 unità e ha presentato un valore positivo anche nelle regioni meridionali, a differenza di quanto era avvenuto in precedenza. Sembra pertanto essersi arrestato il fenomeno di perdita di popolazione che aveva caratterizzato le recen-

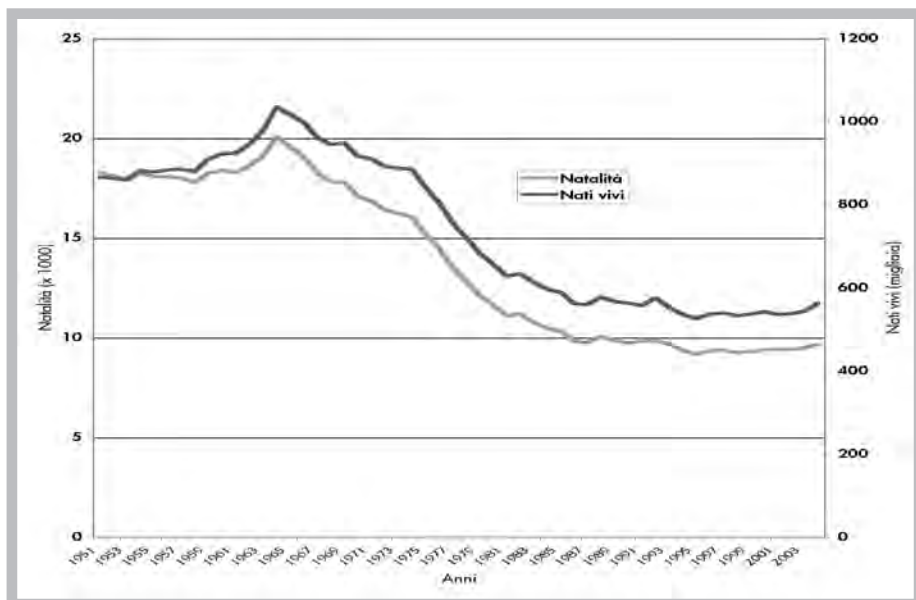
Per corrispondenza:

Carlo Corchia

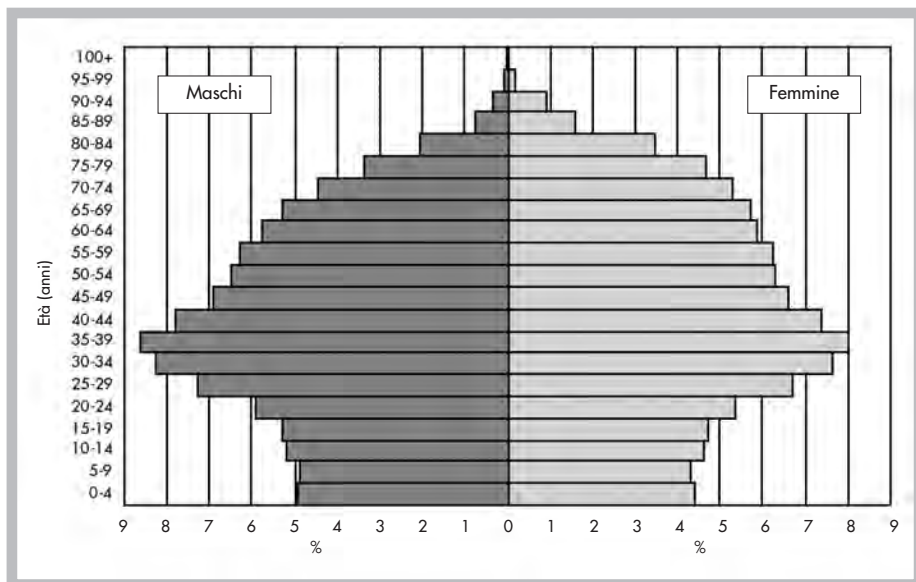
e-mail: corchia@opbg.net

statistiche correnti

**FIGURA 1: NATALITÀ IN ITALIA DAL 1951 AL 2004**



**FIGURA 2: STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AL PRIMO GENNAIO 2004, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ**



**TABELLA 1: BILANCIO DEMOGRAFICO PER AREA GEOGRAFICA NEL 2004**

		Nord	Centro	Mezzogiorno	Totale Italia
MOVIMENTO NATURALE	Nati vivi	249.677	104.740	208.182	562.599
	Morti	259.406	112.846	174.406	546.658
	*Saldo naturale	-9.729	-8.106	33.776	15.941
MOVIMENTO MIGRATORIO	*Saldo naturale	378.266	130.006	49.917	558.189

\* (nota 3) Saldo naturale: eccedenza o deficit di nascite rispetto alle morti

ti dinamiche demografiche del Sud Italia (tabella 1).

Nel 2004 la natalità è stata del 9,67‰ a livello nazionale, del 10,05‰ nel Mezzogiorno, del 9,50‰ nel Nord e del 9,36‰ nel Centro. Similmente, mentre nell'intero Paese il numero medio di figli per donna in età fertile è risultato di 1,33, tale valore è stato più alto nel Mezzogiorno (1,35) rispetto a quello del Nord (1,32) e a quello del Centro (1,28). La struttura della popolazione per età ha perso la forma piramidale che aveva fino a 40-50 anni fa per assumerne una caratterizzata da una stretta base, poi da uno slargamento che raggiunge il suo massimo fra i 35 e i 39 anni e, infine, da un graduale restringimento che rappresenta il residuo dell'antica piramide (figura 2). Il punto di massima frequenza corrisponde ai nati negli anni '60, quando, come abbiamo visto, la natalità raggiunse il valore più alto degli ultimi cinquant'anni. Attualmente la popolazione sotto i 14 anni rappresenta il 14,2% e quella sotto 20 anni il 19,1% del totale. A confronto basti citare che nel lontano 1911 tali valori erano rispettivamente del 34% e del 42,9%!

Da notare anche l'asimmetria fra i due sessi al di sopra dei 60 anni, quando si evidenzia una maggiore frequenza percentuale del sesso femminile per effetto della più alta sopravvivenza delle femmine rispetto ai maschi. Infatti, a influire sulla struttura per età della popolazione non è soltanto il numero di nati, ma anche l'attesa di vita. Dal 1961 al 2004 la speranza di vita alla nascita (o vita media) è aumentata da 67,2 a 77,8 anni per i maschi (+10,6 anni) e da 72,3 a 83,7 anni per le femmine (+11,4 anni). Anche se in questo periodo l'aumento della vita

media è stato nel complesso maggiore per le femmine rispetto ai maschi, la differenza fra i due sessi si è andata attenuando negli ultimi 5-6 anni, a causa di un leggero recupero del sesso maschile su quello femminile.

La diminuzione della natalità e della mortalità e l'allungamento della vita media hanno provocato un aumento dell'indice di vecchiaia (*nota 4*), che è passato da 38,9 nel 1961 a 137,7 nel 2004.

Ciò significa che se nel 1961 vi erano circa 39 anziani ( $\geq 65$  anni) per 100 ragazzi ( $\leq 14$  anni) oggi ve ne sono quasi 138: un aumento di circa tre volte e mezzo.

Le percentuali di minori  $\leq 14$  anni sul totale della popolazione sono praticamente sovrapponibili nelle regioni settentrionali e in quelle centrali, mentre continuano a essere più elevate in quelle meridionali (*tabella 2*). Le differenze,

tuttavia, sembrano essersi attenuate negli ultimi anni, sia per un leggero aumento della percentuale di ragazzi al Nord (dal 12,57% nel 2001 al 12,93% nel 2004) che per una flessione al Sud (dal 17,34% nel 2001 al 16,31% nel 2004). Complessivamente vi sono attualmente in Italia poco meno di 8,2 milioni di bambini e ragazzi  $\leq 14$  anni.

In quarant'anni le famiglie costituite da un unico componente sono più che raddoppiate, passando dal 10,6% al 24,9% del totale (*tabella 3*).

Un incremento si è anche verificato per le famiglie con due componenti. All'opposto, le famiglie con 5 componenti sono diminuite dal 12,6% al 5,8% e quelle costituite da 6 o più persone sono quasi scomparse. Nessuna variazione sostanziale si è avuta, invece, per la frequenza percentuale delle famiglie con 3 e 4 componenti. Il numero medio di componenti per famiglia è passato da 3,6 a 2,6.

Un cenno particolare meritano gli stranieri residenti, che nel 2005 erano 2.402.157, di cui 501.792 minorenni (20,9%). Fra il 1996 e il 2005 la percentuale di stranieri sulla popolazione totale è aumentata dall'1,5% al 4,1%; la percentuale di minori nella popolazione straniera è aumentata dal 14,2% al 20,9%, mentre la natalità degli stranieri è passata dal 13,3‰ al 24,6‰ nel 2004 (*tabella 4*), un valore superiore a quello nazionale degli anni '60 e 2,5 volte più alto dell'attuale media italiana. Su tale valore elevato di natalità influisce il progressivo arricchimento di giovani adulti in età riproduttiva della popolazione di stranieri residenti, come conseguenza dei fenomeni immigratori, e una composizione relativa di anziani ancora bassa.

**TABELLA 2: NUMERO E PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE CON MENO DI 14 ANNI AL PRIMO GENNAIO 2004, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA**

	Nord	Centro	Mezzogiorno	Totale Italia
N. <1 anno	235.469	99.297	205.417	540.183
1-4 anni	932.695	381.881	833.280	2.147.856
5-9 anni	1.103.275	467.680	1.086.643	2.657.598
10-14 anni	1.102.641	496.381	1.245.690	2.844.712
Totale $\leq 14$ anni	3.374.080	1.445.239	3.371.030	8.190.349
% <1 anno	0,90	0,89	0,99	0,93
1-4 anni	3,57	3,43	4,03	3,71
5-9 anni	4,23	4,20	5,26	4,59
10-14 anni	4,22	4,46	6,03	4,91
Totale $\leq 14$ anni	12,93	12,99	16,31	14,15

**TABELLA 3: FAMIGLIE PER NUMERO DI COMPONENTI: COMPOSIZIONE PERCENTUALE**

N. componenti	1961	1971	1981	1991	2001
1	10,6	12,9	17,9	20,6	24,9
2	19,6	22	23,6	24,7	27,1
3	22,4	22,4	22,1	22,2	21,6
4	20,4	21,2	21,5	21,2	19,0
5	12,6	11,8	9,5	7,9	5,8
6 e più	14,4	9,7	5,4	3,4	1,7
N. medio di componenti	3,6	3,3	3,0	2,8	2,6

**TABELLA 4: INDICATORI DEMOGRAFICI DEGLI STRANIERI RESIDENTI**

	1996	1997	1998	1999	21/10/2001 <sup>(1)</sup>	2003	2004	2005
Stranieri sulla popolazione totale	1,5%	1,7%	1,9%	2,2%	2,3%	2,7%	3,4%	4,1%
Minori sulla popolazione straniera	14,2%	15,1%	16,7%	18,1%	21,3%	23,0% <sup>(2)</sup>	20,7%	20,9%
Natalità (‰)	13,3	14,5	16,0	17,8	-	21,7	24,6	-
N. stranieri residenti (migliaia)	885	992	1116	1271	1335	1549	1990	2402

(1) Censimento; (2) Dato stimato

TABELLA 5: ALCUNI INDICATORI DEMOGRAFICI DEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA A 15 NAZIONI (ANNO 2003)

Paesi	Tasso di natalità (%)	Numero medio di figli per donna	Tasso di mortalità infantile (‰)	Indice di vecchiaia	Vita media maschi	Vita media femmine
Italia	9,4	1,29	4,1 (a)	135,9	77,1 (a)	83,0 (a)
Austria	9,5	1,38	4,5	95,2	75,9	81,6
Belgio	10,8	1,62	4,4 (a)	97,8	75,1 (a)	81,1 (a)
Danimarca	12,0	1,76	4,4	79,1	74,9	79,5
Finlandia	10,9	1,76	3,1	88,4	75,1	81,8
Francia	12,7	1,89	4,1	88,1	75,8 (a)	83,0 (a)
Germania	8,6	1,31	4,2	122,2	75,5 (b)	81,3 (b)
Grecia	9,5	1,27	5,1 (a)	119,8	76,4 (a)	81,1 (a)
Irlanda	15,4	2,00	5,3	53,4	75,2 (a)	80,3 (a)
Lussemburgo	11,8	1,63	4,9	75,1	74,9 (a)	81,5 (a)
Paesi Bassi	12,3	1,75	4,8	74,6	76,2	80,9
Portogallo	10,8	1,44	4,1	106,8	74,0	80,6
Regno Unito	11,7	1,64	5,2 (a)	82,3	75,9 (a)	80,5 (a)
Spagna	10,5	1,30	3,6	116,1	76,9	83,6
Svezia	11,1	1,71	3,1	96,4	77,9	82,4
UE 15	10,6	1,31	4,4 (c)	105,7 (c)	76,0	81,9

(a) 2002; (b) 2001; (c) stima

### Confronti internazionali

Nel 2003, nell'ambito dell'Unione Europea a 15, l'Italia non è più il Paese con la più bassa natalità, essendo ora superata dalla Germania e trovandosi più o meno allo stesso livello di Austria e Grecia, né quello con il minor numero medio di figli per donna in età fertile, superato in negativo, anche se di poco, dalla Grecia; continua tuttavia a essere la nazione con l'indice di vecchiaia più elevato (tabella 5).

Nel 1998, per confronto, la natalità, il numero medio di figli per donna in età fertile e l'indice di vecchiaia erano stati rispettivamente 9,3%, 1,20 e 122,2. Questi dati stanno a indicare una leggera ripresa della natalità, come già si è visto in precedenza, associata comunque a un ulteriore invecchiamento globale della popolazione.

La vita media in Italia è fra le più alte d'Europa, sia per i maschi che per le femmine, ma non è questa variabile a influenzare l'alto indice di vecchiaia, che sembra essere conseguenza principale

del perdurante basso numero medio di figli per donna e della bassa natalità. Infatti, vi è una relazione inversa tra numero medio di figli per donna (e natalità) e indice di vecchiaia, con coefficiente di correlazione  $r$  di  $-0,87$  ( $p < 0,0001$ ). La durata di vita media nell'UE a 15 è di 76 anni per i maschi (era di 74,8 anni nel 1998) e di 81,9 anni per le femmine (era di 81 anni nel 1998).

Per quel che riguarda la mortalità infantile la situazione del nostro Paese in confronto agli altri Stati appare, contrariamente al passato, più favorevole. Mentre infatti nel 1998 l'Italia si situava al quintultimo posto fra i 15, attualmente essa, con un tasso inferiore alla media europea, si situa al quarto posto, dopo Finlandia, Svezia e Spagna, e allo stesso livello di Francia e Portogallo.

È da segnalare, infine, che, benché la mortalità infantile di 4 Regioni italiane sia più alta di quella dell'Irlanda, cioè la nazione con il tasso più elevato nella UE a 15, i tassi di 14 Regioni sono al di sotto della media europea e che quelli di 4 Regioni sono in-

feriori anche a quelli delle nazioni con i valori più bassi, cioè Finlandia e Svezia (5). ♦

### Bibliografia

- (1) Istituto Nazionale di Statistica. Annuario Statistico Italiano 2005. Roma: ISTAT, 2005.
- (2) Istituto Nazionale di Statistica. Popolazione e movimento anagrafico dei comuni, anno 2002. Roma: ISTAT, 2004.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica. I numeri dell'Italia. Roma: ISTAT, 2005 (www.istat.it).
- (4) Istituto Nazionale di Statistica. La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2005. Roma: ISTAT, 2005.
- (5) Corchia C. La mortalità infantile nel primo anno di vita e le differenze regionali. Quaderni acp 2006;13:58.

### Note

1. Popolazione residente al 31/12/2004.
2. Natalità: n. nati vivi per anno / popolazione residente nell'anno (x 1000).
3. Saldo naturale: eccedenza o deficit di nascite rispetto alle morti.
4. Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età (x 100).

# "Giocare" uno strumento

## Non è mai troppo presto per educare il bambino alla musica

Ester Seritti

Ricercatrice nel settore pedagogico musicale

### Abstract

#### Playing an instrument

#### *Its never too early to educate a child to music*

*Its never too early to start educating a child to music. This kind of language lets the child exercise his personal expression, creativity, self-discipline, logic-analytical and socializing abilities. In order to start an activity with a musical instrument it is useful to have a good rhythm and motor coordination, a good vocal emission and perceptive abilities, considering that the first musical instrument is the human body. The practice with an instrument is part of a wider musical environment which influences greatly the harmonic development of a person and the knowledge of the different aspects of the "musical prism". An ideal route for a good musical learning is presented, starting from the linguistic correspondence "playing/playing" present in many languages.*

Quaderni acp 2006; 13(3): 112-113

**Key words** Play. Musical instrument. Music

*Non è mai troppo presto per educare alla musica il bambino, dato che questo linguaggio gli consente l'esercizio di espressione personale, di autodisciplina, di creatività, di capacità logico-analitiche, di socializzazione. Per affrontare un'attività strumentale è molto utile padroneggiare la coordinazione ritmico-motoria, l'emissione vocale, le capacità percettive, dato che il primo strumento è il corpo umano. La pratica strumentale si inserisce in un vissuto musicale a largo raggio, che contribuisce notevolmente allo sviluppo armonico della persona e alla conoscenza delle varie sfaccettature del "prisma musica". Viene illustrato un percorso ideale di apprendimento strumentale che parte dalla considerazione della corrispondenza linguistica "suonare/giocare" presente in molte lingue.*

**Parole chiave** Gioco. Strumento musicale. Musica

Nell'editoriale pubblicato nel primo numero del 2005 di *Quaderni acp* ci si chiede quali modelli assumere per una corretta impostazione dell'educazione musicale rivolta al bambino (1). Per rispondere a questa domanda concordo sulla opinione condivisa da molti Autori e riportata anche su queste pagine, che non è mai troppo presto per iniziare la formazione musicale (2). Questo non implica, naturalmente, che per accostarsi alla musica si debba arrivare obbligatoriamente a suonare uno strumento; ma, se il bambino manifesta questo desiderio, ritengo necessario che, soprattutto all'inizio, la pratica strumentale avvenga in un contesto di formazione musicale globale in cui il canto, le attività ritmico-motorie, le esperienze di ascolto e le proposte creative ne costituiscano la base di partenza. Emile Jaques-Dalcroze (Vienna 1865 - Ginevra 1950), che oltre un secolo fa ha fondato un metodo di pedagogia musicale

moderna diffuso dapprima in Svizzera e poi in ambito mondiale, affermava che "...prima di seminare il grano bisogna preparare il terreno. Per ciò che riguarda la musica in particolare, si commette frequentemente l'errore di mettere in mano al bambino uno strumento prima che egli sappia come usarlo. Ci siamo spesso lamentati del fatto che si insegni il pianoforte ai bambini prima di sviluppare la musicalità e cioè la capacità di sentire i suoni, di sentire i ritmi con tutto il corpo, di avere acquisito l'audizione interiore dei suoni, di avere interiorizzato il movimento prima che tutto il loro essere sia in grado di vibrare all'unisono con le emozioni artistiche. [...] L'allievo che ha piena fiducia nella propria coscienza del ritmo e del suono, che possiede una ricca esperienza delle forme del movimento e che è in grado di controllare perfettamente l'apparato muscolare, può oramai dedicare tutta la

sua attenzione allo strumento e tale studio sarà per lui una gioia e non più una tortura..." (3).

Fino a pochi anni fa in Italia studiar musica corrispondeva soltanto all'apprendimento di una tecnica strumentale, spesso imposta con metodi piuttosto aridi, meccanici e dogmatici. Fortunatamente la situazione sta migliorando e aumentano scuole di musica per bambini che mirano alla formazione globale e a impostazioni metodologiche ludiche e allo stesso tempo qualificate. La proposta di vivere la musica anche attraverso il movimento contribuisce al benessere fisico del bambino che così può vivere un'esperienza espressiva e liberatrice.

Per quanto riguarda l'alfabetizzazione musicale ormai il solfeggio parlato sta cedendo il passo a molteplici metodologie di lettura gratificanti abbinate alla vocalità e alla pratica strumentale, senza dubbio più musicali di una proposta obsoleta e discutibilissima. Una didattica lungimirante, inoltre, non deve proporsi in anticipo il destino dell'allievo, che avrà tempo e modo di decidere se diventare un professionista o un amatore, di scegliere uno strumento da suonare dopo averne presi in considerazione molti.

### Modalità di approccio

In molte lingue il verbo *suonare* corrisponde a *giocare* (*play, spielen, jouer, ecc.*). Tale definizione ci suggerisce lo stile di approccio strumentale (*vedi lettera a pag. 120, ndr*). L'esplorazione sonora costituisce il primo stadio di contatto con lo strumento, con la ricerca di effetti molteplici e con il moltiplicarsi di situazioni creative suggerite dalle ricche capacità simboliche del bambino.

Chi suona non deve soltanto *riprodurre*, ma anche *produrre* brani. Dato che all'apprendimento strumentale si deve affiancare una crescente presa di coscienza sugli elementi costitutivi della musica, dapprima avremo soltanto la produzione di effetti sonori e successivamente di strutture for-

Per corrispondenza:

Ester Seritti

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

# musical-mente



mali più complesse. Nelle mie attività didattiche volte alla formazione musicale generale, per le esercitazioni creative ho constatato anche l'utilità delle improvvisazioni a dialogo fra due strumenti, specie se diversi. Ricordo le interminabili chiacchierate fra Onlio e Stanlio imitate da due allievi di dieci anni, che suonavano rispettivamente fagotto e violino. C'è poi il problema delle posizioni particolari richieste da ogni strumento. A volte questa esigenza viene esasperata da alcuni insegnanti che antepongono la posizione alla ricerca del suono, considerandola un fine e non un mezzo.

### Repertori strumentali

Anche se è importante conseguire abilità tecniche, è bene che queste non siano disgiunte da proposte espressive e motivanti. Spesso accade che la letteratura strumentale non si affianchi adeguatamente alle conquiste tecniche. Ho avuto la tentazione di chiamare il telefono azzurro nel vedere dei bambini violinisti costretti a eseguire aridi e noiosi esercizi per la conquista di molti nuovi suoni allo strumento, mentre non erano messi in grado di poter suonare parallelamente a ogni conquista piacevole e semplici melodie! Dovremmo far pervenire a certi insegnanti di strumento questa lettera scritta da Fryderyk Chopin a Delfina Potocka:

*“Scrivendo gli Studi mi sono sforzato di far risultare, oltre allo studio, l'arte.*

*All'artista che deve a lungo esercitarsi, bisogna dare, perché non si annoi a morte, esercizi in cui trovi degno alimento per le orecchie e per il cuore. Mi inquieta il fatto che non esistano esercizi per chi comincia. Ogni possibilità è aperta dinanzi all'artista: quando gli esercizi lo annoiano può ricorrere alle più alte opere d'arte. Ma al poveretto che, all'infuori degli esercizi, non può ancora suonare nulla, che ha le dita legate, rigide, sono necessari esercizi gradevoli, che non lo disgustino dalla musica. Mi sono provato a scrivere qualcosa di simile, ma non ci sono arrivato, nulla mi è riuscito, perché tutto era difficile per i principianti; forse rimanderò a più tardi questo lavoro, o forse qualcun altro mi prederà e si affermerà in quest'arte. È veramente difficile”*(4).

Non è detto che la pratica strumentale si avvalga soltanto di repertori di musica

colta. Il panorama musicale offre molteplici generi e varie epoche da conoscere e coltivare. L'importante è formare il senso critico in modo da poter distinguere il bello dal brutto che si riscontrano in tutti i repertori.

### Importanza formativa della musica d'insieme

Sin dalle prime conquiste strumentali, si rivela molto utile l'esercizio della musica d'insieme.

Gli allievi si abitano anzitutto a convivere civilmente in gruppo, ad ascoltarsi, a fondere sapientemente i loro suoni. In alcuni Paesi dell'America Latina si verifica una crescita di scuole di musica gratuite, frequentate da bambini e ragazzi provenienti da ambienti sociali a rischio, dato che la musica offre forti motivazioni affettive e culturali e costituisce un potente mezzo di prevenzione del disadattamento sociale e della delinquenza. Se queste convinzioni attecchissero in Italia, forse potremmo contribuire anche alla diminuzione di sgradevoli manifestazioni collettive di aggressività, che spesso sono causate dalla mancanza di offerta formativa. Le iniziative di Caracas sono particolarmente seguite da Claudio Abbado che sta incoraggiando la formazione di un'orchestra giovanile latinoamericana multiculturale e multirazziale che presto visiterà l'Europa. Oltretutto un ulteriore risvolto sociale è offerto dall'affermazione di Abbado: *“Ogni concerto di questa orchestra servirà a costruire una casa; dovremo farne mille”*.

Ma va detto subito che comunque la musica d'insieme può essere praticata anche in piccole formazioni di complessi strumentali. Nei Paesi europei caratterizzati da una solida formazione musicale di base sono frequenti le occasioni di incontro fra adulti che si diletano a trascorrere il tempo libero suonando insieme. Specialmente la categoria dei medici è sensibile a queste consuetudini. Accade anche fra i pediatri? Me lo auguro e glielo auguro. ♦

### Bibliografia

- (1) Valentino Merletti R, Cascio P. Nati per Leggere e Nati per la Musica. L'opportunità di non disperdere talenti. Quaderni acp 2005;12:1-2.
- (2) Tafuri J. Lo sviluppo musicale del bambino. Quaderni acp 2005;12:96-8.
- (3) Dalcroze EJ. Il ritmo, la musica, l'educazione, Torino: Ed. ERI, 1986.
- (4) Wierzynski C. Chopin, Milano: Rizzoli Editore, 1956.

## WONCA EUROPE 2006

Firenze, 27-30 agosto 2006

### Congresso della sezione europea della WONCA

World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians

Confronto internazionale su argomenti rilevanti: percorsi di formazione e ricerca, esperienze di organizzazione del lavoro e di miglioramento della qualità dell'assistenza

### Programma

6 main topics:

- ▶ *biology and humanities*
- ▶ *care for the world*
- ▶ *risk and safety*
- ▶ *research*
- ▶ *quality*
- ▶ *education*

Ogni topic sarà gestito da un key lecture

Nell'ambito di ogni main topic sono previsti simposi, workshop, comunicazioni orali.

I summaries riepilogativi di ogni topic saranno illustrati in un tempo apposito nell'ultima giornata del Congresso.

All'interno dei topic una tavola rotonda sui progetti europei di promozione della lettura ad alta voce, fra cui Nati per Leggere.

L'Associazione Culturale Pediatri è parte attiva nell'organizzazione dell'evento.

Sono stati chiesti all'ACP:

- 1) un documento di presentazione della pediatria di famiglia
- 2) l'impegno di regolamentazione dei rapporti con l'industria sottoscritto dai soci ACP

Programma e dettagli organizzativi dell'evento sul sito [www.woncaeurope2006.org](http://www.woncaeurope2006.org)

Appena possibile daremo ulteriori informazioni



## Sardegna

Dopo il corso di formazione a Nati per Leggere, tenuto a Milis nel giugno 2005, i pediatri consultoriali del gruppo ASPECO hanno inserito il progetto nelle loro attività istituzionali, ritenendo il Consultorio familiare un'entità potenzialmente privilegiata per la sua realizzazione, in quanto ha come bersaglio naturale le comunità: asili, scuole, gruppi a rischio sociale come famiglie di quartieri degradati, popolazioni nomadi ecc.

Il progetto prevede la promozione della lettura ad alta voce nei corsi nascita e negli incontri dopo-nascita, con consegna di opuscoli e invio per l'iscrizione alle biblioteche locali; un secondo livello prevede l'intervento, assieme ai bibliotecari, negli asili nido e nelle scuole materne, e un terzo livello prevede il coinvolgimento dei pediatri di base, associazioni culturali, comuni, licei pedagogici, l'attivazione di gruppi di lettori volontari da inserire in consultori e ambulatori pediatrici.

I primi interventi strutturati sono stati avviati a Quartu S. Elena e Isili, in provincia di Cagliari.

### Quartu S. Elena

Il Consultorio Familiare di Quartu S. Elena ha avviato il progetto con la collaborazione della Biblioteca Comunale.

Il progetto prevede vari interventi:

- durante gli incontri dei corsi di preparazione alla nascita e del "dopo parto" la pediatra illustra i vantaggi della lettura ad alta voce mentre la bibliotecaria dà una dimostrazione pratica di come leggere ai bambini nelle varie età;
- vengono distribuiti i calendari-bibliografia che sono stati elaborati dall'AIB e ACP (sezione sarda) e i genitori sono invitati a visitare la Biblioteca Comunale e iscrivere i bambini al prestito;

- in occasione dei bilanci di salute la pediatra prosegue l'azione di incoraggiamento alla lettura da parte dei genitori;
- ai bambini più grandi viene chiesto di portare in Consultorio uno dei propri libri non più utilizzati per metterli a disposizione in sala d'attesa.

Ci sono stati riscontri positivi da parte dei genitori e si è registrato un incremento del numero degli accessi alla Biblioteca Comunale.

*Cristina Gabba*

### Isili

Nei locali della Biblioteca di Isili, con la partecipazione della pediatra del Consultorio Familiare dott.ssa Gregorio, della pediatra di base dott.ssa Obino e del Responsabile del Sistema Bibliotecario oltre che dei bibliotecari G. Congiu e M. Soi, si è svolto l'incontro di presentazione del progetto Nati per Leggere del Sarcidano e Barbagia di Seulo. L'incontro è nato dall'esigenza di promuovere il progetto, finanziato con fondi della Biblioteca ed è partito a dicembre 2005. Nel territorio il progetto si attuerà con diverse iniziative:

- realizzazione di un angolo in cui sistemare una cassetta di libri per piccoli utenti nelle Biblioteche, negli Studi pediatrici, nei Consultori familiari, negli Asili nido, nelle Scuole materne e nell'Ospedale di Isili;
- organizzazione di incontri di presentazione, rivolti ai genitori dei bambini nella fascia di età da 0 a 6 anni per sensibilizzarli sull'importanza della lettura ad alta voce e del racconto;
- organizzazione di momenti di lettura ad alta voce in Biblioteca (*Ora del racconto*) con reclutamento di volontari;
- promozione di incontri con esperti: pediatri, psicologi pedagogisti ecc.

I genitori sono stati invitati, oltre che con manifesti e brochure, anche con invito personale consegnato a tutti i bambini iscritti al Nido e alle Scuole materne.

È subito partito un interessante dibattito, in particolare sulla differenza dei benefici, della narrazione orale (come nella tradizione sarda *i racconti de sos foghile*) rispetto alla lettura di un libro. I genitori presenti, che come sempre sono i più sensibili e i più attenti ai problemi, hanno manifestato grande entusiasmo anche nei confronti del libro "Guarda che faccia",

# Nati

perché in molti avevano rilevato che anche nello sfogliare altri libri o giornali i bambini venivano attratti dall'immagine del viso dei bambini. Alcuni insegnanti presenti hanno auspicato anche l'arrivo del progetto alla Scuola materna, con momenti di narrazione fatti di volta di volta da un genitore. L'incontro è stato particolarmente costruttivo perché gli operatori non coinvolti in questa prima fase del progetto hanno tenuto occupati i bambini con attività ludiche, il che ha permesso ai genitori presenti una maggiore partecipazione alla discussione. Alcuni di essi si sono dichiarati disponibili anche per i momenti di lettura ad alta voce, e ci si è lasciati con un appuntamento per il prossimo incontro.

*Giuseppina Gregorio*

### Cagliari

Si è svolto l'8 aprile 2006, presso l'Auditorium dell'Ospedale "G. Brotzu", un convegno su Nati per Leggere, organizzato dai presidi del libro della Sardegna, con la partecipazione di Giorgio Todde. Ha relazionato il prof. G. C. Biasini. Come seguito del convegno, presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale "G. Brotzu", verranno organizzate una serie di iniziative in collaborazione con i volontari dell'Associazione Bambini nell'Ospedale di Cagliari (ABIO), che svolgono attività di assistenza ai piccoli degenti. Diamo un cenno sul programma.

- Verrà allestita una mostra dei libri Nati per Leggere, che potranno essere consultati dai genitori, operatori e bambini.
- Sarà distribuito materiale promozionale del Progetto, realizzato dal Centro di Documentazione Biblioteche per Ragazzi e da un gruppo di lavoro formato da bibliotecari, librai, pediatri, educatori, tra cui il Calendario "Un anno di storie per bambini".
- Verranno realizzati due interventi di animazione per i piccoli degenti dalle studentesse della classe 5° Egeria dell'Istituto Magistrale "Niccolò Tommaseo" di Cagliari.

Le attività di controllo e prestito dei libri, presentazione del progetto e consegna del materiale, verranno svolte da operatori del Centro Servizi Bibliotecari della Provincia di Cagliari che affiancheranno i volontari dell'ABIO. Il Centro Regionale Documentazione Biblioteche per

# per Leggere

Ragazzi della Provincia di Cagliari doterà il reparto di circa 50 libri per le diverse fasce d'età dei piccoli ricoverati. I libri verranno affidati ai volontari dell'ABIO che provvederanno al prestito, alla custodia e alla restituzione dei volumi che saranno sostituiti mensilmente.

## Emilia-Romagna

Il Centro Provinciale di Documentazione di Modena ha organizzato il corso "Il piacere della lettura", corso di formazione di Nati per Leggere per lettori volontari, genitori, educatori, operatori culturali, bibliotecari. La Sede è stata Pavullo (Modena) presso la Biblioteca Comunale (Palazzo Ducale). Le date: 23, 27, 31 marzo 3, 5, 10, 12, 26 e 28 aprile ore 20.30-22.30. La docente era Lorena Iori (attrice); il costo: euro 50 + IVA. Il corso era gratuito per i lettori che si impegnavano a fornire prestazioni volontarie in qualità di lettori del progetto Nati per Leggere nei Comuni del Frignano per un numero di ore almeno pari a quello del corso.

## Abruzzo

Si sono svolti nelle scuole materne dell'Aquila, sede di via Roio, i percorsi di lettura con i piccoli allievi, organizzati dalla Biblioteca dell'Infanzia in collaborazione con "l'Uovo", teatro stabile di innovazione, e le narratrici Barbara Centofanti e Annalisa De Luca. Parallelamente agli incontri con i piccoli allievi, Antonello Sipari, responsabile della Biblioteca dell'Infanzia, insieme alle dottoresse dell'Associazione Culturale Pediatri dell'Aquila, Vincenzina Bontempo, Maria Graziani, Donatella Simongini, Paola Faccia e Gabriella Bottone, hanno tenuto gli incontri illustrativi del progetto "Clap... clap... clap... il mio libro è più alto del tuo". L'iniziativa, nata con il patrocinio del Centro servizi amministrativi della provincia dell'Aquila, si inserisce nella più ampia programmazione culturale "Nati per Leggere", progetto di salute per le famiglie, dedicato, per volere dell'ACP dell'Aquila, alla dott.ssa Loretta Di Piero, vero e proprio faro illuminante per la pediatria aquilana, esempio di professionalità e di alta sensibilità. I laboratori d'illustrazione per l'infanzia sono realizzati in collaborazione con "La nuvola Olga", laboratorio stabile d'illustrazione.

## I neonati seguono lo sguardo degli adulti

*Ci sembra interessante riprendere da Le Scienze online del 20.11.2005 il sunto di una articolo che sembra particolarmente importante per la lettura congiunta e dialogica propria del progetto Nati per Leggere.*

Negli ultimi tre mesi del loro primo anno di vita, i neonati apprendono un compito estremamente importante per le interazioni sociali. Imparano infatti a seguire la direzione dello sguardo di un adulto, un passo che gli scienziati ritengono fondamentale per la comprensione del linguaggio. Gli psicologi Rachele Brooks e Andrew Meltzoff dell'Università di Washington hanno valutato che questa fase dello sviluppo comincia più o meno nel decimo o nell'undicesimo mese di vita. Hanno inoltre scoperto che i neonati più abili a seguire lo sguardo altrui prima del loro primo compleanno sono anche in grado di comprendere un numero quasi doppio di parole una volta raggiunti i 18 mesi di età. In un articolo pubblicato sulla rivista *Developmental Science*, Brooks e Meltzoff riportano ulteriori prove dell'importanza degli occhi nelle interazioni sociali umane e descrivono l'utilizzo dello sguardo da parte dei neonati. Tre anni fa, i ricercatori avevano dimostrato che i bambini di 12-18 mesi guardano più facilmente verso un oggetto se un'altra persona si volge verso esso con gli occhi aperti anziché con gli occhi chiusi. "I bambini - commenta Brooks - imparano presto a guardare nella direzione verso cui guarda un adulto. Non è un compito facile, specialmente in casa, dove ci sono molte distrazioni. A nove mesi i bambini cominciano a farlo seguendo il movimento della testa. A dieci-undici mesi, seguono sia la testa che gli occhi. Gli occhi aggiungono un'informazione importante, e i bambini seguono la testa più facilmente se gli occhi sono aperti". Nel nuovo studio gli psicologi hanno verificato la comprensione del linguaggio da parte dei bambini e l'hanno associata con la capacità di seguire lo sguardo degli adulti. I neonati che a 10-11 mesi di età erano in grado di seguire gli occhi dei ricercatori e di fare semplici vocalizzazioni, a 18 mesi di età comprendevano una media di 337 parole, contro una media di 195 parole degli altri.

## Congresso Wonca Europe 2006

*Pubblichiamo l'abstract dell'intervento sul progetto Nati per Leggere che Stefania Manetti farà al Wonca Europe 2006 di Firenze sul tema "European projects on promotion of emergent literacy in primary paediatric care"*

Literacy promotion in paediatric primary care, through reading aloud to very young children, starting from their first year of life, is an evidence based practice. In Italy the "Nati per Leggere" project was started in 1999 by paediatricians (ACP, Associazione Culturale Pediatri), a non-profit organization (CSB, Centro per la Salute del Bambino) and librarians (AIB, Associazione Italiana Biblioteche). The aim of the project is to promote early literacy skills in children from 6 months to 6 years, when children start primary school in Italy. Public health paediatricians are trained to provide anticipatory guidance to parents during well child visits about the importance of reading aloud; when possible a new book is given to the child by the physician at each new visit; volunteers would read aloud to children and model techniques for parents in the waiting room.

The advice about reading aloud and its benefits and the offer of the book is conceived as a specific medical intervention provided by the primary care paediatricians, in the context of their mandate to promote health, safety, and development. Parents are also invited to attend public libraries where librarians can advise parents on how to choose the most appropriate books for their children. At the end of 2005, there were in Italy 220 local projects promoted by the collaboration of librarians and paediatricians; most of them, especially in disadvantaged areas, are financed by public administrations. The total amount of funds used by the project from 2001 to 2005 was 1.823.025 euros. The project has also developed a survey instrument designed to monitor and evaluate the effects of the programme. The questionnaire has been adapted from the BABAR (Before and After Books and Reading) developed by Reach out and Read project and has shown that the attitude of parents to read aloud to their children varied across Italy from 5% to 35%. ♦

# Libri: occasioni per una

## Si può andare oltre l'indice di Apgar?



**Alessandro Volta**  
*Apgar 12*  
Bonomi 2006  
pp 87, euro 9,00

L'Autore è un neonatologo che ha lungamente lavorato in una Unità di Terapia Intensiva Neonatale ed è ora responsabile del Servizio Neonatale dell'Ospedale di Montecchio Emilia (RE). Si è insomma sempre occupato di neonati. Questa sorta di provocazione di estendere il punteggio di Apgar (che non è un acronimo, ma il cognome della dottoressa Virginia Apgar) da 10 a 12 ha, quindi, una base esperienziale. È ben noto che un Apgar 10 indica un neonato sano, fisiologico, ma che vive tuttora in una condizione assai impegnativa. Deve essere accudito, aiutato a far fronte ai suoi bisogni primari e a stabilire nuovi legami, a dare un senso a ciò che lo circonda, alla sua uscita dall'acqua al suo ingresso nell'aria: insomma superare la gran fatica della nascita. Il suo pianto è una ovvia domanda di aiuto che accompagna questi primi duri momenti in cui mancano azioni personali. La prima azione "personale" o comunque attiva, se la vogliamo cercare, è la sua ricerca del seno della madre, la ricerca di un contatto che si deve fortemente favorire.

L'Apgar 10 è comunque l'espressione della ripresa fisiologica del neonato: frequenza cardiaca, respiro, tono, riflessi, colorito. Secondo l'Autore a questo segue un atteggiamento di "benessere" che è facile da osservare in un neonato messo nelle condizioni di averlo. Il neonato si striscia contro la madre, si attacca al capezzolo, chiude gli occhi come se si concentrasse su se stesso; "trova finalmente il suo mondo interno, essendosi riappacificato con quello esterno". Per valutare questa parte della nascita l'Apgar non basta. Il punteggio – suggerisce l'Autore

– lo si potrebbe estendere a 11 (il neonato non piange più, ha una mimica rilassata e senza smorfie) e a 12 (riapre gli occhi, ricerca il seno, ha una espressione sorridente e beata). 11 e 12 vogliono dire che il bambino ha superato la fatica del nascere e ha raggiunto l'equilibrio fisico, mentale e comportamentale. Queste due fasi andrebbero valutate all'incirca al 10° minuto. È chiaro che l'estensione del punteggio non ha una motivazione "burocratica", da cartella clinica, ma è un aiuto al pediatra a comprendere l'ingresso nella vita del bambino. Scrive Gherardo Rapisardi nella prefazione: "La trovo una proposta tanto semplice quanto geniale e dotata di grandi potenzialità. Passare dalla valutazione dei parametri vitali a quella del benessere psicofisico ha notevoli implicazioni a tutti i livelli".

*Giancarlo Biasini*

## Ma... i disabili siamo noi?



**Candido Cannavò**  
*E li chiamano disabili*  
Rizzoli 2005  
pp 252, euro 16,00

Nella scelta di un libro da leggere vengo spesso guidata dalla copertina; se mi attira, prendo il libro in mano, guardo il titolo, l'argomento e poi decido l'acquisto. Davanti al libro di Cannavò l'immagine della ballerina mi ha colpito e per qualche secondo non ho neppure realizzato che mancava delle braccia. Il titolo "E li chiamano disabili" mi ha accattivato e ho deciso di comperarlo. Si tratta di 16 storie di disabili che hanno saputo trasformare le proprie disabilità in armi potenti per combattere contro i nostri pregiudizi e contro tutte le barriere fisiche e mentali che tendono a relegare i "diversamente abili" in un ghetto senza via di uscita. Credo che tutti debbano leggerlo e più che mai noi che abbiamo a che fare con

la malattia e le disabilità per imparare a sostenere quanti lottano per affermare i propri diritti e per supportare le famiglie nella dura battaglia contro la burocrazia e le ottusità della nostra società. Alla fine della lettura viene naturale condividere il pensiero di uno di loro quando dice "Penso talvolta che i veri limiti esistono in chi ci guarda".

*Luisa Marolla*

## Come costruire la povertà dei popoli



**John Perkins**  
*Confessioni di un sicario dell'economia*  
Ed. Minimum  
Fax 2005  
pp 309, euro 15,00

Un libro da leggere tutto d'un fiato come per gli appassionati si legge un thriller di fantapolitica; è tutto però drammaticamente vero e ben documentato. L'Autore, J. Perkins, è un economista ed è stato per dieci anni un sicario dell'economia, cioè un professionista molto ben retribuito, il cui lavoro consisteva nel sottrarre migliaia di miliardi di dollari a diversi Paesi del mondo attraverso un falso processo di "modernizzazione" di questi Paesi che li portava inevitabilmente a indebitarsi e ad essere poi asserviti alle multinazionali e ai governi più potenti del mondo. Perkins, in seguito a una presa di coscienza, si è licenziato e ha fondato una società elettrica impegnata nella ricerca di energie alternative; egli è anche impegnato in diverse associazioni no profit per la tutela e la diffusione della cultura indigena in America Latina. Il libro, scritto diversi anni orsono, è stato pubblicato nel 2005 da un editore coraggioso. I sicari dell'economia sono persone che, attraverso un'attenta analisi di background e lavorando dietro le quinte, costruiscono l'"impero globale" e ne architettano la struttura politica e sociale. Il libro aiuta a comprendere e ad analizza-

# buona lettura

re con maggiore consapevolezza la globalizzazione nei suoi aspetti più inquietanti e tutte le ragioni dei conflitti attuali e degli ultimi 50 anni di storia, dal 1963 a oggi. Perkins racconta la sua storia, ma anche, come egli stesso dice, la storia di tutti i sicari dell'economia, gli EHM (*Economic Hit Men*) che come lui hanno contribuito a consolidare l'impero globale e la povertà di molti Paesi del mondo. "Gli imperi non durano. Sono tutti falliti miseramente. Nella loro corsa per estendere il dominio, distruggono le diverse culture e infine cadono essi stessi. Nessuna nazione o insieme di nazioni può prosperare nel lungo periodo sfruttando altri Paesi", pertanto, ci dice Perkins, questa storia è certamente destinata a concludersi in tragedia se non la cambiamo.

Il libro termina con un epilogo che esorta tutti a contribuire per andare verso questo cambiamento della nostra storia, con ricette a volte anche semplici, ma che nascono da una forte presa di coscienza. Una semplice ricetta è quella di addentrarsi nella coinvolgente lettura del libro e poi parlarne, regalarlo o prestarlo.

Stefania Manetti

## Un ambulatorio sulla strada



**Paolo Cornaglia Ferraris**  
*Pediatri di strada*

Il Pensiero Scientifico Editore, 2006  
pp 103, euro 10,00

La lettura di questo libro è altamente consigliabile a tutti quei pediatri... vicini alla pensione (come chi scrive) che si chiedono cosa fare quando lasceranno questo Servizio Sanitario Nazionale burocratizzato e frustrante. Cornaglia Ferraris ha risolto il suo problema aprendo un ambulatorio pediatrico gratuito nei vicoli del centro storico di Genova destinato ai bambini clandestini, cui la legge Bossi-Fini riconosce il diritto alla scuola ma non al pediatra di base.

All'incontro con questo mondo di miseria, emarginazione, malattia, fatto per certi versi di volti nuovi e insoliti, ma per altri da volti antichi simili a quelli dell'Italia del dopoguerra, è dedicato il libro.

In questo incontro Cornaglia Ferraris si rende ben presto conto della insufficienza della medicina scientifica basata sull'evidenza e trova necessario recuperare una medicina antica che rivaluti l'intelligenza delle emozioni, l'esperienza condivisa, la disponibilità a negoziare, la fiducia nell'altro e dove l'attenzione sia focalizzata sulla qualità delle esperienze piuttosto che sulla quantità delle informazioni. In modo che alla fine di questo cammino ognuno di noi possa affiggere nel proprio studio un cartello, che Cornaglia Ferraris ha visto sullo schienale del sedile di un taxista e che recita: "Si accettano consigli sul percorso da seguire".

Francesco Ciotti

## La poesia? È cinema visto con gli occhi della mente



**Italo Spada**  
*Dante Lumière*  
*La tecnica cinematografica nella poesia*

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi  
pp 126. Non in commercio.  
Si può richiedere al Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi  
Via Cunfida 16  
00195 Roma

Ci sono cose alle quali non si era pensato e che poi appaiono semplici semplici. È quel che viene in mente quando, nella introduzione a questo libro, il nostro Italo Spada ci riporta una notazione di Eco a proposito dell'attacco dei *Promessi sposi*. "Quel ramo del lago di Como" è scritto come oggi si vedrebbe un documentario le cui riprese sono fatte da un elicottero che sta atterrando inclinando da una parte e l'altra con l'obiettivo su "...le catene ininterrotte dei monti tutto a seni e golfi... tra un promontorio... e un'ampia costiera dall'altra parte... il punto in cui l'Adda cessa e il lago ricomincia..." e così via. Del resto ripenso al più caro dei miei insegnanti di liceo (il mio Pennac *ante litte-*

*ram*) che alzava in alto la testa, chiudevava gli occhi e appoggiava le mani sulla cattedra quando ci diceva di "questa siepe che dall'ultimo orizzonte il guardo esclude" e ci chiedeva: "Ehilà tontoloni! non la vedete?". Ecco, ora capisco che usava l'inquadratura fissa e noi, la classe, eravamo più ascoltatori di un testo o spettatori di un documentario?

La tecnica descrittiva è dunque sempre quella? La penna e la cinepresa sono strumenti equivalenti per tirar fuori, o immettere, nell'animo dell'umanità la più profonda delle necessità: quella di narrare e di essere narrati. Ecco che si spiega questo titolo un po' avventato: Dante Lumière, Leopardi, D'Annunzio, Carducci sono stati dei documentaristi? "i miei pastori lascian gli stazzi e vanno verso il mare" è una dissolvenza? E la pazzia dell'Orlando che "si squarcia i panni e mostra ignudo l'ispido ventre" non è un gran bel primo piano? Forse il massimo della rappresentazione e dell'affresco si ha proprio nel dialetto: Italo Spada, con l'eleganza e la scioltezza di stile che conosciamo, riporta, fra le altre, una poesia in dialetto napoletano di Salvatore Di Giacomo, in cui campi e controcampi, voci fuori campo danno l'idea di un perfetto linguaggio filmico. La conclusione di Italo Spada non è, ovviamente, che i narratori conoscevano il cinema prima che nascesse; è più ragionevole pensare che oggi anche i registi facciano poesia. Occorre, però, far pensare e suggerire (non solo a chi insegna nelle scuole e a chi lo ascolta) che c'è un legame ininterrotto e di stretta analogia fra chi ha raccontato storie nella storia dell'umanità (da Omero alle innumerevoli zie e nonne instancabili raccontatrici); e che è estremamente interessante trovare immagini da vedere anche nelle cose che si leggono; chiudere gli occhi per vedere con gli occhi della mente, come faceva il mio vecchio insegnante, del quale sento una inguaribile nostalgia. Scriveva Antonio Baldini nel 1971: "Le letture più belle le ho fatte quando ancora non sapevo leggere e dovevo 'contentarmi' di guardare le figure. Allora sì che in un libro ci entravo in pieno; mi perdevo nei boschi, mi sentivo sballottare da vere burrasche...". Come dire: che c'entra lo strumento? Importa la sua fonte, l'animo, la fantasia, la creatività, come scrive Giampiero Gamaleri nella sua introduzione.

Giancarlo Biasini

# info: notizie

## Lettera dell'ACP alla Commissione Europea

Nel 2004 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato la *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (Strategia Globale su Dieta, Attività fisica e Salute; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>) allo scopo di stabilire linee guida per combattere e soprattutto prevenire l'obesità e il sovrappeso che colpiscono un numero crescente di persone, di età sempre più basse, con conseguenze negative per la loro salute psico-fisica e la loro vita sociale. L'Unione Europea ha promosso una iniziativa per la messa in pratica, nel nostro continente, di tale strategia globale: la Commissione Europea ha promosso la realizzazione di un documento dal titolo "Promoting healthy diets and physical activity: an European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases", scaricabile [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/keydocs\\_nutrition\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm). Si tratta di un *green paper*, cioè un documento di discussione aperto ai commenti e ai suggerimenti di associazioni e/o individui interessati, i cui interventi sono quindi richiesti e benvenuti. In questo documento l'allattamento al seno viene solo marginalmente menzionato, nonostante numerose evidenze scientifiche ne dimostrino l'importanza nella prevenzione di sovrappeso e obesità. Per questo motivo l'ACP ha inviato alla Commissione Europea una lettera per sollecitare una revisione del testo, dando il giusto peso alle politiche di promozione dell'allattamento al seno; nella risposta pervenuta alla lettera viene assicurata la massima attenzione al problema sollevato dall'ACP nel momento della scrittura finale del documento.

## A chi vanno le multe dell'Antitrust?

Vi ricordate? Qualcuno (anche noi veramente) aveva chiesto che i fondi delle multe alle ditte di latte irrogati dall'Antitrust fossero destinati a progetti per l'allattamento al seno. La richiesta derivava dalla legge 388 del 2000, articolo 148, comma 1, che dice: "Siano destinati a iniziative a vantaggio dei consumatori". Per questo era stato proposto che fossero destinati a progetti per l'allattamento al

seno. In realtà, di tutte le multe, ai consumatori è finito poco o nulla. Dove sono finiti i soldi incassati con queste multe, compresa quindi quella delle ditte dei lattini artificiali? Sono finiti un po' a tutti: Ministeri, Regioni, Unioncamere, Guardia di Finanza, Agenzia delle Dogane, biodiesel. Persino alle banche sulle quali l'Antitrust ha aperto un'indagine. E anche alle assicurazioni che l'Antitrust ha multato nel 2000 per 700 milioni di lire. 11 milioni risultano addirittura "mai impegnati": bloccati l'anno scorso dal Ministro del Tesoro, col Decreto tagliaspese: perché l'Antitrust eroga le sanzioni, ma è il Tesoro che incassa i soldi. Li gira poi al Ministero delle Attività produttive che decide a chi destinarli. Nel triennio 2003-2005 sono stati "destinati ai consumatori" 135,7 milioni di euro, ma ai consumatori veri è toccato poco.

### Il 21% ai consumatori

Di questi 135,7 milioni "destinati ai consumatori" solo il 21%, cioè 15,7 milioni, sono andati alle associazioni dei consumatori per progetti in genere di pura informazione: 11,9 a quelle iscritte al Comitato Consumatori e Utenti, e 3,8 a quelle "locali per progetti locali". Ma come li abbiano usati non si sa.

### Ai ministri

Più della metà dei fondi, il 54% (73,8 milioni), è rimasta di fatto ai Ministeri dell'Economia e delle Attività Produttive. All'Economia giacciono 27,7 milioni (dato 2005): 11 bloccati dal Decreto tagliaspese; 16,7 milioni perché destinati alla "copertura finanziaria necessaria all'ampliamento del contingente di biodiesel defiscalizzato"; in sostanza, per calare le tasse. Gli altri 46,1 milioni (tutti erogati) risultano invece attribuiti all'Istituto per la promozione industriale, cioè al Ministero delle Attività Produttive. L'Ipi, poi, li smista: 34,6 al Fondo di garanzia per il credito al consumo; un milione al Fondo antiusura; uno e mezzo al "fondo di rotazione prestito e risparmio turistico". Cinque milioni vanno a una "campagna per la lotta alla contraffazione", due e mezzo all'Osservatorio prezzi, 500 mila euro a un'indagine sulle tariffe.

### A pioggia

Il resto del "fondo consumatori" è variamente ripartito: 23 milioni di euro sono andati alle Regioni, per "progetti di assi-

stenza ai consumatori", ma nessuno verifica i progetti. Sono poi stati destinati 10 milioni nel 2004 a Unioncamere, per il progetto "sportelli di conciliazione", per favorire le risoluzioni stragiudiziali delle controversie. Due milioni e mezzo sono stati assegnati alla Guardia di Finanza, per "controlli su sicurezza prodotti, consorzi a premio e osservatorio prezzi" (ma non è il suo mestiere?). Due milioni sono finiti all'Agenzia delle Dogane, per la lotta alla contraffazione.

### A banche e assicurazioni

Ma il paradosso è che i fondi dei consumatori sono finiti anche a vantaggio di banche e assicurazioni che dei consumatori non sono proprio amici. Un quarto (il 25,5%) dei fondi complessivi, cioè 34,6 milioni di euro, è andato a costituire il Fondo di garanzia del credito al consumo, che è un fondo che dimezza il rischio degli istituti di credito. Quanto alle assicurazioni, sono stati destinati all'Isvap, l'ente che le controlla, 7 milioni da multe 2004: per il "progetto check box". È la "scatola nera" che da tempo le Compagnie vogliono montare sulle auto per valutare i comportamenti dei guidatori, una sperimentazione che le Compagnie dovrebbero pagare di tasca propria. Insomma vantaggi per il consumatore derivanti dalle multe dovrebbero essere diretti e concreti, ma è tutto da dimostrare che lo siano.

## Parlano di noi

Su *Salutest* di aprile 2006 sono riportati i risultati dello scenario sull'aggiunta degli acidi grassi a lunga catena ai lattini artificiali, pubblicato sul numero di novembre-dicembre 2005 di *Quaderni acp*.

## Falsi scientifici 1

La "tendenza ad aggiustare" i dati delle sperimentazioni cliniche o di laboratorio non sembra essere così eccezionale. Una inchiesta condotta fra ricercatori ha stabilito che circa il 30% dei professionisti ha confessato di essere ricorso a qualche, seppur veniale, trucco per mettere in miglior luce i propri risultati. Come è possibile che si possano fabbricare dei falsi scientifici? La risposta può essere molto semplice: anche la ricerca scientifica è un'attività umana e come tale rispecchia la società in cui opera. In un'epoca in cui l'apparire è più impor-

# sulla salute

tante dell'essere tutto può accadere. Anche le riviste scientifiche tendono a vendere il loro prodotto; la tentazione dello scoop è molto forte e di fronte a un articolo seducente che promette il passaggio di inesplorate frontiere si possono allentare i controlli per uscire con la notizia il più presto possibile. La competizione è certamente utile, ma l'eccesso di competizione può generare molte falsità. La causa è in molti casi un confitto di interessi che deve essere dichiarato negli articoli delle riviste scientifiche, ma non sempre accade e poi nessuno vi fa caso. (*IlSole24ore Sanità, 14-20 febbraio 2006*)

## Falsi scientifici 2

Così il mensile *Le Scienze* riassume i falsi più clamorosi.

- Anni Settanta: William Summerlin (Sloan Kettering di New York) annuncia di essere riuscito a superare il fenomeno del rigetto del trapianto, trapiantando cute di topi neri in topi di pelo bianco. In verità le macchie nere erano fatte col pennarello.
- Anni Novanta: Victor Ninov (Lawrence Berkeley Laboratori di California) annuncia di avere scoperto due nuovi elementi: l'ununozio, gas simile al radon, e l'ununexio, un elemento superpesante. Successivamente si scopre che i dati erano stati inventati.
- Anni Duemila: Reiner von Zieten, archeologo di Francoforte, è costretto a smentire di avere scoperto un cranio riferito all'uomo di Hahnhofersand: un Neanderthal di 36.000 anni fa che invece ne aveva solo 7500.
- Anni Duemila: delle bugie dello stamnologo coreano, dottor Hwang, si sono occupati i giornali e i notiziari TV. (*Le Scienze 2006;3:12*)

## Il cervello della madre che allatta

Alcuni studi sui roditori mostrano che gli ormoni della gravidanza e quelli dell'allattamento attivano dei cambiamenti dimostrabili non solo nelle regioni cerebrali preposte al comportamento materno, ma anche nelle aree che regolano la memoria e l'apprendimento.

Queste trasformazioni spiegano perché, nei ratti, le madri sono più abili delle femmine vergini a esplorare i labirinti e a

catturare la preda. Ora si sta studiando se accade lo stesso nella specie umana, e in che modo la donna tragga benefici mentali e probabilmente possibilità di più lunga vita dalla maternità. Già si sa che le madri che lo sono diventate dopo i 40 anni hanno possibilità quattro volte maggiori di vivere fin oltre i 100 anni. L'articolo è molto bello: leggetelo. (*Le Scienze 2006;3:62*)

## Pazzie di fine legislatura

La morente Commissione di Igiene e Sanità del Senato ha introdotto nel marzo scorso una norma nella legge sulle professioni sanitarie che valuta l'essere stato parlamentare o consigliere regionale come un requisito per diventare Direttore generale di ASL. Tra i requisiti per diventare manager di ASL, finora, vi era quello di avere fatto 10 anni di "dirigenza". I parlamentari hanno pensato di essere stati nominati dirigenti dai loro elettori; e una legislatura di 4 anni l'hanno equiparata a 10 anni di "dirigenza". Così, se uno è stato bocciato dagli elettori, ha un florido futuro nella sanità. (*IlSole24ore Sanità, 14-20 marzo 2006*).

## Bambini e TV

Proseguiamo la segnalazione dei misfatti delle televisioni, segnalando il numero delle ore sfornate con inserti pubblicitari nel periodo settembre 2005-gennaio 2006. La documentazione viene dall'Osservatorio di Pavia: Canale 5, 19 ore; Rete 4, 28 ore; Italia 1, 21 ore; La7, 0 ore; RAI 1, 1 ora; RAI 2, 0 ore; RAI 3, 0 ore. (*Altroconsumo, aprile 2006*)

## Conflitto di interessi: proposta

Antonio Jirillo della UO di Oncologia medica di Padova fa una proposta per chiarire la presenza di un conflitto di interessi. Dice: "Se un relatore, all'inizio della esposizione, dichiarasse, in analogia a quanto richiesto da alcune riviste scientifiche, che ha percepito una determinata somma di denaro da una industria farmaceutica, l'indipendenza della sua relazione verrebbe valutata dai discenti con maggiore obiettività e probabilmente renderebbe più obiettivo lo stesso relatore". Rimane un problema, fa rilevare Jirillo: una gran parte dei compensi ai

relatori (circa 500-1500 euro per ogni relazione) viene distribuita dai provider che organizzano i congressi e non direttamente dall'industria. (*IlSole24ore Sanità, 21-27 marzo 2006*)

## Acido folico nel pane

La FSA (*Food Standard Agency*), per ridurre il numero di spine bifide e altri difetti del tubo neurale, entro un anno pensa di aggiungere l'acido folico al pane. Questa aggiunta ridurrebbe i 200 casi all'anno circa di spine bifide e i problemi delle 750 donne che ogni anno si sottopongono ad aborto terapeutico per un difetto del tubo neurale. Per l'estate è previsto un incontro pubblico della FSA sull'argomento e dal mese di settembre, nel Regno Unito, la farina conterrà acido folico. (*The Times 05.04.2006*)

## Tacrolimus, pimecrolimus e tumori della pelle

Al termine della revisione di sicurezza delle specialità medicinali a base di tacrolimus e pimecrolimus il CHMP (Comitato per le Specialità Medicinali dell'EMA) ha concluso che il beneficio associato all'uso di questi farmaci dermatologici supera i rischi, ma che questi farmaci devono essere usati con maggiore cautela in modo da ridurre il più possibile i rischi potenziali di tumore della pelle e di linfoma. Tacrolimus e pimecrolimus sono farmaci per uso topico, usati per il trattamento della dermatite atopica. A seguito di segnalazioni di casi di tumore della pelle e casi di linfoma in pazienti che avevano usato questi farmaci il CHMP ha intrapreso una revisione dei dati di sicurezza per entrambi i prodotti nel mese di aprile 2005.

Sulla base dei dati disponibili, il CHMP non ha potuto stabilire se i farmaci abbiano causato i casi segnalati di tumore della pelle e di linfoma. Il Comitato ha richiesto alle Aziende titolari di raccogliere ulteriori dati sul profilo di sicurezza a lungo termine per assicurare che questo rimanga accettabile. Al fine di aumentare la consapevolezza dei pazienti e dei prescrittori sui potenziali rischi a lungo termine associati all'uso di questi prodotti il CHMP ha raccomandato l'introduzione di modifiche alle attuali informazioni dei prodotti. ♦

### Nati per la musica: il violino di Aldo e Federica

Caro direttore, l'occasione di Nati per la musica, che prende sempre più corpo in seno all'ACP, mi consente di ritornare alla esperienza vissuta con mia figlia Federica nell'avvicinamento alla musica attraverso il metodo Suzuki.

Il metodo prevede l'inizio dell'attività musicale molto precocemente: nel caso di Federica, quando aveva l'età di tre anni e mezzo; ha continuato a praticarlo fino al termine della scuola d'obbligo attorno ai 13 anni.

Un lungo periodo ha richiesto un impegno non indifferente ma pieno di piacevoli ricordi e di forti emozioni.

Brevemente sul metodo: il metodo Suzuki per la sua applicazione richiede che uno dei genitori diventi corresponsabile nelle attività musicali che vengono proposte nel corso del cammino formativo del figlio. Per svolgere questo compito non sono richieste particolari competenze o conoscenze in campo musicale; sostanzialmente richiede la presenza del genitore nel momento in cui si svolge la "lezione", affinché possa apprendere assieme al figlio quanto viene proposto dall'insegnante per il successivo incontro; dopo di che, ogni giorno, una volta a casa, dovrà diventare coattore nei compiti richiesti.

Quindi il genitore dovrà dedicare parte del suo tempo per: aiutare nei momenti di maggior difficoltà nella comprensione, sollecitare quando scarseggia il desiderio di lavorare, o condividere le piccole e grandi conquiste che si raggiungono con l'esercizio nel corso del tempo; e altro. Da parte del genitore sono richieste molta coerenza, costanza e pazienza e soprattutto nessuna pretesa di sviluppare in famiglia un talento precoce da mettere in vetrina. Gli strumenti musicali che più si adattano al metodo sono quelli per archi. Il metodo prevede inoltre l'ascolto costante dei brani musicali eseguiti dal maestro nel corso delle lezioni, solitamente registrati in cassetta, e ascoltati fino alla loro memorizzazione. Naturalmente si parte da brani brevissimi fino ad arrivare a forme sempre più impegnative

che raggiungono l'interpretazione di veri e propri concerti di musica classica. L'apprendimento della conoscenza delle note musicali avviene dopo i 7-8 anni. Prima di questo periodo si utilizzano dei segni predefiniti sugli strumenti: ad esempio, strisciette di scotch inserite sullo strumento musicale, a cui corrispondono le note musicali che l'allievo inizia subito a riconoscere.

Ricordo molti momenti significativi vissuti nel corso di questa esperienza; elencarli tutti resta difficile, ma quelli che maggiormente mi piace ricordare sono legati soprattutto al tempo trascorso assieme nelle varie attività. I preparativi settimanali, i viaggi e gli spostamenti presso la sede della lezione, l'ascolto delle registrazioni dei brani musicali, gli incontri con i compagni della stessa scuola, i momenti (temuti) dei saggi, i concerti nel periodo natalizio in case di riposo, parrocchie, o nei teatri comunali. Ricordo l'incredibile pazienza dell'insegnante che per tutto questo lungo periodo non l'ha mai persa, o ha manifestato insofferenza.

Ognuno di questi momenti meriterebbe di essere rivissuto. Un patrimonio di emozioni vissuto insieme.

A me pare che il metodo Suzuki abbia giocato un ruolo fortemente positivo nello sviluppo della personalità di Federica. L'abitudine all'ascolto musicale mi pare che abbia arricchito e sviluppato la sua capacità di "sentire" non solo il suono della musica. Gli esercizi proposti fin dalla tenera età hanno avuto il merito, mi sembra, di sviluppare alcune abilità quali la concentrazione, la precisione e l'attenzione. Le lezioni sono sostanzialmente un richiamo alla memorizzazione e alla traduzione della purezza della nota. Anche la costanza, altra qualità richiesta, è di aiuto nello strutturare la successiva organizzazione del tempo nelle varie attività.

Non credo di avere una figlia migliore o perfetta grazie al metodo Suzuki, ma sono convinto di averle fatto un regalo importante che spero continui a ricordare con piacere. Oggi mia figlia frequenta l'Università, non suona più il violino, ascolta preferibilmente musica legata ai gusti di questo periodo storico, ma apprezza, ne sono certo, anche i brani di

musica classica, la cui proposta è partita molto tempo fa.

Riconoscere e ascoltare un'opera di Bach o di Mozart forse non cambia la vita, ma la rende certamente più piena, più ricca e più piacevole.

Una conclusione mi sembra d'obbligo: attraverso il metodo Suzuki o attraverso qualunque altro metodo io credo sia possibile far apprezzare la musica a chiunque fin dalla tenera età. Come tutti apprendono a scrivere e a leggere, tutti possono apprendere l'arte di suonare uno strumento musicale; non bisognerebbe perdere questa opportunità.

Aldo Ravaglia

*Questa è l'impressione del nostro Aldo Ravaglia. Ma noi abbiamo voluto chiedere anche quella della ex bambina Federica. Eccola*

Non mi ricordo esattamente quando iniziai a suonare il violino, né il primo giorno di lezione, né la prima nota che ho suonato. So soltanto che avevo quasi quattro anni e che non avevo posto alcuna resistenza alla proposta di papà.

Il mio dovere quotidiano consisteva nello svolgere per mezz'ora, che con il passare del tempo divenne un'ora, i compiti che settimanalmente mi assegnava il mio insegnante. Questo per dieci anni, fino a quando a quindici anni scelsi di smettere di suonare e di prendere lezioni, vivendo questo momento come "la più grande liberazione della mia vita".

Non scendete a conclusioni affrettate e continuate a leggere questa testimonianza.

Immaginate che cosa vuol dire per una bambina suonare per mezz'ora o un'ora al giorno, non solo d'inverno dopo la scuola, ma anche d'estate (c'erano anche i compiti estivi). Quando la maggior parte dei coetanei gioca spensierata, si deve interrompere un gioco per fare solfeggio... Non è cosa da poco quando si hanno sei, sette anni.

Inoltre, il violino richiede precisione assoluta: il dito sulla tastiera deve essere messo in un posto e in un posto soltanto, tanto le altre collocazioni sono errate, la nota è troppo crescente o troppo calante. Immaginate questo dovere quotidiano e questo costante senso della precisione



richiesti ininterrottamente per dieci anni. E poi c'erano i saggi e i concerti: altre grandi prove che mi hanno sempre spaventato. Imparare a memoria dei brani da riproporre davanti a una platea anche solo di genitori, mi spaventava e non poco. Soprattutto quando cominciai a crescere e a perdere la spavalderia tipica dei bambini.

Ecco perché ho voluto scrivere "la più grande liberazione della mia vita". È stato proprio così, e dopo 4-5 anni ancora pensavo di aver fatto la cosa migliore e ne ero molto soddisfatta.

Ma questa verità è parziale; dietro la fatica e l'impegno ci sono numerosi aspetti positivi che meritano di essere raccontati. Suonare il violino ha contribuito a far maturare in me una solida cultura musicale. Oggi, sono contenta di saper apprezzare la musica classica: so distinguere Bach da Beethoven, un'opera barocca da una romantica. Con l'attuale insegnamento della musica nella scuola dell'obbligo, non sarei arrivata a questo livello. Inoltre, man mano che si cresce, suonare in gruppo concerti e motivi importanti fa molto piacere. Dietro la fatica, oltre all'ansia e alla paura di sbagliare, ci possono essere momenti in cui ci si sente veramente musicisti anche se si è molto giovani.

Ansia, fatica, impegno, costanza, precisione, determinazione, coraggio sono i valori che ho appreso suonando e che ancora oggi caratterizzano il mio modo di essere e il mio approccio alle situazioni e alle difficoltà. Provare fin da piccoli a esibirsi davanti a un pubblico non può che essere corroborante ed essenziale non tanto per eliminare (penso che sia quasi impossibile) la paura, ma per ridurla e saperla dominare durante i diversi "esami" che si presenteranno nel corso della vita.

"Last, but not least" il rapporto con mio papà. Nonostante sia stato lui a spingermi a continuare, a insistere perché non smettessi per così tanto tempo, non posso che essergli grata per l'opportunità che mi ha offerto e che ha contribuito a rafforzare il nostro rapporto. Andare insieme a lezione, condividere la stessa lezione, fare insieme gli esercizi ci ha reso senz'altro più uniti e ha ampliato le nostre possibilità di dialogo e confronto.

Oggi ho 23 anni, sono laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali; sto frequentando il primo anno della Laurea Specialistica sempre dello stesso corso di laurea. Parlo tre lingue e la scorsa estate ho lavorato a Bruxelles in una società di consulenza nell'ambito della cooperazione allo sviluppo. In novembre sono stata relatrice a un convegno organizzato dal Ministero degli Affari Esteri dal titolo "I giovani e la cooperazione alla luce dei Millennium Development Goals". Per raggiungere questi traguardi, ci sono voluti molto impegno, determinazione e forza d'animo che ho imparato anche grazie al violino. Quindi, grazie papà.

*Federica Ravaglia*

## Proposte informative dell'ACP in Lazio

Cari amici e colleghi dell'ACP, su invito del Presidente Michele Gange, voglio darvi questa informazione perché potrebbe servire a ripetere l'esperienza in altri gruppi ACP.

Grazie a un mio impegno nella mia qualità di referente regionale dell'ACP del Lazio e grazie alla fattiva collaborazione e disponibilità dei colleghi del CSB, e specialmente di Mariarosa Milinco, l'ACP Lazio ha ottenuto di inserire 3 pacchetti formativi nel programma di formazione della Regione Lazio gestito dal CNR (Ufficio Programmi Confidenziati). La disponibilità del CNR, che ha compreso la valenza formativa delle nostre proposte, e il sostegno, ottenuto anche dalla Fimp di Lazio e Roma, hanno contribuito al successo dell'operazione. È stato accreditato già un corso sul Self-Help diagnostico, la cui prima edizione si terrà a giugno a Roma, e stanno per essere accreditati altri due pacchetti del CSB: uno sull'abuso all'infanzia e l'altro sui disturbi dell'apprendimento; un terzo potrebbe essere accreditato più in là sulla Ricerca Clinica in pediatria. La cosa più interessante è che si sta aprendo una prospettiva per la Formazione Regionale nel Lazio. Spero che tutta la vicenda si concluda in maniera positiva, anche perché rappresenta un buon esempio. Un caro saluto a tutti.

*Michele Valente*

## UN PO' PER GIOCO

### Latte di capra

Un lettore ci segnala che a "Linea Verde" del 24 luglio ore 12.40 un allevatore siciliano intervistato da Paolo Brosio ha affermato che il latte di capra "va bene per gli allergici al latte di donna, ma va bene quanto il latte di donna anche nei non allergici".

### Veloce come il vento

Un nuovo libro per genitori pubblicato da Mondadori consiglia "Il neonato deve restare attaccato al seno il tempo necessario e indispensabile alla poppata, che corrisponde a un periodo compreso tra 2 e 5 minuti" (sic!).

### Ancora più veloce

Il 25.1.2005 viene confezionata una partita di Mellin 2 (lotto LD 008) con scadenza gennaio 2007. Vi è un allerta comunitario: 22 casi di enterite da salmonella agone in Francia. Il 10 maggio 2005 il Ministero lancia l'allarme e invita i NAS al sequestro; l'informazione non viene divulgata e nella prima metà di giugno è possibile ancora acquistare il prodotto nelle farmacie e nei supermercati (*Altroconsumo*, agosto 2005, pag 5).

### Il pollo in cimitero

Il 14 novembre scorso su "Radio Maria", a commento di una rassegna stampa di articoli inerenti all'influenza aviaria, è andata in onda una filastrocca che recitava: "Il pollo del Mar Nero lo portano al cimitero; per lui la vita è più bella se lo portano alla padella".

### Gene Pokemon

Pier Paolo Pandolfi lavora al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. Ha individuato un nuovo gene della famiglia **POK**. POK è un acronimo che indica un certo numero di geni responsabili della nascita di tumori ematologici. Pandolfi e i suoi collaboratori hanno chiamato il gene **POKemon**. La produttrice dei famosi cartoni giapponesi ha minacciato di intraprendere un'azione contro la diffamazione e la perdita di immagine insita nel rapporto *Pokemon - tumore* e ha intimato a Pandolfi di cambiare il nome.

### Gene Velcro

Nel 1993 Alfonso Martinez Arias, ricercatore di Cambridge (UK), chiamò un gene **Velcro**. La Velcro intimò il cambio del nome con una motivazione ancora più inusitata: "l'uso del nome in due ambiti **diluiscie** il valore del nostro marchio" (*Nature* 2005;438:897).

# 10 Stories the world should hear more about



## Il Cameroon: non coltivare alla cieca

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Il Dipartimento delle Nazioni Unite sulla Informazione al Pubblico (DPI) ha creato nel 2004 una lista di 10 storie definite "dieci storie di cui si dovrebbe parlare" (<http://www.un.org/events/tenstories/>). La storia di oggi viene dal Cameroon.

I contadini poveri del Cameroon hanno scarse possibilità di avere dei prezzi equi per i loro prodotti se non conoscono quanto i mercati, al di là dei loro villaggi, sono disposti a pagare. In questo, Internet sta livellando il loro campo di gioco attraverso programmi di assistenza tecnica come INFOSHARE che danno accesso ai dati dei mercati a migliaia di questi contadini che vivono in terre remote.

### La storia

La conoscenza è potere, la mancata conoscenza dei prezzi e dei mercati è il fattore chiave della estrema povertà dei contadini del mondo. I produttori africani di cacao e caffè, per esempio, guadagnano appena 1/12 dei costi dei mercati internazionali per i loro prodotti. Completamente tenuti al buio rispetto ai prezzi effettuati sia nei mercati locali che nei mercati maggiori, essi rimangono asserviti ai commercianti, agli esportatori e alle corporazioni. Ciò che è vero per l'Africa lo è egualmente per l'Asia o per il Sud America. L'obiettivo principale è quello di favorire l'accesso alle conoscenze dei prezzi dei mercati, per poter interrompere il ciclo della povertà. Questa strategia ha subito un forte slancio in avanti grazie alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie informatiche, capaci di portare la conoscenza anche nelle terre coltivate più remote del mondo. Un esempio di queste potenzialità è il progetto di assistenza tecnica INFOSHARE. Con INFOSHARE i produttori possono accedere a informazioni utili per poter negoziare prezzi migliori e portare i propri prodotti verso mercati che pagano di più. Il Cameroon, con circa 900.000 piccole aziende agricole di cacao e caffè, sta attualmente testando questo sistema, che per il

2006 si espanderà in altri Paesi e settori agricoli. Gli abitanti di villaggi senza l'accesso a Internet riceveranno via radio due volte al giorno, da trasmissioni nazionali, questo tipo di informazioni, utilizzabili per poter stabilire prezzi equi e realistici. Si stima che un aumento nella trasparenza del mercato nel Cameroon aumenterà gli introiti dei contadini del 10-15%. INFOSHARE fa parte dell'UNCTAD, Conferenza delle Nazioni Unite sul Commercio e lo Sviluppo, che ha elaborato questo database e formato operatori governativi al suo utilizzo. Esso è parte di INFOCOMM, un portale internet di UNCTAD, che fornisce gratuitamente i prezzi, le informazioni sui prodotti e sui mercati di circa 20 articoli di settore. INFOCOMM è attualmente utilizzato da circa 12-15 milioni di persone nel mondo, il 60% in Paesi in via di sviluppo.

### Il contesto

- ▶ Quando i prezzi mondiali in media aumentano, i profitti tendono a essere dirottati verso le grandi compagnie di scambio, non verso i piccoli produttori. Per esempio, anche se nel 2003 i prezzi del cacao e del caffè sono saliti del 27%, i piccoli coltivatori di caffè hanno visto che la loro parte di un pacco di caffè venduto sugli scaffali del supermercato è crollata dal 37% nei primi anni '90 al 6-8% nel nuovo millennio. I produttori di cacao hanno circa il 7% del valore del prodotto al supermercato.
- ▶ Un'altra ragione per la quale i poveri contadini non traggono profitto dalle rotazioni del mercato mondiale è che essi devono vendere il raccolto perché non sono economicamente in grado di accumulare le riserve. Tutti i guadagni vanno agli intermediari o ai commercianti.

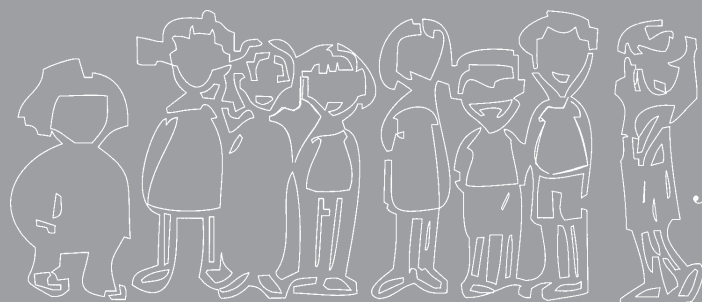
- ▶ Privi di informazioni per poter pianificare le loro produzioni, i piccoli coltivatori non hanno modo di creare una barriera alla sovrapproduzione. Con informazioni adeguate e in anticipo potrebbero cercare di diversificare le coltivazioni o coltivare meno.
- ▶ Alcuni mercati sono inoltre in disuso a causa dei ceppi geneticamente modificati che non aiutano i produttori più poveri. Questi ceppi vengono attualmente utilizzati in 1/4 dei campi di cotone del mondo. I produttori poveri e i coltivatori non traggono benefici economici da gran parte di questi raccolti perché essi sono gestiti da consorzi.
- ▶ Come INFOSHARE ci sono nel mondo molti altri progetti a sostegno della povertà e per migliorare la qualità della vita di queste persone. Nell'India rurale INFOTHELA è un veicolo simile a un risciò con un generatore a pedale per dare energia al computer e offrire l'accesso wireless a internet in villaggi lontani. I servizi INFOTHELA includono: impiegati di corporazioni per i microcrediti che si recano nei villaggi per offrire prestiti, scambi commerciali in un prossimo futuro on-line, offerte di previsioni per i contadini sui prezzi dei mercati, identificazioni biometriche ed erogazioni di crediti a contadini per le merci in magazzino. Il progetto è organizzato dall'Istituto Indiano di Tecnologia.

**Per ulteriori informazioni:** UN Conference on Trade and Development (UNCTAD): Olivier Matringe, Economist; tel: +41 22 917 5774; e-mail: [olivier.matringe@unctad.org](mailto:olivier.matringe@unctad.org). Mehmet Arda, Head, Commodities Branch; tel: +41 22 917 5790; e-mail: [mehmet.arda@unctad.org](mailto:mehmet.arda@unctad.org) ♦

Ulteriori informazioni:

<http://www.un.org/events/tenstories/>

# tenstories



*ricerca*  
*attività editoriale*  
*formazione*  
*politica sanitaria*  
*aggiornamento*

*Quaderni acp* è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5500 copie; 2500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP.

Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8000 pediatri.

## **Cos'è l'ACP**

L'ACP è una libera associazione, costituita a Milano il 5 settembre 1974, che raccoglie 3000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente no profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

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

Ha lanciato nel 1999 il progetto Nati per Leggere, insieme al Centro per la Salute del Bambino e all'Associazione Italiana delle Biblioteche, cui aderiscono attualmente 800 pediatri.

## **Attività editoriale**

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

Dal 1990 ha pubblicato il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni acp". La rivista si compone di due sezioni. La prima pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività. Si tratta di linee guida, casi clinici significativi, esercitazioni pratiche, EBM applicata alla clinica, narrative medicine, materiali di aiuto alle famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie.

## **Formazione e aggiornamento**

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

## **Ricerca**

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. È attivo al suo interno un gruppo che si occupa dell'applicabilità della EBM alla pratica clinica.

## **La pagina Web dell'ACP**

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di *Quaderni acp* che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it). La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e i gruppi. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni ecc.

# La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di famiglia, Messina



## Abstract

### The evaluation of weight control interventions

A search for scientific evidences supporting weight control interventions in community health services is the aim of this scenario. Family centred programs in schools, for the prevention of obesity and overweight through a change in life styles are analysed. Two randomised clinical trials haven't shown statistically significant results. The Author has also searched for studies using as an intervention physical exercise alone or in association with diet. Different methodological limits emerge from the studies analysed and no efficacy is shown regarding overweight or obesity prevention.

Quaderni acp 2006; 13(3): 124-128

**Key words** Obesity. Overweight. Exercise. Diet. Prevention. Community projects

Lo scenario si pone l'obiettivo di cercare le evidenze scientifiche che dimostrino l'efficacia di progetti di comunità che abbiano come finalità la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità in età scolare attraverso la modifica delle abitudini alimentari. I due studi clinici controllati e randomizzati analizzati non hanno mostrato risultati significativi. L'Autore ha poi esteso la ricerca agli studi che hanno utilizzato come intervento l'attività fisica e l'associazione della dieta con l'attività fisica. Le ricerche pubblicate presentano diversi limiti metodologici e, comunque, non hanno mostrato nessuna efficacia rispetto alla prevenzione del sovrappeso e dell'obesità in età pediatrica.

**Parole chiave** Obesità. Sovrappeso. Attività fisica. Dieta. Prevenzione. Progetti di comunità

## Scenario clinico

Sono numerosi i progetti di comunità in ambito pediatrico che sono stati avviati in varie parti d'Italia per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità. Uno di questi, il Progetto Arca, si è posto l'obiettivo di

valutare l'efficacia di uno strumento semplice ("La piramide per la corretta alimentazione") su una popolazione scolare di bambini tra i 5 e i 12 anni (1). Mi sono chiesto se sono state finora pubblicate ricerche che abbiano utilizzato come unico

intervento la proposta di un modello alimentare in una popolazione scolastica non selezionata e ne abbiamo dimostrato l'efficacia nella prevenzione del sovrappeso.

## Background

I dati di prevalenza di sovrappeso e obesità riportati nel recente rapporto dell'International Obesity Task Force in collaborazione con l'European Association for the Study of Obesity dimostrano che l'Italia è ai primi posti tra i Paesi europei nella fascia d'età 7-11 anni, superando il 30% di sovrappeso e sfiorando il 10% di obesità (2). Dallo stesso rapporto si evince che negli adolescenti vi è un trend costante di crescita nella prevalenza del sovrappeso, che è quasi triplicato dal 1990 a oggi. Eppure quasi il 30% dei genitori sembra sottostimare il problema, come dimostra una recente indagine condotta in Italia; e tanto più è basso il livello di istruzione della madre, tanto più il sovrappeso del figlio viene sottostimato (3). Il razionale di interventi di comunità in età pediatrica che mirano a diminuire la prevalenza del sovrappeso è costituito dal fatto che esistono evidenze che dimostrano che l'eccesso di peso del bambino rappresenta un fattore

**TABELLA 1: RCT CHE VALUTANO L'EFFICACIA DELLA DIETA SULLA RIDUZIONE DEL SOVRAPPESO**

Autori/Setting	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Epstein LH, et al. 2001 (8) New York (USA)	27 famiglie con almeno 1 genitore obeso con figli da 6 a 11 anni non obesi  Incoraggiamento sui genitori del gruppo intervento a un maggior consumo di vegetali e frutta	Riduzione del sovrappeso	Follow-up a 1 anno: nessuna differenza nella riduzione del sovrappeso  Significativa riduzione di grassi e zuccheri; trend positivo per frutta e verdura	Popolazione in studio poco numerosa
James J, et al. 2004 (9) Inghilterra	6 scuole; 644 bambini da 7 a 11 anni  Intervento di educazione alimentare da parte di personale specializzato durante l'anno scolastico	Consumo di bevande carbonatate e numero di bambini obesi e in sovrappeso	Follow-up a 1 anno: diminuzione del consumo di bevande carbonatate e diminuzione del 7,7% di bambini obesi e in sovrappeso nel gruppo intervento	Al follow-up a 1 anno lo z-score del Body Mass Index non era differente nei due gruppi. Possibile contaminazione del gruppo controllo

Per corrispondenza:  
Sergio Conti Nibali  
e-mail: serconti@glauco.it

**scenari leggere e fare**

**TABELLA 2: RCT CHE VALUTANO L'EFFICACIA DELLA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA SULLA RIDUZIONE DEL SOVRAPPESO**

Autori/Setting	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Mo-suwan L, et al. 1998 (10) Thailandia	292 bambini. Media 4,5 anni Intervento da parte di operatori addestrati: 35 minuti di attività fisica specifica 3 volte alla settimana per 30 settimane	Body Mass Index, pliche tricipitali e peso/altezza <sup>3</sup>	A 1 anno nessuna differenza	A 29,6 settimane tendenza alla significatività nella prevalenza di obesità nel gruppo intervento (p=0,057)
Sallis JF, et al. 1993 (11) USA	549 bambini in 7 scuole. Media 9,25 anni. Randomizzati per il tipo di intervento (specialisti e insegnanti) e per il tipo di scuola Alto livello di attività fisica per 30 minuti 3 volte alla settimana	Body Mass Index, pliche tricipitali	Nei maschi BMI e pliche significativamente ridotti a 6 e 12 mesi, ma uguali a 18 mesi. Nelle femmine BMI significativamente più basso a 18 mesi	26% persi al follow-up
Flores R 1995 (12) USA	110 bambini di 10-13 anni Educazione alimentare 2 volte alla settimana e danza "attiva" per 50 min 2 volte alla settimana al posto dell'educazione fisica (seguita dai controlli)	Body Mass Index e frequenza cardiaca	A 12 settimane riduzione significativa del BMI e della FC nelle femmine	Scarsa qualità
Neumark-Sztainer D, et al. 2003 (13) USA	201 ragazze di 3 scuole, di 14-18 anni Interventi basati sulla Social Cognitive Theory da parte di insegnanti e personale specializzato con priorità a >75° centile Body Mass Index e a bassa attività fisica per 24 settimane	Attività fisica, dieta, auto-rappresentazione	A 8 mesi aumento significativo solo dell'attività fisica	Nessuna differenza nel BMI (outcome secondario)
Pangrazi RP, et al. 2003 (14) USA	606 bambini di 29 scuole, di 9-10 anni Intervento del personale scolastico specializzato su insegnanti e bambini	Attività fisica e Body Mass Index	A 12 settimane nessuna differenza nel BMI; differenza significativa sull'attività fisica	Limiti metodologici
Robinson TN 1999 (15) USA	198 bambini di 8-10 anni Intervento del personale scolastico mirato soprattutto alla riduzione della TV (18 lezioni di 30-50 minuti)	Body Mass Index, pliche, circonferenza vita, indice vita/-fianchi	A 6 mesi significative differenze su tutti i parametri di valutazione del sovrappeso e sui comportamenti per entrambi i sessi	In corso un RCT in 12 scuole con follow-up a 18 mesi

di rischio per l'obesità dell'adulto, con tutti i rischi di natura endocrina, metabolica e cardiovascolare che comporta (4-6).

### La domanda

In bambini sani di 5-12 anni non selezionati [POPOLAZIONE], la proposta di un modello alimentare [INTERVENTO] rispetto a nessun intervento [CONFRONTO] può influenzare le abitudini alimentari e prevenire il sovrappeso [OUTCOME]?

di rischio per l'obesità dell'adulto, con tutti i rischi di natura endocrina, metabolica e cardiovascolare che comporta (4-6).

### Strategia di ricerca

In letteratura secondaria (Cochrane Library) utilizzando i termini "obesity AND child" trovo una revisione molto recente e pertinente al mio quesito (7). La revisione è aggiornata a febbraio 2005, per cui cerco sulla lettera-

**TABELLA 3: STUDI CHE VALUTANO L'EFFICACIA DELLA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E DELLA DIETA SULLA RIDUZIONE DEL SOVRAPPESO**

<b>Autori/Setting</b>	<b>Pazienti-intervento</b>	<b>Outcome</b>	<b>Risultati</b>	<b>Commenti</b>
Caballero B, et al. 2003 (16) USA	RCT 1704 bambini Indio-americani di 41 scuole. Da 8 a 11 anni  Intervento sui bambini e le famiglie da parte degli operatori scolastici approvato dalla scuola, comunità e autorità tribali	Body Mass Index, pliche, % grasso corporeo	A 3 anni nessuna differenza	Differenze non significative sull'attività fisica, significative sul consumo di grassi
Donnelly JE, et al. 1996 (17) USA	CCT (a). 333 bambini di 2 scuole. Da 8 a 11 anni  Intervento da parte dello staff usuale anche sul personale di cucina della scuola. 40 minuti di attività aerobica 3 volte alla settimana	Body Mass Index e attività fisica	A 2 anni nessuna differenza	Qualità debole e con una forte perdita al follow-up
Gortmaker SL, et al. 1999 (18) USA	RCT Planet Health. 1295 bambini di 10 scuole. Da 11 a 12 anni  Intervento da parte degli insegnanti con forte enfasi sulla riduzione della TV e sana alimentazione	Intake calorico e attività fisica	A 18 mesi aumento di frutta e vegetali solo nelle femmine	Riduzione percentuale obese (OR 0,47; IC 0,27-0,94) e della TV per entrambi i sessi
Müller MJ, et al. 2001 (19) Germania	RCT KOPS (b). 414 bambini di 6 scuole. Da 5 a 7 anni (20,7% obesità o sovrappeso nella popolazione di riferimento)  Intervento con esperti e insegnanti su tutti i bambini del gruppo intervento e sui genitori obesi o di bambini obesi o in sovrappeso	Body Mass Index e pliche	A 1 anno nessuna differenza nel BMI; significativa differenza nelle pliche	In corso il cross over: previsto follow-up a 4 e 8 anni
Sabota P, et al. 2001 (20) Inghilterra	RCT APPLES (c) 634 bambini. Da 7 a 11 anni  Intervento su genitori, insegnanti e personale di cucina	Body Mass Index e abitudini di vita	A 1 anno nessuna differenza; solo un maggiore consumo di vegetali nel gruppo intervento	Atteggiamenti sedentari più frequenti negli obesi trattati
Warren JM, et al. 2003 (21) Inghilterra	RCT 218 bambini. In 3 scuole. Da 5 a 7 anni  Studio di 4 gruppi (attività fisica - nutrizione - entrambi - controllo). Intervento da parte dei ricercatori su bambini e genitori	Body Mass Index	A 1 anno nessuna differenza su % di obesità e sovrappeso	Scarsa qualità. Difficilmente riproducibile. Popolazione insufficiente per l'analisi statistica
Baranowski T, et al. 2003 (22) USA	RCT 38 bambine di media estrazione sociale con genitori disponibili al coinvolgimento. Media 8,3 anni  Intervento in campo estivo per 4 settimane (personale specializzato) e su internet per 8 settimane	Body Mass Index, circonferenza vita, percentuale grasso corporeo, intake calorico	A 12 settimane nessuna differenza	Studio pilota Girls health Enrichment Multi-site Study (GEMS). Scarsa compliance

Beech BM, et al. 2003 (23) USA	RCT 60 bambini di basso livello sociale con genitori disponibili al coinvolgimento. Media 8,7 anni  Operatori addestrati. 90 minuti di lezione settimanale	Body Mass Index, circonferenza vita, attività fisica	A 12 settimane nessuna differenza. Ridotta assunzione di bevande zuccherate nei genitori del gruppo intervento	Studio pilota Girls health Enrichment Multi-site Study (GEMS)
Robinson TN, et al. 2003 (24) USA	RCT 61 bambini di basso livello sociale. Da 8 a 10 anni  Personale specializzato. Danza e riduzione TV con motivazioni basate sulla cultura della popolazione	Body Mass Index, circonferenza vita, attività fisica, abitudini alimentari	A 12 settimane nessuna differenza	Studio pilota Girls health Enrichment Multi-site Study (GEMS)
Story M, et al. 2003 (25) USA	RCT 54 bambini di basso livello sociale. Media 9,2 anni  Intervento nel dopo-scuola da parte di personale specializzato	Body Mass Index, circonferenza vita, attività fisica, abitudini alimentari	A 12 settimane nessuna differenza	Studio pilota Girls health Enrichment Multi-site Study (GEMS)
Dennison BA, et al. 2004 (26) USA	RCT 176 bambini di medio reddito. In 8 scuole. Da 2,6 a 5,5 anni  Intervento di 16 settimane mirato sulla riduzione della TV	Body Mass Index, pliche, circonferenza vita, tempo alla TV	A 1 anno nessuna differenza	Dati conclusivi su 77. Molti limiti metodologici
Harvey-Berino, et al. 2003 (27) USA	RCT 40 bambini con madri con BMI > 25 disponibili a collaborare. Media età 21 mesi  Intervento di 16 settimane a domicilio da parte di personale specializzato indigeno alla pari	z-score del rapporto peso/altezza, intake calorico, attività fisica, abitudini di vita	A 16 settimane nessuna differenza	Studio pilota Trend positivo per lo z-score del rapporto peso/altezza
Kain J, et al. 2004 (28) Cile	CCT (a). 2375 bambini. Media 10,6 anni  Intervento da parte di nutrizionisti (anche per i genitori) e professori; 90 min./sett. di educazione fisica per 6 mesi, intervallo attivo e distributori di prodotti vegetali nelle scuole per 3 m	Body Mass Index, plica, circonferenza vita, test di performance fisica	A 1 anno nessuna differenza nel Body Mass Index e plica; differenza significativa nella circonferenza vita, e nei test di performance fisica	Scarsa compliance delle scuole per i distributori di prodotti vegetali
Stolley MR, et al. 1997 (29) USA	RCT 62 coppie madri-figlie. Da 7 a 12 anni. Afro-americani di basso reddito  Intervento da parte di psicologi e dietisti	Body Mass Index, intake calorico	A 12 settimane nessuna differenza nel Body Mass Index; riduzioni significative della % di calorie giornaliere introdotte con i grassi da madri e figlie	Notevoli limiti metodologici
Fitzgibbon ML, et al. 2005 (30) USA	RCT 589 bambini. In 12 scuole. Intervento multidisciplinare su dieta e attività fisica	Body Mass Index, intake calorico, attività fisica	A 2 anni riduzione del Body Mass Index, senza modifiche sostanziali per dieta e attività fisica	Limiti metodologici

(a) CCT = Controlled Clinical Trial; (b) KOPS = Kiel Obesity Prevention Study; (c) APPLES = Active Programme Promoting Lifestyle in Schools

tura primaria eventuali studi pubblicati successivamente alla revisione: su *PubMed*, utilizzando la stringa di ricerca "*Child AND Obesity AND prevention AND control*", non trovo altri articoli che prevedano la proposta

di un modello alimentare come unico strumento per la prevenzione del sovrappeso.

## Risultati

Nella revisione della *Cochrane* vengono

presi in considerazione due soli articoli che utilizzano la dieta come unico intervento per la prevenzione dell'obesità e nessuno dei due si dimostra efficace nella popolazione scolastica. Le caratteristiche degli

studi sono sintetizzati in *tabella 1*. A questo punto mi sono chiesto se altri interventi di comunità su popolazioni pediatriche si siano dimostrati efficaci nella prevenzione del sovrappeso.

Utilizzando la stessa strategia di ricerca, trovo 6 lavori che hanno valutato l'efficacia della promozione dell'attività fisica (*tabella 2*) e 15 la combinazione di attività fisica e dieta (*tabella 3*).

## Conclusioni

Nonostante l'accuratezza con cui sono stati condotti gli studi che utilizzano la dieta come unico intervento per la prevenzione dell'obesità, vanno sottolineati da una parte le difficoltà di mantenere la cecità dell'intervento e dall'altra l'utilizzo di personale specializzato che certamente pone problemi nell'eventuale riproducibilità della ricerca (8-9). Dall'analisi della letteratura possiamo sicuramente concludere che finora non sono stati pubblicati studi che siano riusciti a dimostrare l'efficacia di interventi scolastici mirati al miglioramento delle abitudini alimentari e alla riduzione del sovrappeso attraverso la proposta di un modello alimentare. Tali considerazioni fanno lievitare l'interesse per i risultati del Progetto ARCA, il cui scopo è quello di valutare l'efficacia della piramide alimentare quale misura principale di prevenzione dell'obesità infantile.

Anche i lavori che hanno utilizzato l'attività fisica come unico intervento per la prevenzione dell'obesità non sembrano mostrare risultati significativi nel breve-medio periodo (10-15). Del resto il ruolo dell'attività fisica nella patogenesi dell'obesità è tutto da dimostrare: sebbene un recente lavoro con un follow-up di ben 10 anni mostri una stretta correlazione tra livello di attività fisica e Body Mass Index e plica tricipitale, ben due revisioni sistematiche non sono riuscite a dimostrare che una bassa attività fisica causa l'obesità (31-33). Neppure i numerosi studi che hanno utilizzato come intervento sia l'attività fisica che la dieta hanno mostrato risultati significativi (16-30).

In generale si tratta di studi con uno scarso potere e spesso con un disegno non adeguato rispetto agli outcomes; gli interventi quasi sempre sono di durata troppo breve, mirati su modifiche del comportamento piuttosto che su norme culturali, sistemi organizzativi e responsabilità di lungo perio-

do; gli studi quasi mai considerano la effettiva disponibilità di cibo, la sostenibilità economica per l'acquisto di cibi più salutari e per la pratica di attività sportiva; inoltre non danno informazioni sul costo degli interventi. Le ricerche più recenti sono più attente al coinvolgimento dei partecipanti, all'impostazione di fasi pilota e a valutazioni più globali (15-19-22-25-27-30). ♦

## Bibliografia

- (1) Troiano E, Casullo C, Siani A. Una Piramide di salute: il Progetto ARCA. *Quaderni acp* 2006;13:12-6.
- (2) EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. 15 March 2005. [http://www.iotf.org/popout.asp?linkto=http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/launch\\_en.htm](http://www.iotf.org/popout.asp?linkto=http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/launch_en.htm).
- (3) Genovesi S, Giussani M, Faini A, et al. Maternal perception of excess weight in children: A survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica* 2005;94:747-52.
- (4) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337:869-73.
- (5) G Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999;70:145-8.
- (6) Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, et al. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2005;115:22-7.
- (7) Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, et al. Intervention for preventing obesity in children (Review). *The Cochrane Library* 2005, Issue 3.
- (8) Epstein LH, Gordy CC, Raynor HA, et al. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obes Res* 2001;9:171-8.
- (9) James J, Thomas P, Cavan D, et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trials. *BMJ* 2004;328:1237-43.
- (10) Mo-suwan L, Pongprapai S, Juniana C, et al. Effects of a controlled trial of a school-based exercise program on the obesity indexes of preschool children. *Am J Clin Nutr* 1998;68:1006-11.
- (11) Sallis JF, McKenzie TL, Alcaraz JE, et al. Project SPARK. Effects of physical education on adiposity in children. *Ann N Y Acad Sci* 1993;699:127-36.
- (12) Flores R. Dance for health: improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Rep* 1995;110:189-93.
- (13) Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, et al. New Moves: a school-based obesity prevention program for adolescent. *Prev Med* 2003;37:41-51.
- (14) Pangrazi RP, Beighle A, Vehige T, et al. Impact of Promoting Lifestyle Activity for Youth (PLAY) on children's physical activity. *J Sch Health* 2003;73:317-21.
- (15) Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomised controlled trial. *JAMA* 1999;282:1561-7.

- (16) Caballero B, Clay T, Davis SM, et al. Pathways: a school-based, randomised controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. *Am J Clin Nutr* 2003;78:1030-8.
- (17) Donnelly JE, Jacobsen DJ, Whatley JE, et al. Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obes Res* 1996;4:229-43.
- (18) Gortmaker SL, Cheung LW, Peterson KE, et al. Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:975-83.
- (19) Müller MJ, Asbeck I, Mast M, et al. Prevention of obesity: more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:S66-74.
- (20) Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ* 2001;323:1029-32.
- (21) Warren JM, Henry CJK, Lightowler HJ, et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promot Int* 2003;18:287-96.
- (22) Baranowski T, Baranowski JC, Cullen KW, et al. The Fun, Food, and Fitness Project (FFFP): the Baylor GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13:S30-9.
- (23) Beech BM, Klesges RC, Kumanyka SK, et al. Child and parent targeted interventions: the Memphis GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13:S40-53.
- (24) Robinson TN, Killen JD, Kraemer HC, et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13:S65-77.
- (25) Story M, Sherwood NE, Himes JH, et al. An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13:S54-64.
- (26) Dennison BA, Russo TJ, Burdick PA, et al. An intervention to reduce television viewing by preschool children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:170-6.
- (27) Harvey-Berino J, Rourke J. Obesity prevention in preschool native American children: a pilot study using home visiting. *Obes Res* 2003;11:606-11.
- (28) Kain J, Uauy R, Albalá, et al. School-based obesity prevention in Chilean primary school children: methodology and evaluation of a controlled study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:483-93.
- (29) Stolley MR, Fitzgibbon ML. Effects of an obesity prevention program on the eating behavior of African-American mothers and daughters. *Health Educ Behav* 1997;24:152-64.
- (30) Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, et al. Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health JR.: a randomised controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *J Pediatr* 2005;146:618-25.
- (31) Kimm SYS, Glynn NW, Obarzanek E, et al. Relation between the changes in physical and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study. *Lancet* 2005;366:301-7.
- (32) Fogelholm M, Kukkonen N, Harjula K. Does physical activity prevent weight gain: a systematic review. *Obes Rev* 2000;1:95-111.
- (33) Parsons TJ, Power C, Logan S, et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:S1-107.



# Vaccinazioni ACP: strada facendo

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

**Parole chiave** Vaccinazioni. Formazione. Informazione. Gruppo vaccinazioni ACP

La grave epidemia di morbillo nel 2002-2003 percorreva il nostro Paese, mostrando con chiarezza le priorità e i punti di debolezza del sistema di prevenzione e controllo delle malattie. L'attenzione generale sembrava però rivolta altrove. La vera urgenza nazionale sembrava paradossalmente l'introduzione dei nuovi vaccini disponibili.

In quegli anni nasce il documento ACP degli "8 passi" (1) che analizza le storiche criticità della prevenzione vaccinale in Italia e individua gli 8 punti chiave dai quali partire per un cammino condiviso con tutti i soggetti coinvolti in questa materia. Con questo obiettivo, nel novembre 2003, invitammo a un pubblico incontro le Istituzioni (Ministero della Salute, Regioni, ASL), le Società Scientifiche di Pediatria e di Sanità Pubblica, la FIMP, le Associazioni dei cittadini (Altroconsumo, MOIGE) e gli operatori, riscontrando il consenso della maggior parte dei presenti, sui contenuti del documento. Non sono mancate in seguito le occasioni di confronto, durante le quali abbiamo verificato costantemente una sintonia tra le nostre posizioni e quelle della SIP. Come è accaduto nello scorso mese di marzo, al Convegno Nazionale di Pediatria Online, in un confronto aperto con la SIP e la FIMP, dove le nostre proposte hanno riscosso interesse e suscitato un vivace dibattito, in un piacevole clima di reciproco rispetto. Le criticità individuate a suo tempo non sembrano però superate, anzi, appaiono acuite dal successivo evolversi della situazione. Il nuovo Piano Nazionale Vaccini, sancito nel marzo 2005, non indica i criteri tanto attesi per l'introduzione delle nuove vaccinazioni e lascia libertà di scelta a ogni singola Regione. Il risultato, quasi grottesco, è l'attuale compresenza sul territorio nazionale di tanti diversi calendari vaccinali. L'istituzione del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), invece di sempli-

ficare le procedure, ha prodotto il moltiplicarsi delle commissioni nazionali che si occupano di vaccinazioni. Le risorse assegnate al Servizio Sanitario Nazionale sono in costante calo e i servizi vaccinali denunciano difficoltà nel garantire la necessaria qualità del lavoro. In Italia, come nel resto del mondo, il rapporto tra medici, Istituzioni, Agenzie valutative e Industria del farmaco, rimane ancora in attesa di una regolamentazione più precisa, nell'ambito della ricerca, della formazione e dell'informazione, rivolta – in alcuni casi – direttamente ai cittadini (2).

Si annuncia la disponibilità, in un prossimo futuro, di altri nuovi vaccini (il tetra-valente contro morbillo, parotite, rosolia e varicella, l'anti-rotavirus e l'anti-papillomavirus). Speriamo di non assistere al solito assalto alla diligenza ...

Nel frattempo l'ACP ha proseguito il suo cammino costruendo strumenti di informazione e formazione critica e indipendente, attraverso un gruppo di lavoro dedicato, una rubrica periodica su *Quaderni acp*, un'area specifica sul sito web ([www.acp.it](http://www.acp.it)), iniziative formative locali, regionali e nazionali, e la disponibilità di consulenza ai quesiti dei singoli soci. Ma anche con i comunicati stampa, le esternazioni pubbliche delle posizioni dell'Associazione sui problemi emergenti, come la lettera aperta all'ISS sull'antipneumococcica o la nota sull'influenza aviaria, ripresa dai quotidiani in occasione del Congresso Nazionale di Napoli e pubblicata, oltre che dalla nostra rivista (3), da *Medico e Bambino e Ricerca e Pratica*. Osserviamo inoltre con piacere che il nostro parere sull'antinfluenzale (4), spedito al Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute, ha trovato riscontro nella Circolare ministeriale per la prevenzione dell'influenza nella stagione 2006-2007 (5). Non viene infatti estesa la vaccinazione ai bambini sani, sono stati tolti dalle categorie a rischio i nati pre-termine e sottopeso e aggiunti quelli con malattie neurologiche e neuromuscolari, come da noi proposto in base alle evidenze disponibili.

Abbiamo compiuto finora forse più di 8 passi, ma il cammino continua. Una delle prossime tappe è la riorganizzazione del gruppo vaccinazioni, costituito ora dai

referenti regionali per garantire una diffusione più efficace delle posizioni dell'Associazione, anche in questa materia, verso i gruppi locali e gli Assessorati regionali. In Umbria e in Lombardia, l'ACP è già presente in modo attivo e propositivo, nel coordinamento regionale delle vaccinazioni e in altre aree territoriali sta costruendo una più stretta collaborazione con i servizi di prevenzione locali, anche attraverso la promozione della formazione congiunta dei pediatri e degli operatori della prevenzione.

A fine maggio si terrà una giornata di formazione dedicata ai referenti regionali, sugli strumenti e i metodi per la prevenzione con le vaccinazioni. In questa occasione verranno presentati i nuovi documenti ACP sull'informazione/formazione dei pediatri e l'informazione dei genitori, in materia di vaccinazioni, e si procederà all'aggiornamento del documento degli 8 passi, in vista di una seconda iniziativa pubblica programmata per il prossimo mese di settembre, alla quale saranno invitati gli stessi soggetti coinvolti nel 2003.

Il cammino che ci resta da fare è ancora lungo ma, un passo alla volta, andiamo avanti. ♦

## Bibliografia

- (1) Grandori L, Bonati M. "8 passi si prevenzione a tutela della salute dei bambini". <http://www.acp.it/vaccinazioni/8passi.pdf>.
- (2) Info: notizie sulla salute. Pieghevole scorretto, l'AIFA lo ritira. *Quaderni acp* 2006;13(2):72-3.
- (3) Grandori L. Influenza aviaria: proviamo a fare chiarezza. *Quaderni acp* 2005;12(6):242.
- (4) Lettera ACP sull'antinfluenzale. [http://www.acp.it/vaccinazioni/antinfluenzale\\_ACP.pdf](http://www.acp.it/vaccinazioni/antinfluenzale_ACP.pdf)
- (5) Circolare ministeriale sull'antinfluenzale per la stagione 2006-2007. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_762\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_762_allegato.pdf).

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

# OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome

## Casi clinici emblematici per un corretto percorso diagnostico-terapeutico

Alessandro Vigo\*, Alberto Braghiroli\*\*, Emanuela Malorgio\*\*, Silvia Noce\*\*, Sergio Tavormina\*\*\*, Aldo Ravaglia°

\*Centro di riferimento regionale per la SIDS, Regione Piemonte

\*\*Centro Medicina del Sonno, Indirizzo Cardiorespiratorio, Fondazione "Salvatore Maugeri" IRCCS, Veruno

\*\*\*S.S. Dip. ORL, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

°Pediatra ASL 7, Chivasso (Torino)

### Abstract

**OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndromes. Some emblematic clinical cases for a correct diagnostic and therapeutic pathway**

4 clinical cases in children of ages between 18 months and 4 years with a definite diagnosis of OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) are presented. They all come from the SIDS Centre of the Regina Margherita Paediatric Hospital in Turin. The Authors point out the importance of some techniques (oximetry and polysomnographies) for a definite diagnosis of OSAS. Adenoidectomies and tonsillectomies are usually the rule in these cases. This description should help paediatricians, otolaryngology specialists and health agencies' managers in updating all the evidence based clinical pathways for the diagnosis of OSAS. An effective collaboration between paediatricians, otolaryngology specialists and a Centre for Sleep disorders in evolutive age is mandatory.

Quaderni acp 2006; 13(3): 130-134

**Key words** OSAS. Oximetry sleep. Polysomnography. Adenoidectomy. Tonsillectomy

Vengono presentati 4 casi clinici di età da 18 mesi a 4 anni con diagnosi definitiva di OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome), tratti dalla casistica del Centro SIDS dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino. Gli Autori mettono in rilievo l'importanza dell'utilizzo delle indagini strumentali (saturimetria e polisomnografia) nella formulazione della diagnosi definitiva di OSAS. A questa diagnosi consegue di regola nel bambino l'effettuazione dell'adenotonsillectomia. La descrizione dei 4 casi clinici è l'occasione per sottoporre ai pediatri, agli otorinolaringoiatri e ai manager delle Aziende sanitarie la necessità di adeguare i comportamenti clinici agli approcci innovativi che, nel campo delle OSAS, le evidenze della letteratura e le esperienze propongono. L'elemento su cui si basa il percorso diagnostico-terapeutico è la collaborazione tra pediatri informati, una struttura di ORL e un Centro che si occupa di sonno in età evolutiva.

**Parole chiave** OSAS. Monitoraggio della saturimetria nel sonno. Polisomnografia. Adenotonsillectomia

I casi che vengono presentati sono esempi di diagnosi di OSAS diagnosticati presso il Centro di Riferimento Regionale per la SIDS dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, dove sono stati eseguiti gli esami che vengono riferiti.

I casi vogliono mettere in evidenza i problemi relativi a un corretto percorso diagnostico-terapeutico (figura 1) nelle situazioni che più frequentemente portano il pediatra a porsi il problema della diagnosi di OSAS nel bambino con tonsille (e forse adenoidi) ipertrofiche che russa di notte, sta spesso con la bocca aperta e "va in apnea", secondo il racconto dei

genitori (1). È allora che tocca decidere se togliere adenoidi e/o tonsille (2). Per attuare un simile percorso occorre probabilmente ripensare tutto il ragionamento diagnostico-terapeutico per il trattamento delle OSAS che interessa il 3% circa dei bambini mentre il russamento notturno riguarda fino al 10% dei bambini stessi (4) e risulta la patologia per la quale è stato effettuato il 43% delle tonsillectomie in Italia nel 2000 (3-4-5).

### 1. La storia di Gaetano

Gaetano ha 4 anni e 2 mesi. Ha presentato nell'ultimo inverno numerosi episodi di infezione delle alte vie respiratorie.

Nel corso di una visita di controllo i genitori segnalano al pediatra che dall'età di 2 anni il piccolo nel sonno russa, talvolta "smette di respirare" e si agita molto; appaiono preoccupati anche perché Gaetano negli ultimi mesi è irritabile e dimostra scarso appetito, pur presentando un accrescimento ponderale adeguato all'età.

Il pediatra, dopo aver riscontrato una ipertrofia adenotonsillare, richiede una visita specialistica ORL. Dopo 2 mesi Gaetano viene visitato dall'otorinolaringoiatra che conferma il quadro di ipertrofia adenotonsillare. La diagnosi viene fatta con una fibroendoscopia transnasale della cavità naso-faringea che mette in evidenza un'ostruzione solo parziale del rinofaringe da parte delle vegetazioni adenoidee. Anche in relazione ai sintomi riferiti dai genitori, nel sospetto di OSAS, il consulente richiede un monitoraggio della saturimetria nel sonno (figura 2), eseguito a domicilio, da cui risultano 3 clusters di desaturazione >4%, con 3 episodi di SO<sub>2</sub> <90% (valore minimo di SO<sub>2</sub> 84%).

Poiché il risultato del monitoraggio notturno domiciliare ha confermato il sospetto clinico di OSAS (tabella 1), lo specialista ORL effettua l'intervento di adenotonsillectomia (AT).

Gaetano, a 4 mesi dall'intervento, non presenta apnee, né russamento notturno. Inoltre i genitori segnalano minor agitazione nel sonno e ridotta irritabilità diurna, con discreto aumento dell'appetito.

### Il caso di Gaetano insegna

- ▶ che la fibroendoscopia è utile nello stabilire l'entità dell'ipertrofia adenotonsillare, ma non consente di regola di formulare diagnosi certa di OSAS
- ▶ che esame clinico e monitoraggio della saturimetria notturna possono essere concordanti

Per corrispondenza:

Alessandro Vigo

e-mail: centrosids@oirmsantanna.piemonte.it

il caso che insegna

**FIGURA 1: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**



**TABELLA 1: CRITERI DI BROUILLETTE**

Diagnosi di OSAS se la saturimetria notturna registra:

- 3 Clusters di desaturazioni                      uguale o > 4% e
- 3 desaturazioni con valore di SO<sub>2</sub>                      < 90%

Da: *Pediatrics* 2000;105:e405-e412

**2. La storia di Sara**

Sara viene visitata dall'otorinolaringoiatra all'età di 4 anni.

Secondo i genitori la piccola presenta da circa 2 anni rinolalia con respirazione a bocca aperta, scarso appetito e apnee con russamento nel sonno, tanto che la mamma "veglia" il sonno della bambina, risvegliandola quando la pause del respiro le appaiono troppo lunghe.

Lo specialista, riscontrando ipertrofia tonsillare, e nel sospetto di OSAS, richiede un monitoraggio della saturimetria nel sonno, eseguito a domicilio, da cui risultano solamente 2 episodi di desaturazione >4%, con valore minimo pari a 91%.

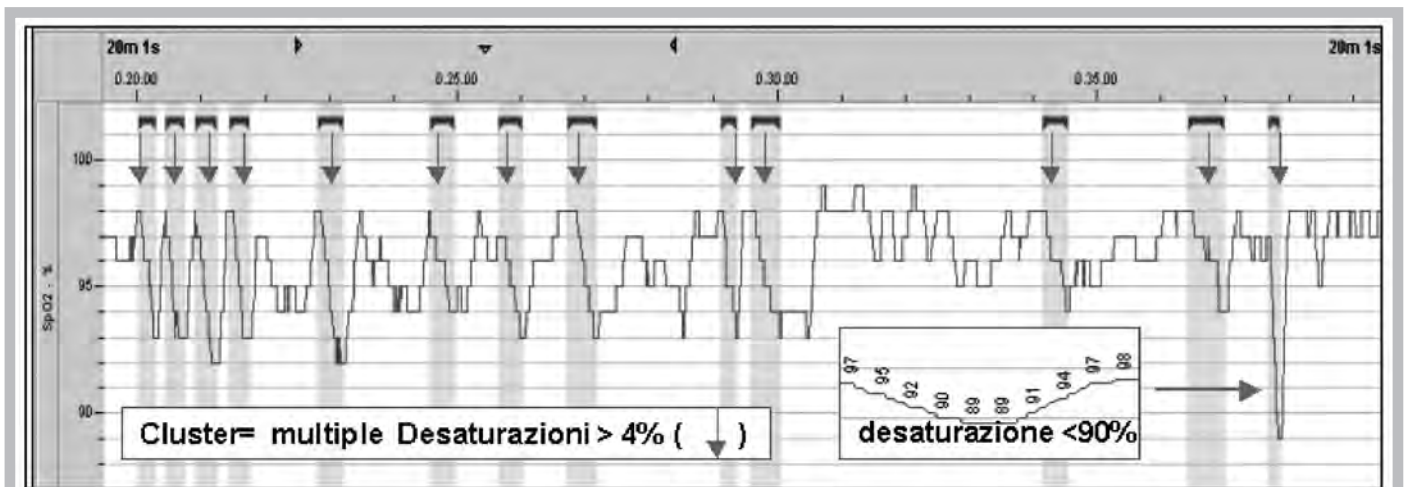
In relazione a tale registrazione, non significativa per un quadro di OSAS, lo specialista non ritiene opportuno effettuare l'intervento di AT. Consiglia alla mamma, in caso di persistenza o peggioramento della sintomatologia, di effettuare a distanza di 6-8 mesi un approfondimento diagnostico con una poligrafia domiciliare notturna.

Due mesi dopo la mamma di Sara contatta l'ORL molto preoccupata perché la bambina presenta un ulteriore peggioramento di tutti i sintomi già riferiti.

Lo specialista richiede quindi una poligrafia notturna domiciliare che evidenzia assenza di eventi ostruttivi e di sforzo respiratorio nel corso di tutta la registrazione, con saturazione media pari a 98,3% (figura 3, tabella 2).

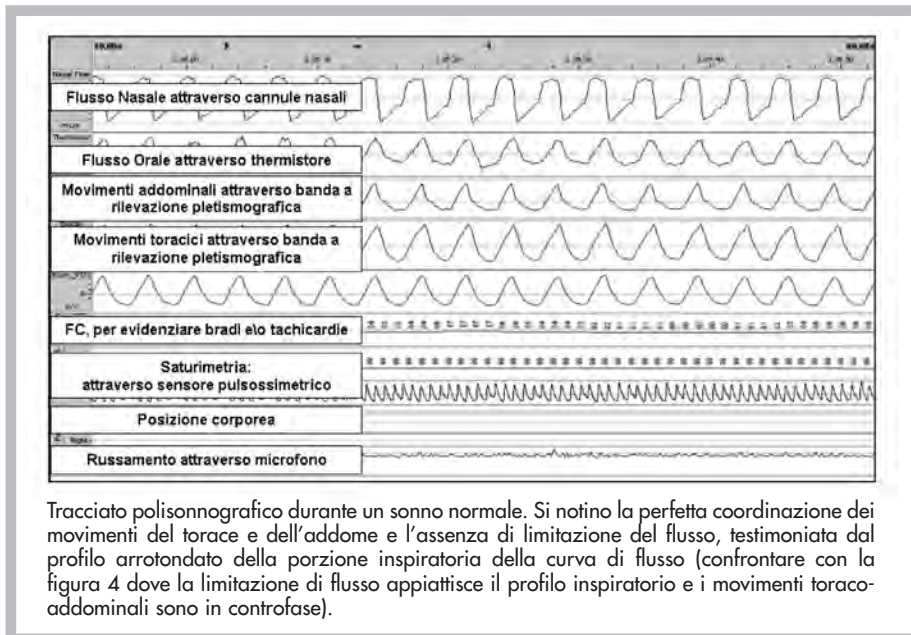
La sintomatologia della bambina riferita dai genitori non corrisponde a un quadro di OSAS. La bambina rientra nella categoria dei semplici russatori e pertanto, in base alle linee guida AAP, non richiede terapia.

**FIGURA 2: SATURIMETRIA NOTTURNA (GAETANO, 4 ANNI E 3 MESI)**



Il bambino con OSAS importante, particolarmente nelle fasi di sonno "attivo" (REM), va incontro ad apnee ostruttive che generano frequentemente rilevanti riduzioni (uguali o superiori al 4%: da 100 a 96, ad esempio) della saturazione di ossigeno. Tali episodi tendono a ripetersi più volte nell'arco di 20-30 minuti: sono i cosiddetti "clusters" (grappoli), che la saturimetria va a intercettare.

**FIGURA 3: POLISONNOGRAFIA (SARA, 4 ANNI)**



**TABELLA 2: CRITERI DI BROUILLETTE**

Parametro	Media + DS	Range
Indice Apnee Centrali (n/h)	0.08 +/- 0.14	0.0-6.0
Indice Apnee Ostruttive (n/h)	0.01 +/- 0.03	0.0-0.1
Indice Ipopnee Ostruttive (n/h)	0.3 +/- 0.5	0.0-3.4
R.D.I. (n/h)	0.4 +/- 0.6	0.0-4.0
SaO <sub>2</sub> Media (%)	97 +/- 1	95-98
SaO <sub>2</sub> Nadir (%)	92 +/- 3	81-95

Da: Traeger et al. *Pediatr Pulmonol* 2005

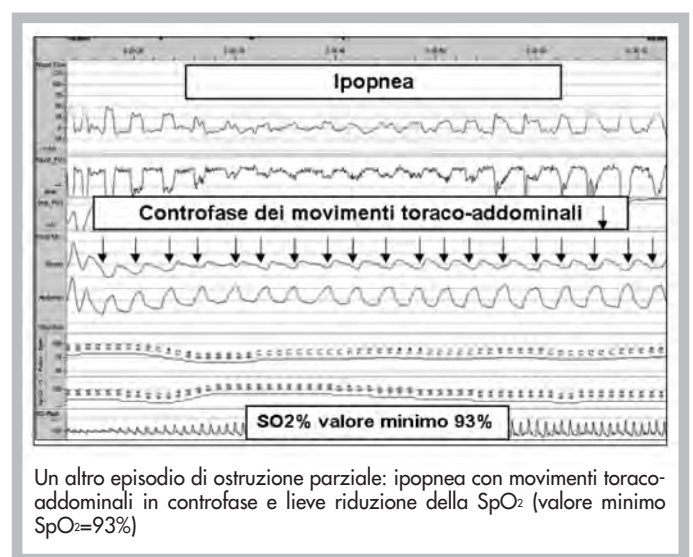
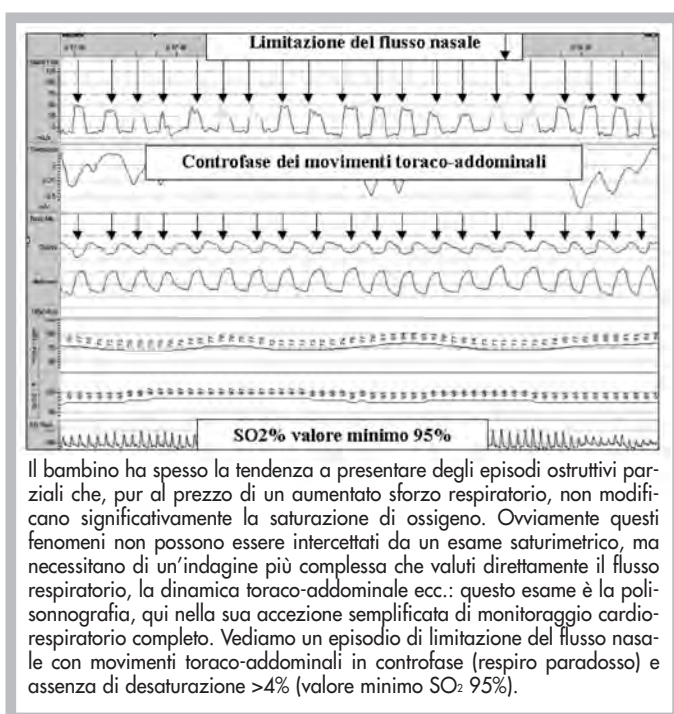
**Il caso di Sara insegna**

- ▶ che il racconto dei genitori può essere fuorviante ai fini diagnostici, e pertanto deve essere considerato solo un elemento di sospetto clinico
- ▶ che esame clinico ed esami strumentali possono non essere concordanti

**3. La storia di Andrea**

Andrea ha 3 anni e da qualche mese respira con la bocca e russa frequentemente nel sonno, dormendo più agitato di prima: i genitori l'hanno anche visto "andare in apnea". Per questi motivi il pediatra, che l'ha visitato spesso per otiti recidivanti, lo invia dall'otorinolaringoiatra che riscontra un'ipertrofia adenotonsillare (già rilevata anche dal curante) e richiede uno studio del sonno per confermare il sospetto di OSAS.

In prima istanza il bambino è sottoposto a una registrazione della saturimetria notturna, eseguita a domicilio, che non risulta diagnostica: 3 episodi di desaturazione >4%, con un valore minimo di 91%. Per dirimere ogni dubbio, per Andrea viene prenotata una polisonnografia, che esegue (dati i tempi di attesa) 5 mesi dopo. L'esame, eseguito a domicilio, conferma la "tenuta" della satura-



**FIGURA 5 (SOPRA): POLISONNOGRAFIA (ANDREA, 3 ANNI)**

**FIGURA 4 (A LATO): POLISONNOGRAFIA (ANDREA 3 ANNI)**

zione notturna (SaO<sub>2</sub> media 97,6% con un valore minimo di 90%) ma evidenzia numerosi e prolungati episodi di ipopnea ostruttiva (figura 4, figura 5), che uniti alle 6 apnee ostruttive (figura 6) generano un indice di apnea-ipopnea (AHI) di 5/ora. Il sospetto di OSAS è confermato, pur non trovandoci di fronte a uno dei casi più gravi. L'adenotonsillectomia, eseguita 2 mesi dopo in day-surgery, ha risolto i problemi legati all'ostruzione. Per le otiti, il futuro ci dirà.

**Il caso di Andrea insegna**

- ▶ che non possiamo escludere una diagnosi di OSAS sulla base di una saturimetria non patologica: è necessario il riscontro polisonnografico
- ▶ che un paziente non a rischio può essere corretto chirurgicamente in sicurezza con una brevissima permanenza in ospedale (poche ore)

**4. La storia di Marco**

Marco giunge all'osservazione dell'ORL all'età di 18 mesi, inviato dal pediatra poiché i genitori, molto preoccupati, riferiscono di alternarsi al lettino del figlio durante la notte perché il piccolo nel sonno presenta frequenti apnee, talvolta accompagnate da cianosi. Secondo la mamma, Marco russa costantemente di notte, e di giorno respira sempre con la bocca aperta, come se fosse raffreddato.

Durante la visita il pediatra riscontra uno scarso accrescimento ponderale e un lieve ritardo delle acquisizioni psicomotorie. Inoltre c'è una importante ipertrofia tonsillare.

Lo specialista ORL, vista la sintomatologia riferita e confermato il quadro di ipertrofia adenotonsillare, richiede nel sospetto di OSAS un monitoraggio della saturimetria nel sonno, eseguito a domicilio, da cui risultano 8 episodi di desaturazione >4% di lunga durata (fino a 90 minuti) con valori di SaO<sub>2</sub> spesso < 50% con un valore minimo di SO<sub>2</sub> pari a 37% (figura 7).

In questo caso lo specialista decide, in base all'esito della registrazione saturimetrica, di effettuare l'intervento con urgenza e in una struttura idonea con personale adeguato all'età e alla patologia del paziente, attuando un periodo di stretta osservazione cardiorespiratoria e saturimetrica nelle prime 24 ore del post-operatorio. Nell'immediato post-operatorio il piccolo presenta difficoltà respiratoria e richiede assistenza rianimatoria per alcune ore.

A distanza di 8 mesi il bambino presenta netto miglioramento dell'accrescimento ponderale e dello sviluppo psicomotorio. I genitori non avvertono russamento, e hanno osservato l'assenza delle pause del respiro nel sonno: anche il loro personale ritmo sonno-veglia è, ovviamente nettamente migliorato!

**Il caso di Marco insegna**

- ▶ che l'età inferiore ai 2-3 anni di per sé non è una buona ragione di rinvio dell'intervento di adenotonsillectomia
- ▶ che il rischio operatorio non è una buona ragione di rinvio dell'intervento, purché correttamente individuato
- ▶ che una corretta registrazione saturimetrica notturna permette di discriminare i pazienti a rischio post-operatorio

**Conclusioni**

I quattro casi che vengono riportati sono di frequente riscontro nella pratica clinica. L'elemento su cui si basa il percorso terapeutico è la collaborazione tra pediatri sufficientemente informati, una struttura di ORL che crede in questa collaborazione e dispone di sedute operatorie da riservare a casi complessi, e un Centro che si occupa di sonno pediatrico. Se fino a ieri l'osservazione clinica e l'anamnesi sono stati gli elementi discriminanti per la diagnosi di OSAS, oggi la letteratura mette in evidenza che ci si dovrebbe basare, di regola, sullo studio del sonno.

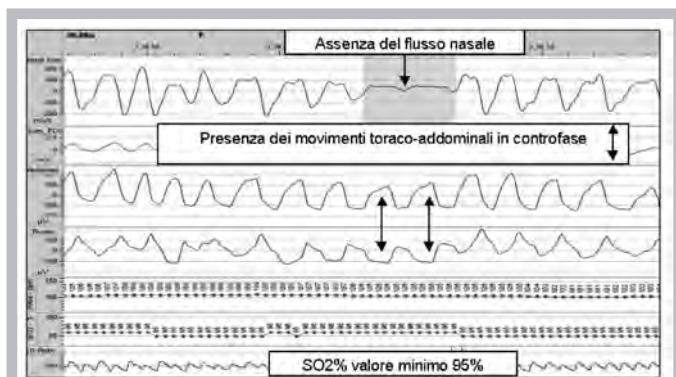
**Cosa abbiamo imparato**

*Dal punto di vista clinico*

Sulla base di questi dati si può ora provare a trarre qualche conclusione:

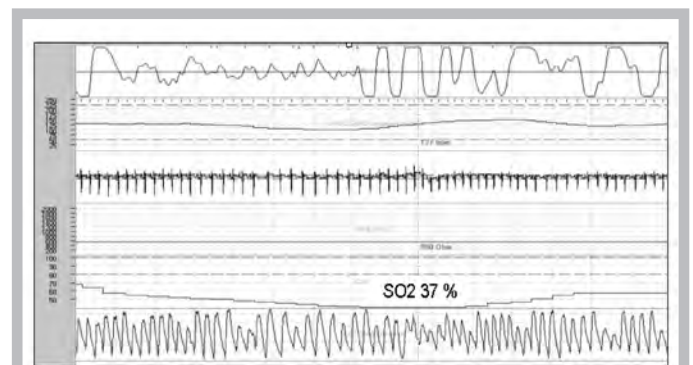
- Il russamento abituale, sintomo cardine dell'OSAS, non è mai un evento

**FIGURA 6: POLISONNOGRAFIA (ANDREA, 3 ANNI)**



Non tutte le apnee ostruttive sono seguite da una rilevante desaturazione, specie se sono brevi e si manifestano in un paziente con una buona riserva respiratoria. Qui un episodio di apnea ostruttiva con assenza di flusso nasale e contemporanea presenza di movimenti toraco-addominali in assenza di desaturazione >4% (valore minimo SO<sub>2</sub> 95%).

**FIGURA 7: SATURIMETRIA NOTTURNA (MARCO, 3 ANNI)**



Marco, come i bambini che durante la notte presentano delle desaturazioni con valore inferiore all'80%, ha un aumentato rischio di presentare complicanze respiratorie nel post-operatorio, anche a distanza di ore dall'intervento: qui un episodio di desaturazione con valore di SO<sub>2</sub> pari 37%.

banale nel bambino e come tale andrebbe ricercato anche con una semplice domanda nel corso del bilancio di salute, e, quando presente, correttamente indagato.

- Quasi sempre l'entità dell'ostruzione meccanica ottenuta con la fibroendoscopia transnasale non permette di porre diagnosi certa di OSAS.
- Sulla base delle attuali esperienze, la registrazione della saturimetria notturna permette di porre direttamente diagnosi di OSAS in circa il 25% dei casi sospetti. Si tratta dei casi in cui l'esame è sicuramente positivo. Un reperto negativo, al contrario, non esclude la presenza della patologia e, per giungere a una diagnosi di certezza, è necessario ricorrere alla polisonnografia, che risulta dirimente.
- Un bambino a rischio di complicanze post-operatorie gravi è identificabile attraverso un monitoraggio della saturimetria notturna: questa indagine non può essere sottovalutata né dimenticata prima dell'intervento.
- Un atteggiamento eccessivamente attendista riguardo all'adenotonsillectomia in una sospetta OSAS da parte del pediatra e/o dell'otorinolaringoiatra può essere scorretto, specialmente nei bambini di età inferiore ai 3 anni.
- Assecondare per "quieto vivere" il desiderio di un genitore di far operare di adenoidi e tonsille il bambino senza una diagnosi di certezza è un comportamento eticamente non accettabile.
- Infine, dobbiamo far notare ai pediatri che non ci è mai capitato di effettuare uno studio del sonno su un bambino inviato per deficit di attenzione e iperattività, anche se in letteratura è riportato che l'ADHD può essere secondaria a un'OSAS in una percentuale che può giungere fino al 26% dei casi, e in questo caso recede con l'adenotonsillectomia (6). Forse sarebbe opportuno che il pediatra, prima di mandare il bambino dallo psicologo, si ponesse il dubbio di un disturbo respiratorio nel sonno e avviasse un percorso diagnostico in tal senso.

#### Dal punto di vista organizzativo

- La "day surgery" dovrebbe essere riservata solo a quei bambini nei quali

una registrazione saturimetrica notturna abbia ragionevolmente escluso un aumentato rischio post-operatorio.

- Gli esami strumentali eseguiti (saturimetria e polisonnografia) non hanno mai richiesto un ricovero ospedaliero. Del resto nel centro di riferimento che si occupa di OSAS non esiste nemmeno un letto per farlo.
- Il numero esiguo di Centri attualmente in grado di studiare il sonno nel bambino può difficilmente essere accettato come una giustificazione per comportamenti che prescindono dalle attuali conoscenze, ma dovrebbe essere stimolo a raggiungere standard assistenziali migliori.
- Il pediatra di famiglia e gli otorinolaringoiatri dovrebbero acquisire conoscenze e competenze comuni tali da poter gestire in modo adeguato questa patologia e in particolare condividere il corretto iter diagnostico. ♦

#### Bibliografia

- (1) Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Section on Pediatric Pulmonology, Subcommittee on Obstructive Sleep Apnea Syndrome. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2002;109:704-12.
- (2) Gozal D, O'Brein LM. Snoring and obstructive sleep apnea in children: why should we treat? Pediatric Resp Reviews (2004) 5 (suppl A) S371-S376 Arch Dis Child 2000; 83:76-81.
- (3) Rosen CI. Obstructive sleep apnea syndrome in children: controversies in diagnosis and treatment. Pediatr Clin N Am 2004; 51:153-67.
- (4) Schlaud M, Urschitz MS, Urschitz-Duprat P, Poets C. The German study on sleep-disordered breathing in primary school children: epidemiological approach, representativeness of study sample and preliminary screening results. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2004;18: 431-40.
- (5) Ministero della Salute. Documento di Indirizzo 4, Aprile 2003 "Appropriatezza Clinica e Organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenotonsillectomia".
- (6) O'Brien LM, Holbrook CR, Mervis CB, et al. Sleep and neurobehavioral characteristics of 5 to 7 year old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2003;111: 554-63.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano la caposala e il personale infermieristico degli ambulatori dell'Ospedale Infantile Regina Margherita per il ruolo svolto nella attività di montaggio delle strumentazioni e di istruzione ai genitori sulla gestione domiciliare delle macchine.

Regione Piemonte

## NATI PER LEGGERE: CULTURA E SALUTE DALLA PRIMA INFANZIA

Torino - Corso Stati Uniti, 23  
Centro Incontri della Regione Piemonte

Sabato, 7 ottobre 2006

### Programma preliminare

Saluto delle autorità

*Acquisizioni sull'efficacia dell'avvio precoce alla lettura nei bambini da 0 a 3 anni*  
(Giancarlo Biasini. Pediatra. Centro per la Salute del Bambino, Trieste)

*Racconto e allargamento dello spazio mentale*  
(Paolo Rocco. Psicoanalista. Società Psicoanalitica Italiana)

*Il progetto in Italia. Analisi e dati sulle esperienze condotte dal 1999 ad oggi*  
(Fabio Bazzoli. Bibliotecario. Coordinamento Nazionale di Nati per Leggere)

*L'esperienza catalana*  
(Merixell Trullas. Responsabile del progetto catalano per la lettura ad alta voce)

### Conclusione della sessione mattutina e buffet

*Perché i pediatri dovrebbero aderire al progetto*  
(Giorgio Tamburini. Direttore scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

*L'esperienza della città di Chieri*  
(Roberto Massimello. Pediatra di famiglia, Chieri, Torino)

*Risultati preliminari di una ricerca sulla valutazione dello sviluppo linguistico dopo l'effettuazione della lettura ad alta voce nei primi tre anni di vita*  
(Camilla Montini. Pediatra di famiglia, Treviso)

*Un libro in dono a ogni bambino: il progetto realizzato per Torino capitale con Roma mondiale del libro*  
(Rita Valentino Merletti. Studiosa di letteratura per l'infanzia. Consulente della Regione Piemonte per il progetto Nati per Leggere)

### La partecipazione al Convegno è gratuita

Richiesti per i medici crediti ECM  
Informazioni: e-mail natiperleggere@regione.piemonte.it

Il progetto Nati per Leggere è promosso in Italia dall'Associazione Culturale Pediatri, dall'Associazione Italiana Biblioteche e dal Centro per la Salute del Bambino di Trieste. In Piemonte è sostenuto dagli Assessorati regionali alla Cultura e alla Sanità, dalla Fondazione per il Libro, la Musica e la Cultura, e dalla Compagnia di San Paolo

# La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento

## Colloquio sul Saper fare e non Saper fare del pediatra

Ennio Del Giudice\*, Pierpaolo Mastroiacovo\*\*, Nicola D'Andrea\*\*\*, Stefania Manetti°, Francesco Ciotti°°

\*Università Federico II, Dipartimento di Pediatria, Napoli

\*\*Gruppo di Genetica della SIP, direttore di Prospettive in Pediatria, Roma

\*\*\*Primario Pediatra, Matera

°Pediatra di famiglia, Sorrento; °°Neuropsichiatra infantile, Cesena

### Abstract

#### *Developmental and behavioural paediatrics. A conversation on the "Know-how and the don't know-how" of a paediatrician*

*A discussion between paediatricians, geneticists and child psychiatrists regarding the role of Developmental and Behavioural Paediatrics in the paediatricians' training. In the Italian paediatric training curriculum this aspect is totally neglected. The relation between Developmental and Behavioural paediatrics and general paediatrics, child psychiatry and paediatric neurology is analysed.*

*Quaderni acp 2006; 13(3): 135-138*

**Key words** *Developmental and Behavioural Paediatrics, Paediatricians' training curriculum. Child Psychiatry. Paediatric Neurology*

*Il tema discusso in questo articolo da pediatri, genetisti e neuropsichiatri infantili riguarda il ruolo della Developmental and Behavioral Pediatrics (in italiano Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento PSC) nella formazione del pediatra. Questo aspetto, nel curriculum formativo del pediatra italiana, è del tutto trascurato. Vengono discussi i rapporti della PSC con la Pediatria generale, la Neuropsichiatria infantile e la Neurologia pediatrica.*

**Parole chiave** *Pediatria dello sviluppo e del comportamento. Curriculum formativo del pediatra. Neuropsichiatria infantile. Neurologia pediatrica*

### Inizia Ennio Del Giudice

Scrivo queste note stimolato dagli scambi di idee avuti con Giuseppe Saggese, Generoso Andria, Nicola D'Andrea e Paolo Siani, in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale dell'ACP (16° bis!), con Pierpaolo Mastroiacovo in precedenti occasioni e con Carlo Minetti all'ultimo Congresso SIP di Montecatini. I temi in questione sono: 1) il ruolo della Developmental and Behavioral Pediatrics (in italiano Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento, PSC) nel curriculum formativo del pediatra; 2) i rapporti della Pediatria con la Neuropsichiatria infantile e la formazione dello specialista neurologia pediatrica.

Tutti i testi classici (*Nelson, Rudolph, ecc.*) che noi consultiamo continuamente iniziano con i capitoli dedicati alla PSC e che puntualmente vengono ignorati dagli studenti e dagli specializzandi. Li ignora anche il curriculum formativo della Scuola di Specializzazione in Pediatria che, nella sua articolazione, prevede prevalentemente o esclusivamente un approccio basato sulla patologia d'organo.

Già nel 1978, negli Stati Uniti, la *Task Force on Pediatric Education* raccomandava l'inclusione della PSC nel curriculum formativo dei *resident* in Pediatria. Pian piano questo ha portato la *Society for Developmental and Behavioral Pediatrics* a elaborare e pubblicare, nel 1988, una guida per l'implementazione del *core curriculum* per la PSC, valido a livello nazionale. Da parte italiana, come segnale di una sensibilità culturale nei confronti di questa subspecialità pediatrica, vi fu nel 1987 la pubblicazione del numero 65 di *Prospettive in Pediatria* dedicato alla Pediatria dello Sviluppo, a seguito di una mia tenace insistenza su Stefano Guandalini. Tale sensibilità, sempre ahimé esclusivamente culturale, è stata recentemente confermata dal numero 138 di *Prospettive in Pediatria* che ha incluso la PSC nella sua sezione monografica. A essere precisi, anche Generoso Andria, nelle VI Giornate giovani di *Prospettive in Pediatria* ha ospitato un minicorso sulla Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento. A ogni modo, nonostante le citate lodevoli ini-

ziative culturali, nulla è stato possibile fare in concreto per includere nel curriculum dello specializzando in Pediatria i contenuti formativi della PSC.

Quali sono, dunque, le competenze della PSC e chi può o deve insegnarle? Per evitare lungaggini su questo argomento si possono consultare le linee guide pubblicate dalla Society for Developmental and Behavioral Pediatrics. A costo di essere eccessivamente semplicistico, potrei dire che il pediatra dovrebbe appropriarsi di molti dei contenuti formativi contemplati dalla disciplina, presente a livello accademico soltanto in Italia, della Neuropsichiatria infantile. Anche negli Stati Uniti, dove non esiste la Neuropsichiatria infantile all'italiana ma esiste però la Psichiatria infantile, sono sorte delle questioni di opportunità, in quanto la PSC potrebbe rappresentare secondo alcuni un inutile doppione.

Come chiarito nella prefazione dei volumi delle *Pediatric Clinics of North America* dedicati alla PSC (ottobre 2004), il pediatra moderno si confronta di fatto nella sua pratica clinica con le problematiche di sviluppo e comportamento e deve comunque affrontarle. Il suo approccio, però, e la sua formazione non sono quelli dello psichiatra, al quale sono demandate le tecniche psicoterapeutiche e la gestione di casi particolarmente complessi: a ulteriore chiarimento sta il numero relativamente basso di psichiatri infantili disponibili in rapporto ai pediatri, sia in USA che in Italia. Da ciò deriva l'opportunità, e forse la necessità, di una collaborazione e di un confronto virtuoso tra pediatri e neuropsichiatri infantili. In seno alla Pediatria italiana esistono singoli e gruppi che coltivano tematiche proprie della PSC: in questo senso l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) offre degli esempi degni di nota. Questi pediatri vanno quindi recuperati e incoraggiati, possibilmente utilizzando

Per corrispondenza:  
e-mail: [redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)

saper fare

per l'insegnamento nelle Scuole di Specializzazione. Ai fini operativi propongo in primo luogo che la Commissione Formazione e Ricerca della SIP promuova una iniziativa culturale che coinvolga l'ACP, *Prospettive in Pediatria* e l'Osservatorio Nazionale Specializzandi in Pediatria allo scopo di strutturare un modulo formativo replicabile che illustri i contenuti e le competenze della PSC, destinato alla sensibilizzazione dei pediatri italiani. Questo punto della sensibilizzazione culturale non è di poco conto perché più di un pediatra potrebbe non aver chiaro che cosa è esattamente la PSC, anche se, come ho detto all'inizio, tutti i testi classici la includono nella trattazione. Bisogna chiarire in primo luogo che la PSC non è la Neurologia pediatrica, disciplina con un proprio ambito specifico e ben definito, peraltro ritrovabile in numerosi trattati italiani e in lingua inglese.

La Neuropsichiatria infantile italiana, anche a livello di società scientifica, comprende alcune sezioni di base: la Neurologia infantile, la Psichiatria infantile, la Neuropsicologia dell'età evolutiva, la Riabilitazione pediatrica. D'altra parte la SIP ha tra le sue società affiliate, la Società Italiana di Neurologia Pediatrica (SINP). Non credo sia proficua una contrapposizione a tutti i costi tra Pediatria e Neuropsichiatria infantile, intese sia come discipline universitarie sia come società scientifiche. La Società Italiana di Neurologia pediatrica, affiliata alla Società Italiana di Pediatria, e la Sezione di Neurologia pediatrica della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile (SINPIA) dovrebbero iniziare un confronto con l'obiettivo a lungo termine di confluire (possibilmente) in un'unica società. Comprendo che non è cosa facile superare barriere da lungo tempo innalzate, ma sono profondamente convinto della indispensabilità di un dialogo, per costruire nuove prospettive, soprattutto per i giovani che intraprendono un iter professionalizzante clinico e scientifico. Si potrebbe iniziare con riunioni periodiche dei consigli direttivi delle due società (SINP e SINPIA), finalizzate in un primo momento alla realizzazione di congressi congiunti, e, successivamente, una volta acquisita reciproca

fiducia, alla discussione relativa alla formazione dello specialista o superspecialista neurologo pediatra. Ritengo importante, come peraltro è prassi negli Stati Uniti, che il neurologo pediatra debba avere un'esperienza clinica di almeno due anni in Pediatria generale, cosa attualmente non prevista dalla Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria infantile. Si potrebbe anche ipotizzare un curriculum formativo condiviso dalle due discipline, a somiglianza di quanto esiste negli Stati Uniti, che porti al riconoscimento del titolo di neurologo pediatra. È chiaro che al riconoscimento di un tale titolo bisognerebbe accostare il riconoscimento del titolo di psichiatra infantile, mantenendo quindi distinte le due specialità, come accade in tutto il resto del mondo. Sono consapevole che un orientamento del genere trova e ha sempre trovato ferma opposizione in larghi strati della Neuropsichiatria infantile accademica: probabilmente esiste il timore che la disciplina possa essere in qualche modo espropriata dalla Pediatria per un verso, dalla Psichiatria degli adulti o dalla Psicologia per un altro, e quindi sostanzialmente cessare di esistere. Nonostante tutti i problemi prima accennati, penso che valga comunque la pena di sedersi a un tavolo per un confronto costruttivo (e non distruttivo), chiarendo bene da parte dei pediatri che non si vuole in alcun modo ledere gli interessi basilari della Neuropsichiatria infantile, bensì si desidera rafforzare gli ambiti di interesse comune, mettendo a disposizione ciascuno le proprie forze migliori.

### Rispondono

#### 1. Pierpaolo Mastroiacovo

**La PSC è già prevista nell'insegnamento. La si insegna?**

Le riflessioni di Ennio Del Giudice sono molteplici. La più importante riguarda la necessità di sviluppare nella Pediatria di oggi e di domani le tematiche relative alla valutazione e alla gestione dei problemi di sviluppo e del comportamento (PSC). Ennio propone alle persone di buona volontà (ne elenca alcune, sicuramente non le uniche) di strutturare un "modulo formativo replicabile che illustri i contenuti e le competenze della

PSC". Sono assolutamente d'accordo, anche se mi fermerei a "un modulo formativo replicabile che illustri i contenuti della PSC". Toglierei insomma la dizione "le competenze", poiché le competenze riguardano già il pediatra tout court, senza necessità, a mio parere, di intravedere un pediatra competente (specialista?) in PSC. Vedo infatti la PSC come un insieme di contenuti che attraversano trasversalmente tutta la Pediatria. Indistintamente tutta. Ma veniamo al nocciolo: questo "modulo formativo" è a mio parere altamente necessario. Superficialmente è previsto da sempre nella formazione del pediatra. Tant'è che, anche nella versione 2004, il documento "Ordinamenti Didattici delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" esordisce recitando che: "lo specialista in Pediatria deve aver maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali relative alla fisiologia della crescita, dello sviluppo psicologico, sociale e intellettuale del soggetto in età evolutiva". Quindi proprio uno dei primi capitoli del nostro caro *Nelson*.

Il problema è che poi quegli obiettivi formativi non vengono attuati. È vero che la PSC viene ripresa negli obiettivi formativi di base e della formazione generale ove si recita che "lo specializzando deve acquisire conoscenze e abilità per la corretta valutazione dello sviluppo psicomotorio, psichico, affettivo e sociale del bambino, per un corretto approccio diagnostico, terapeutico e di prevenzione delle più comuni malattie pediatriche" e anche quando si indica nel settore della Pediatria generale cure primarie che "lo specializzando deve acquisire esperienza nella gestione di almeno 30 bambini con problemi di sviluppo, comportamento e psicosociali o affetti da patologie croniche e/o a rischio sociale" o quando nel settore della Pediatria di famiglia e di comunità si indica che "lo specializzando deve acquisire abilità e conoscenze nel campo della comunicazione e counselling, interazione pediatra-bambino-famiglia; identificazione dei segni precoci di abuso-disagio e possibili soluzioni". Si può dunque concludere che le premesse ci sono e che vanno meglio specificate le tematiche e gli obiettivi. Va meglio specificato il curriculum che caratterizzi



l'enunciazione generale degli obiettivi, che sono propri della Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento.

Dunque ben venga un documento che fornisca dettagli su questi argomenti e ben venga, per specializzandi e per coloro che già sono specialisti in Pediatria, un corso sui contenuti della PSC.

Dirò di più. Nel documento di programmazione dell'assistenza multidisciplinare integrata al bambino con malattia genetica complessa che stiamo elaborando come contributo contenutistico prioritario per una nuova società affiliata alla SIP che si occupi in modo specifico di tutte le malattie genetiche complesse, si auspica che il pediatra che si occupa di bambini-adolescenti con questi problemi abbia svolto un master, oltre che in Genetica, in Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento. Proprio nella convinzione che una buona assistenza a bambini-adolescenti con problemi cronici e seri come quelli delle malattie genetiche complesse, e alle loro famiglie, non possa prescindere da una robusta preparazione sui contenuti della PSC.

In conclusione perfettamente d'accordo e ogni appoggio allo sviluppo dei contenuti della PSC sotto varie forme: documenti, corsi, master. Anzi un caldo invito a Ennio e a chi legge questo appello di procedere speditamente per la loro realizzazione.

Un breve cenno, infine ai rapporti con la Neuropsichiatria infantile e/o la Neurologia pediatrica. A mio parere non esiste sovrapposizione. I contenuti della PSC sono così pervasivi e di primo livello che non si sovrappongono con le attività specialistiche di diagnosi e cura degli specialisti di secondo-terzo livello (o sbaglio?). La NPI e la Neurologia pediatrica italiana, sostenendo un potenziamento della PSC in ambito pediatrico, non potranno che trarne infiniti vantaggi. Non considero peraltro funzionale allo sviluppo della PSC il colloquio, auspicabile per altri versi, tra SINP e SINPIA. La PSC deve comunque essere oggetto di maggiore attenzione in ambito pediatrico e tra pediatri; ovviamente con l'apporto di tutti coloro che sono padroni dei contenuti che interessano.

Grazie, Ennio, per aver sollevato questo argomento.

## 2. Nicola D'Andrea

### Unici al mondo per la Pediatria di famiglia, senza un pediatra formato su quei problemi

È stato già detto quasi tutto sulla PSC. Con Ennio ne abbiamo accennato al Congresso ACP di Napoli. Si capisce anche dalle citazioni di Pierpaolo che, come molte cose nostrane, non mancano le ottime declaratorie istituzionali. Dobbiamo sempre sperare che vengano recepite e applicate, ma... Ma l'assurdo è che, unico Paese al mondo ad avere la Pediatria di famiglia, non abbiamo una risposta da parte del pediatra ai problemi della famiglia, cioè un pediatra competente nello sviluppo e nel comportamento. In varie occasioni se ne parla e discute anche da trent'anni, ma non si è mai organizzato un "corso" in tal senso. Mi capita di registrare situazioni in cui il pediatra chiede la consulenza dell'auxologo (!) e del neuropsichiatra infantile per "problemi correnti" di comportamento. La frustrazione delle banalità a cui deve rispondere decine di volte nella giornata lo demotiva e probabilmente non avverte neanche la necessità di proporsi per affrontare quei problemi. Si potrebbe pensare a un "programma" formativo per pediatri già in attività, discutendone con ponderatezza prima, affinché non faccia la fine della "Pediatria di comunità".

## 3. Stefania Manetti

### I tempi sono maturi per formare almeno gli specializzandi sulla PSC

Io condivido appieno le osservazioni di Ennio. Come pediatra di famiglia con esperienza oramai ventennale credo di poter affermare brevemente che:

1. I tempi sono più che maturi per cominciare a informare e formare gli specializzandi sulla Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento semplicemente perché queste problematiche costituiscono buona parte dei problemi che ci arrivano in ambulatorio e, almeno al momento, il pediatra di famiglia rimane l'unico possibile e realistico sbocco per la maggior parte degli specializzandi. Non è possibile lasciare alla sensibilità perso-

nale, al vissuto di ognuno di noi, alle esperienze fatte, la capacità di approccio a questi problemi che sono importanti e che non trovano altre aree di supporto: al momento sono terra di nessuno.

2. La Pediatria dello Sviluppo dovrebbe essere poi, a maggior ragione, tema di formazione anche per noi pediatri delle cure primarie nei nostri corsi di aggiornamento. Ma anche qui le priorità sono dettate da altri "bisogni" che spesso bisogni non sono.
3. Lo ha già detto Ennio: da anni, ogni volta che esce una nuova edizione del *Nelson*, i primi capitoli sono dedicati a questo. Non solo l'ultima edizione in inglese contempla anche una parte sulla promozione della *literacy*, i cui problemi in Italia stiamo affrontando con Nati per leggere.
4. Sarebbe auspicabile che la Neuropsichiatria, la Pediatria della cure primarie, l'Università con la scuola di specializzazione cominciassero a confrontarsi su questi problemi. Molti di questi sono stati in passato affrontati in ambito ACP. Un testo italiano va citato in proposito: F. Ciotti, G. Biasini, F. Panizon. *La pediatria dello sviluppo. NIS 1994*. Dal 1994 non ci sono state altre edizioni. Un interesse di noi pediatri dell'ACP Campania c'è. Cerchiamo di produrre qualcosa.

## 4. Francesco Ciotti

### Le conseguenze della centralità formativa della patologia d'organo

I problemi esposti da Del Giudice nella sua lettera sono di due ordini tra loro a mio avviso indipendenti, come con estrema precisione e sintesi illustra Pierpaolo nel suo commento.

Il problema storico dei rapporti "universitari", per non dire baronali, tra Neuropsichiatria infantile e Neurologia pediatrica esula dal problema centrale della Pediatria di base, che cercherò di sintetizzare con una domanda. Come mai la Pediatria dello Sviluppo, nonostante abbia da anni sviluppato esperti che hanno scritto articoli, libri e svolto corsi di formazione (in verità ci sono stati); nonostante abbia da sempre portato nel-

l'ambulatorio del pediatra migliaia di bambini con problemi motori, cognitivi, linguistici, psicosociali; nonostante abbia da tempo dimostrato che la soddisfazione soggettiva di adulti e bambini non deriva tanto dalle competenze tecniche del medico quanto dalle sue competenze psicologiche e relazionali; nonostante tutto perché la Pediatria dello Sviluppo non riscuote tra i pediatri interesse e attenzione rispetto agli obiettivi minimi del sapere, del saper fare e del saper essere?

Non ho risposte certe, ma con Nicola D'Andrea condivido il fondato timore che la Pediatria dello Sviluppo possa fare la fine, se non l'ha già fatta, della Pediatria di comunità.

È un fatto che i corsi di formazione sulla Pediatria dello Sviluppo, sulla comunicazione e sul counselling, sull'abuso e sul disagio, hanno riscosso finora scarso consenso tra i pediatri.

È un fatto che le riviste di area psicosociale dedicate ai pediatri (come *Crescita* o simili) sono finite perché non erano lette dai pediatri.

La centralità formativa tradizionale sulla patologia d'organo, il meccanicismo moderno degli algoritmi diagnostici e terapeutici e dei percorsi di qualità basati sull'evidenza e uguali per tutti, hanno contribuito a tenere lontano da università, ospedali e ambulatori una Medicina e una Pediatria basate sull'importanza della comunicazione, della relazione e del mondo psichico per la salute del bambino, dell'adulto e... del medico.

Si può invertire questa china? Sì, se si passa da una concezione della Medicina basata solo sulla evidenza (EBM) a una concezione basata anche sulla narrazione. Il 26 novembre 2005, a Cesena, si è svolto un convegno proprio su questo tema. Dirò però che sono assai scettico. Le cose potranno cambiare solo quando l'uso del casco sarà obbligatorio. Fuor di metafora solo quando la formazione continua in medicina e la qualità del medico saranno basate sulla valutazione delle sue competenze professionali sia sulla patologia d'organo, sia sulla patologia psichica, sia sulla relazione medico-paziente.

Qualcuno eccepirà che non si possono obbligare le persone a interessarsi dell'a-

nima, come non si può obbligare qualcuno a fare una psicoterapia. Non funziona. Ci vuole la vocazione. Ecco forse è anche un problema di vocazione. Tra i medici sono molti di più coloro che hanno la vocazione a fare i meccanici del corpo piuttosto che i medici della mente. Allora occorrerebbe forse cambiare radicalmente i metodi di selezione e ammissione alle scuole di medicina: dai quiz a risposta multipla passare alle conversazioni umane.

*Il problema è complesso, ma assai importante. Dice il documento sui servizi sanitari dell'ACP che: la disciplina NPI fa parte della Pediatria dello Sviluppo; sviluppo fisico e sviluppo psichico sono strettamente intrecciati sia nella normalità che nella patologia.*

*Le notazioni pessimistiche o propositive accentuano l'importanza del problema sul piano formativo. Anche l'editoriale di questo numero, a cura di Sandro Spinsanti e l'articolo di Naj Wikoff, a pagina 105, rientrano in questo ambito che riguarda la formazione di un nuovo medico in cui le competenze tradizionali siano molto ampliate verso le humanities e il counselling, che sono comunque solo una parte del complesso disciplinare di cui sopra si discute.*

*Le pagine di Quaderni acp sono aperte a tutti coloro che vorranno intervenire, ma intanto, già da ora, è ragionevole pensare che nella progettazione della formazione i gruppi ACP tengano conto di questo vasto ambito formativo. ♦*

Caro lettore, giunti alla fine di questo numero, ti lasciamo con questa simpatica poesia di S. Silverstein

## MALATA

“Non posso andare a scuola stamattina” dice Cristina Maria Giulia Pina, “in quanto ci ho il morbillo e gli orecchioni, la febbre, il tifo e varie infiammazioni, la tonsillite e, mi pare, un pidocchio, poi non ci vedo più bene da un occhio. Mi si è raggrinzita una tonsilla e ho ventiquattro bolle di morbillo. Anzi, no, mi correggo: ventisette e poi ho la faccia color anisette. Sotto l'occhio sinistro ho un segno blu; e la gamba, non la sento, non c'è più. Questo è un caso, miei signori, evidente di influenza istantanea e incipiente! L'anca mi duole appena, sporgo il mento, l'ombelico mi pare in fermento, la schiena è a pezzi, lo stinco non si muove, ho fitte all'appendice quando piove. Ci ho il naso freddo, ci ho l'alluce smorto, il pollice è in uno stato distorto. Ho il collo rigido, le labbra amare, faccio persino fatica a parlare. La lingua è tutta verde nella bocca, sto perdendo i capelli ciocca a ciocca. Ogni notte una vertebra s'incanta, il mio termometro segna i quaranta, ho la memoria e l'udito di un vecchio, ho un buco all'interno dell'orecchio. Ho il giradito, il cuore che... che dici? Non ho capito, scusa, lo ridici? Me lo ripeti... oggi, hai detto, è... festa? Ciao, ciao! Vado a giocare con Ernesta!”.

S. Silverstein, da: *Strada con uscita*  
Ed. Salani 1994

# PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

Leggere e raccontare storie ai propri figli piccoli è un metodo per rafforzare la relazione e rinsaldare i legami familiari. È un fatto evidente e intuitivo; ci sono però, anche alcuni dati sperimentali che lo comprovano. Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di avere maggiori risorse umane e sociali, maggiore "capitale sociale" (Pediatrics 1999;103 e 55).

La lettura ad alta voce di libri per bambini molto piccoli correla con lo sviluppo precoce del linguaggio, sia percettivo che espressivo (J Speech Hear Res 1994;37:583).

È possibile promuovere attivamente la lettura ad alta voce: fornire libri ai genitori durante le visite del pediatra e ripetere il consiglio di leggere ad alta voce anche nelle visite successive (Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:459 Am J Dis Child 1991;145:881), è uno strumento per istituire e rafforzare questa consuetudine che si è rilevata efficace anche nelle famiglie svantaggiate. Le strategie possibili, attuabili in Italia e già sperimentate altrove, sono dunque:

- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;

- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le

Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

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



nati  
per  
leggere

Associazione Italiana Biblioteche

Associazione Culturale Pediatri

Centro per la Salute del Bambino