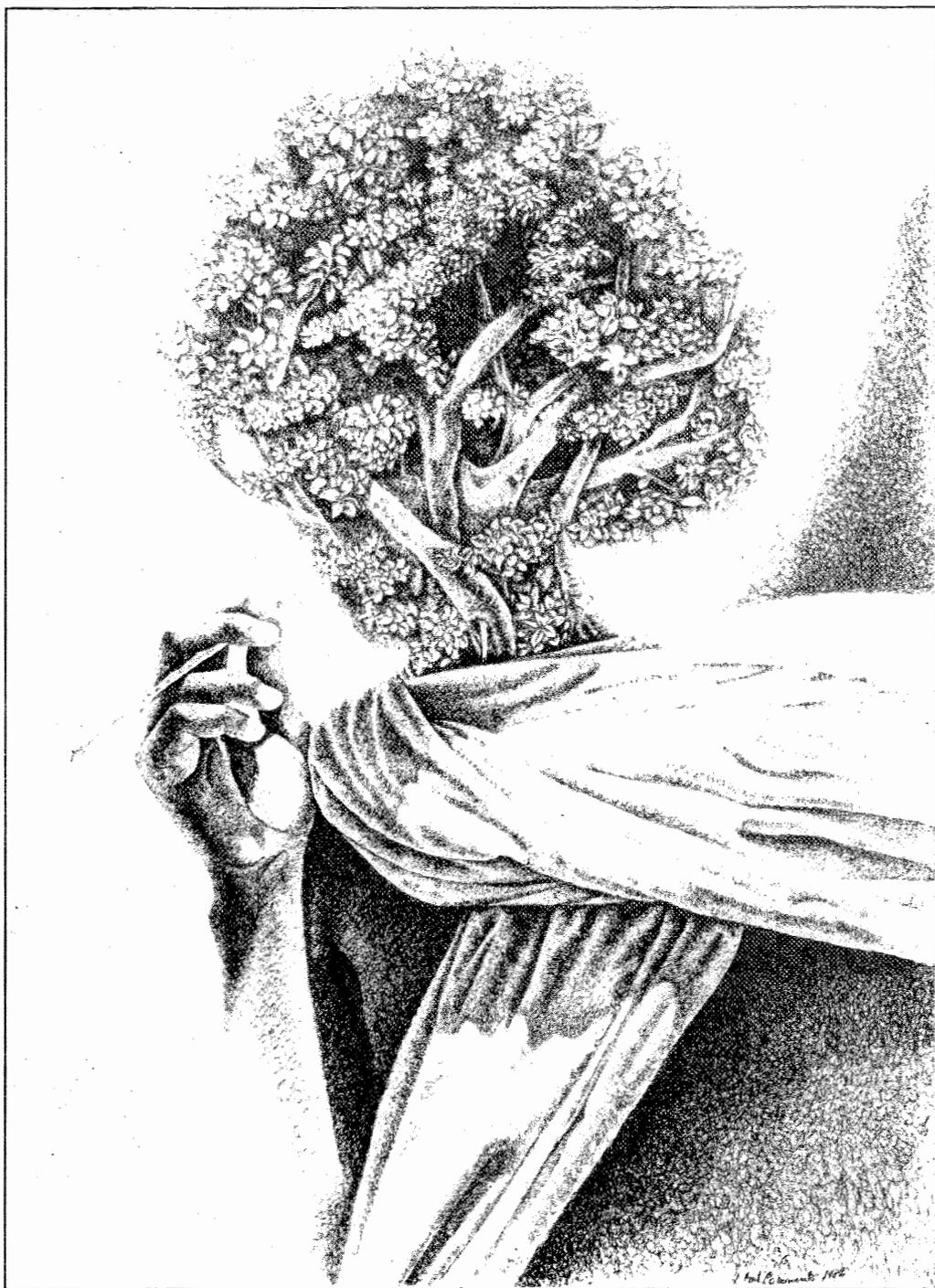


# quaderni **ACP**

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

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



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

n° 1

luglio 1994

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

**Direttore:** Giancarlo Biasini

**Responsabile:** Franco Dessì

**Coordinamento:** Luigi Acerbi, Costantino Apicella, Antonella Brunelli, Dante Baronciani, Gilberto Bonora, Roberto Buzzetti, Giuseppe Cirillo, Lucio Contarini, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Michele Gangemi, Federico Marchetti, Lucio Piermarini, Giorgio Tamburini.

**Corrispondenti dei gruppi locali:** Giovanni Garrone (Torino), Maddalena Agostini (Verona), Stefano Drago (Padova), Lucia Castelli (Milano), Fabrizio Frisco (Vicenza)

**Redazione:** Pippo Montedoro, Salvo Fedele.

**Disegni:** Liliana Conti Cammarata

**Fotografie:** Nino Russo

**Illustrazioni:** Tratte da "Dove sta Zazà" (Tullio Pironti Editore)

**Progetto Grafico e videoimpaginazione:** Toni Saetta

**Stampa:** Editoriale Antiterra S.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - Palermo

Tel 091/224847

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale n° 1 - luglio 1994

Spedizione in abbonamento postale / 50%

## S O M M A R I O

Editoriale.....	pag 2
Assemblea di Firenze:	
la relazione di apertura .....	pag 3
6° Congresso Nazionale ACP.....	pag 8
ACP info .....	pag 10
ACP lettere .....	pag 12
Statistiche correnti .....	pag 15
ACP info .....	pag 17
Voci di bambini .....	pag 18
Voci di genitori .....	pag 21
ACP memoria .....	pag 22
ACP - iscrizioni e rinnovi .....	pag 28

### AUSILI DIDATTICI ACP

(supplemento al n° 1/1994 di Quaderni ACP)

Editoriale.....	pag 30
Profilassi malattie infettive nelle comunità infantili	
CONSENSUS CONFERENCE (II parte).....	pag 31
Bibliografia essenziale .....	pag 40
ACP info .....	pag 41
Attività di competenza dei singoli servizi.....	pag 45
Appendice I.....	pag 45
Bibliografia di orientamento .....	pag 46
Programma dei prossimi incontri .....	pag 48

# EDITORIALE

*"Sarebbe stato del tutto contrario alla mia natura scendere dalla bicicletta dopo qualche giro; come tutte le imprese che iniziavo, anche questa la spingevo fino all'estremo"*

Thomas Bernhard - "Un bambino".

E' consuetudine scrivere un editoriale per presentare una nuova rivista. Quaderni ACP in realtà non è nuova, raccoglie l'eredità del Bollettino, ma ha l'ambizione di trasformarsi in qualcosa di più. C'è più di un ragionevole dubbio in questa avventura. Ma le ragioni per tentare sono numerose.

Molte sono nella storia dell'ACP e l'articolo di Giancarlo Biasini, in questo numero, dedicato alla "memoria" di dieci anni di pediatria e di battaglie culturali, lo esprime tanto bene da non consentire nessuna sintesi.

Molte sono nel presente politico del nostro paese, nella necessità di dare una «piazza» a operatori che scelgono di non trasformarsi in "menestrelli di corte".

Molte sono nel presente della Associazione che è cambiata e che è fatta, sempre più, di un operatore culturale collettivo che ha bisogno di nuovi spazi editoriali per esprimersi liberamente.

I dubbi sono altrettanto grandi: gli spazi sono già affollati; in molti dei giornali pediatrici i soci ACP scrivono e sono apprezzati per la qualità dei loro interventi; il mercato pubblicitario difficilmente "acetterà" una nuova rivista; un giornale tradizionale, fatto cioè di carta, e non di "file" che scorrono sul video di un computer ha dei costi tremendamente elevati ma è ancora (e probabilmente per molto) troppo più solido in termini di efficacia di messaggio, anche perché obbliga ad una attenzione al testo troppo importante da non poterne fare a meno. Ma le difficoltà non hanno mai piegato questa Associazione che è nata dalla necessità di "pochi" di esprimersi liberamente in un panorama culturale, allora, davvero "soffocante".

Quaderni ACP poteva non essere e le esigenze che esprime svilupparsi lo stesso. Ma forse nello "scientismo" imperante, nella corsa alla "subspecializzazione" che sempre più sviluppa, nel degrado "annunciato" della sanità pubblica, di questo giornale può esserci, anche, bisogno.

Ci piace immaginarci come un "racconto". Di un "racconto" non c'è mai bisogno eppure la letteratura ha un suo rigore, una sua "forza" che l'Accademia anche la più aperta non sa cogliere, come è giusto che sia, perché ha le sue regole, la sua sintassi, il suo schema mentale. Ma le regole, la sintassi, gli schemi mentali sono i racconti ad anticiparli (eprimerli) prima e più liberamente di quanto possano fare coloro che i racconti commentano o che la realtà narrano sulle pagine di cronaca.

Anche tra i racconti c'è tanta spazzatura ma questa non ci è sembrata una buona ragione per non tentare.

Quaderni ACP come dice "pomposamente" la nostra testata è un bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici, una formula che, ci sembra esprime bene tutto quello che i soci ACP possano dare in termini di contributo culturale "avanzato" (Che fatica trovare dei sinonimi di "nuovo").

Probabilmente la grafica del giornale subirà degli ulteriori aggiustamenti, lo spazio di Ausili Didattici, che ha già una sua solida autonomia, assumerà la forma di un supplemento, del tutto separato, anche se stabilmente farà parte di questa testata.

In questo numero ci è sembrato più giusto tenerlo unito al resto del giornale per render visibile la unitarietà del progetto e in omaggio al congresso di Firenze che è l'appuntamento più importante di quest'anno per i soci.

Anche il tema che abbiamo scelto per questo numero di Ausili Didattici, il tema che ha caratterizzato più di tutti l'ultimo anno ACP, è involontariamente provocatorio per i tempi che corrono: c'è più di qualche segnale per credere che la Medicina di Comunità non sia tra i "grandi progetti di chi ci governa tanto da indurci ad una innocente domanda: che ci sia del vecchio nel nuovo? Una ragione in più per convincervi delle ragioni delle nostre scelte.

Con il prossimo numero raccoglieremo anche l'eredità di Ausili Didattici per il pediatra ambulatoriale, mantenendo la formula mista giornale-video e in base all'esito delle trattative con il vecchio editore di quel giornale daremo la disponibilità ad onorare i contratti di abbonamento effettuati anche dai non soci ACP con la Helix Media.

Arrivederci a Firenze.

Salvo Fedele

# Assemblea di Firenze: la relazione di apertura

*Pubblichiamo in anteprima, come tradizione ACP, il testo integrale della relazione di apertura che il presidente della nostra associazione leggerà ai soci durante l'assemblea compresa nel programma del 6° Congresso nazionale.*

## 1. Il futuro

### **dell'assistenza sanitaria: solo nubi?**

Nel momento in cui questa relazione viene redatta (maggio 1994) è assai difficile immaginare quale sarà, nel prossimo futuro, il destino del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Ci sono iniziative di referendum proposte dai radicali allo scopo di istituire un servizio privato parallelo a quello pubblico con scelta dell'uno o dell'altro da parte del cittadino.

C'è la proposta di Forza Italia di offrire un "bonus" ai cittadini al di sotto di un certo reddito per far fronte al pagamento di premi alle assicurazioni private. Non pare dubbio, insomma, che ci sono le condizioni per un intervento governativo nel SSN con l'obiettivo di inserire nel sistema norme di privatizzazione con le quali si dovranno fare i conti.

E' abbastanza chiaro che un regime assicurativo privato sarà attento alle regole del profitto (Clinton nel "President-Report 1993 ha scritto: le assicurazioni fanno a gara per trovare solo persone sane da assicurare).

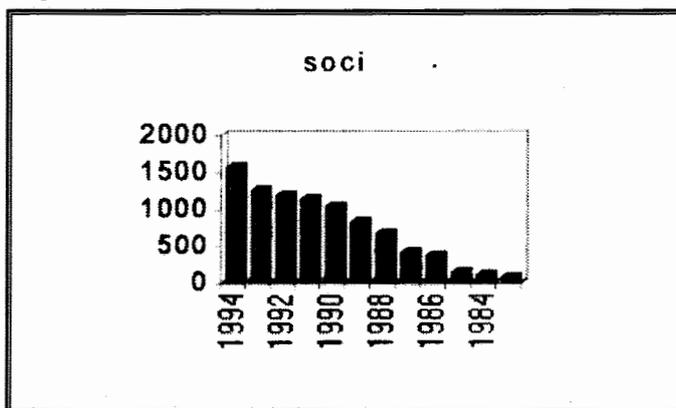
Occorrerà vedere quale sarà il trattamento del sistema per le persone ad alto rischio (in pediatria le malattie croniche, gli handicap, i bisogni già ora inevasi); occorrerà vedere a quale regime saranno affidate le misure di prevenzione primaria e secondaria, di identificazione dei rischi individuali e collettivi.

Da questo punto di vista, la cosiddetta "classe medica" non può però stare solo in attesa di vedere: non è proprio il caso del "wait and see". E' stato calcolato che un raddoppio dell'efficienza del sistema ridurrebbe a zero la necessità di partecipazione alla spesa del cittadino.

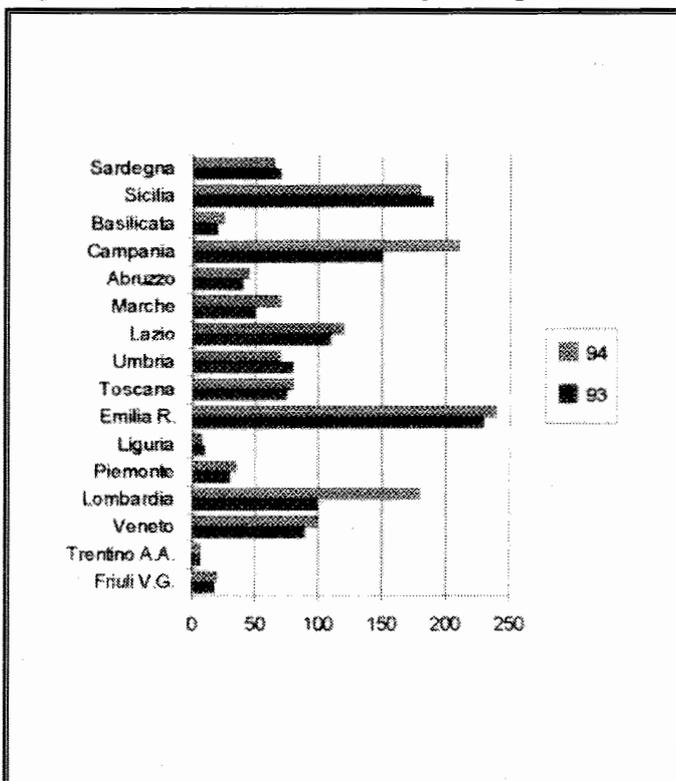
Di certo, non è pensabile che l'efficienza del sistema raddoppi ma è doveroso avere presente che l'impegno del medico, volto a rendere efficiente e meno costoso (fare meglio con meno!), non sarà senza conseguenze nella partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria. Sempre ammesso che le scelte del governo non vengano fatte su base ideologica ma sulla base dei costi di gestione del SSN. Su questo, comunque, avremo modo di ritornare nella relazione in sede di congresso, con più dati di fatto di quanti ne abbiamo ora.

Diamo adesso qualche nota sulla consistenza attuale (figg.1 e 2) e sulla situazione delle attività dell'ACP.

**Figura 1: iscritti ACP dal 1983 al 1994**



**Figura 2: iscritti ACP divisi per regioni**



## 2. Le attività nell'ambito della pediatria di comunità

Mi sembra di poter dire che l'impegno più "politico" degli ultimi due anni si riconosca nell'attenzione posta ai problemi della pediatria di comunità. Questa attenzione veniva da lontano e nasceva da più di un motivo.

Innanzitutto, ci era sembrato che, mentre la cura del malato come momento "mosso" dalla richiesta del malato stesso o dalla sua famiglia avveniva in maniera sufficiente e forse eccessiva, la richiesta di intervento del sistema nell'ambito della tutela della salute comunitaria si dimostrava molto carente.

E' la solita distinzione tra richieste e bisogni: le richieste di farmaci, per fare un esempio, sono sovradimensionate rispetto ai bisogni, mentre le richieste di vaccinazioni o di altri interventi sulla collettività sono sottodimensionate (spesso grandemente!) rispetto ai bisogni.

E' chiaro, quindi, che in quest'ultimo caso, e in carenza di richieste, il "motore" di provvedimenti di tutela della salute collettiva non possono che essere la struttura sanitaria e il suo agire illuministico.

Così è anche per le verifiche e per la valutazione.

La verifica dell'effetto della cura sul malato (disattivazione di un problema attivo) è a facile disposizione del curante e della famiglia. La verifica degli effetti degli interventi di tutela della salute collettiva non si misura con la disattivazione di problemi attivi (e quindi visibili) ma con la non attivazione di problemi potenziali (e quindi invisibili) a livello comunitario. Essendo meno visibili, sono loto più difficili da valutare.

L'ACP ha dunque cercato di individuare quella popolazione di pediatri che professionalmente occupa la posizione di "medico del sistema" e non di "medico del malato" perché solo dal medico del sistema può nascere la attivazione del sistema di tutela del sistema di salute collettiva. L'Associazione ha individuato un certo numero di questi medici: 300 medici hanno partecipato in un anno e mezzo circa, con grande impegno, a corsi nei quali si sono elaborate delle linee di intervento sanitario a livello di comunità (tab. 1).

**Tabella 1 - Pediatria di comunità: attività 1992-'94**

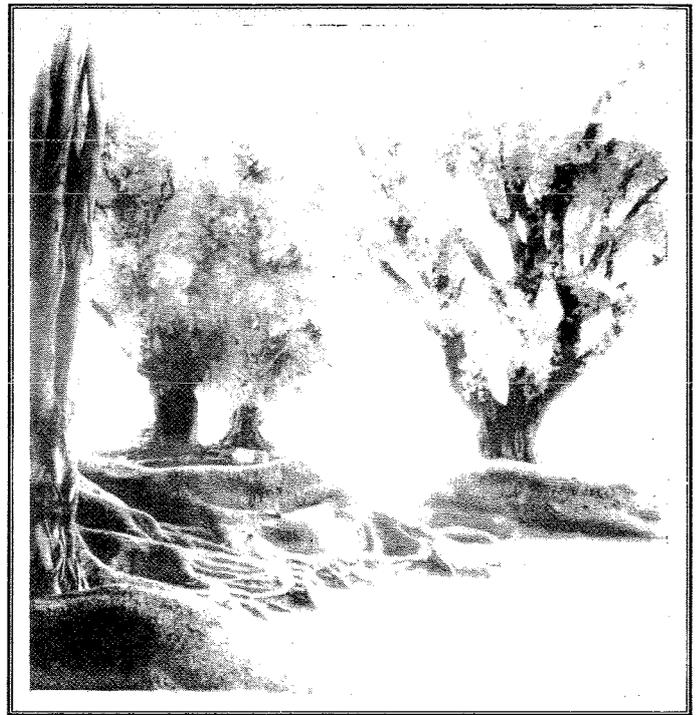
	Corsi fatti	Domande	Partecip.
'92-'93	3	218	124
1994	3	208	119
<b>Somma</b>	<b>6</b>	<b>426</b>	<b>243</b>
<b>Convegni</b>			
1993	2	84	84
<b>Totale</b>		<b>510</b>	<b>327</b>
<b>Corsi in programma</b>			
1994	Milano, Negri, Bergamo (epidemiologia)		

E' stato particolarmente difficile, nelle prime occasioni di incontro, far accettare il concetto dell'esistenza di "un'altra pediatria" oltre a quella curativa imparata nelle Università. Ma pare si possa dire che, al momento attuale, almeno questa difficoltà sia superata (corsi di Milano, di Cesena, di Lugo).

La maggior parte di questi pediatri che hanno partecipato ai corsi appartengono a regioni del Nord e - in misura leggermente minore - del Centro; pochi provengono dal Sud (circa il 6%).

E questo è un problema.

Le zone non raggiunte, o poco raggiunte, dalle iniziative formative sono probabilmente le più povere di servizi ma sono anche quelle che producono più problemi e



problemi più gravi di salute; i problemi, però, spesso non arrivano ai livelli della conoscenza da parte del sistema: per fare emergere i problemi, insomma, occorre superare le barriere della raggiungibilità.

I dati sui nomadi prodotti a Milano dal NAGA sono atipici: i bambini che frequentano i consultori sono quelli più coperti dal punto di vista delle vaccinazioni mentre quelli che stanno nei campi sono i più scoperti perché non raggiunti.

Per questo, l'ACP ha sollecitato i gruppi locali del Mezzogiorno d'Italia perché affrontino i problemi della formazione dei pediatri di comunità - che certamente esistono anche al Sud anche se si pensa che non esistano. A tale proposito, vale la pena di ricordare che la Regione Lombardia, dopo averli censiti, ha scoperto di avere alcune centinaia di pediatri che operano nella comunità e che non sospettava di avere: è certo che la Lombardia non è la sola regione ad essere in questa posizione di non conoscenza delle proprie dotazioni di personale a livello comunitario.

Occorre, insomma, che sia chiaro come la scelta dell'ACP di occuparsi di pediatria di comunità non sia stata determinata dal prevalente desiderio, pure esistente, di dare dignità a una parte degli esercenti la professione del pediatra ma è stata invece determinata, soprattutto, dalla necessità di dare concretezza e formazione a una professione di grande rilievo nell'ambito della tutela della salute e che è in grado di diventare uno strumento fondamentale per superare le barriere della raggiungibilità di gruppi a rischio e in particolare svantaggio sociale.

Questo è il significato che credo di poter dare alla definizione della pediatria di comunità come "pediatria della povertà". E va subito chiarito, a scanso di equivoci, che questa particolare funzione non può essere considerata né un'opzione missionaria né un impegno etico: è semplicemente un obbligo professionale che il pediatra che opera nella struttura è tenuto a osservare e che è tanto più rilevante quanto più nelle sedi in cui si opera esistono barriere di raggiungibilità.

Sembra poter dire che gli, ormai tanti, corsi di formazione organizzati dalla Segreteria per la P.C. (e i convegni sugli stessi argomenti) abbiano tenuto conto di questo obiettivo. Eventuali chiarimenti, anche riguardo alle aree di sviluppo della P.C. (vedi Bollettino n.3, 1993, pag.5) potranno venire in assemblea da parte del dottor Acerbi.

Credo, però, di dover già qui ringraziare particolarmente Acerbi per quello che ha fatto nell'anno e mezzo trascorso, sia per quanto riguarda l'organizzazione dei corsi sia per il lavoro che sta facendo la Commissione per la individuazione dei criteri di valutazione dell'attività della pediatria di comunità, che è un altro degli obiettivi che l'ACP si è data per la fine del 1994.

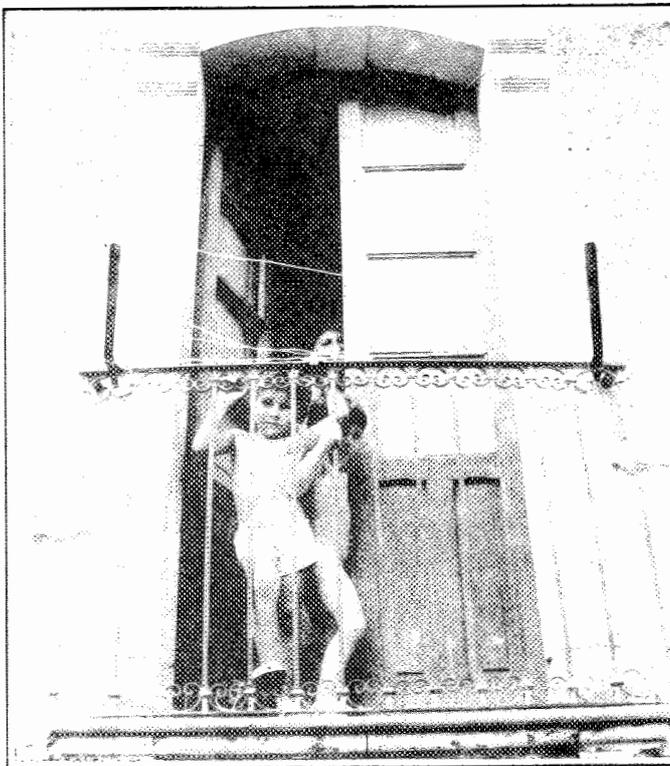
Non so dire quando - e se - questa attivazione di formazione darà luogo ad energie locali in grado di modificare la situazione assistenziale. Questo deve però essere l'obiettivo. L'ACP, infatti, non è nata per indignarsi ma per modificare la situazione della pediatria italiana. E' a ciò che, anche in questo ambito, dobbiamo tendere. L'impegno dei corsisti ci fa ben sperare.

### 3. La Ricerca in Pediatria ambulatoriale

L'altro settore di peculiare impegno è quello della Ricerca in Pediatria ambulatoriale che ha avuto, negli ultimi tempi, con il coordinamento del dottor Gangemi, modo di definire sempre più precisamente il proprio ruolo; alcuni contributi comparsi in riviste di lingua inglese dimostrano come il problema non abbia, in fondo, caratteristiche diverse, né al di là della Manica né al di là dell'Atlantico.

Il nucleo del problema da cui nasce la necessità della ricerca in pediatria ambulatoriale è questo: dalla clinica e dalla medicina pratica del quotidiano si evince, meglio che da qualsiasi altro osservatorio, quali sono i problemi più importanti per il medico pratico che necessitano di una soluzione e nei riguardi dei quali le nostre conoscenze sono inadeguate. Solo partendo dalla clinica, la ricerca applicata (certamente non la ricerca di base che ha tutt'altro presupposto scientifico) può evitare di essere "campata in aria", obbedendo però ad alcune regole essenziali: occuparsi di problemi frequenti, non piccoli, passibili di soluzione e la cui soluzione può essere a portata di mano dei pediatri che la cercano.

I pediatri ambulatoriali hanno, poi, dalla loro parte una grande possibilità: quella di poter fare, senza grande sforzo, degli studi longitudinali sui propri stessi assistiti, studi che altre istituzioni possono condurre solo a prezzo di grandi difficoltà (lo studio del Weehzing e



dell'allattamento al seno sono possibili, in realtà, solo in un contesto di tal genere).

Ovvvia la necessità che i gruppi di pediatri ambulatoriali si muovano all'interno di disegni sperimentali rigorosi ma altrettanto ovvia la necessità che siano essi stessi - insieme con i consulenti volta per volta aggregati - a darsi il rigore metodologico come forma esso stesso di aggregazione.

Se si tiene conto che dei 22 gruppi ACP al momento esistenti almeno 13 hanno partecipato a un progetto di ricerca, mi pare si possa concludere che, anche in questo campo, l'Associazione sta ottenendo dei buoni risultati.

Ho scritto in altra occasione che questo capitolo, quello della ricerca, segna la seconda fase della vita dell'ACP: dalla richiesta d'aggiornamento culturale alla volontà di diventare produttori di cultura.

### 4. Formazione dello specializzando

Abbastanza legata a quella del gruppo di ricerca è l'attività sulla formazione dello specializzando nell'ambulatorio del pediatra ambulatoriale e nelle strutture territoriali. In questo ambito procede l'esperienza nelle sedi iniziali (Verona, Padova, Milano, Trieste) ed è in corso un censimento al Centro-Sud per individuare eventuali altre sedi interessate ad avviare l'esperienza (vedi par. 7 della relazione). E' in via di organizzazione per il 27-29 ottobre, a Gargnano in provincia di Brescia, un corso di valutazione e formazione per i tutors delle sedi che hanno già iniziato l'attività di insegnamento.

### 5. L'attività del "Gruppo ospedaliero"

Il 24% degli iscritti all'ACP è formato da pediatri ospedalieri: 19% di primo livello (aiuti-assistenti), 15% di secondo livello (primari). Di questo 24%, 1/3 circa è formato da universitari. Con altre cifre, ciò vuol dire che circa 350 iscritti all'ACP lavorano negli ospedali. Un numero non piccolo. C'è quindi, certamente, la possibilità di un'attività tra gli ospedalieri dell'ACP. Una certa quota di interesse nelle attività di reparto è stata coperta dai vari "Sirmione" ma occorre muoversi anche in altre direzioni e in altre attività. Questa attività deve essere di tipo peculiare in quanto è assai difficile, negli ospedali, impostarne una di ricerca che è, di per sé, coperta da altre istituzioni (gruppi di lavoro della Sip, coordinamenti

per ricerche finanziate dalle case farmaceutiche, eccetera).

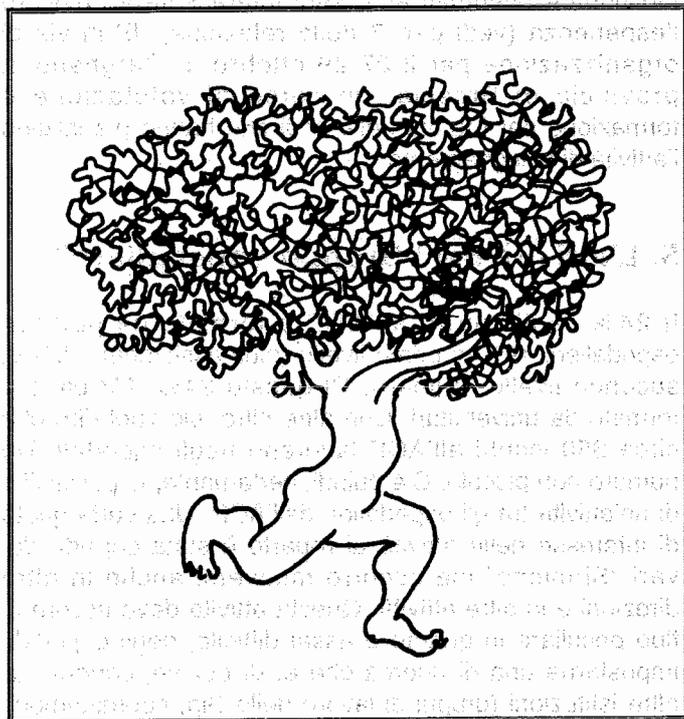
Sembra di poter dire che il settore ospedaliero abbia esigenze scoperte in due ambiti particolari: 1- la formazione manageriale (budget, centri di costo, organizzazione del lavoro, farmacoeconomia, eccetera); 2- la valutazione del case-mix e la valutazione dei risultati per programmare l'attività dei reparti (DRG, costi per paziente, appropriatezza dei ricoveri, politica delle tecnologie, eccetera).

Occorre chiarire che entrambi questi argomenti sono trattati dagli economisti sanitari, con un approccio che è spesso di estrema difficoltà nel linguaggio, mentre è assolutamente necessario riportare i dati e le nozioni a livello di comprensibilità: il che, spesso, non è poi così difficile. Detto in parole molto semplici, è necessario che un gruppo di iscritti all'ACP di buona volontà metabolizzi i dati fondamentali di cui ai punti 1 e 2 e li somministri a chi con questi dati deve convivere all'interno degli ospedali.

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione ha incaricato il dottor Buzzetti di "coagulare" il gruppo. Intanto, il gruppo ospedaliero dell'Acp, coordinato dal dottor Bonora, è partito con una ricerca su un protocollo di valutazione di appropriatezza/inappropriatezza dei ricoveri in pediatria. Al progetto di ricerca hanno aderito 14 reparti pediatrici su 24 invitati. E' difficile prevedere l'utilità dei risultati della ricerca (mai condotta in Italia) ma ritengo di poter affermare che il successo è stato buono (adesioni: 58%; partecipazione alla prima riunione 71,4% degli aderenti allo studio).

Un secondo studio riguarda la formazione di un archivio dei ricoveri pediatrici mediante l'utilizzazione dei dati espressi nel loro linguaggio naturale (diagnosi clinica) e la loro codifica con mezzi informatici (Bonora-Canidio).

Si tratta sempre di ricerche elementari; a me pare che il futuro del gruppo ospedaliero dell'ACP stia nella copertura della formazione manageriale e delle attività valutative del medico ospedaliero.



## 6. Il Bollettino

La veste tipografica - come i soci hanno visto - è migliorata e si spera veramente che il Bollettino - adesso **Quaderni ACP**, adempia alla funzione per cui è nato: istituire una sorta di comunicazione tra i gruppi e fra i soci ed essere dunque specchio della vita dell'ACP, anche quella minima, quotidiana.

Interessano anche le piccole riunioni di aggiornamento e non solo i convegni con relatori di grande nome che, per fortuna (?), nel '94 non sono cresciuti di numero.

Il Bollettino e Ausili Didattici, che può considerarsi un suo sviluppo, sono interessati alla discussione nei gruppi, di casi clinici, a incontri associativi, a un resoconto dei problemi delle USL, dei difetti della burocrazia e dei trionfi della "lentocrazia" ma anche ai diritti non concessi. Tutto, insomma, quel che vive nella provincia.

Quel che, spesso, è la profonda ricchezza del Paese.

## 7. I rapporti con la SIP

Non ci sono state novità di rilievo nei rapporti fra ACP e SIP dopo quanto riferito in assemblea dai soci al Congresso di Riccione del 1993 (modifica dello statuto SIP con inserimento in seno al comitato direttivo del Presidente dell'ACP e del Presidente della FIMP).

Recentemente, la nostra Associazione ha offerto al Presidente della SIP la propria esperienza nel campo della didattica in Pediatria ambulatoriale; concretamente, l'ACP si è offerta di preparare dei tutors per sedi universitarie che vogliano utilizzare (vedi Medico e Bambino, 1993:7; 469) nella specializzazione in Pediatria, sia l'ambulatorio del pediatra di base sia le sedi di Pediatria di comunità. Il professor Rubino ha mostrato interesse per questa offerta e si è così definita la proposta dell'ACP nella possibilità di utilizzare questi tutors in 3-5 sedi universitarie.

Giancarlo Biasini

## ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI

A norma dell'art. 13 dello Statuto Sociale, l'assemblea generale dei soci dell'Associazione Culturale Pediatri è convocata in prima convocazione alle ore 9 del giorno 7.10.1994 e, in seconda convocazione, per le ore 16,30 del giorno 8.10.1994 nella sede del Congresso Nazionale al Demidoff Hotel, Firenze Pratolino.

### Ordine del Giorno

1. Relazione del presidente e votazione della medesima
2. Relazione del tesoriere e votazione della medesima
3. Varie ed eventuali
4. Elezione del Presidente, del Revisore dei Conti e di quattro membri del consiglio direttivo.

Il presidente, prof. Giancarlo Biasini.

## Associazione Culturale Pediatri

### Rinnovo cariche sociali 1994

Votazione per il presidente

1) .....

Candidati indicati dai gruppi locali e dal direttivo:

Biasini (o)

Votazione per il consiglio direttivo

1).....

2).....

3).....

Candidati indicati dai gruppi locali e dal direttivo:

Berardi (pb) Bonora (o) Cirillo (o) Contarini (pc)  
Continibali (pb) Masera (u) Magazzù Scalamandrè (u)  
Venturelli (pb) Alcaro (o) Orzalesi (u) L.Greco (u)  
G.Longo (o)

Votazione per il revisore dei conti

1).....

Candidati indicati dai gruppi locali:

Baronciani (o)

il delegato dal presidente: Franco Dessì

questa scheda può essere fotocopiata e inviata al dr. Franco Dessì - Via Montiferru 6 09070 Narbolia (Or) racchiusa in una busta chiusa e contenuta in una seconda busta con indirizzo del mittente. Non si tiene conto delle buste senza mittente. In alternativa il socio può votare a Firenze al congresso ACP con questa stessa scheda dalle ore 16.30 di sabato 8 ottobre.



## 6° Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri

Pratolino, Firenze  
7-8-9 ottobre 1994  
Centro Congressi Demidoff Hotel



# INVITO A FIRENZE

Il congresso dell'Associazione Culturale del 1994 (Firenze 7-8-9 ottobre) sarà prevalentemente dedicato a problemi di pediatria ambulatoriale.

Questo per almeno due motivi.

Il primo è connesso con l'attività del pediatra che è in prevalenza ambulatoriale e tenderà a diventarlo sempre di più, sia che questa attività venga gestita nell'ambito della convenzione pediatrica che all'interno dell'ospedale dove il ricovero, per molti motivi su cui tante volte abbiamo detto deve essere sempre più limitato. A questo proposito, anzi, l'ACP ha in corso un'indagine sui criteri per valutare l'*appropriatezza dei ricoveri ospedalieri* di cui si discuterà in un gruppo di studio proprio al congresso di Firenze.

Il secondo motivo di questa scelta di argomenti è in relazione al fatto che le iniziative di aggiornamento-discussione che nei congressi pediatrici vengono dedicate all'attività ambulatoriale, sono molto poche.

L'ACP - non da oggi - ritiene di dover riempire questo vuoto sia con aggiornamenti classici sulla "clinica" sia con discussioni sull'*organizzazione* (il lavoro di gruppo) e sui *metodi di lavoro* del pediatra (comunicazione, infant observation).

Naturalmente, scorrendo il programma, ci si accorgerà che questa parte del Congresso è prevalente ma non è tutto: ad essa si associano, ancora una volta, argomenti di epidemiologia e, poi, le "controversie", le "novità" e i "casi clinici" discussi in aula; tutti argomenti ormai di casa nei congressi ACP.

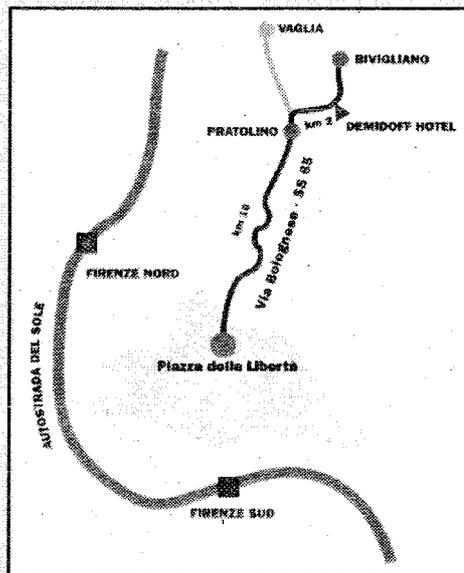
Il gruppo italiano di ricerca in pediatria ambulatoriale completa il quadro con argomenti di *medicina di comunità*, di valutazione dei *costi-qualità*, di rilevazione di *bisogni assistenziali* che fanno parte, da qualche anno, della nuova frontiera dell'impegno dell'ACP.

Arriverci a Firenze, dunque. E non guasta il fatto che gli amici fiorentini ci aspettino in una inusuale (per l'ACP) sede congressuale: in mezzo alle riposanti e verdi colline toscane tra ville e cipressi (e non solo cipressi) che adolciranno il nostro soggiorno.

Giancarlo Biasini

### Sede del Congresso

Demidoff Hotel, Pratolino-Firenze  
Tel. (055) 409772 • Fax (055) 409792-409780  
Tlx 57643 HDEMIF I



### Iscrizioni

La quota di iscrizione dà diritto a:

- Partecipazione ai lavori
- Cartella congressuale
- Certificato di partecipazione
- Caffè
- Colazione di lavoro
- Cena sociale

La scheda di iscrizione debitamente compilata e l'assegno bancario devono essere inviati alla Segreteria Organizzativa:

ACP Toscana - Studio Medico Fontanelle  
Via A. Soffici, 60 - 50047 PRATO  
Telefono - Fax (0574) 632596

### Variazioni

La Segreteria Scientifica e Organizzativa si riserva il diritto di apportare tutte le modifiche ritenute necessarie per ragioni tecniche e scientifiche.

# Programma del VI Congresso ACP

Pratolino, Firenze

Venerdì 7 ottobre

**Riunione del Gruppo italiano di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale**  
coordinatore Michele Gangemi (Verona)

## 9.00 PROPOSTE

La Raccolta dati in pediatria di comunità:  
il contributo della pediatria di base  
*Dante Baronciani (Lecco)*  
Costi/Qualità delle cure in pediatria generale:  
Si può fare meglio con meno?  
*Giorgio Tamburlini (Trieste) Roberto Buzzetti (Bergamo)*

10.30 Intervallo

## 11.00 RISULTATI

Epidemiologia della pratica dell'allattamento al seno  
*ACP dello Stretto*  
I bisogni assistenziali delle famiglie di bambini  
con malattia cronica: Il parte  
*ARP Bergamo*

12.00 I POSTER DEI GRUPPI LOCALI

## APERTURA DEI LAVORI

15.00 **Finestra internazionale sulla salute del bambino**  
*Giorgio Tamburlini (Trieste)*

16.00 **Le controversie:** la gestione del bambino  
con infezione delle vie urinarie  
discutono: *Giorgio Bartolozzi (Firenze), Federico Gaboardi (Milano), Leopoldo Peratoner (Trieste)*

17.00 Intervallo

17.30 **I bambini con genitori separati**  
*Ludwig Otto Roser (Firenze)*

18.15 **La storia del grano: l'epidemiologia della celiachia**  
*Giuseppe Magazzù (Messina)*

Sabato 8 ottobre

9.00 **Le novità:** nuovi modi di pensare i vaccini  
*Alberto Vierucci (Firenze)*

10.00 La "comunicazione con la famiglia" in pediatria  
ambulatoriale  
*Giorgio Bert (Torino), Silvana Quadrino (Torino)*  
"L'infant observation" è utilizzabile in pediatria  
ambulatoriale?  
*Gianni Williams Polacco (Londra)*

11.00 Intervallo

11.30 **Casi clinici indimenticabili e da dimenticare**  
*Franco Panizon (Trieste)*

13.00 Intervallo per il pranzo

14.30 **Gruppi di studio**

16.30 **Assemblea dei soci ACP:** elezione del presidente,  
del revisore e di quattro consiglieri

21.00 Cena Sociale

Domenica 9 Ottobre

9.00 **Le manifestazioni parossistiche non epilettiche:**  
dal neonato all'adolescente  
*Bernardo dalla Bernardina (Verona)*

10.00 **Il lavoro di gruppo in Pediatria ambulatoriale:**  
esperienze a sud e a nord  
*Michele Gangemi (Verona), Sergio Conti Nibal (Messina),  
Leonello Venturelli (Bergamo)*

11.00 Intervallo

11.30 **Tossicodipendenza:** un problema pediatrico?  
*Grazia Cogliati (Trieste), Maurizio Coletti (Roma),  
Enrico Solito (Firenze)*

12.30 Chiusura del congresso

## GRUPPI DI STUDIO di Sabato 8 ottobre

1. **Dermatologia:** Le patologie più frequenti in ambulatorio  
*Maria Luisa Battini (Firenze)*
2. **Neonatologia:** Il follow up del pretermine:  
organizzazione e obiettivi.  
*Gian Paolo Donzelli e Gherardo Rapisardi (Firenze)*
3. **Nefrologia:** Casi clinici . *Leopoldo Peratoner (Trieste)*
4. **Allergologia:** gli esami in allergologia pediatrica:  
quali e quando  
*Elio Novembre (Firenze)*
5. **Ginecologia:** La Patologia ginecologica nell'ambulatorio  
del pediatra. *Vincenza Bruni (Pistoia)*
6. **Psicologia:** La formazione psicologica del pediatra  
*Piero Vessella (Firenze)*
7. **Spazio organizzativo del gruppo di ricerca in pediatria**  
(per i soli referenti dei gruppi locali) *Michele Gangemi (Verona)*
8. **Spazio organizzativo per attivare un gruppo di  
ricerca ospedaliera ACP.** *Gilberto Bonora (Sondrio)*

## INFORMAZIONI GENERALI

Quota di iscrizione al Congresso: Lire 240.000  
Cena sociale accompagnatori : Lire 65.000  
Fino al 14 settembre 1994 la quota di iscrizione potrà essere  
versata tramite assegno non trasferibile e/o circolare alla  
segreteria Organizzativa; Dopo tale data è preferibile versare la  
quota di iscrizione direttamente in sede congressuale.

Prenotazione Alberghiera, Agenzia fiduciaria: Yes Travel  
International Tour Operator, via Lorenzo il Magnifico 42, 50046  
Poggio a Caiano (Firenze); tel (055) 8777211, fax (055)  
8778629

tariffe Hotel:                      doppia (Lire)                      singola (Lire)

### Pratolino

1. Demidoff Hotel ****	(200.000)	(150.000)
2. Villa Le Rondini****	(200.000)	(150.000)

### Firenze Città

1. Atlantic Palace****	(190.000)	(140.000)
2. Fenice Palace****	(192.000)	(135.000)
3. Michelangelo****	(220.000)	(175.000)
4. Basilea***	(180.000)	(125.000)
5. Bonciani***	(178.000)	(117.000)
6. Grifone***	(166.000)	(117.000)

Le tariffe si intendono giornaliere per un pernottamento e prima  
colazione. I soci ACP riceveranno la scheda di prenotazione  
alberghiera da compilare e inviare direttamente alla Yes Travel. Il  
deposito con un assegno non trasferibile e/o circolare dovrà essere  
inviato entro il 30 Luglio 1994.



## I nuovi Quaderni ACP

Fra le cose discusse negli ultimi direttivi ACP vi è la necessità di una maggiore incisività ed informatività del nuovo giornale. Per questo vi rinnovo l'invito a comunicare rapidamente il nome di un iscritto per ogni gruppo locale che funga da "corrispondente" del bollettino e che si impegni a trasmettere almeno due volte l'anno a Dessì notizie sull'attività del gruppo o altre comunicazioni relative a problemi della regione di appartenenza. Anche i gruppi locali che posseggono strumenti informativi a stampa (come i romani e i campani) sono invitati a impegnarsi in questo senso, magari riciclando notizie comparse sui loro giornali che non circolano in ambito ACP.

Giancarlo Biasini

Hanno aderito a questa proposta: *Giovanni Garrone (Torino), Lucio Piermarini (Terni), Maddalena Agostini (Verona), Stefano Drago (Padova), Lucia Castelli (Milano), Fabrizio Frisco (Vicenza)*. In attesa di altre adesioni appuntamento in sede di congresso ACP per una breve discussione organizzativa.

### VITA DELLE SEZIONI LOCALI

I gruppi regionali ACP sono pregati di fare in modo che anche al congresso nazionale di Firenze, come tradizione, ogni gruppo presenti una breve relazione di quanto fatto nel periodo 1 giugno '93- 31 maggio 1994. L'attività svolta deve essere distinta in attività di:

1. formazione,
2. ricerca,
3. congressi,
4. pubblicazioni.

Per motivi organizzativi la relazione deve essere inviata in doppia copia (al presidente ACP e alla segreteria scientifica del congresso) entro luglio.

### LA RIUNIONE DEL GRUPPO DI RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

il 19 Marzo 1994 si è svolta a Verona una riunione del coordinamento del gruppo nazionale.

Il gruppo ha deciso in merito al contributo da dare al 6° Congresso Europeo della ricerca in pediatria ambulatoriale che si terrà a Liegi il 10 e 11 settembre. Il programma completo del congresso è pubblicato in questo stesso bollettino. Angi (Padova) e Passalacqua (Perugia) terranno due distinte relazioni sull'esperienza dei loro gruppi in merito allo screening visivo nei primi tre anni di vita. Fedele (Palermo) tenterà di sviluppare la proposta di Baronciani sul contributo che i pediatri di base possono dare alla pediatria di comunità sui temi di salute collettiva. Al congresso di Liegi sono inoltre ammesse comunicazioni e poster dei gruppi locali che possono essere inviate a Roberto Buzzetti che selezionerà i lavori entro il 15-7-94.

Riunione del gruppo Italiano di ricerca in pediatria ambulatoriale, ancora una volta si terrà preliminarmente al congresso nazionale ACP.

Anche quest'anno i lavori in progress o già finiti dei gruppi locali sono stati tanti e per esigenze di tempo sono state effettuate delle modifiche nelle modalità di presentazione degli elaborati. Infatti è stato deciso dal gruppo di presentare in aula due grossi progetti che devono partire:

- Costi/Qualità delle cure in pediatria generale: si può fare meglio con meno? di Tamburlini e Buzzetti,
- La raccolta dati in pediatria di comunità: il contributo della pediatria di base di Dante Baronciani e i risultati di due grosse ricerche, partite da tempo:
  - l'allattamento al seno, una ricerca sull'attuale trend italiano, ACP dello stretto
  - bisogni assistenziali nelle famiglie di bambini con malattia cronica, ARP

Bergamo.

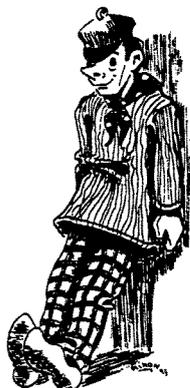
Tutti gli altri lavori (circa una quindicina), senza alcuna considerazione di merito, saranno esposti sotto forma di poster e alcuni di questi presentati in aula nelle loro caratteristiche metodologiche principali.

Alla fine della riunione plenaria ci sarà tempo per discutere nello spazio poster. La proposta Baronciani, per i dettagli della quale si rimanda al numero tre di Ausili Didattici ha sortito una lunga discussione fra i presenti, per cercare di puntualizzare quali effettivamente fossero i dati che il pediatra di base possiede e che possono essere utilizzati come nuovi indicatori di salute. E' stato quindi concordato che i gruppi inviino idee, suggerimenti e proposte a Michele Gangemi, entro il 15 Luglio. Il materiale verrà elaborato da Dante Baronciani coadiuvato da un epidemiologo e da un sociologo e discusso a Firenze.

Il progetto Tamburlini - Buzzetti verrà presentato al congresso di Firenze in versione definitiva. Verrà inviata preliminarmente bozza del progetto ai gruppi che provvederanno a rispedire i loro eventuali commenti e suggerimenti. Il progetto verrà finanziato dai fondi di ricerca del Burlo Garofalo di Trieste.

Monica Pierattelli





## GIORNATE EUROPEE DI RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

SESTA EDIZIONE  
Palais Des Congres - Liegi (Belgio)  
10 - 11 settembre 1994



### IL PROGRAMMA DEI LAVORI

Sabato 10 settembre  
ore 8.00 - 9.00 : Accoglienza

9.00 - 10.30: **ATELIER DI RICERCA:** lo screening dei disturbi visivi a tre anni. Obiettivi, tecniche, risultati.

Moderatore: **C. Freson-Betz** (Liegi)  
Relatori: *M. Angi* (Padova)  
*F. Passalacqua* (Perugia)  
*P. Giard* (Valenciennes)  
*O. Farrás* (Barcelona)  
*M.A. Fernandez-Matamoros* (Barcelona)

10.30 - 11.00: Intervallo

11.00 - 12.00: **ATELIER DI FORMAZIONE:**

I media  
audiovisivi e la comunicazione orale.  
Relatori: *C. Godard* (Monthey)  
*P.H. Gygax* (Losanna)

12.00 - 13.00: **PRESENTAZIONE DEI POSTER** (20)

13.00 - 14.00: Colazione di lavoro

14.00 - 15.30: **TAVOLA ROTONDA:** Il ruolo del pediatra nella raccolta e la sorveglianza dei dati epidemiologici.

Moderatore: **M. Gangemi** (Verona)

Relatori: *J. Ch. Thalabard e J. Stagnara* (Lione):  
Analisi metodologica e interpretazione dei bias inerenti al sistema di sorveglianza

*S. Fedele* (Palermo):  
Gli indicatori di salute in Pediatria

*J.L. Seg, R. Ferrer-Gelabert* (Barcelona):  
Bimbi in famiglia, problematiche psico-sociali (Achenbach "Child Behaviour Checklist")

*P. Bauche* (Liegi) e *A. Vermassen*:  
La Patologia invasiva dell'*Haemophilus influenzae*

15.30 - 16.00: Intervallo

16.00 - 17.30: **COMUNICAZIONI** (4)

17.30 - 18.30: **ASSEMBLEA GENERALE**  
21.00: Cena di gala

### DOMENICA 11 SETTEMBRE

ore 9.00 - 10.30: **COMUNICAZIONI** (6)

10.30 - 11.00: Intervallo

11.00 - 12.30: **COMUNICAZIONI** (6)

### PRE-CONGRESSO CULTURALE

Venerdì 9 settembre: Visite guidate per tutti i congressisti e gli accompagnatori che ne facciano esplicita richiesta.

#### GIORNATE EUROPEE DI RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE (sesta edizione)

Il dottor .....  
.....  
.....  
(nome, cognome e indirizzo completo di nazione)

\* desidera ricevere la documentazione dettagliata (alberghi, prezzi, eccetera) sulla 6<sup>a</sup> edizione delle "Giornate" della Serpa (Soci,t, Europ,enne pour la Recherche en P,diatrie Ambulatoire) - 10 e 11 settembre 1994

S  NO

\* desidera ricevere la documentazione dettagliata sul "Pre-Congresso Culturale" - 9 settembre 1994

S  NO

\* desidera iscriversi (ovvero, rinnovare l'iscrizione) alla Serpa e, per questo, invia la somma di 1300 franchi belgi con vaglia postale OU AU CCP 0001311141-89 e allega fotocopia della ricevuta.

Tagliando da inviare a:

Dr P. Bauche - 8, rue Laensbergh - 4000 Liege (Belgique)

## Ricerca di pediatria di base Una contestazione

L'incontro di Riccione l'anno scorso ha messo in evidenza il fatto che, finalmente, i vari gruppi riescono a produrre interessanti lavori e che lo spazio riservato in concomitanza al congresso ACP comincia a stare stretto.

Ora da quello che è stato deciso durante la riunione preparatoria di Verona, mi vengono spontanee (condivise dal direttivo APREF) le seguenti considerazioni:

- gli argomenti scelti di respiro nazionale e senz'altro interessanti, sono, anche se ampiamente discussi, per lo più nati da proposte verticistiche.

- relegare ricerche forse "minori" ma spontanee a Poster è piuttosto riduttivo, anche se ad un certo numero di queste verrà data la possibilità di una breve esposizione in aula.

- la mancata esposizione delle varie ricerche porta all'inacidimento e alla limitazione proprio di quelle che nascono localmente da bisogni professionali per situazioni di lavoro o dopo riunioni di aggiornamento e formazione.

L'ACP non è certo estranea a tutto il proliferare di studi e di voglia di indagare; ma attenzione che la ricerca di una migliore organizzazione ed il coinvolgimento del maggior numero possibile di pediatri alla ricerca non crei nuovi importanti problemi.

Per quanto detto chiedo che venga discusso in assemblea

- che alla ricerca in pediatria di base venga dato maggiore spazio in concomitanza o meno al congresso ACP

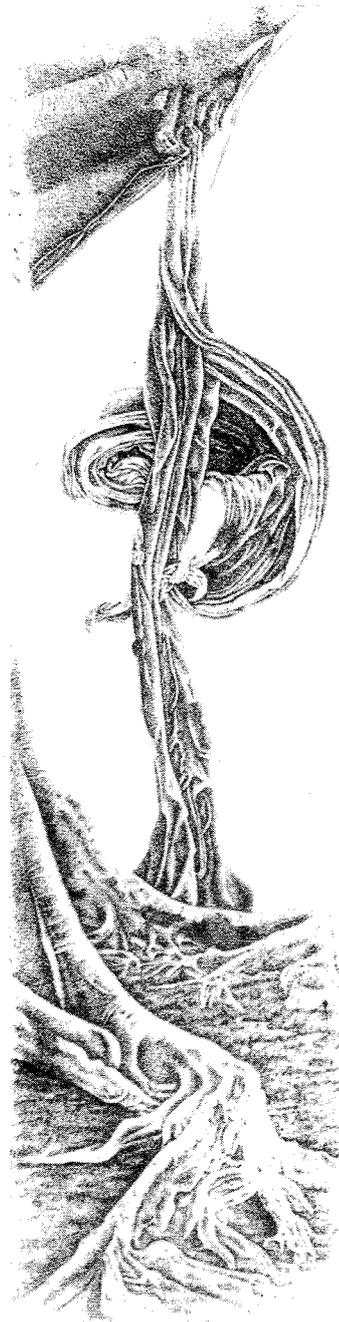
- che i lavori vengano sottoposti al giudizio di una commissione scientifica e selezionati da questa

- che vengano stimolati e apprezzati proprio i lavori che nascono dalle esigenze dei singoli gruppi

- che il gruppo organizzatore dia supporto metodologico.

A  
C  
P  
  
I  
e  
t  
t  
e  
r  
e

Senz'altro, sarà utile formare dei ricercatori con corsi ad hoc anche se, penso, sarà difficile che poi riescano a muoversi del tutto con le proprie gambe; ci sarà sempre bisogno della consulenza di un centro qualificato quale il "Negri" o di altri esistenti nelle varie sedi.



Non dimentichiamo l'importanza formativa di queste attività, sempre maggiore se risponde a bisogni di formazione nati localmente.

Questo senza nulla togliere al Gruppo di Ricerca dell'ACP e al lavoro fin qui condotto ed egregiamente coordinato da Michele Gangemi.

Roberto Bussi (Padova)

*Rispondo alla lettera inviata dall'amico Roberto e condivisa dal gruppo APREF di Padova.*

*Mi sembra sicuramente utile aprire un dibattito sul senso della ricerca in Pediatria ambulatoriale e sulla situazione italiana. A mio avviso, gran parte delle affermazioni contenute nella lettera sono del tutto condivisibili, a cominciare dalla necessità di un maggiore spazio congressuale per la presentazione dei risultati delle ricerche dei gruppi locali, quest'anno particolarmente numerose.*

*Ovviamente, questo comporta alcuni problemi da risolvere:*

*1) creare un'apposita commissione che selezioni i lavori in base a precisi criteri, mentre quest'anno eravamo nell'impossibilità di giudicare i lavori, non avendo previsto né l'invio di abstract né criteri di selezione;*

*2) prevedere un congresso, satellite a quello nazionale ACP, della durata di un giorno intero - purtroppo, non previsto per il '94 perché non pensavamo di avere tanto materiale.*

*Questo per quanto riguarda la parte congressuale. Ma resta comunque da aggiungere che lo sforzo del gruppo di coordinamento ACP sta nel valorizzare al massimo il lavoro delle singole associazioni culturali.*

*A questo proposito, rilancio l'invito ai singoli gruppi di comunicare al centro le ricerche in corso per evitare inutili fatiche e ottimizzare gli sforzi.*

*Inoltre, il problema della formazione dei ricercatori e del reperimento di esperti è ben chiaro all'ACP e si stanno preparando alcune iniziative in merito anche se, penso, solo lavorando sul campo, affiancati da esperti, si può raggiungere la necessaria crescita.*

*Sono comunque convinto che il compito del gruppo di coordinamento sia proprio quello di favorire una "cultura della Pediatria di base" come risposta ai grandi temi, individuati insieme: un esempio ne è la ricerca sull'allattamento al seno, che è stata indubbiamente facilitata nel reclutamento dei ricercatori in tutta Italia proprio dall'esistenza di tale struttura.*

M. G.



## A proposito di area pediatrica

E' sempre più attuale il dibattito sull'organizzazione dell'area pediatrica e la sua articolazione, intesa come assistenza integrata al ragazzo da 0 a 18 anni.

Non volendo entrare nell'analisi degli obiettivi da raggiungere, mi soffermo ad osservare il problema dalla parte dell'area dei pediatri, cioè di tutta quella struttura la cui presenza e il buon coordinamento presuppongono il raggiungimento degli obiettivi stessi: e, quindi, la pediatria di base, la pediatria ospedaliera e la pediatria di comunità.

Come sottolineato nell'ultimo numero de "Il pediatra ambulatoriale" in maniera molto puntuale da Davide Baronciani, le singole attività dei diversi operatori - qualora presenti - non coincidono necessariamente con una buona attività globale; anzi, consentono spesso un utilizzo deviato, o quantomeno parziale, dei risultati ottenuti. E', invece, la buona integrazione dei vari settori che permette la migliore espressione nell'area pediatrica.

Nella nostra USL (la 39, di Cesena) stiamo conducendo alcune attività che, a mio parere, costituiscono una forte esperienza di intesa fra i vari operatori: si tratta di due studi che, nella loro semplicità, presuppongono un grande spirito di collaborazione e di stima reciproca.

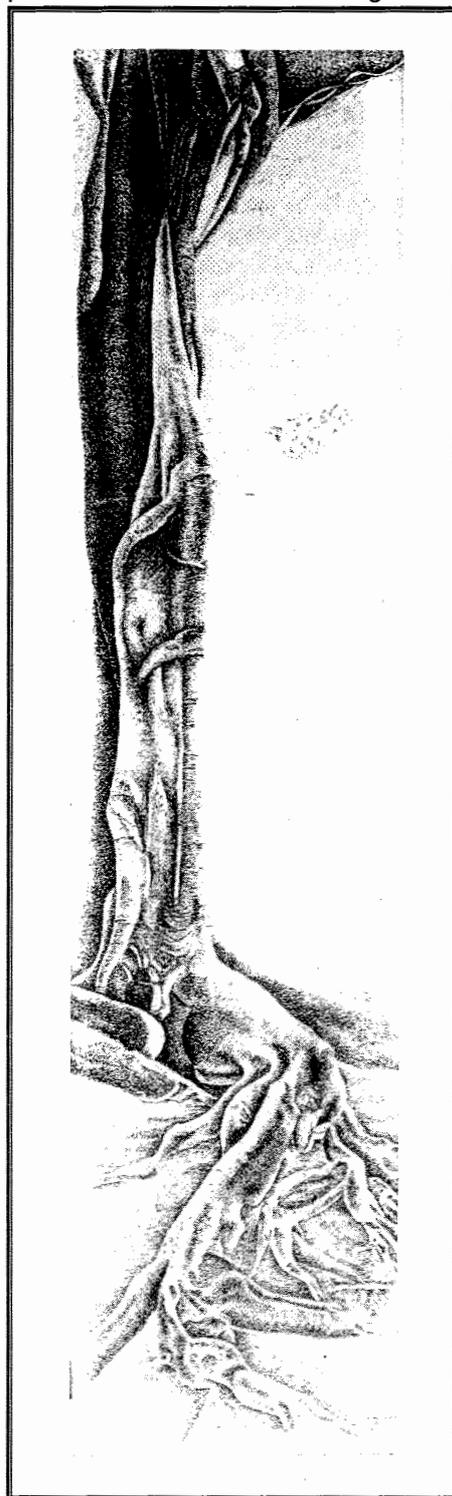
1. Dal 1° luglio '93, abbiamo iniziato la ricerca sui nevi melanocitici congeniti (NMC), con due finalità:

- a- a breve termine: calcolare l'incidenza del NMC nella nostra popolazione;
- b- a lungo termine: seguire il follow up in bambini con NMC.

Il percorso organizzativo è così strutturato:

il neonatologo e il pediatra di base - entro il terzo mese di vita - segnalano la presenza di NMC attraverso la scheda dei bilanci di salute, assolvendo in tal modo all'osservazione di tutti i nuovi nati residenti nel territorio (N.B.: la copertura dei nuovi nati da parte della pediatria di base nella nostra USL è del 100%; qualora non lo fosse andrebbe integrata dal pediatra di comunità). La scheda viene inviata alla pediatria di comunità che, a sua volta, ne trasmette una copia al servizio ospedaliero dove un pediatra e un dermatologo aprono una cartella

per ogni bambino; essa verrà utilizzata anche nei follow up successivi, in un ambulatorio allestito per l'opportunità. Ogni anno, i dati ottenuti vengono presentati e discussi fra tutti gli operatori al fine di valutare i risultati parziali ed eventualmente migliorare



"il sapere e il saper fare".

2. Dal 1° gennaio 1994, è in corso uno screening per la ricerca degli anticorpi anti-glutine e anti-helicobacter pylori nei ragazzi residenti di 10 anni in occasione del bilancio di salute che precede il richiamo antidiftotico.

tanico. A questa età, la copertura dei pediatri di base è di circa il 50%. Pertanto, più o meno la metà dei ragazzi viene sottoposta al bilancio di salute dal pediatra di comunità, garantendo così l'osservazione di tutta la popolazione in oggetto. I prelievi e i rispettivi risultati vengono centralizzati ed elaborati nel laboratorio ospedaliero e da qui trasmessi a due gastroenterologi pediatri che si occupano del follow up specifico. Anche in questo caso, i dati vengono periodicamente presentati e discussi insieme a tutti gli operatori coinvolti nello studio. In ambedue le occasioni, dunque, il pediatra di base conosce le caratteristiche dei suoi singoli pazienti; il pediatra di comunità conosce le caratteristiche della propria popolazione e il pediatra ospedaliero coordina le attività di follow up e di 2° livello se necessarie.

Tutte le tappe delle due ricerche sono state progettate, programmate e discusse collegialmente; questo ha costituito un momento importante per la motivazione e, perché no, per l'entusiasmo dei singoli operatori. Per ogni settore sono state rilevate la competenza e la specificità professionale, sottolineando la insostituibilità e la indispensabilità di ciascuno. Questo ha contribuito a chiarire i ruoli e a definire le modalità di collaborazione.

L'ultima nota riguarda il sistema informativo. E' imminente la informatizzazione della Divisione pediatrica all'interno di un sistema ospedaliero che comprende la Direzione Sanitaria, il Centro Elaborazione Dati, il Pronto Soccorso e la Accettazione, nonché i servizi diagnostici (laboratori, radiologia, anatomia patologica, Medicina nucleare,...). Alla cartella clinica pediatrica verrà affiancato il sistema informatizzato del Servizio Materno-Infantile e, successivamente, dei pediatri di base; questi tre poli saranno in grado di colloquiare fra di loro al fine di ottimizzare la comunicazione all'interno dell'area pediatrica. Il progetto, in via di completamento, è molto ambizioso e, in quanto tale, certamente molto sofferto.

Ma, come spesso succede, è nella sofferenza che si rafforzano l'amicizia e la solidarietà. E, se l'avventura avrà successo, sarà davvero il successo di tutti.

Antonella Brunelli

## Attività della sezione abruzzese

Quasi tutti i pediatri di base stanno partecipando allo studio condotto nelle regioni Abruzzo, Puglia e Basilicata su "Rilevanza ed evitabilità dei problemi in un contesto di Pediatria ambulatoriale". Lo studio, tuttora in corso, si occupa in particolare di asma bronchiale, otite media acuta e convulsioni febbrili e si effettua con il contributo di 80 pediatri e con la valutazione dei dati da parte dell'Istituto "Mario Negri".

Tra le iniziative del gruppo anche la stesura e la stampa di un libretto informativo sulle vaccinazioni, obbligatorie e non, che è stato poi distribuito a tutti i genitori dei nostri piccoli pazienti e un'iniziativa in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Clinica Pediatrica dell'Università di Chieti nel ruolo di tutors specializzandi del 3° e del 4° anno che effettueranno un periodo di tirocinio presso i nostri ambulatori, sulla scia di esperienze analoghe effettuate a Trieste, Padova e Verona.

Acp Abruzzo

Associazione pediatrica  
per la promozione culturale

"M. Cotellessa"

## Un corso a Cesena

Il 24, 25 e 26 marzo si è svolto a Cesena il 2° Corso di formazione in Pediatria di Comunità, organizzato in

collaborazione fra ACP, ACPR e Servizio Materno Infantile della USL 39.

Gli argomenti di studio sono stati quelli "tipici" di un corso di base: la prima giornata dedicata all'utilizzo dei dati correnti, cioè di tutti quei numeri ufficiali che un pediatra di comunità può trovare nei registri nazionali, e alla valutazione delle attività svolte sul territorio; la seconda giornata è servita ad affrontare le malattie croniche nell'aspetto organizzativo, sia dal punto di vista centralizzato (registri) che periferico (assistenza integrata); l'ultima parte del corso ha riguardato gli aspetti pubblici di intervento a livello delle scuole, sia dal punto di vista strutturale (controllo ambienti) che da quello più specificatamente sanitario (educazione sanitaria). Due brevi spazi sono stati spesi per una messa a punto sulla organizzazione degli screening e delle campagne vaccinali. Benché la scelta degli argomenti non promettesse nessuna novità, essendo un corso di 1° livello, qualcosa di nuovo e qualcosa di ...quasi nuovo s'è comunque registrato durante lo svolgimento dei lavori. La cosa più nuova è stata la sessione dedicata alla comunicazione di esperienze di gruppi operanti sul territorio; e, sebbene l'affluenza non sia stata proprio "travolgente", ci pare di poter sottolineare l'importanza del ruolo che questi scambi di opinioni svolgono all'interno di un settore che ancora stenta a comunicare. Nostro augurio

è che questa modalità diventi consueta. Un po' meno nuova ma, probabilmente per questo, più sentita è stata la fervida attività dei gruppi di lavoro: tutti gli argomenti trattati sono stati affrontati come esercitazioni sul campo con simulazioni, caccia agli errori e consultazioni con esperti. La stessa attiva partecipazione si è registrata nella discussione dei due learning box (screening e vaccinazioni) che altro non sono se non uno strumento di apprendimento "a domicilio" e che ci hanno consentito di eliminare le premesse teoriche per lasciare tutto il tempo dovuto al confronto.

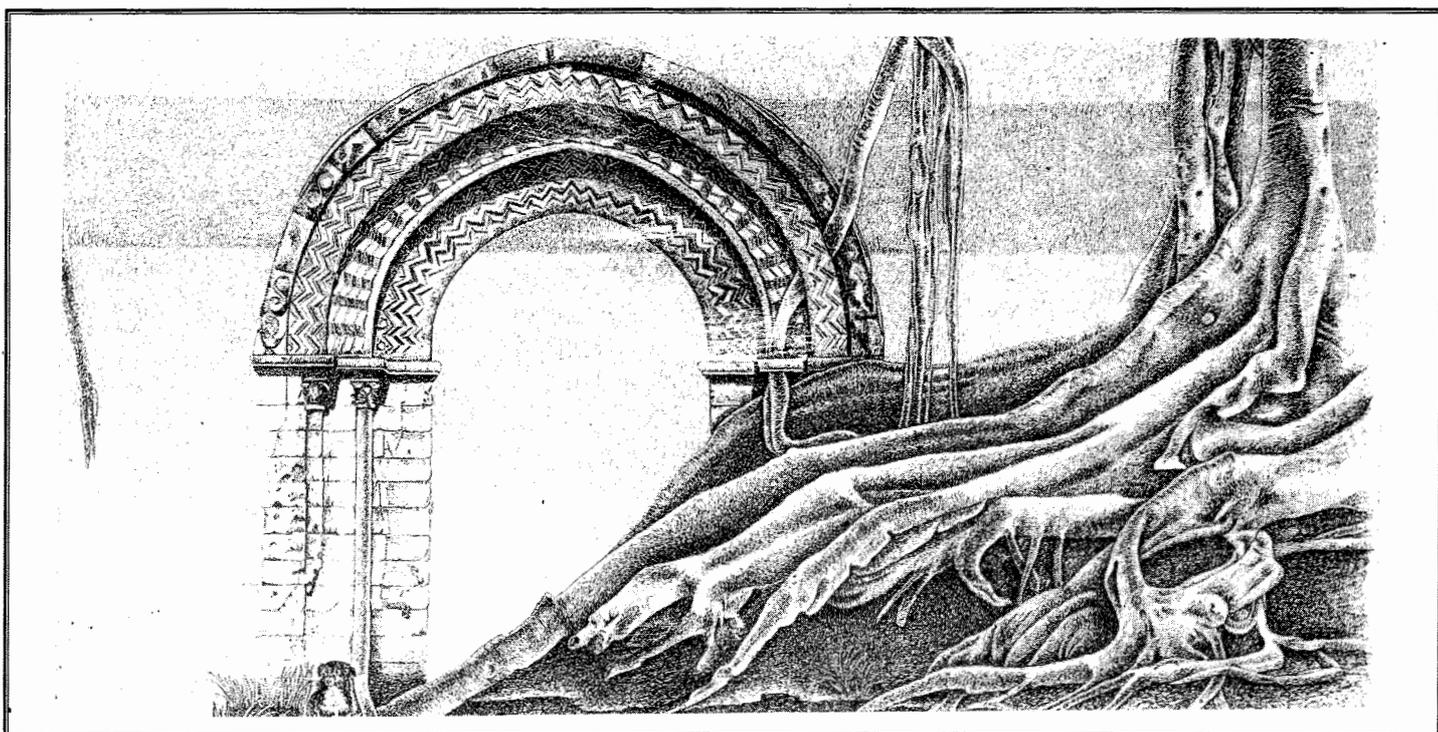
Ancor meno ...nuovi erano i docenti i quali, anche per quest'anno, hanno saputo mantenere gli argomenti di discussione a livelli ottimi.

Gli ammessi al corso - tutti operatori sul territorio - sono stati 29 e la loro partecipazione, come già sottolineato, è stata molto attiva e supportata da conoscenze specifiche, ben orientate. La discussione è sempre rimasta centrata su popolazione e ambito territoriale. Il bambino è stato considerato nella sua dimensione collettiva, non in quella individuale che è, massimamente, di pertinenza del pediatra di libera scelta.

Il bilancio finale, dunque, non possiamo che considerarlo soddisfacente.

Arturo Alberti

★



Ha inizio da questo numero una rubrica sulle statistiche correnti (vital statistics). Verranno affrontati, di volta in volta, argomenti differenti cercando di utilizzare i dati pubblicati più di recente. Per questo motivo, non sarà possibile dare organicità alla trattazione. I dati più recenti sono, infatti, anche i più grossolani e i meno dettagliati e sarà quindi necessario fare a volte dei "salti indietro" nel tempo per presentare alcuni argomenti in maniera maggiormente approfondita.

Spesso, la presunta inattendibilità dei dati Istat è portata a giustificazione del loro scarso utilizzo, da parte degli operatori sanitari. Questo atteggiamento, quando non nasconde mala fede ("se le cose vanno male o, comunque, non bene come vorrei, dico che i dati sono inattendibili"), deriva da confusione tra i termini stessi: "attendibilità", "accuratezza" e "precisione". I dati dei singoli individui possono anche essere più o meno inaccurati ma, quando il numero di osservazioni è sufficientemente alto e in assenza di errori sistematici (bias), la media dei lavori, per quanto caratterizzata da un certo grado di imprecisione, può essere considerata sufficientemente attendibile.

# STATISTICHE CORRENTI

## NUMERO DEI NATI E NATALITÀ IN ITALIA

Per cominciare, sembra logico partire dal numero di bambini che nascono annualmente nel nostro Paese.

I dati che riportiamo nella tabella sono stati pubblicati nel "Bollettino Mensile di Statistica" (BMS), n. 8-9 del 1993. Si tratta di dati provvisori, come tutti quelli del BMS, derivati da uno spoglio preliminare delle schede di nascita presso ciascun ufficio regionale dell'Istat. I dati definitivi, più dettagliati e maggiormente disaggregati, vengono pubblicati solo dopo alcuni anni (in genere, non meno di quattro). I dati provvisori possono in piccola parte differire da quelli definitivi ma, in genere, non in misura tale da alterare il significato dei risultati.

Nella tabella sono riportati, separatamente per ciascuna regione, per area geografica e per l'Italia in toto, il numero dei nati vivi nel 1992 in base alla popolazione presente e a quella residente, la differenza tra questi due valori, la popolazione residente alla fine dell'anno e il tasso di natalità.

Il significato di "popolazione presente" e di "popolazione residente" risulta più chiaro con un esempio. In Sardegna sono nati, nel 1992, 16247 bambini, compresi i figli di residenti in altre regioni o all'estero (popolazione presente); i figli di residenti sono stati, invece, 15580 e non tutti sono nati in Sardegna (popolazione residente). La differenza fra i nati per popolazione presente e i nati per popolazione residente, che nel nostro esempio è di

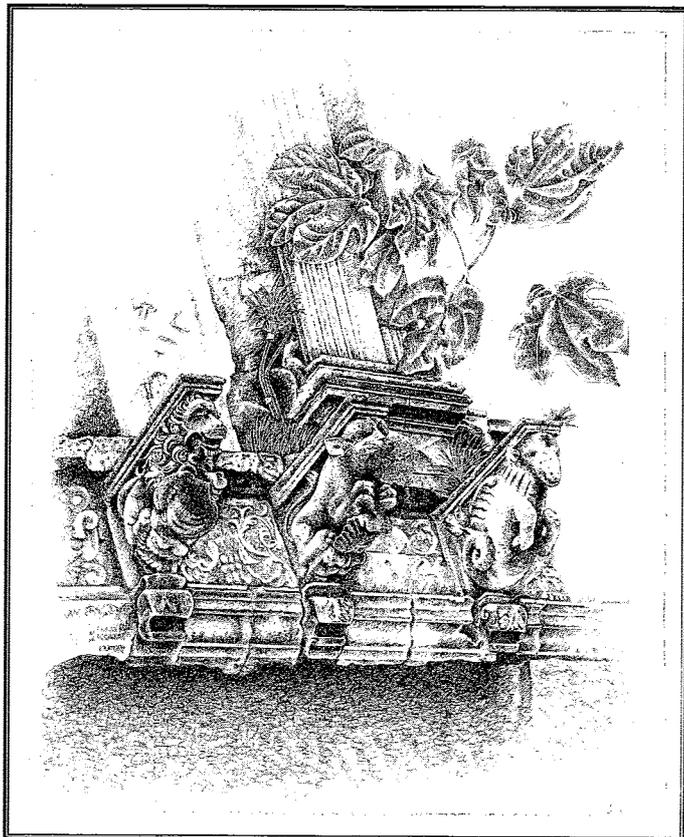
segno positivo (+667), indica che il numero di donne non residenti che hanno partorito in Sardegna è stato superiore a quello delle residenti che hanno partorito altrove.

Ovviamente, una certa cautela è necessaria nell'interpretazione delle differenze fra popolazione presente e popolazione residente, sempre per l'impossibilità di controllare l'accuratezza dei dati. In alcune regioni si nota una certa "attrazione" di non residenti, soprattutto evidenti per Lazio, Campania, Sardegna e Calabria, per altre prevale la "fuga" di residenti, in particolare per Sicilia, Veneto, Basilicata, Puglia e Abruzzo. Per quanto riguarda l'Italia in toto, la fuga è stata leggermente superiore all'attrazione che è stata comunque prevalente a Centro-Nord, mentre il suo opposto si è fatto registrare al Sud e nelle Isole. E' interessante, però, notare che il dato complessivo del Centro-Nord è stato pesantemente condizionato dall'alto numero di nascite da non residenti nel Lazio.

Complessivamente, nel 1992 sono nati in Italia poco più di 560.000 bambini, dei quali il 54% nel Centro-Nord e il 64% nel Sud e nelle Isole. La popolazione residente, alla fine dell'anno, sfiorava i 57 milioni ed era concentrata per il 64% nel Centro-Nord e per il rimanente 36% nel Sud-Isole.

Il tasso di natalità esprime il numero di bambini nati in un anno per mille (1000) persone residenti.

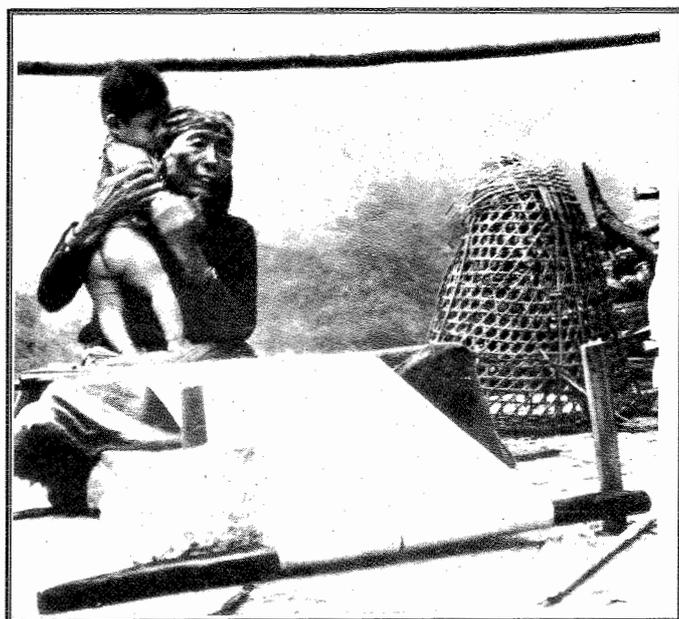
Nessuna delle regioni meridionali, con esclusione della sola Sardegna, ha avuto nell'anno preso da noi in considerazione una natalità inferiore al 10 x 1000; questo valore, invece, non è stato superato dalle regioni settentrionali e da quelle dell'Italia centrale, con l'unica eccezione del Trentino Alto Adige dove si registra, addirittura, una punta (per il Centro-Nord) di 11.1 nati ogni 1000 abitanti.



	Nati vivi pop. pres.	Nati vivi pop. res.	Diff.	Popolazione res. fine 1992	Nati per 1000 ab.
Piemonte	32751	33276	-525	4301996	7.7
Val d'Aosta	952	979	-27	117176	8.3
Lombardia	76177	76329	-152	8881146	8.6
Trentino A.A.	9777	9993	-216	896546	11.1
Veneto	37138	38267	-1129	4393954	8.7
Liguria	11537	11683	-146	1668882	7.0
Friuli V.G.	9194	8917	+277	1195094	7.4
Emilia Rom.	28171	27914	+257	3920129	7.1
Toscana	25775	25968	-193	3528689	7.4
Umbria	6765	6653	+112	814789	8.2
Marche	12068	12168	-100	1434015	8.5
Lazio	52521	48543	+3978	5158120	9.4
Abruzzo	11920	12567	-647	1255559	10.0
Molise	3303	3427	-124	331432	10.3
Campania	80542	79594	+948	5667581	14.0
Puglia	49506	50307	-801	4049516	12.4
Basilicata	6193	7206	-1013	610752	11.8
Calabria	24885	24439	+446	2075237	11.8
Sicilia	65346	67852	-2506	4995517	13.6
Sardegna	16247	15580	+667	1652000	9.4
Centro-Nord	302826	300690	+2136	36310536	8.3
Sud e Isole	257942	260972	-3030	20637594	12.6
Italia	560768	561662	-894	56948130	9.9

Il tasso di natalità è una misura approssimata dell'attività riproduttiva di una popolazione, in quanto è influenzato non solo dalla fecondità delle donne in età fertile ma anche dalla struttura per età della popolazione. A parità di nati e di donne in età fertile, infatti, il tasso di natalità è tanto più basso quanto più numerosi sono gli anziani e i bambini, semplicemente perché aumenta il denominatore della frazione. Si tratta, quindi, di una misura che racchiude insieme un'informazione presente (il numero di nati) e un dato storico determinatosi per effetto di vari fattori, sia riproduttivi che sociali in senso lato (la popolazione residente).

Carlo Corchia





Decime giornate perugine  
di aggiornamento per i pediatri  
di base dell'Italia Centrale

**PERUGIA**  
**16-17-18 settembre 1994**  
**Sala Teatro O.N.A.O.S.I.**  
**Via Orazio Antinori 28**

## PROGRAMMA

### Venerdì 16:

- 15.00 *Presentazione: G. Biasini*  
Presidente dell'Associazione Culturale Pediatri
- 15.30 *Editoriale: "Fare meglio con meno".*  
G. Tamburlini (Trieste)
- 16.45 *La malattia reumatica oggi.*  
R. Vaccaro (Firenze)
- 17.30 *Come modificare la risposta allergica.*  
A. Vierucci (Firenze)
- 18.30 *Il percorso diagnostico del "bambino iperattivo".*  
F. Gallucci (Firenze)
- 21.30 *Spettacolo di beneficenza.*

### Sabato 17:

- 9.00 *Diarrea cronica, deficit di crescita e infezioni intestinali*  
A. Phillips (Londra)
- 10.00 *La malattia di Kawasaki: un'autorevole review.*  
T. Kawasaki (Tokio)
- 11.00 **Break**
- 11.15 *La "Pillola".*  
di Pasquale Alcaro (Catanzaro)
- 12.30 *Colon irritabile: le cose chiarite, le cose da chiarire.*  
A. Ventura (Trieste)
- 12.30 *L'ambulatorio del medico di base in Svizzera.*  
Eva e Jean Pierre Boss (Losanna)
- 13.00 *Colazione di lavoro.*
- 15.00 *Dagli Assiri-Babilonesi al DQv2*  
*il grano conquista e nutrizione (...e la pediatria?)*  
L. Greco (Napoli)
- 16.00 *Il percorso diagnostico dell'ambliopia.*  
J. Lang (Zurigo) R. Frosini (Firenze)
- 16.45 *Il trattamento della bassa statura sindromica.*  
B. Boscherini (Roma)
- 17.30 **GRUPPI DI LAVORO**
- 21.30 *Serata sociale.*

### Domenica 18:

- 9.15 *Vaccino antipneumococcico e antihaemophilus.*  
G. Bartolozzi (Firenze)
- 10.00 *Le novità nel trattamento delle affezioni respiratorie nel bambino.*  
G. Longo (Trieste)
- 11.00 **RUBRICA: Novità in pediatria pratica 1994.**  
F. Panizon (Trieste)

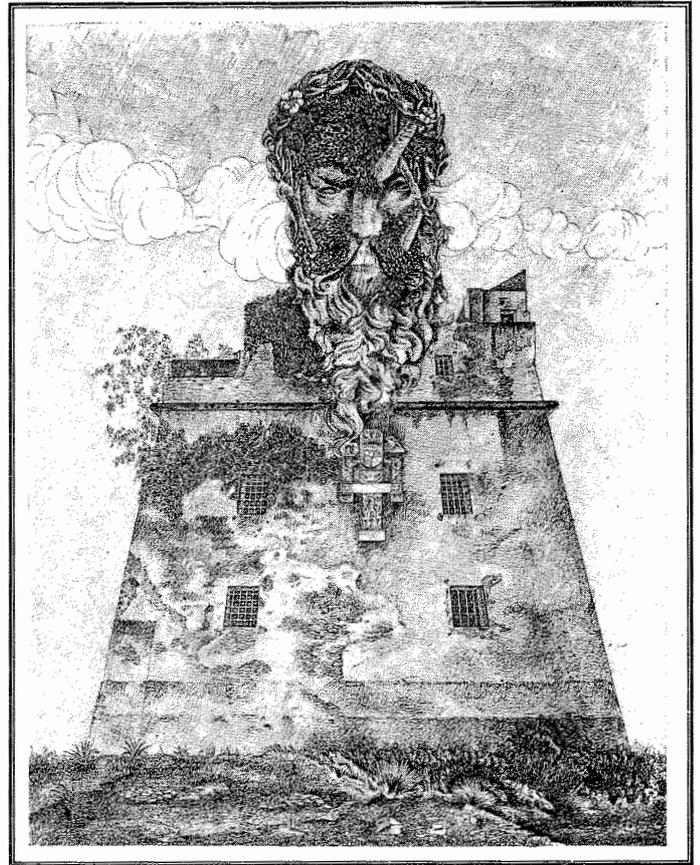
## GRUPPI DI LAVORO

### Proposte per la C.U.F

La C.U.F. ha costituito una commissione mista C.U.F - Farindustria con il compito di ottimizzare le confezioni delle specialità medicinali in relazione a cicli terapeutici. Della commissione fanno parte undici esperti: Luigi Gozzani, Aldo Pagni e Fabrizio Fabris come rappresentanti della C.U.F., quattro rappresentanti della farindustria, due medici di medicina generale: Claudio Cricelli e Vittorio Caimi e due pediatri: Dino Faraguna (Trieste) e Carla Berardi (Perugia). La prima riunione organizzativa per definire gli obiettivi e stabilire la metodologia di lavoro si è tenuta il 31 marzo presso il servizio farmaceutico del ministero della sanità. E' stato deciso di individuare le patologie di maggior rilievo per esaminare le relative specialità medicinali con l'obiettivo di razionalizzare il contenuto in rapporto al ciclo terapeutico previsto per il paziente. Le prime quattro patologie individuate sono: ipertensione, diabete, ulcera gastroduodenale, dislipidemie. Mi è sembrato utile diffondere queste brevi informazioni sullo svolgimento della riunione per dare a tutti la possibilità di contribuire a questa iniziativa. La proposta è di segnalarmi, oltre ad osservazioni "pediatriche" pertinenti ai temi individuati (che cercherò di comunicarvi di

- Le epatiti - G. Maggiore (Pavia)
  - Nefrologia pediatrica - L. Peratoner (Trieste)
  - Casi clinici di broncopneumologia - G. Longo/D. Faraguna (Trieste)
  - Pediatria di base, pediatria ospedaliera - come interagire C. Berardi (Perugia) C. Rossetti (Perugia)
  - Semeiotica del "bambino iperattivo" - F. Gallucci
  - Allergologia pediatrica - A. Vierucci
  - L'organizzazione di un ambulatorio svizzero - Eva e Jean Pierre Boss
  - Epidemiologia del sì: problemi attesi in pediatria di base - L. Greco
  - Gli Stereotest - J. Lang/R. Frosini
  - Casi clinici - F. Panizon/P. Alcaro
  - Endocrinologia pediatrica - B. Boscherini
  - Vaccinazioni - G. Bartolozzi
- Segreteria organizzativa:**  
Franco Passalacqua  
Via Eugubina, 115 - 06100 PG - Tel. 075/5723650  
Lucio Piermarini

volta in volta in tempi rapidi), anche ogni inadeguatezza o problema riscontrati nella pratica professionale a proposito di: quantità di prodotto nelle confezioni, caratteristiche dei misurini, limiti delle schede tecniche e quant'altro. Potete inviare un fax a Carla Berardi: 075 32265; via XX settembre 74 Perugia.



## Sarajevo è morta

### Diario di Zlata, 11 anni

*Zlata Filipovic prima dell'assedio di Sarajevo era una ragazzina di undici anni come tutte le altre: amava i divi del rock e guardava troppo la televisione.*

*Quando la guerra è esplosa, aveva appena cominciato a tenere un diario su un piccolo quaderno a righe verdi. Suo padre fa l'avvocato e sua madre è ingegnere. All'inizio di quest'anno, suo padre è rimasto senza lavoro e senza un soldo, mentre sua madre lavora ancora, ma il suo stipendio equivale a circa quattro mila lire al mese: può comprarci un uovo, o tre pagnotte o un giornale. Per sopravvivere sono costretti a barattare oggetti preziosi che hanno ancora in casa con qualcosa da mangiare.*

*Ma nonostante l'orrore della guerra, Zlata sogna ancora e spera che tutto finisca: da grande vuole fare la giornalista.*

Ringraziamo le Edizioni Sonda e "Il giornale dei bambini" per averci consentito la pubblicazione di questo testo.

**3 marzo 1992**

Caro diario,

c'è un pò di pasticcio a Sarajevo. La televisione dice che un gruppo di persone armate ha ucciso un serbo che si stava andando a sposare.

Io intanto, sono alla bancarotta: oggi ho perso 12 milioni di dollari.

Questa è l'ultima volta che gioco a Monopoli.

**4 aprile**

Mio Dio, non posso crederci. Melica, un'amica di mamma, ha sentito dal parrucchiere che domani «Dum Dum, Crash Crash, Tap Tap».

Insomma, che domani qualcuno bombarderà Sarajevo. La mamma si è molto arrabbiata con Melica. Dice che non crede ad una sola parola, perchè dal parrucchiere si raccontano solo pettegolezzi.

**6 aprile**

Caro diario,

la guerra è qui! Sono disperata. La gente è disperata. Aspetta, non sparano più. Tocco legno: cuc cuc. Speriamo... No, eccoli, stanno sparando di nuovo. Niente e nessuno è più normale qui.

**27 maggio**

Sangue, grida, pianti, sconforto. E' quello che ho visto stamattina. Una bomba è esplosa al mercato. La mamma era a pochi metri nella via Vosa Miskin. E' subito corsa a casa dai nonni che abitano lì vicino. Io e papà non la vedevamo tornare ed eravamo fuori di noi. Alle quattro papà ha deciso di andare all'ospedale, a cercare la mamma, ma in quel momento l'abbiamo vista passare sotto la finestra: correva sul ponte, a testa bassa.

**10 luglio**

Un'altra giornata terribile. Le bombe cadono. Uomini e bambini muoiono. Passeremo la notte nella cantina dei nostri vicini, i Bobar. Quando i colpi diventano più forti, Micham - il figlio dei Bobar - mi chiama al telefono e mi dice di andare da lui. Io allora attraverso il cortile di corsa, salgo una scala buia ed arrivo alla sua porta. E' carino. Chissà se gli piaccio. Io credo di sì.

Stavolta ho preparato un sacco per la notte in cantina: biscotti, succhi di frutta, carte da gioco. E un libro:

*Il diario di Anna Frank.*

**22 luglio**

Caro diario,

vuoi sapere una cosa? Anna Frank aveva chiamato il suo diario Kitty. E se io dessi un nome anche a te?

Asfaltina, Selfika, Savala, Hikmeta, Mimmy. Lasciami pensare... Ho deciso, ti chiamerò Mimmy.

**13 agosto**

Cara Mimmy,

è esplosa una granata nel parco, ieri sera. La mia amica Selene stava giocando lì accanto. Ha perso un rene.

L'hanno operata, ma non riesco a sapere come sta, perchè è sempre all'ospedale.

Nina, invece è morta. Una scheggia della bomba l'ha colpita al cervello. Avevamo fatto l'asilo ed un pezzo di elementari insieme.

Era simpatica. Giocavamo spesso nel parco.

Il vaso di fiori che disegnerò nella prossima pagina è un ricordo di Nina, che è morta in questa disgustosa guerra. Ma la vita continua. Il passato è terribile e proprio per questo voglio dimenticarlo al più presto.

**28 novembre**

Sì, sì, sì. Oggi, per due ore, abbiamo avuto l'elettricità. Ho acceso la tv e ho messo un video di George Michael.

Poi volevo mettere i Nirvana, ma è di nuovo andata via la luce.

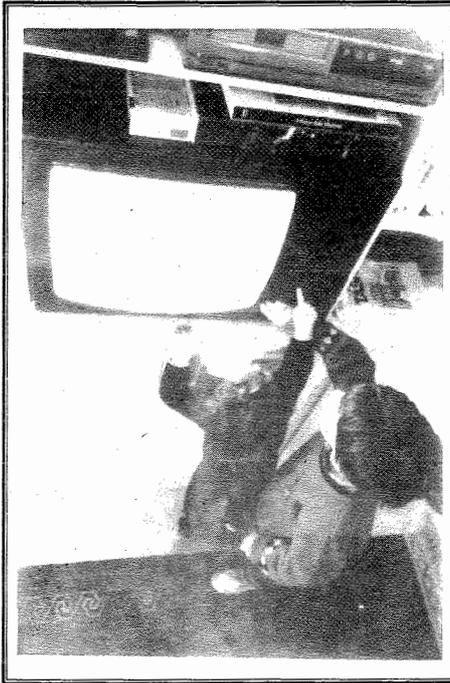
Domani è il compleanno di mamma. Le ho regalato un paio di calze ed un sacchetto di caffè. Speriamo che la torta sia buona.

**6 dicembre**

Un ragazzo che veniva con me al corso di recitazione è morto ieri. Gli è esplosa una bomba vicino, per strada.

Si chiamava Eldin, era un rifugiato di Grbavica. O mio Dio, cosa mi tocca vedere!





**19 gennaio 1993**

Gli uomini che stanno distruggendo la mia infanzia ci hanno tolto anche il gas. Adesso non c'è più nulla: né acqua, né luce, né gas. Abbiamo messo un ciocco di legno in cucina e bevuto una tazza di acqua piovana. Stasera sto scrivendo alla luce della mia candela preferita e mi piange il cuore a vederla consumarsi così...

**26 febbraio**

Mirna mi ha mostrato i suoi disegni di vestiti e il suo cane Goule. Che buffo, non ha neanche un pelo sulla testa.

Sono un pò stanca, perchè da quando a papà è venuta l'ernia a forza di portare pesi, tocca a me accompagnare la mamma tutti i pomeriggi a cercare l'acqua e a trasportarla fino a casa.

**11 marzo**

Cara Mimmy,

i giorni qui ormai scorrono tutti uguali, ma la sera... com'è difficile la sera. Ascolto un pò la radio, grazie alla batteria che papà ha tolto dall'auto. Poi, alle nove e mezzo, me ne vado a letto. Com'era bello quando potevo stare in piedi fino a mezzanotte, a guardare i film che davano in tv.

**13 marzo**

Mi manca la pizza. E le lasagne. Soprattutto mi manca un'amica. Tutte le mie amiche sono scappate all'estero: Martina in Inghilterra, Matea in Francia, Olga in Italia. E quelle che non sono scappate, sono morte. Io resto qui sola.



*In un mondo che continua a sostenere l'inferiorità e la subordinazione della donna aiutare la propria figlia a crescere è difficile.*

Ringraziamo "L'Internazionale" per averci concesso la riproduzione di questo articolo di Anna Quindlen "The New York Times" - Stati Uniti

**N**ell'estate del 1968 fui espulsa da una scuola religiosa. In effetti usarono il termine più signorile "pregata di lasciare la scuola", ma il risultato fu lo stesso. Non essendo una ribelle fui devastata dalla vergogna, ma poi mi resi conto che le suore avevano fatto la cosa giusta.

Sincera, insaziabilmente curiosa, incline ad andare dove non mi era permesso e a mettere alla prova i limiti dell'autorità, non ero tagliata per quel posto. Naturalmente è fuori discussione che quelle stesse qualità mi sono molto utili nel lavoro che faccio oggi. Quello che va bene per una brava ragazza non serve a una buona giornalista.

Domani Maria compirà cinque anni, e anche lei è sincera, avventurosa, curiosa, sicura di sé, tanto contenta di essere nella propria pelle e che a volte sembra percorsa da brividi di gioia. L'altra sera le ho detto che ero molto arrabbiata per qualcosa che aveva fatto. "Non mi importa" mi ha detto. Non aveva neanche un tono di sfida. Aveva solo un tono deciso. La ammiro enormemente, anche se sembra strano dirlo di una persona che è alta appena un metro. Ma sono sua madre e quindi la mia ammirazione non è priva di complicazioni. "Le madri sono dilaniate dalla straziante necessità di conciliare il prepotente desiderio di proteggere le proprie figlie e quello di mantenerle forti e libere in un mondo che sostiene ancora l'inferiorità e la subordinazione della donna", scrivono Elizabeth Debold, Marie Wilson e Idelisse Malave in un nuovo libro intitolato *Mother Daughter Revolution*. Le autrici sostengono che le madri possono aiutare le proprie figlie a resistere al vecchio modello familiare della brava ragazza. Ho il sospetto che questo sia uno dei compiti più difficili del mio lavoro di madre. Il padre di Maria dice che la risolutezza del suo carattere renderà la sottomissione altamente improbabile. Ma lui non sa, come lo so io, che cosa significhi essere donna quando si cresce.

Ancora oggi tante cose sono contro di noi, e non solo il bigottismo più grossolano. Non molto tempo fa parlavo con una classe di terza elementare. I bambini intervenivano con stessa frequenza con cui in città scattano gli allarmi delle macchine, e spesso ero costretta a richiamarli per tenerli sotto controllo. La maggior parte delle bambine avevano già imparato che era importante stare zitte e comportarsi bene. Io le ho ricompensate ignoran-

## Figlia della rivoluzione

dole. Non mi sono accorta di quello che stavo facendo fino alla fine.

Maria è intelligente. Lei si accorgerà di cose come questa. Un giorno noterà che anche le parole che usiamo per le ragazze come lei sono denigratorie: sfacciata, petulante, caparbia. Sono parole che non si usano mai per gli uomini, espressioni dispregiative per quelli che sono tratti del carattere. Parole che denotano qualcosa che una donna non dovrebbe essere.

Vogliamo rendere le cose più facili ai nostri figli e sappiamo per esperienza che il mondo può essere cattivo con le ragazze che non cercano di rendersi gradevoli, che dicono quello che pensano, che vanno per la loro strada. Ma per esperienza sappiamo anche che il ruolo della brava ragazza può risultare vuoto, basato sulle aspettative degli altri piuttosto che sul proprio carattere.

Voglio che tutti i tre i nostri figli siano brave persone, sensibili, partecipi dei problemi degli altri.

Quando desidero queste cose per i due ragazzi mi sembra un grosso passo avanti rispetto all'etica della virilità. Quando le desidero per Maria a volte mi sento a disagio perchè mi sembra di incoraggiare il culto della ragazza dolce, sempre pronta a mettere le necessità degli altri davanti alle proprie.

Quando lei dice "non mi importa", mi sento divisa tra la madre che sa quanto tutto sarebbe più facile se fosse più malleabile, la ragazza di un tempo che si vedeva nello specchio deformante delle opinioni degli altri, e la donna che applaude "così, brava!". Io e Maria siamo molto simili. A volte scherzando dico che rappresenta il primo caso che si conosca di personalità ereditata. Per amarla devo amare me stessa. Per tirarla su bene devo valorizzare le qualità che un tempo mi hanno creato dei problemi, insegnarle a non cambiare per fare contento il mondo. Ma non voglio neanche alleviarla nel disprezzo e nel ripudio di tutte quelle cose che sono sempre state associate alla femminilità: l'abbandono alle emozioni, il rapporto con gli altri. Vorrei aiutarla a diventare una persona in grado di guardare alla varietà dei tratti del carattere degli uomini e delle donne e decidere quello che vuole. A essere se stessa e non una versione addomesticata di sé. Può darsi che questo per lei sia difficile da raggiungere. E a volte sarà difficile per me aiutarla. Ma, oh Maria di cinque anni, piena fino all'orlo di una fiducia in te stessa che ti invidio e a volte mi chiedo se ho mai avuto, ne vale la pena. Buon compleanno, piccola donna. Rimani forte.



## Questo, di Giancarlo

*Biasini, è il primo di una serie di articoli, che riguardano la memoria di una pediatria che ha intrapreso una strada spesso non vincente, sul piano "politico", ma che sul piano "culturale" ha dato tanto alla pediatria italiana; una strada che ancora una volta sembra divergere dalle scelte politiche generali del paese, così come sono state espresse dalla sua maggioranza. In momenti come questi la memoria storica può aiutare a capire le differenze, anche soltanto quelle che sembrano semplici sfumature; molti nuovi iscritti ACP poco sanno di questa storia, certamente non in maniera così organica come ce la ripropone il professore Biasini in questo articolo. Vuk Draskovic, un intellettuale serbo, in aprile, di fronte al "secondo congresso degli intellettuali Serbi" ricordando la storia dei Serbi, i crimini di cui sono stati vittime nel loro passato, ha tentato di dimostrare che le azioni serbe in Croazia e in Bosnia sono estranee al sentimento "nazionale" serbo. Dopo aver pronunciato solo poche frasi è stato fischiato e interrotto non prima di pronunciare un monito che vale per tutti: "solo gli individui primitivi pensano che la storia cominci con loro. Un individuo responsabile e di buon senso sa chi è, a chi appartiene e che cosa, per questo, è tenuto a rispettare sempre". (S.F.)*

### **DIECI ANNI DI PEDIATRIA VISSUTI SUL CAMPO**

"The new morbidity concerned psychosocial problems (usually centered in family or school) and it extended into adolescence. Alpert applied the term NEW MORBIDITY to teenage pregnancy, school problems, suicide, homicide, substance abuse, and related difficulties which became evident in 1970 and 1980s. Pediatrician who responded to this new morbidity often claimed to be practicing "comprehensive pediatrics" or the "new pediatrics".

R.S. Duff, C.C. Cook: 1990

Queste note sono di un pediatra che ha vissuto tutta la sua vita professionale in Emilia Romagna, una regione un po' particolare per esperienze politiche e per la tendenza all'iperbole che, negli emiliani e nei romagnoli, certamente c'è. Una delle note distintive dell'Emilia Romagna è stata l'istituzione dei servizi materno-infantili all'atto dell'emanazione della legge regionale di attuazione della 883; ma già prima esistevano consultori familiari e pediatrici affidati ai Comuni e servizi di riabilitazione affidati alle Province.

Il Servizio Materno Infantile (SMI) nasce nel 1980 e la denominazione "Servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia" è più la definizione di un programma o l'affermazione di una necessità operativa che il "nome" per un servizio: gli altri servizi si chiamano, infatti, più semplicemente "Igiene Pubblica", "Assistenza Ospedaliera", "Medicina del Lavoro", eccetera: La denominazione più semplice, "Servizio Materno-Infantile", utilizzata dai più, viene palesemente rifiutata, a livello regionale, anche se poi sarà accettata nell'uso corrente.

I poli culturali "forti" del servizio sono due: innanzitutto la rivendicazione dei diritti della donna a gestire la maternità, che si esprime nella già attiva presenza dei Consultori familiari nella regione; i Consultori sono affidati a Comitati di gestione sociale durati fino alla metà degli anni '80; i comitati rivendicano la fine dell'ambulatorio per una gestione complessiva integrata, sociale e sanitaria, della salute.

La connotazione politico-culturale dei Consultori fu chiara fin dall'inizio; tanto chiara che il mondo cattolico non vi si riconobbe e li rifiutò costituendo consultori privati di impronta e cultura cattoliche che, in numero ridotto ma efficacemente, tentarono di contrastare l'influenza dei presidi pubblici specialmente ai tempi della discussione parlamentare e del referendum sull'IVG (interruzione volonta-

ria di gravidanza). Il secondo polo forte dei SMI è quello dell'affermazione dei diritti dei bambini con handicap ad essere integrati nella società e nella scuola; queste rivendicazioni avevano già avuto una affermazione molto precisa nelle équipes psico-medico-pedagogiche affidate alle Province e rappresentavano un'espansione del movimento per i diritti civili.

Nel primo polo, gli ostetrico-ginecologi sono un poco "trascinati", spesso contro voglia, dai comitati di gestione sociale; nel secondo, i neuropsichiatri infantili e gli psicologi sono, invece, parte molto attiva e molto motivata.

La concentrazione di questi due aspetti "rivendicativi" all'interno dello stesso servizio poneva in una situazione di particolare evidenza politica i servizi materni-infantili dell'Emilia Romagna ma è fuori di dubbio che queste due rivendicazioni, che emergevano nell'area delle cure della maternità e dell'infanzia, erano parte della generale cultura del Paese.



Nel disegno di Franco Cordelli è rappresentato Paolo Durand, primario ospedaliero e direttore scientifico a riposo dell'Istituto Gaslini di Genova, certo uno dei più illustri pediatri italiani conosciuto in tutto il mondo; fu tra i fondatori di Prospettive in Pediatria e dell'ACP. Egli è candidato alla PRESIDENZA della SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA (Roma: 21/24 settembre 1994) ed ha tutto l'affettuoso appoggio dei soci dell'ACP.



In questa situazione, la pediatria regionale veniva stretta fra i due elementi portanti del servizio che possedevano, naturalmente, anche notevoli punti di riferimento politico-regionale, sia nell'area dei consultori familiari (gli assessori erano donne) che della riabilitazione infantile.

Si parlava, alla fine degli anni '70, di ritardo dei pediatri, non solo emiliani, a rendersi conto delle nuove realtà. Ricordo, nell'inverno del 1978, un dibattito bolognese con Sergio Nordio, sul "rooming in" e "la madre in ospedale", di fronte a una platea di donne; mentre Nordio stava dicendo "i pediatri sanno bene che...", dal fondo della sala molte donne presenti commentarono "i pediatri non ci sono: sono rimasti a casa".

In effetti, il mondo pediatrico nazionale era stato, negli anni '60 e nei '70, lontano da quel movimento di rinnovamento degli obiettivi che invece era chiaro negli Stati Uniti: il problema del bambino in ospedale era stato sollevato colà negli anni '50, i problemi della diagnosi prenatale, dell'adolescente, delle malattie croniche erano da tempo trattati. La cultura pediatrica americana era formale e rigorosa ma molto aperta. Proprio in virtù di questo

ritardo, un gruppo di pediatri quarantenni, nel 1971, diede

luce a una nuova rivista, "Prospettive in Pediatria", edita con il contributo della ITALSE-BER. Erano universitari in gran parte e, in minoranza, ospedalieri; fra gli universitari affermati e un po' meno giovani era presente R. Burgio e, fra gli ospedalieri P. Durand e G. Sansone. L'attività trainante era di F. Sereni.

La rivista era molto rigorosa nei contenuti (fatto questo non usuale per quei tempi) e nella forma, perché non portava pubblicità (anche questo poco usuale) e non concedeva omaggi. In ogni numero era riportata una tavola rotonda svoltasi qualche mese prima, che aveva chiaramente, e quasi sem-

pre, il compito di mettere a nudo un problema dell'impatto della pediatria sul sociale. I temi del 1971 furono infatti la diagnosi prenatale (in cui si trattava il caso della IVG in presenza di patologia prenatale), la sperimentazione sui bambini (usciva nello stesso anno "Cavie umane" di Pappworth), gli alimenti speciali per l'infanzia (che - si diceva spiacendo assai all'industria - "non traggono origine da conoscenze e dati scientifici validi").

Nel 1972, la tavola rotonda più impegnata riguarda il bambino e la città; nel '73, l'esperienza ospedaliera nella vita del bambino e della madre lavoratrice; l'anno dopo, Burgio porta avanti la sua già iniziata attività per una competenza pediatrica globale, organizzando il dibattito attorno ai limiti cronologici della competenza della pediatria: una "battaglia" che dura ancora per rivendicare le compe-



tenze sull'adolescente; nel 1975 si parla del servizio sociale nell'ospedale pediatrico e di organizzazione sanitaria e salute del bambino.

Il tema torna così a quello della primissima tavola rotonda del 1971 (Riforma sanitaria e Pediatria) nella quale hanno voce due teste pensanti dell'avanguardia del "movimento per la riforma sanitaria": G. Berlinguer e L. Rosaia, e la "voce politica" della pediatria degli anni '50 e '60: Fornara e Cavallotti, già deputati della sinistra democratica alla Costituente. In ognuna delle tavole rotonde emergeva netta la divisione tra pediatri più aperti al nuovo e pediatri che frenavano sul

piano dell'apertura al sociale.

In certe tavole rotonde, come quella sulla "madre in ospedale", lo scontro era duro. Del resto, per molti anni, la pediatria "ufficiale" aveva preso una posizione solo formale su alcuni temi ("posizione senza passione", diceva Fornara): l'allattamento al seno, il rooming in; su altri neppure questo: le differenze di mortalità fra Nord e Sud, che erano (e sono) enormi; le morti evitabili nelle famiglie povere, che erano (e sono) molte volte più grandi di quelle nelle famiglie benestanti; la necessità di promuovere le associazioni laiche e quelle di volontariato (altra tavola rotonda di "Prospettive in pediatria"). Anzi, in virtù delle differenze tra Nord e Sud, i grandi istituti pediatrici del Nord drenavano con interesse, culturale e non, malati dal Sud verso il Nord. Bisogna aspettare l'inchiesta Nord-Sud di "Medico e

Bambino" per vedere posto il problema delle equità assistenziali. Poca partecipazione vi era all'affermazione di Haggerthy, "i pediatri devono unirsi alle famiglie per una società più adatta ai bambini", che voleva poi dire interpretare i fatti del mondo e della politica attraverso i bisogni dei bambini e, quindi, interesse ai problemi della salute e

equità assistenziale ma, anche, interesse agli asili nido e alle scuole materne che al Sud non c'erano (e quasi non ci sono) e ai problemi delle famiglie: quanti pediatri, nei primi anni '80, furono partecipi della discussione sulla legge su "Adozione e affidamento"? quanti conoscevano la realtà e il numero dei bambini istituzionalizzati? (ancora oggi, specialmente nel Sud, vi sono istituti con migliaia di bambini istituzionalizzati e, sempre nel Sud, la legge sull'adozione e l'affidamento non funziona).

Lo stesso scarso interesse per problemi "non organici" si trovava nell'editoria. Era raro (è ancora raro)



# ACP memoria

trovare un testo italiano di pediatria con notizie sulle modalità organizzative dell'assistenza, sui diritti assistenziali (economici e giuridici) dei bambini, sulla valutazione delle attività assistenziali, sulle modalità di valutazione critica della letteratura, sulla patologia da società, sulla criminalità infantile e così via.

Le riviste pediatriche erano poi tutte ancora senza revisori e il materiale pubblicato del tutto non controllato.

Come reazione a tutto questo, nel 1974, nasce a Milano, dalle costole di "Prospettive", l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), ancora per la maggiore iniziativa di F. Sereni, che un anno dopo pubblica la "Rivista Italiana di Pediatria" (RIP), "emanazione vigorosa dell'ACP" come scrive il direttore Burgio nel suo editoriale, in un'epoca di "spinte al rinnovamento organizzativo e sociale".

La RIP è la prima rivista italiana di contributi originali certificati dai revisori; che nasca solo nel '75 è un segno del ritardo culturale di gran parte della Pediatria italiana e dell'attenzione che il gruppo che sta attorno alla RIP rivolge ai temi culturali e di qualificazione della ricerca.

Un anno dopo (1976), Burgio diventa presidente della SIP e alla direzione della rivista va A. Rubino. Le attività della Società Italiana di Pediatria che prevalgono sono tese a portare le competenze pediatriche nei vari settori delle cosiddette subspecialità che, a quei tempi, sono spesso nelle mani degli specialisti d'organo; nascono commissioni di studio sui problemi territoriali e ospedalieri della riforma che sta avanzando (la Pediatria di base nasce nel 1978 - ma il Ministero voleva affidare il Secondo Livello agli specialisti d'organo e non ai pediatri subspecialisti e fu difficile farlo tornare indietro); altro grosso impegno sono le attività culturali: si attuano, nel 1978, i primi corsi per pediatri di base del Meridione, a Pescara e Catanzaro. Dopo Catanzaro, il direttivo SIP pone il problema dei limiti dell'apprendimento passivo nei congressi e poi

vara, a Trieste, Torino, Napoli e Pavia, i primi corsi per primari, puntando sull' "imparare facendo"; la SIP acquista, per lire una, la RIP dall'ACP e con ciò diventa editore di una rivista rigorosa; vi è una partecipazione attiva della società all' "anno del bambino"; nasce un gruppo che si deve occupare della valutazione dei bisogni del bambino nella sanità e nel sociale; questo è un tema veramente innovativo che discende direttamente dalle tavole rotonde di "Prospettive". Promosso dalla SIP, nel '77, si forma a Napoli, attorno ad Antonino De Arcangelis, collaboratore di "Nord e Sud" e autore de "L'infanzia del malessere", un gruppo di studio sulle strutture territoriali socio-sanitarie per l'infanzia.

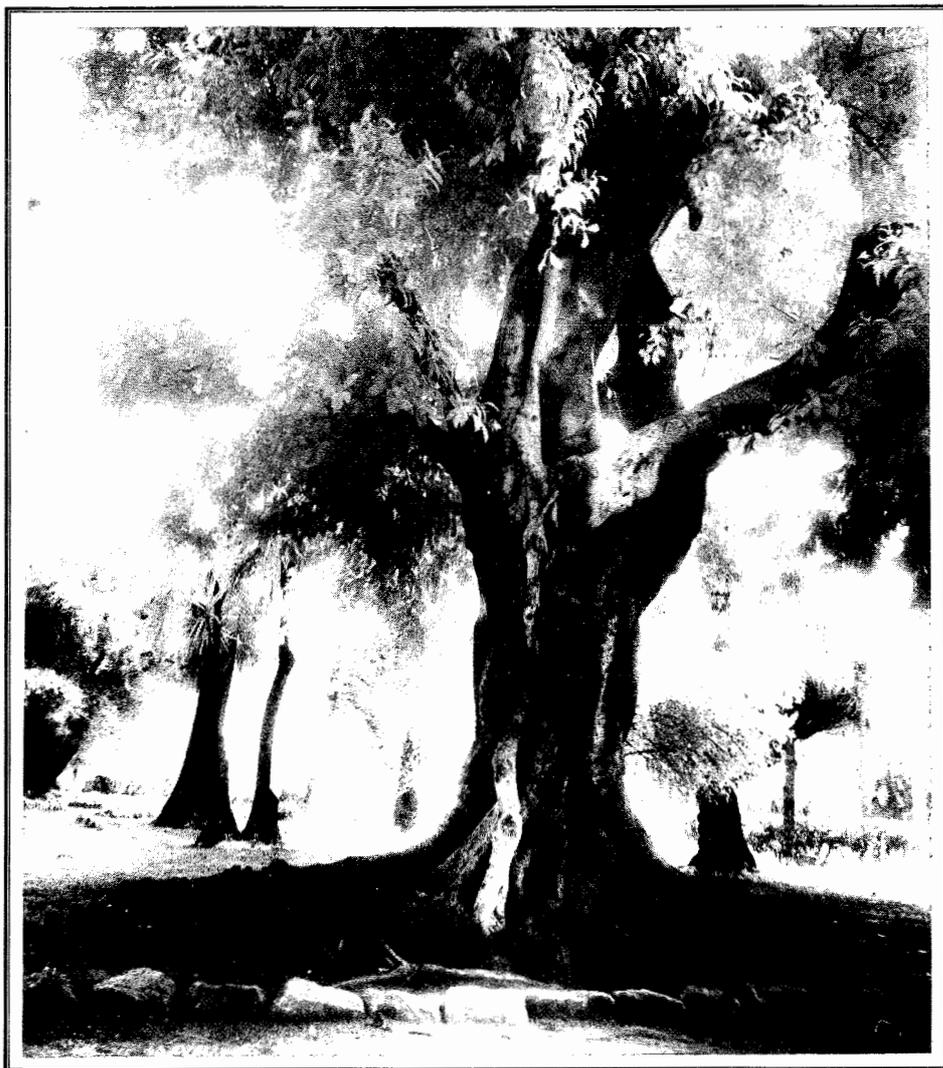
Sono di quegli anni la lenta acquisi-

zione dei diritti dei bambini ad essere ricoverati nei reparti pediatrici e non in quelli degli adulti (specialmente nei reparti di malattie infettive: e ciò provoca una dura querelle con gli infettivologi).

E' di quegli anni la rivendicazione del diritto a un ospedale "aperto" alle madri e alle famiglie.

Le prime leggi per la tutela psicoaffettiva dei bambini ricoverati sono del 1980-1981 e i punti di riferimento degli assessorati alla Sanità sono pediatri vicini al direttivo della SIP. In questo c'è sintonia fra la parte più avveduta della Pediatria e la lezione di Giulio Maccacaro, presente spesso alle tavole rotonde di "Prospettive".

I temi di Maccacaro sono noti: la sperimentazione sul malato non consenziente (anche su questo c'era





stata una tavola rotonda di "Prospettive" nel 1974), le chiusure delle pediatrie ai genitori, l'identificazione del bene con il proprio bene, la prepotenza del potere (o del falso potere) medico; e, sul piano della costruzione dei servizi sanitari, l'epidemiologia al servizio della prevenzione. La sua ultima rivista si chiamava infatti "Epidemiologia e Prevenzione"; nel comitato editoriale stava F. Panizon. Maccacaro aveva pubblicato il libro di Robertson "Bambini in ospedale", aveva pubblicato un seminario studentesco dal titolo "Il bambino è dell'ospedale?" che sembrava polemicamente assurdo ma che non era tanto lontano dalle voci di rifiuto della madre in ospedale che si erano sentite nella tavola rotonda di "Prospettive" nel '73 da parte dei pediatri della tradizione.

Era, Maccacaro, una voce "irritante" ma nella Società di pediatria di quegli anni il senso stava nell'andare a comprendere le voci difficili, anche "irritanti", ma che operavano per aprire la pediatria alla realtà sociale.

Un'altra grossa innovazione della SIP di quei tempi è la fine, anche se graduale, dei congressi di pediatria fatti per relazioni. Vi si sostituisce la tavola rotonda - ma quella vera - con opinioni discordi attorno al tema. Riforma che durerà poco perchè poi, passata la gestione Burgio, i panelisti delle tavole rotonde ritorneranno a fare le loro relazioni.

Di quegli anni (1976) è anche un convegno tenuto a Trieste sui problemi dei servizi materno-infantili, sull'area delle cure primarie, sull'umanizzazione degli spazi ospedalieri (la madre in ospedale, il rooming in), sull'organizzazione dei servizi territoriali, secondo gli schemi del Team elementare e del Team multiplo.

Trieste non era nuova a questa ricerca di "rivoluzionarie" (per l'Italia) strade. Nel 1972 vi era stato un congresso straordinario della SIP, pubblicato su "Prospettive", con temi non usuali per quei tempi come gli screening, il rapporto reddito-mortalità la frequenza alla scuola materna, la

medicina scolastica, il disadattamento e la dissocialità. Il tutto immerso in una atmosfera europea; il convegno ospitava Lindquist, Norman, Postiglione, Masse, Jeanneret,

di "M e B". Gli obiettivi e gli interlocutori sono estremamente diversi.

"Crescita" porta in testata "incontro di culture per la salute" (l'editore, con molta gentilezza, non aveva accet-



Kerpel-Fronius, Suarez e altri.

Burgio scade dalla presidenza della SIP a fine 1979.

Giungono gli anni '80. E' degli inizi degli '80 la nascita di due riviste che avrebbero voluto avere (e una c'è riuscita) un preciso significato nella formazione dei giovani pediatri. "Medico e Bambino", edito dalla Edifarm, e "Crescita" della Editiemme. Nascono pressoché contemporaneamente (1982 e 1983): escono nella stessa settimana il n. 1 di "Crescita" e il n.0

tato "per una metacultura della salute") ma il termine "metadisciplinare" appare spesso negli editoriali di Nordio.

"Crescita" è redatta da un gruppo di pediatri, psicologi, ostetrici, neuropsichiatri infantili e psichiatri. Nasce come la rivista dell'integrazione culturale, della preminenza dei servizi territoriali, dell'area delle cure primarie. Obiettivo, più che l'aggiornamento, è l'elaborazione: questo è un primo, grosso impegno che non troverà rea-





# ACP memoria

lizzazione. La redazione stessa avverte nel suo seno le difficoltà della comunicazione fra le varie professionalità e l'incontro fra le culture della salute si rivela molto difficile. Ma, soprattutto, è difficile la prosa che viene proposta dalle pagine del periodico e che non è metabolizzata all'interno della redazione.

Le aspirazioni, le intenzioni del sottinteso diventano faticosamente elaborazione e sintesi e spesso non lo diventano affatto.

La capacità di metabolizzare le varie culture presenti si rivela più difficile del previsto; i pediatri che collaborano a "Crescita" sono quelli ospedalieri e universitari, cioè quelli che operano soli e che problemi di integrazione non ne hanno; il richiamo ai "valori" della medicina territoriale e di comunità non è raccolto proprio dai pediatri che in quel campo lavorano. I tentativi di ottenere collaborazione falliscono. Dopo tre anni, la rivista, che avrebbe dovuto essere tipicamente lo strumento dell'integrazione che doveva esistere nei consultori, chiude per mancanza di introiti pubblicitari che provenivano per la maggior parte dalle case farmaceutiche e dall'industria alimentare.

Non c'è grande rimpianto per la chiusura, fuori dalla stretta cerchia dei cultori dell'incontro metadisciplinare.

La rivista era stata accolta, del resto, con qualche ironia, sia dai tradizionalisti che dagli empirici. Qualche lavoro era circolato nei consultori ma, in verità, la rivista aveva prodotto poco e ognuno ora era tornato a lavorare nel

proprio orto. In redazione c'era Guaraldi, maestro di Caffo; quest'ultimo, quattro anni dopo la chiusura della rivista per la quale aveva collaborato, darà il via in Emilia Romagna al "Telefono Azzurro".

Il motivo principale del fallimento operativo (ma forse non del fallimento culturale) stava nella mancanza di target. Quegli operatori dei servizi che avrebbero dovuto usare la rivista o non c'erano (i servizi materno-infantili, bene o male - più male che bene -

telescopio.

In un contesto abbastanza arretrato, va riconosciuta a Crescita l'intuizione che debba esservi una figura di pediatra che operi a livello della comunità, invece che sul singolo bambino, e che si faccia carico della organizzazione dell'assistenza alla "nuova morbilità" allargando la visione pediatrica a orizzonti più vasti.

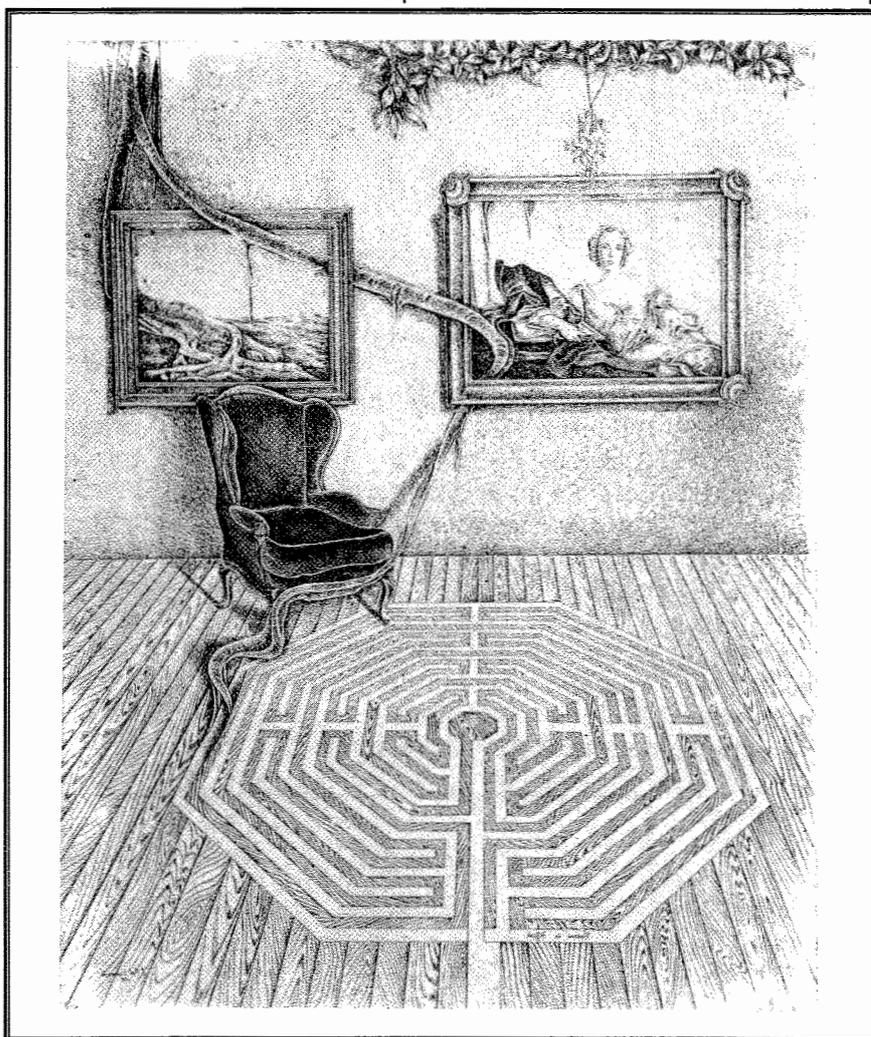
Questa visione, del resto, l'American Academy Pediatric l'aveva intravista oltre 20 anni prima: esattamente nel 1959!

Rispetto a Crescita è del tutto diversa la motivazione della nascita di M e B che riprende, in parte, l'esperienza di una rivistina pubblicata da alcuni giovani milanesi: "Novità in Pediatria".

"Novità in Pediatria", edita - come Crescita - dalla Editiemme, era una rivista tascabile graficamente bruttina "da leggere in ascensore o in corridoio o in bagno" si diceva. Portava pochi riassunti di articoli commentati. Conosco pediatri pratici che la conservano ancora come primo esempio di aggiornamento ben fatto.

Mentre Crescita nasce per un atto illuministico e d'orgoglio, M e B nasce su richiesta dell'utenza,

dopo due anni di progettazione e con intenti modesti solo apparentemente. Nei non molti congressi di quell'inizio degli anni '80 la frequentazione del nuovo soggetto dell'assistenza pediatrica, il pediatra di libera scelta (convenzione 1978), cresce enormemente e crescono le sue richieste di aggiornamento per il saper fare e per il



operavano operavano solo nell'Italia del nord-est e in Lazio) o (se c'erano) erano, nel loro complesso, indifferenti alla affermata necessità di passare dall'ambulatorio alla tematica del consultorio, del territorio, della epidemiologia e della prevenzione. Erano più per la cura che per la sorveglianza. Erano più per lo stetoscopio che per il



# ACP iscrizioni e rinnovi

Le quote di iscrizione - che dovrebbe essere rinnovata all'inizio di ogni anno - sono ben lungi dall'essere regolari: più o meno la metà delle quote ci perviene con puntualità e, certamente, ciò avviene per dimenticanza o distrazione. Per questo, mi permetto di ricordare agli "sbadati" di regolarizzare al più presto la loro posizione.

Noi crediamo che le associazioni, così come i singoli, perché siano veramente liberi e indipendenti debbano reggersi con le proprie forze e non legarsi a dipendenze economiche più o meno velate.

L'ACP, da sempre, è andata avanti basando la propria esistenza su due sole forze: le quote dei soci e il lavoro volontaristico e disinteressato di alcune persone che hanno uno "strano" concetto del prossimo e che ritengono, quindi, insufficiente l'occuparsi soltanto di se stessi, della propria famiglia, del lavoro, degli amici.

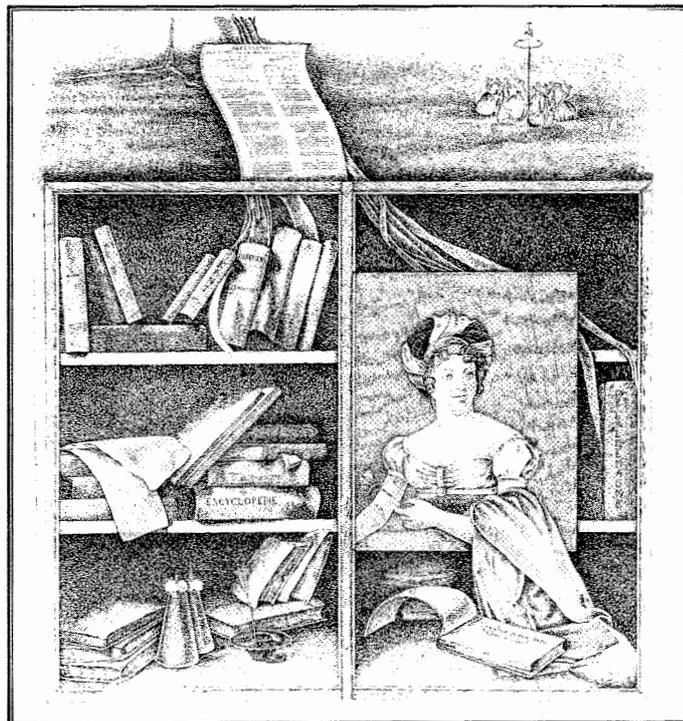
Chi volesse iscriversi all'ACP - o rinnovare la propria iscrizione - dovrà effettuare un versamento di 50.000 lire (quota annuale) usando il c/c postale, allegato ai "Quaderni ACP", intestato alla ACP sez. Sarda, indicando nella causale l'anno di contribuzione.

E' pure possibile inviare, tramite "assicurata convenzionale", un assegno del proprio conto bancario intestandolo al Tesoriere "Franco Dessì ACP" in via Montiferru 6 - 09070 Narbolia - Oristano; infine, si può anche effettuare un bonifico bancario al c/c 15621 del Banco di Sardegna Ag. 1 di Sassari, intestandolo all'Associazione Culturale Pediatri.

I soci potranno controllare la propria "situazione quote" leggendo nella parte bassa dell'etichetta con il loro nome e indirizzo, incollata alla busta dei "Quaderni ACP" e utilizzata per la spedizione dello stesso; in questa compaiono i versamenti che ci risultano effettuati negli ultimi tre anni: NO significa non pervenuto; 30 vuol dire che ci sono arrivate solo 30.000 lire anziché 50.000.

Quelli che vogliono iscriversi per la prima volta (e per iscriversi non occorre essere pediatri e nemmeno medici) dovranno farci pervenire, oltre al loro nome e cognome, l'indirizzo esatto e completo di Cap, l'anno di nascita e la loro attività (per esempio: pediatra di base, medico di base, pediatra di comunità, primario ospedaliero, metalmeccanico, eccetera); potranno essere utili il numero di telefono e il campo di interesse culturale.

L'iscrizione all'ACP dà diritto a ricevere i "Quaderni" e il suo supplemento "Ausili Didattici ACP", per un totale di 6 numeri all'anno (esenti da sponsor..."impegnativi"), inviati bimestralmente; inoltre, gli iscritti riceveranno automaticamente "Medico e Bambino". E su questi due argomenti dobbiamo spendere qualche parola. Per quanto riguarda "Ausili Didattici", in seguito a problemi di compatibilità con il vecchio editore, si è deciso un impegno editoriale autonomo garantendo nello stesso tempo la ripresa regolare delle spedizioni sia del materiale stampato sia delle videocassette-lezioni (si tranquillizzino, quindi, quanti hanno già sottoscritto l'abbonamento ai 6 video: riceveranno tutto al più presto; anzi, agli abbonati chiediamo di farci pervenire ogni informazione sulla sottoscrizione a suo tempo inviata alla



Helix Media). Chi fosse, invece, interessato a ricevere soltanto "Medico e Bambino" sarebbe meglio si abbonasse rivolgendosi direttamente alla Edifarm, poiché tale abbonamento non ha alcuna relazione con l'iscrizione all'ACP. I motivi per voler far parte dell'ACP, infatti, dovrebbero davvero essere altri: dimostrare tangibilmente di voler condividere la linea culturale e politica dell'Associazione, cercare l'occasione per conoscere l'attività dei vari gruppi, voler partecipare direttamente ai lavori, eccetera, eccetera.

Franco Dessì



# Ausili Didattici ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

Supplemento al n° 1/1994 di Quaderni ACP



all'interno:

- CONSENSUS CONFERENCE II parte
- BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE
- ACP info
- OBIETTIVI, INTERVENTI E INDICATORI PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA DELL'ETA' SCOLARE
- ATTIVITA' DI COMPETENZA DEI SINGOLI SERVIZI
- APPENDICE I - CRITERI DI VALUTAZIONE DI UN TEST DI SCREENING
- BIBLIOGRAFIA DI ORIENTAMENTO

n° 1

luglio 1994

# EDITORIALE

Supplemento al n° 1/1994 di Quaderni ACP  
Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

*Direttore responsabile:* Franco Dessì  
*Coordinamento:* Carla Berardi, Roberto Buzzetti,  
Franco Dessì, Rosario Ferracane, Michele  
Gangemi, Monica Pierattelli, Leo Venturelli  
*Redazione:* Salvo Fedele, Pippo Montedoro  
*Disegni:* Liliana Conti Cammarata  
*Fotografie:* Nino Russo  
*Illustrazioni:* Tratte da: "Dove sta Zazà"  
(Tullio Pironti Editore)

*Progetto grafico e videoimpaginazione:* Toni Saetta  
*Stampa:* Editoriale Antiterra S.n.c.  
via Mogadiscio, 2/c - Palermo  
Tel. 091/224847

## S O M M A R I O

Editoriale	pag 30
- Profilassi malattie infettive nelle comunità infantili	
- <b>CONSENSUS CONFERENCE II Parte</b>	pag 31
- Giardina Lambliosa	pag 32
- Ossiurasi	pag 32
- Shigellosi	pag 33
- Epatite A	pag 33
- Herpes Simplex	pag 34
- Sindrome bocca - mano - piede	pag 34
- Mononucleosi infettiva	pag 34
- Infezione da Cytomegalovirus	pag 34
- Stato di portatore cronico di HBV	pag 35
- HIV Positività	pag 35
- Pertosse	pag 36
- Rosolia	pag 36
- Parotite epidemica	pag 37
- Varicella	pag 37
- Morbillo	pag 37
- Malattie streptococciche da streptococco beta-emolitico di gruppo A	pag 38
- Esantemi minori	pag 39
- Eritema infettivo	pag 39
- Bibliografia essenziale	pag 40
- ACP info	pag 41
- Linee-guida per la programmazione delle attività di tutela della salute in età scolare	pag 42
- Obiettivi, interventi e indicatori per la programmazione delle attività di medicina dell'età scolare	pag 42
- Attività di competenza dei singoli servizi	pag 45
- <b>Appendice I</b>	
- Criteri di valutazione di un test di screening	pag 45
- Bibliografia di orientamento (ottobre 1993)	pag 46
- <b>PROGRAMMA DEI PROSSIMI INCONTRI</b>	pag 48

AUSILI DIDATTICI ACP, come si può facilmente immaginare, raccoglie l'eredità di Ausili Didattici per il Pediatra Ambulatoriale, oltre che la sua redazione al completo. Nonostante il discreto successo di quel giornale più di una lamentela era pervenuta sulla qualità di riproduzione delle videocassette; in effetti il mancato introito pubblicitario aveva impedito all'editore di migliorarne la qualità.

Per questo non avendo più trovato alcuna utilità nel mantenere un rapporto con la Helix Media, che poteva fare di più di quello che noi, liberamente e con i nostri mezzi possiamo fare, grazie agli abbonamenti e al supporto dell'Associazione Culturale Pediatri, abbiamo deciso un impegno editoriale autonomo.

Almeno per i prossimi due numeri, ci affideremo ancora alla bontà dei contenuti più che alla qualità delle riproduzioni.

Nel prossimo numero riprenderemo la produzione delle videocassette per completare l'abbonamento.

Nel frattempo chiediamo a tutti coloro che hanno effettuato l'abbonamento con la Helix Media di inviare comunicazione a Franco Dessì all'indirizzo che troverete nel giornale. Questo ci consentirà di ricostruire l'archivio degli abbonati e di sanare eventuali inadempienze della Helix Media.

Coloro che non sono abbonati avranno la possibilità di acquistare le nuove videocassette, e probabilmente anche le vecchie, singolarmente.

La nuova campagna abbonamenti partirà invece dal primo numero del prossimo anno.

Per il resto il giornale sembra godere di ottima vitalità.

Con il prossimo numero che raccoglierà tra l'altro i contributi della "Ricerca in pediatria di base" che verranno presentati a Firenze, riprenderemo le consuete rubriche mentre questo, come potete ben vedere, viene dedicato del tutto alla medicina di comunità, completando tra l'altro la pubblicazione della consensus conference ACP di Bologna.

A Firenze troveremo il modo di parlare anche del piano editoriale futuro di questo giornale.



PROFILASSI  
MALATTIE INFETTIVE  
NELLE COMUNITA' INFANTILI

II PARTE

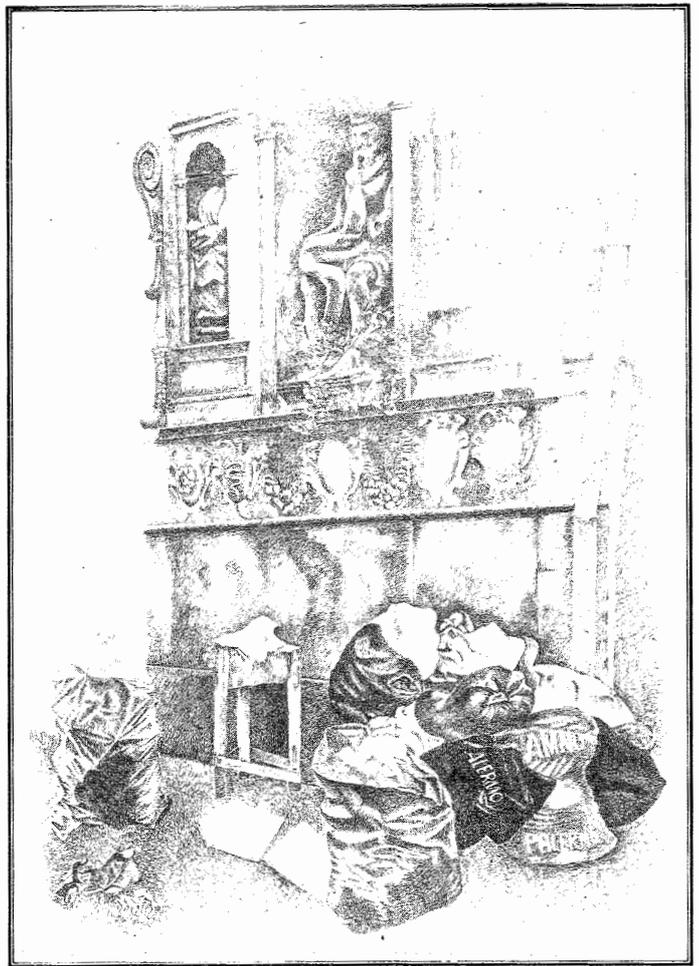
# CONSENSUS CONFERENCE

ASSOCIAZIONE CULTURALE  
PEDIATRI

BOLOGNA 17/9/93

**Coordinamento:**

L. Contarini (*Lugo di Romagna*)  
M.P. Fantini (*Bologna*)  
M. Gangemi (*Verona*)  
L. Grandori (*Modena*)  
D. Lorenzoni (*Reggio Emilia*)



**Gruppo collaborativo:**

I. Brusaterra (*Thiene*)  
D. Campi (*Mestre*)  
R. Canino (*Viadana*)  
M. Cestele (*Trento*)  
F.M. Deriu (*Parma*)  
F. Foschi (*Cesena*)  
C. Lazzarato (*Cittadella*)  
M.C. Magnani (*Noale*)  
M. Pacchin (*Noventa Vicentina*)  
G. Perri (*Lamezia Terme*)  
M.T. Travella (*Grottamare*)  
M. Venturini (*Rimini*)



Si ringraziano per la preziosa collaborazione fornita:

L. Gardenghi (*S. Igiene Pubblica USL n° 5 Fidenza*)  
L. Giovanardi (*S. Igiene Pubblica USL n° 5 Fidenza*)  
E. Marchionni (*S. Igiene Pubblica USL n° 5 Fidenza*)  
M. Cornale (*SMI Lugo di Romagna*)  
M. Manfredini (*SMI Argenta-FE*)  
P. Casadio (*S. Igiene Pubblica Lugo di Romagna*)  
M. Masi (*Clinica Pediatrica - Università di Bologna*)

## GIARDIA LAMBLIA

**Eziologia:** La Giardia Lamblia è un protozoo flagellato, solo due specie sono infettive per l'uomo. Il protozoo esiste in due forme: trofozoita e cisti; la forma infettiva è rappresentata dalla cisti.

**Serbatoio:** l'uomo è il principale serbatoio dell'infezione, ma la Giardia del cane, del castoreo e di altri animali sono infettive per l'uomo. Le cisti di origine umana sono più contagiose di quelle di origine animale.

**Popolazione a rischio:** i bambini che frequentano nidi e scuole materne. Sono più predisposti all'infezione da Giardia i soggetti con carenza di IgA secretorie, affetti da fibrosi cistica o da malnutrizione, i bambini che hanno subito un precedente intervento chirurgico con rimozione di parte dello stomaco e quelli che presentano una acidità gastrica ridotta.

**Modalità di contagio:** circuito oro-fecale per ingestione di cisti contenute nelle feci, nell'acqua o in oggetti contaminati. Frequente la trasmissione interpersonale, specie nelle comunità dove vengono accuditi bambini che non hanno ancora raggiunto il controllo degli sfinteri. Occasionalmente anche il personale che si occupa di questi soggetti o i membri della famiglia possono infettarsi.

**Periodo di incubazione:** solitamente da 1 a 4 settimane.

**Periodo di contagiosità:** dura fintanto che vengono eliminate le cisti (periodo variabile, anche 12-24 mesi; nel 50% degli adulti le cisti scompaiono spontaneamente in 1-3 mesi). Queste restano contagiose anche per mesi se rimangono in ambiente umido.

**Diagnosi:** il parassita può essere individuato con l'esame microscopico delle feci, del liquido duodenale o più raramente con biopsia della mucosa del tenue.

### Misure di profilassi:

per gli **affetti:** i bambini con giardiasi sintomatica devono essere allontanati dalla comunità finché non hanno completato la terapia (chinacrina, furazolidone, metronidazolo) che verrà somministrata per 7-10 giorni e, in caso di insuccesso, ripetuta dopo 2 settimane; sarà necessario inoltre che la diarrea sia scomparsa.

Per i **contatti:** i soggetti sintomatici vanno trattati.

Si sconsiglia il trattamento dei portatori asintomatici poiché non sono ancora stati valutati i rischi e i benefici. Andranno osservate con estrema attenzione le norme igieniche atte a prevenire il contagio (lavaggio delle mani all'arrivo a scuola, prima di mangiare, dopo il cambio del pannolino o l'uso del bagno e utilizzo di sapone liquido in dispenser e asciugamani a perdere).

Per il **personale:** i soggetti sintomatici andranno trattati. Applicazione scrupolosa delle norme igieniche atte a prevenire il contagio.

Per i **genitori:** vanno avvertiti che si è verificato a scuola un caso di diarrea da Giardia lamblia e consigliati di rivolgersi al pediatra qualora il figlio presentasse sintomi acuti o cronici della malattia.

In caso di **epidemie:** sorveglianza sanitaria per 4 settimane dall'ultimo contatto con il soggetto malato per identificare tutti i bambini e gli adulti sintomatici. Allontanamento di tutti i soggetti con diarrea fino alla risoluzione della patologia. Non è stata dimostrata l'efficacia del trattamento dei portatori asintomatici in corso di epidemia, così come non se ne è raccomandata l'esclusione dalla scuola.

## OSSIURIASI

**Eziologia:** *Enterobius vermicularis*, nematode intestinale.

**Serbatoio:** l'uomo è l'unico ospite. Gli ossiuri degli animali non sono trasmissibili all'uomo.

**Popolazione a rischio:** è molto diffusa nei bambini in età prescolare e scolare, nelle mamme di bambini infetti e nei soggetti istuzionalizzati. Nelle scuole materne è stata rilevata una prevalenza fra il 40 ed il 60%.

**Modalità di contagio:** attraverso l'ingestione di uova dell'*Enterobius vermicularis*. La trasmissione può avvenire per trasferimento diretto oro-fecale di uova infettanti, oppure indirettamente attraverso abiti, biancheria del letto, cibo o altri oggetti contaminati dalle uova del parassita.

**Periodo di incubazione:** il periodo di tempo che va dall'acquisizione dell'infezione alla deposizione delle uova non è ben stabilito. Si stima un intervallo dalle 2 settimane ai 2 mesi. La malattia sintomatica con alta carica parassitaria è il risultato di successive reinfestazioni in un lasso di alcuni mesi dall'esposizione.

**Periodo di contagiosità:** per tutto il periodo nel quale le femmine gravide depongono le uova nella regione perianale. Le uova rimangono infettanti in ambiente chiuso per circa 2 settimane.

**Diagnosi:** applicazione di nastro adesivo trasparente sulla regione perianale per raccogliere le uova ed esame microscopico dell'adesivo (scotch test); il campione va raccolto la mattina appena il bambino si sveglia e non si è ancora lavato. L'esame va ripetuto 3 o più volte prima di considerarlo negativo.

### Misure di profilassi:

per gli **affetti:** la Circ. Min. San. n° 65 del 18/8/83 non menziona disposizioni al riguardo, la letteratura consiglia l'allontanamento dalla comunità finché i soggetti interessati non siano stati sottoposti ad adeguato trattamento. Per evitare che l'eliminazione di uova e parassiti adulti, indotta dalla terapia, avvenga nella comunità, si consiglia l'allontanamento per 24 h dopo l'assunzione della terapia.

Per i **contatti:** se presentano prurito anale dovranno eseguire il test per verificare la presenza di ossiuri ed in caso di positività dovranno sottoporsi ad adeguato trattamento.

Per il **personale**: seguire accuratamente le norme igieniche atte a prevenire il contagio. E' però molto difficile controllare la diffusione dell'Enterobius nelle comunità.

Per i **genitori**: informare riguardo all'ubiquità dell'infestazione da Ossiuri nei bambini di questa età che frequentano le comunità; informare riguardo alle manifestazioni cliniche, le modalità di trasmissione, di diagnosi e la terapia. Vanno inoltre rassicurati sul fatto che l'enterobiasi non è indicativa di cattive condizioni igieniche.

## SHIGELLOSI

**Eziologia**: Bacilli Gram-negativi della famiglia delle Enterobacteriaceae; ne sono state identificate 4 specie, *Shigella flexneri* molto diffusa nei paesi sviluppati, *Shigella sonnei* predominante nei paesi in via di sviluppo, *Shigella dysenteriae* poco comune ma può determinare la sindrome emolitico-uremica, *Shigella boydii* molto rara.

**Serbatoio**: l'unico serbatoio conosciuto è l'uomo.

**Popolazione a rischio**: l'infezione si riscontra più spesso in bambini tra 1 e 4 anni; i bambini che frequentano il nido sono una popolazione particolarmente a rischio: l'incidenza della malattia è alta anche nelle istituzioni per ritardati e disabili.

**Modalità di contagio**: circuito oro-fecale. La modalità di contagio più frequente nei bambini è quella da persona a persona; è possibile anche la via indiretta attraverso l'ingestione di cibi, acqua o oggetti contaminati. I roditori, le mosche e gli scarafaggi possono veicolare il microrganismo. Il numero di microrganismi necessario a determinare la malattia è molto basso. Lo stato di portatore cronico (più di un anno) è raro tranne che nei soggetti malnutriti.

**Periodo di incubazione**: l'intervallo tra l'ingestione del microrganismo e la comparsa dei sintomi è di solito di 12-48 ore, ma può arrivare a 7 gg.

**Periodo di contagiosità**: nei pazienti non trattati il microrganismo si ritrova nelle feci dai 7 ai 30 giorni dopo l'esordio dei sintomi; solo 1-4 gg. nei soggetti sottoposti a terapia antibiotica.

**Diagnosi**: Colture delle feci

### Misure di profilassi:

Per gli **affetti**: allontanamento dalla comunità finché non ha completato il ciclo di terapia antibiotica (5 giorni) e comunque finché non è cessata la diarrea.

Per i **contatti**: attenta osservanza delle norme igieniche atte a ridurre le possibilità di contagio. Esecuzione della coprocoltura ai soggetti sintomatici.

Per il **personale**: attenta osservanza delle norme igieniche atte a ridurre le possibilità di contagio. Esecuzione della coprocoltura ai soggetti sintomatici.

Per i **genitori**: i membri della famiglia del bambino infetto sono a rischio di contagio; se si manifesta diarrea devono far presente al loro medico che il bambino ha avuto la shigellosi.

## EPATITE A

**Eziologia**: HAV, RNA virus del gruppo dei picornavirus.

**Modalità di contagio**: oro-fecale

**Periodo di incubazione**: 15-20 giorni; media 25-30 giorni.

**Periodo di contagiosità**: 3 settimane (2 settimane prima della comparsa dell'ittero, periodo in cui la contagiosità è massima, ed una settimana dopo la comparsa dell'ittero).

**Diagnosi**: IgM antiHAV (sono presenti nella fase acuta di malattia e vengono sostituite da IgG nel giro di 2-4 mesi).

### Misure di profilassi:

l'epatite A è di solito asintomatica nei bambini piccoli. L'infezione può essersi ben radicata in un asilo prima che l'ampiezza dell'epidemia venga riconosciuta, di solito perché i genitori o il personale sviluppano un ittero. Allontanamento del bambino o dell'adulto affetto per una settimana dopo la comparsa dell'ittero. I casi sospetti di infezione (bambini e adulti) devono essere valutati con la ricerca delle IgM anti-HAV. Accurata igiene delle persone e dell'ambiente: l'HAV può sopravvivere nell'ambiente per settimane.

**Asilo nido**: si raccomanda la somministrazione di Ig (0,02 ml/Kg) ai bambini della stessa sezione del caso indice. Se l'età di quest'ultimo è inferiore ai due anni e il controllo sfinterico non ancora ottenuto, la somministrazione di Ig va estesa a tutti i bambini e agli adulti frequentanti la struttura.

**Scuola Materna**: l'esposizione scolastica non rappresenta un grosso rischio di trasmissione. Le Ig possono essere consigliate ai bambini che hanno avuto uno "stretto contatto" con il caso indice.

E' importante l'**indagine epidemiologica** nei confronti della famiglia del caso indice.

I **contatti familiari** di un bambino con epatite A devono ricevere il prima possibile Ig (0,02 ml/kg). La somministrazione di Ig oltre le due settimane dall'ultimo contatto con il caso indice non è indicata.

In caso di **focolaio epidemico** (due o più casi fra i frequentanti l'asilo nido o nei contatti familiari di due bambini) si consiglia la somministrazione di Ig a tutti i bambini ed agli adulti.

## HERPES SIMPLEX

**Eziologia:** DNA virus, *tipo 1* (usualmente coinvolge la faccia e la cute al di sopra della cintura) e *tipo 2* (usualmente interessa i genitali e la cute al di sotto della cintura). Ciascun tipo si può comunque ritrovare in qualsiasi sede in relazione alle modalità di contagio.

**Modalità di contagio:** HSV-1: contatto diretto con le lesioni o con le secrezioni orali infette. HSV-2: contatto diretto soprattutto durante i rapporti sessuali

**Periodo di incubazione:** da 2 a 14 giorni (soprattutto stimata per l'herpes genitale).

**Periodo di contagiosità:** nella prima infezione l'HSV può essere isolato per almeno una settimana e raramente per alcuni mesi. Il virus può essere eliminato in maniera intermittente dalla bocca, anche in assenza di manifestazioni cliniche, per anni dopo la prima infezione. Nelle infezioni recidivanti la concentrazione del virus è massima nelle 24 ore successive alla comparsa delle vescicole. Dopo 5 giorni il virus solitamente non è più presente. La trasmissione può avvenire durante la prima infezione o nelle ricorrenze, indipendentemente dalla presenza dei sintomi.

### Misure di profilassi:

i bambini con herpes labiale semplice non devono essere esclusi dalla frequenza dell'asilo nido nè dalla scuola materna. I bambini con gengivo-stomatite erpetica devono essere esclusi dall'asilo nido fino a guarigione clinica. Non sono esclusi dalla scuola materna purché controllino le secrezioni orali. I bambini con infezioni erpetiche recidivanti della cute possono frequentare sia l'asilo nido sia la scuola materna purché le lesioni siano adeguatamente coperte durante la fase attiva.

## SINDROME BOCCA-MANO-PIEDE

**Eziologia:** Coxachie A16 (Rna virus del gruppo degli Enterovirus non polio)

**Modalità di contagio:** oro fecale e contatto diretto con secrezioni infette.

**Periodo di incubazione:** 4-6 giorni.

**Periodo di contagiosità:** la trasmissione può continuare per alcune settimane dopo l'inizio dell'infezione.

### Misure di profilassi:

non è necessario allontanare i bambini dalla frequenza dell'asilo se non febbrili. In questo caso la riammissione, come per le altre virosi sistemiche, avverrà a guarigione clinica.

## MONONUCLEOSI INFETTIVA

**Eziologia:** Virus di Epstein Barr (DNA virus della famiglia degli herpes virus).

**Modalità di contagio:** contatto diretto attraverso la saliva.

**Periodo di incubazione:** 30-50 giorni.

**Periodo di contagiosità:** può protrarsi per molti mesi dopo l'infezione. E' comune la situazione di portatore asintomatico. Il periodo di contagiosità non è determinato.

**Diagnosi:** la diagnosi si basa sui test sierologici con ricerca delle IgM antiVCA (antigene virale capsidico). La presenza invece delle Ig anti EBNA (EBV nuclear antigen) esclude una infezione recente.

### Misure di profilassi:

allontanamento dei casi sintomatici fino a guarigione clinica (nei bambini l'infezione è per lo più asintomatica). Per i contatti non è prevista alcuna particolare precauzione.

## INFEZIONE DA CYTOMEGALOVIRUS

**Eziologia:** Cytomegalovirus (DNA virus della famiglia degli herpes virus).

**Modalità di contagio:** attraverso le urine infette e la saliva. L'infezione è per lo più asintomatica. Nei soggetti immunocompromessi e nella donna gravida può rappresentare un problema la prima infezione così come la reinfezione (in cui possono ricomparire IgM anti CMV).

**Misure di profilassi:** bambini apparentemente sani possono eliminare il CMV con le urine o con la saliva. Il problema può sorgere per il personale femminile in gravidanza. Non è il caso di sottoporre il personale a screening sierologico. In particolare il personale che lavora con bambini che hanno meno di due anni deve essere preventivamente informato dei rischi rispetto ad eventuali gravidanze e delle adeguate misure igieniche.

## STATO DI PORTATORE CRONICO DI HBV

**Eziologia:** Virus dell'epatite B.

**Modalità di contagio:** parenterale, parenterale inapparente.

### **Misure di profilassi:**

Rappresentano un "rischio" per la trasmissione dell'infezione bambini portatori cronici con particolari abitudini comportamentali: tendenza a mordersi, a graffiare, o che presentano lesioni essudanti della cute o con tendenza ai sanguinamenti.

I dati della letteratura indicano quanto sia attiva la trasmissione orizzontale fra bambini coetanei conviventi. L'età dei bambini frequentanti gli asili nido e la scuola materna rende possibili e non sempre prevedibili comportamenti a rischio. Il rischio è maggiore se il bambino portatore cronico presenta ritardo psicomotorio o handicap psichico di vario tipo.

Altra considerazione importante è che il tipo di convivenza, particolarmente nell'asilo nido e la lunga permanenza dei bambini nelle strutture (più di 25 ore/settimana), configura la situazione della convivenza familiare.

Nell'attesa che si realizzi la copertura immunitaria di tutti i bambini frequentanti, in seguito alla obbligatorietà della vaccinazione anti epatite B, un soggetto HBsAg positivo, ad alta infettività (*HBeAg positivo*), potrà essere inserito nella comunità educativa (asilo nido e scuola materna) solo dopo che ai compagni di sezione saranno state offerte almeno due dosi di vaccino anti epatite. Questo perché dopo due dosi di vaccino si ottengono, nella maggior parte dei soggetti titoli anticorpali protettivi. I bambini portatori cronici a bassa infettività (*HBeAb positivi*) saranno inseriti senza attendere che vengano somministrate due dosi di vaccino, comunque offerto, ai compagni di classe. La Circ. Min. San. n° 14 del 31/03/92 recita "nessuna restrizione.... per la frequenza scolastica o per la immissione in comunità anche se HBV-DNA e HBeAg positivi..... Vaccinazione di massa nelle comunità infantili ove sono presenti portatori, specie anche se HBeAg positivi".

Il **personale adulto** portatore di HBV, se adeguatamente informato dei comportamenti corretti, non rappresenta una possibile fonte di infezione.

## HIV POSITIVITÀ

**Modalità di contagio:** L'HIV è stato isolato dal sangue, dal liquido cefalorachidiano, dal liquido pleurico, dal latte materno, dal liquido seminale, dalle secrezioni cervicali, dalla saliva e dall'urina. Epidemiologicamente però solo il sangue, il liquido seminale, le secrezioni cervicali e raramente il latte materno sono implicati nella trasmissione del virus da una persona all'altra.

I bambini rappresentano uno dei gruppi di soggetti in cui l'infezione da HIV si è incrementata più rapidamente negli ultimi anni. Il bambino può acquisire l'infezione essenzialmente dalla madre sieropositiva in gravidanza o nel periodo perinatale o tramite trasfusione di sangue o emoderivati infetti. Questa ultima via di trasmissione dal 1985 è virtualmente scomparsa in quei paesi che adottano adeguate norme preventive.

Attualmente nel mondo oltre i 3/4 dei bambini HIV positivi hanno acquisito l'infezione dalla madre. I rimanenti casi si sono verificati in bambini trasfusi nel corso dei primi anni ottanta. Fatta eccezione per le situazioni successive venute alla ribalta della cronaca (Francia, Bulgaria). Non vi sono casi documentati di infezione per altre vie. E' stato per altro riferito un caso di contagio fra fratelli verosimilmente in relazione con un morso profondo.

L'HIV non si trasmette per contatti in ambito familiare, come anche dimostrato da molti studi riportati in letteratura. Se ciò è valido nell'ambito della famiglia, è molto minore il rischio di trasmissione nelle comunità educative. Potenzialmente a rischio è l'esposizione di cute non integra e mucose a sangue infetto e/o liquidi organici, contenenti sangue.

### **Il bambino nato da madre HIV positiva**

Nel neonato da madre sieropositiva la diagnosi certa di infezione da HIV è più complessa che nell'adulto. I test esistenti, che mettono in evidenza IgM anti HIV, hanno una bassa sensibilità e specificità, mentre gli anticorpi della classe IgG, evidenziabili con le comuni metodiche (metodo non enzimatico e Western blot), fino ai 15-18 mesi possono essere di origine materna.

Per la diagnosi precoce di infezione sono di ausilio test per la ricerca diretta o indiretta del virus, che però non è tutti i centri hanno a disposizione. Inoltre l'affidabilità di queste metodiche, se non associate fra loro, non è totale.

In accordo con quanto suggerito dai CDC nel 1987 si possono ritenere infetti:

- 1) bambini con età > 15 mesi, se positivi per gli anticorpi anti HIV;
- 2) bambini con età <15 mesi, se sintomatici (AIDS o sindromi correlate secondo i criteri dei CDC) o in presenza di antigenemia sierica (p24);
- 3) un criterio diverso, proposto successivamente è che, nel caso si impieghino le metodiche per la ricerca virale (antigene p24 nel siero, coltura virale, ricerca del HIV-DNA tramite Polymerase Chain reaction o PCR, produzione di anticorpi anti HIV in vitro), si considerino sicuramente infetti quei bambini che siano risultati positivi a tre test su quattro.

Il bambino < 15 mesi deve essere altrimenti ritenuto in stato "indeterminato" di infezione (P0 sec. CDC).

### **Inserimento nell'asilo nido e nella scuola materna dei bambini infetti da HIV**

Considerando il diritto del singolo alla non esclusione e alla tutela della propria salute, la decisione dell'inserimento viene valutata dal medico ospedaliero che segue il bambino e dal medico curante insieme al pediatra della struttura educativa, caso per caso tenendo conto di:

- stato clinico generale
- modalità comportamentali
- sviluppo neurologico
- stato immunitario
- vantaggi derivanti al soggetto dalla socializzazione
- diritto alla riservatezza

## P E R T O S S E

**Eziologia:** *Bordetella Pertussis* (bacillo. Gram -) nel 90-95% dei casi. *Bordetella parapertussis* negli altri (ma forse anche fino al 20%).

**Serbatoio:** solo l'uomo.

**Popolazione a rischio:** persone di qualsiasi età ma più facilmente i bambini piccoli. Non vi è chiara evidenza di immunizzazione transplacentare. La malattia dà immunità duratura (a differenza del vaccino) ma non necessariamente permanente. I bambini sotto l'anno di età sono a più alto rischio di forme severe e complicate: il 90% dei casi letali si osserva sotto l'anno, il 75% sotto i sei mesi. I giovani e gli adulti presentano spesso forme lievi ed atipiche.

**Modalità di contagio:** prevalentemente per contatto diretto con le macrogoccioline respiratorie di un paziente affetto. Meno frequentemente attraverso il veicolo di oggetti contaminati dalle secrezioni. La malattia è altamente contagiosa.

**Periodo di incubazione:** incubazione da 7 a 10 giorni (range 5 - 20).

**Periodo di contagiosità:** dall'inizio dello stadio catarrale (immediatamente prima) a tre settimane dopo l'inizio dello stadio parossistico. Massima contagiosità nello stadio catarrale poi decremento. Se adeguatamente trattata con antibiotici il periodo di contagiosità si riduce a 5 giorni dopo l'inizio della terapia.

**Diagnosi:** clinica; il rilievo di leucocitosi con linfocitosi può essere d'aiuto. Le colture sulle secrezioni naso-faringee sono difficili e con falsi positivi e falsi negativi. I test sierologici sono poco sensibili

### Misure di profilassi:

Per gli **affetti:** i bambini affetti vanno allontanati per almeno 3 settimane dopo l'esordio dei parossismi o per almeno 7 giorni (sec. la circolare 65/83, ma 5 giorni per gli americani) dopo l'inizio di terapia con Eritromicina che va comunque continuata per 14 giorni.

Per i **contatti:**

**a) Nidi.** Tenuto conto dell'età dei soggetti presenti e delle maggiori caratteristiche di "contatti stretti" tutti i bambini andrebbero considerati contagiati. Se immunizzati con tre dosi di vaccino si può anticipare il richiamo. Se immunizzati con 1 o 2 dosi o se non immunizzati chemioprolifassi con Eritromicina.

**b) Materne.** Nei soggetti non immuni si può proporre la sorveglianza sanitaria (per almeno 14 giorni dall'ultimo possibile contatto) con allontanamento dei bambini sintomatici fino a valutazione da parte del medico (dal Red Book) oppure la chemioprolifassi.

Per il **personale:** gli adulti, vaccinati o no, hanno probabilmente perso il loro stato di immunogenicità; possono contrarre forme subcliniche e servire come fonte di contagio per i loro contatti. Per questo motivo è raccomandata la chemioprolifassi.

**Le Ig non sono efficaci.**

## R O S O L I A

**Eziologia:** *Rubivirus* (RNA virus) della famiglia dei Togavirus. Un solo tipo sierologico.

**Serbatoio:** solo l'uomo.

**Popolazione a rischio:** tutte le età sono suscettibili dopo i 6-9 mesi di vita. Circa il 10-20 % dei giovani adulti resta suscettibile. L'infezione contratta in gravidanza provoca (nel 25% dei casi) la Sindrome da **Rosolia Congenita**; più precoce è l'infezione più grave è la Sindrome: nel 1° trimestre può dare aborto o malformazioni multiple, successivamente, malformazioni singole meno gravi o a manifestazione postnatale tardiva.

**Modalità di contagio:** contatto diretto con le secrezioni naso faringee o con le macrogoccioline. Il virus è presente anche nelle urine dei bambini affetti da forma congenita.

**Periodo di incubazione:** 16-18 giorni (range 14 - 21).

**Periodo di contagiosità:** da 7 giorni prima a 14 giorni dopo l'esordio del rash (massima contagiosità da pochi giorni prima a 5-7 giorni dopo). Nei neonati affetti da Rosolia congenita il virus è eliminato nelle secrezioni naso faringee e nelle urine anche per molti mesi.

**Diagnosi:** Clinica, virologica e sierologica (IgM e IgG); quest'ultima utile nei casi atipici.

### Misure di profilassi:

Per gli **affetti:** la Circ. Min. San. n° 65 del 18/8/83 non prevede alcuna limitazione; si ritiene utile l'allontanamento del bambino affetto fino a guarigione clinica. Poiché la malattia è contagiosa prima dell'inizio dell'esantema e poiché sono frequenti le forme

inapparenti, la possibilità di controllare la diffusione tramite l'isolamento è aleatoria. I bambini con Rosolia congenita devono essere considerati contagiosi fino ad un anno di età a meno che gli esami virologici su urine e secrezioni naso faringee siano risultati negativi.

Per i **contatti**: nessun provvedimento, data la benignità della malattia.

Per il **personale**: l'ideale sarebbe che il personale avesse prodotto una documentazione di immunità all'atto dell'assunzione; altrimenti la prima fase del controllo è determinare lo stato immunitario.

Questo è importante soprattutto per le donne in età feconda; gli americani suggeriscono l'esecuzione di Test sierologici (IgG ELISA): se positivi, rassicurazione; se negativi, ripetere successivamente per documentare l'avvenuta infezione. Se vi sono gravide queste devono rivolgersi immediatamente al loro ginecologo.

Le Ig in gravide esposte al contagio non sono raccomandate perché, pur potendo evitare o attenuare la sintomatologia, non impediscono la viremia.

Per le **famiglie**: utile l'informazione relativamente alla possibilità che vi siano donne gravide.

**Eziologia**: *Paramixovirus* (RNA-virus); un solo tipo sierologico.

## PAROTITE EPIDEMICA

**Serbatoio**: l'uomo è l'unico ospite naturale.

**Popolazione a rischio**: rara nei primi sei mesi di vita, la malattia ha un picco di incidenza nella popolazione non vaccinata tra i 5 e 9 anni.

Complicazioni più severe nella popolazione di età superiore. Nel 1° trimestre di gravidanza può aumentare il rischio di aborto spontaneo; non evidenza di teratogenicità.

**Modalità di contagio**: tramite macrogoccioline e contatto diretto con le secrezioni respiratorie dei soggetti affetti.

**Periodo di incubazione**: da 12 a 25 giorni; in genere 18 giorni.

**Periodo di contagiosità**: da 7 giorni prima dell'esordio della tumefazione alla guarigione clinica; si fa presente che il virus è stato isolato dalla saliva fino a 9 giorni dall'esordio.

Massima contagiosità 48 ore prima della tumefazione. Pertanto una persona non immune esposta al contagio va considerata potenzialmente infettante dal 12° al 25° giorno dall'esposizione (Benenson)

**Diagnosi**: Essenzialmente clinica; test virologici e sierologici (quest'ultimi tardivi). Esistono forme subcliniche.

**Misure di profilassi**:

Per gli **affetti**: il bambino affetto deve essere allontanato fino a guarigione clinica (Cir. Min. San n° 65 del 18/8/83); secondo gli americani, per i motivi visti sopra, almeno per 9 giorni dalla tumefazione. Poiché il bambino è contagioso prima della tumefazione e poiché affezioni clinicamente inapparenti possono essere contagiose, la possibilità di controllare la diffusione tramite l'isolamento è aleatoria.

Per i **contatti**: data la generale benignità della malattia è sufficiente una semplice sorveglianza sanitaria. Ai non immuni di età superiore ai 12 mesi può essere consigliata la vaccinazione anche se non è dimostrato che essa possa prevenire la malattia dopo che si è verificato il contagio (non evidenza di complicanze se il soggetto sta incubando la malattia). Questa strategia può avere significato soprattutto all'interno di campagne di vaccinazioni di massa.

**Le Ig standard e Specifiche sono inefficaci.**

Per il **personale**: idealmente sarebbe opportuno che tutto il personale producesse documentazione di immunità (naturale o vaccinale) all'atto dell'assunzione. Se ciò non esiste sarebbe opportuna stabilire la suscettibilità di ognuno. (suggerire vaccino). ☉

## VARICELLA

**Eziologia**: *VZ virus* (Virus della Varicella-Zoster) del gruppo degli Herpes virus.

**Serbatoio**: esclusivamente l'uomo.

**Popolazione a rischio**: tutti coloro che non hanno immunità specifica, in genere comunque l'età infantile (90% entro i 15 anni). Lo Zoster invece è tipico dell'età adulta. (storia pregressa di Varicella). Rare ma possibili le reinfezioni per lo più a decorso subclinico o lieve. I soggetti immunocompromessi e i neonati la cui madre abbia presentato esordio di Varicella da 5 giorni prima a 2 giorni dopo il parto, sono ad alto rischio per forme severe (mortalità intorno al 5%). Nei primi mesi di gravidanza (1° trimestre e inizio del 2°) può dare embriopatia.

**Modalità di contagio**: per contatto diretto con le lesioni, per contatto diretto con le macrogoccioline, per via aerea; discussa la possibilità di trasmissione indiretta tramite oggetti. La malattia è altamente contagiosa (100% dei suscettibili nei contatti familiari, meno prevedibile nei contatti scolari). Lo Zoster è meno contagioso e nei bambini provoca varicella.

**Periodo di incubazione**: da 10 a 21 giorni dopo il contatto (media 14-16 giorni). L'uso di Ig specifiche può allungare i tempi di incubazione fino a 28 giorni.

**Periodo di contagiosità**: da 1-2 giorni prima a 7 giorni dopo la comparsa delle prime vescicole (limiti estremi: da 5 giorni prima fino alla formazione delle croste). Lo Zoster è contagioso per una settimana dopo la comparsa delle prime lesioni.

**Diagnosi**: Essenzialmente clinica; isolamento del virus dalla lesioni.

### **Misure di profilassi:**

Per gli **affetti**: esclusione dalla scuola per almeno 7 giorni successivi alla prima eruzione (Circ. Min. San. n° 65 del 18/8/83), meglio se ad essiccamento delle vescicole (Donowitz). Per lo **Zoster** valgono le stesse regole se le lesioni non sono in zona coperta; altrimenti basta l'educazione sanitaria.

Per i **contatti**: nessun provvedimento per i bambini sani; per i bambini ad alto rischio (immunocompromessi, leucemici in remissione etc.) se non già vaccinati, sono indicate le **VZIG** che sono efficaci se somministrate entro 96 ore dal contagio, alla dose di 125 U (1 fiala) ogni 10 Kg di peso (dose minima 1 fiala - massima 5 fiale).

Non esiste a tuutt'ora documentazione sufficiente che il vaccino, (indicato nei soggetti ad alto rischio), sia efficace se somministrato dopo l'esposizione. Ricordiamo che, specialmente per i soggetti ad alto rischio, l'Aciclovir è il farmaco di scelta in caso che l'infezione sia stata contratta.

Per il **personale**: adulti "normali" sono verosimilmente immuni. Le gravide nei primi mesi di gravidanza devono rivolgersi al loro ginecologo; la somministrazione di **VZIG** non garantisce la prevenzione dell'infezione fetale.

Per la **famiglia**: avvisare le famiglie soprattutto in relazione all'esistenza in esse di gravide a termine o di neonati molto piccoli.

## MORBILLO

**Eziologia:** *Morbillivirus*.

**Serbatoio:** l'uomo è l'unico serbatoio del virus benché alcune scimmie possano essere infettate.

**Popolazione a rischio:** altamente contagiosa, la malattia colpiva in epoca prevaccinale soprattutto l'età infantile (90% delle persone sotto i 20 anni già infettata). In epoca vaccinale le età più a rischio sono i bambini molto piccoli (sotto i 15 mesi) e i giovani adulti. Queste fasce d'età, unitamente ai soggetti malnutriti, alle gravide, agli immunocompromessi, rappresentano anche la popolazione a più alto rischio di malattia grave e di complicazioni.

**Modalità di contagio:** contatto con le secrezioni, contatto diretto con le macrogoccioline ma anche per via aerea a distanza (microgoccioline); il virus sopravvive a lungo nell'ambiente.

**Periodo di incubazione:** da 8 a 12 giorni fra l'esposizione e l'insorgenza della febbre; raramente più lungo (fino a 18 gg) specie se si è fatto uso di immunoprofilassi passiva.

**Periodo di contagiosità:** da poco prima dell'inizio dei sintomi (1-2 giorni) a 5 giorni dopo l'esordio del rash; massima contagiosità nel periodo catarrale. minima dal 2° giorno dopo il rash.

**Diagnosi:** clinica. Il dosaggio delle IgM può fornire una diagnosi precoce ma sempre dopo l'insorgenza del rash (le IgM sono presenti dal 1°-2° giorno del rash fino a 30-60 giorni dopo).

### **Misure di profilassi:**

per gli **affetti**: i bambini affetti vanno allontanati per almeno 5 giorni dopo la comparsa dell'esantema (Cir. Min. San. n° 65 del 18/8/83). Poiché sono contagiosi prima della comparsa dell'esantema, la possibilità di controllare la diffusione tramite l'isolamento è aleatoria.

Per i **contatti**: verifica dello stato immunitario (vaccinazione o storia di pregressa malattia); nei soggetti non immuni:

• **vaccinazione:** se eseguita entro 72 ore dal contagio può prevenire la malattia. La vaccinazione può essere consigliata anche ai soggetti di età compresa fra i 6 mesi e 1 anno (Nidi e contatti familiari), tenendo presente che questi soggetti dovranno tutti essere rivaccinati a 15 mesi.

• **Ig Standard:** sono efficaci se somministrate entro 6 giorni dall'esposizione. Consigliate nei bambini al di sotto dell'anno (0,25 ml/Kg) e nei soggetti immunocompromessi (0,5 mg/Kg), hanno una efficacia di 4 settimane. Dopo tre mesi (se non controindicata) vaccinazione.

Per il **personale**: verifica dello stato immunitario; ai non immuni possono essere consigliate le Ig o il vaccino.

Per le **famiglie**: informare in relazione alla possibile presenza in esse di soggetti a maggior rischio.

## MALATTIE STREPTOCOCCICHE DA STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO DI GRUPPO A

**Clinica:** Manifestazioni cliniche più comuni nell'infanzia:

- faringotonsillite
- scarlattina
- impetigine

Complicanze:

- RAA (dopo faringotonsillite e scarlattina)
- glomerulonefrite (dopo f.t., scarlattina ed impetigine)

**Eziologia:** Streptococco piogene gruppo A (beta-emolitico); se ne conoscono più di 80 tipi sierologici distinti in base a proteine di superficie. La diversità sierologica influenza la clinica: le infezioni cutanee sono in genere prodotte da sierotipi diversi. Non tutti i sierotipi sembrano reumatogeni. La scarlattina è legata a 3 diverse tossine eritrogeniche etc.

**Serbatovio:** l'uomo (secrezioni naso-faringee e lesioni cutanee); in misura minore piccoli animali da compagnia (H. Carter, Practitioner E.I. 1989).

**Popolazione a rischio:** la classe di età più colpita è compresa tra i 3 e i 15 anni. I soggetti che hanno già avuto RAA sono a maggior rischio di reinfezione e recidive.

**Modalità di contagio:** contatto diretto stretto con macrogoccioline respiratorie (ma non per via aerea). L'essiccazione inattiva il germe per cui dai più è negata la possibilità di contagio indiretto tramite oggetti; secondo Benenson tuttavia sarebbe possibile sebbene rara.

Assunzione di cibi contaminati (latte e uova possono costituire un veicolo) Contatto diretto con secrezioni dalle lesioni cutanee.

**Periodo di incubazione:** breve, da 12 ore a 4 giorni per faringotonsillite e scarlattina; fino a 10 giorni per l'impetigine.

**Periodo di contagiosità:** massimo nella fase acuta della malattia. Se trattati adeguatamente durata massima della contagiosità 48-72 ore. Se non trattati durata della contagiosità da 10 a 21 giorni o finché dura la secrezione purulenta. La contagiosità dei portatori è improbabile (diminuzione del numero dei germi, diminuzione di produzione di proteina M, scomparsa delle secrezioni nasali).

**Diagnosi:** Coltura di essudato faringeo o da lesione cutanea. Test rapidi: considerare la differente sensibilità e specificità dei test in commercio. In particolare considerare con cautela la negatività in caso di presenza nella comunità di casi di RAA.

#### **Misure di profilassi:**

Per gli **affetti:** esclusione per almeno tre giorni dopo l'inizio di adeguata terapia (Cir. Min. San. n° 65 del 18/8/83) e se non febbrili.

Per i **contatti:** tampone faringeo se presentano sintomi di possibile infezione streptococcica o se diventano sintomatici nel corso della sorveglianza sanitaria che in base alla circolare citata va effettuata per 7 giorni dall'ultimo contatto. Molto controversa in letteratura l'indicazione ad eseguire tamponi anche sugli asintomatici: le fonti bibliografiche americane la suggeriscono in caso di comparsa di casi di RAA o di glomerulonefrite nella comunità.

Per il **personale:** stesse norme che per i contatti.

Per le **famiglie:** avvisare le famiglie; se hanno avuto un caso di RAA è indicato lo screening in tutti i familiari anche asintomatici. Bambini che abbiano già avuto RAA e siano stati a contatto con soggetti infetti devono essere sottoposti a tampone faringeo ed a profilassi antibiotica da parte del loro medico.

In caso di **epidemia:** nessun provvedimento ulteriore, salvo indagare la possibile causa alimentare (specie in caso di raggruppamenti insoliti).

## ESANTEMI MINORI

Non sempre un esantema è espressione di malattia infettiva. Per tutte le manifestazioni esantematiche non facilmente inquadrabili si rimanda pertanto alle norme riportate nella parte generale. Esiste tuttavia un quadro di malattia esantematica "minore" da lungo tempo noto ma per il quale si è arrivati solo recentemente ad una migliore definizione eziologica e patogenetica. Riteniamo che valga la pena di prenderlo in considerazione, date le implicazioni che può avere per particolari soggetti a rischio. Si tratta della 5° malattia o

## ERITEMA INFETTIVO

**Eziologia:** Parvovirus B19 (HPV B 19)

**Clinica:** eritema tipico. Crisi aplastiche in soggetti con anemia emolitica. L'eritema è sempre meno frequente con l'avanzare dell'età del soggetto.

**Serbatovio:** solo l'uomo.

**Popolazione a rischio:** bambini in età scolare (70% dei casi fra i 5 e i 15 anni - solo il 10% sotto i 5 anni). I soggetti con Anemia Emolitica, sia congenita (Sferocitosi, Talassemia, Anemia Falciforme etc.) che acquisita, sono a rischio di crisi aplastiche.

Nelle donne in gravidanza (rischio massimo nelle prime 18 settimane) può provocare morte intrauterina per idrope fetale, infezione con restituito ad integrum o nessuna infezione. E' discussa la teratogenicità del virus.

**Modalità di contagio:** non ancora del tutto chiarite; probabilmente per contatto diretto con le macrogoccioline e per trasfusione di sangue ed emoderivati.

**Periodo di incubazione:** da 4 giorni a 14 (ma può arrivare fino a 20).

**Periodo di contagiosità:** nell'eritema la contagiosità è maggiore prima dell'esordio del rash e probabilmente nulla dopo l'esordio. Nei soggetti con crisi aplastiche la contagiosità dura per almeno una settimana dopo l'esordio dei sintomi. I soggetti immunosoppressi con infezione cronica e grave anemia possono rimanere contagiosi per mesi. La trasmissione del virus è più facile in ambiente domestico (tasso d'infezione 50%) che scolastico (tasso d'infezione 15%).

**Diagnosi:** IgM specifiche (dal 3° giorno dall'esordio, possono durare anche per 4 mesi). IgG, più tardive, durano molti anni. Test virologici (complessi).

#### **Misure di profilassi:**

Ricordiamo che la malattia ha bassa incidenza sotto i 5 anni (10% dei casi).

Per gli **affetti:** poiché alla comparsa dell'eritema la contagiosità cala o si annulla, non sono utili provvedimenti di allontanamento.

Per i **contatti:** sarebbe opportuno l'allontanamento dei bambini a rischio (anemia emolitica).

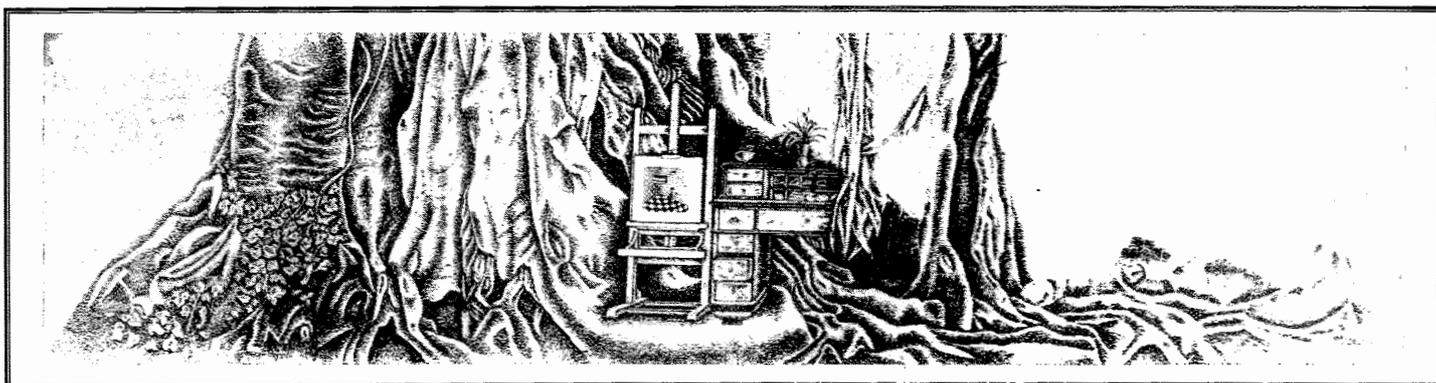
Per il **personale:** l'allontanamento delle giovani insegnanti, specie se gravide, sarebbe opportuno.

Per le **famiglie:** informazione relativa soprattutto alle situazioni nelle quali esistono donne gravide o soggetti con anemia emolitica.

Sarebbe auspicabile che la 5° malattia fosse considerata dai pediatri come malattia da segnalare.

## • BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE •

1. American Academy of Pediatrics: "Rapporto del comitato sulle malattie infettive" (Red Book ed. it.). 1993; CIS
2. Donowitz G.L.: "Infection control in the child care center and preschool" 1991; Williams & Wilkins. Baltimora, Maryland
3. American Public Health Association: "Controllo delle malattie trasmissibili dell'uomo" 1992 a cura di Benenson S.A. ed. DEA
4. Moroni M., Esposito R., De Lalla F.: "Manuale di malattie infettive" 1991 Ed. Masson Milano
5. Feigin R.D., Cherry J.D.: "Textbook of Pediatric Infectious Diseases" 1987 Saunders ed.
6. Pontello M.: "Le salmonelle: dalla tassonomia alla diagnostica" 1991, SEDAC Ed.
7. Canadian Pediatric Association: "Management of illnesses" In Creative Premises Ltd, ed. Well Being. Toronto, Ontario; 1992:195-201.
8. Goldmann D.A.: "La trasmissione delle malattie infettive nei bambini". Pediatrics in Review, 1993;3;43-54.
9. Reparto Malattie Infettive. Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica. Istituto Superiore di Sanità.: "Protocollo delle misure di profilassi raccomandate per casi di meningite meningococcica". BEN.....
10. Giednink S.G.: "Care of the child in day care setting" Pediatrics; 1993;91;229-233
11. Rogers M. "The growing pains of community child health". Archive of Diseases in childhood; 1993; 68:140-143.
12. Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS: "Linee guida per gli interventi di educazione sanitaria e di prevenzione delle infezioni da HIV nella scuola". ISTISAN; 1992; 4:1-87.
13. Osterhoim M.T. et al. "Infectious diseases and child day care". Pediatr. Infect. Dis. J.; 1992; 11:931-941.
14. Committee on School Health: "Prevenzione dell'infezione da virus dell'epatite B in ambito scolastico". Pediatrics Ed. It. 1993; 5:184-186.
15. Bani E., Macchia P.: "Quando un bambino è suscettibile: che cosa fare dopo il contatto con una malattia infettiva". Pediatrica
16. Dagan R et al.: "Epidemiology of invasive childhood pneumococcal infectious in Israel". JAMA; 1992;268:3328-3332.
17. Bartolozzi G.: "Le salmonellosi". Medico e Bambino, 1988; 8:495-503.
18. Rodrigue D.C. et al.: "International increase in Salmonella enteritidis: a new pandemic?". Epidemiol. Infect. 1990;105:21-27
19. St. Louis M. et al.: "The emergence of grade a eggs as major source of salmonella enteritidis infection. New implication for the control of salmonellosis". JAMA 1988; 259:2103-2107.
20. Gustinucci G. et al.: "L'infezione da parvovirus B nel feto e nel bambino". Rivista di Infettivologia Pediatrica. 1990; 5:1
21. Carter H.: "Zoonosi". The Practitioner ed. it. 1989; 124
22. International Hepatitis Update "Simultaneous active and passive immunisation against hepatitis A" AIDS International, Chester, 1992; 27-28





## FORMAZIONE IN PEDIATRIA DI COMUNITÀ

### VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro (Chieti)  
20-22 ottobre 1994

Il corso di formazione è organizzato dal Consorzio Mario Negri Sud di S. Maria Imbaro (Chieti) e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri.

Le domande d'iscrizione dovranno pervenire entro e non oltre il 15/7/1994, inviando la scheda a: Maria Nigro - Consorzio Mario Negri Sud - Via Nazionale - 66030 Santa Maria Imbaro (Chieti). È ammessa la partecipazione di 40 persone e verrà preferenziata l'ammissione di pediatri dipendenti dalla USSL impegnati in attività di prevenzione. L'accettazione della domanda verrà comunicata entro il 30/7/1994. **La quota di iscrizione, di lire 250.000**, dovrà essere versata sul conto corrente bancario intestato a: A.B.I.O. n° 35314/40, ABI 5164, CAB 33380 - Banca Popolare di Lodi, filiale di Melegnano.

Segreteria scientifica: dr. F. Marchetti Tel. 0872/570263



## CORSO NAZIONALE DI METODOLOGIA EPIDEMIOLOGICA PER PEDIATRI

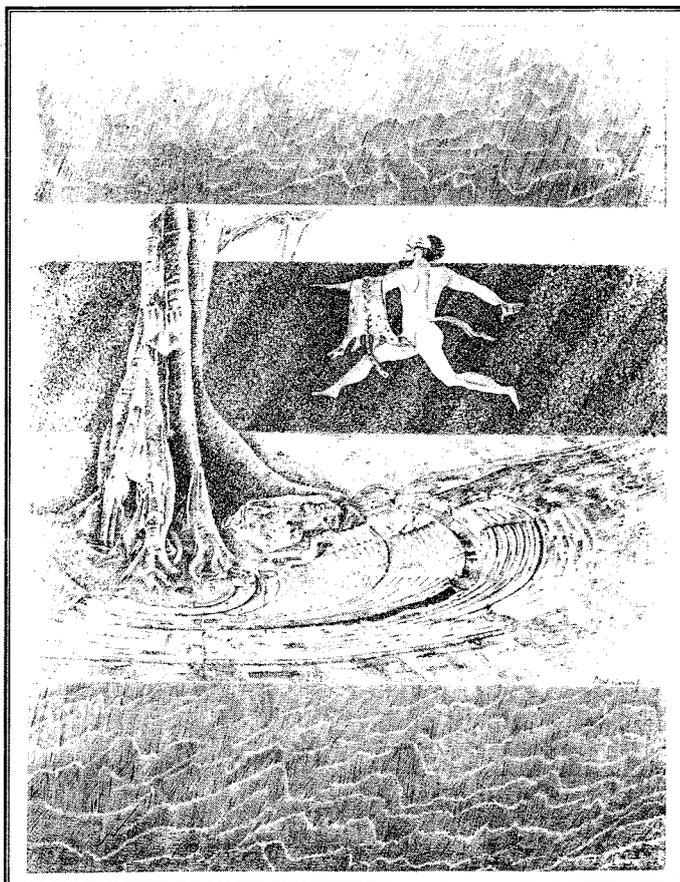
Bergamo, 17-19 novembre 1994

Quota di partecipazione: L. 150.000

Informazioni: dr. Roberto Buzzetti - Tel. 035/385295;

dr. Leo Venturelli - Tel. 035/342375;

Inviare la scheda allegata a: dr. Buzzetti c/o USSL 29  
Via Galliccioni, 4 - 24121 - Bergamo



### RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CORSO

SANTA MARIA IMBARO  BERGAMO

Cognome..... Nome .....

Data di nascita.....

Indirizzo: .....CAP..... Provincia.....

Tel.: abitazione..... lavoro:..... Fax.....

specializzato in pediatria/puericultura  specializzando in pediatria

altra specialità .....

Posizione professionale: .....

Attività prevalente: .....

*I programmi dettagliati dei corsi possono essere richiesti direttamente alle segreterie.*

## LINEE-GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI TUTELA DELLA SALUTE IN ETA' SCOLARE

### Premessa

Il contesto culturale, scientifico, normativo e organizzativo in cui si collocano gli interventi di tutela della salute in età scolare ha subito in questi anni una profonda trasformazione. Sul piano scientifico l'evoluzione delle esperienze e delle conoscenze nel campo della diagnosi precoce ha portato a considerare con maggiore rigore l'opportunità di intraprendere gli screening di massa, raccomandando di limitare gli interventi a quelli di sicura efficacia. Sul versante normativo e organizzativo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha invalidato di fatto gran parte della legislazione preesistente (DPR 264/61 e DPR 1528/67), affidando alle USL, attraverso i Distretti Socio-Sanitari di Base, l'organizzazione e la gestione degli interventi di medicina dell'età scolare, da attuarsi in collaborazione con i medici di famiglia a cui sono specificamente attribuite anche le competenze nel campo della prevenzione primaria e della diagnosi precoce.

In considerazione di questa realtà le proposte di indirizzo per la programmazione delle attività di medicina dell'età scolare si prefiggono tre scopi principali:

1. definire obiettivi di salute e interventi prioritari, in modo da contenere l'enorme differenziazione delle attività oggi intraprese dalle USL in questo ambito;
2. razionalizzare le risorse impegnate rivedendo la loro organizzazione secondo una linea di tendenza che preveda di:
  - . ricondurre i compiti di prevenzione, diagnosi precoce e cura individuali ad un'unica figura medica, come previsto dall'art. 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale per i pediatri di libera scelta;
  - . assegnare ad operatori sanitari con formazione in sanità pubblica gli interventi di tutela della salute nelle collettività, secondo modalità e criteri ben definiti;
  - . garantire l'integrazione tra pediatra di libera scelta, altri operatori socio-sanitari impegnati in questo settore, scuola e organismi di partecipazione scolastica attraverso l'organizzazione distrettuale.
3. raccogliere alcuni dati di attività che consentano di monitorare la coerenza dei programmi con le linee-guida definite in ambito regionale e di verificare la consistenza delle risorse impiegate.

### OGGETTIVI, INTERVENTI E INDICATORI PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA DELL'ETA' SCOLARE

OGGETTIVI	INTERVENTI	INDICATORI
<p>1. Favorire l'adozione di corretti stili di vita e di scelte consapevoli nei confronti della propria salute.</p>	<p>1. Promuovere nelle collettività scolastiche interventi strutturati di educazione sanitaria di comprovata efficacia, condotti secondo metodiche codificate. I progetti sono definiti in stretta collaborazione con gli organismi scolastici, attribuendo agli insegnanti la specifica competenza didattica e formativa.</p> <p>La pianificazione deve prevedere una fase preliminare di valutazione e di allocazione delle risorse disponibili in relazione alle priorità.</p> <p>Nella scelta degli argomenti sono considerati prioritari i seguenti temi:</p> <p><b>a. educazione alimentare:</b> favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari;</p> <p><b>b. educazione al rischio:</b> favorire l'adozione di comportamenti responsabili nell'ambiente di vita, rispetto alle potenziali situazioni di rischio e agli interventi di primo soccorso da adottare in caso di incidente;</p> <p><b>c. prevenzione della carie e delle periodontopatie:</b> favorire l'adozione di corrette abitudini di igiene orale e promuovere la fluoroprofilassi;</p> <p><b>d. promozione dell'attività fisica:</b> promuovere una regolare attività fisica e una sana pratica sportiva commisurata all'età del soggetto;</p> <p><b>e. educazione sessuale:</b> favorire la conoscenza dei meccanismi sottesi alla maturazione puberale al fine di promuovere un sereno sviluppo dell'affettività e porre le basi di una sana vita sessuale; aumentare le conoscenze sulle modalità di contagio e le possibilità di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;</p> <p><b>f. lotta al fumo di tabacco:</b> aumentare le conoscenze sulle motivazioni sottese all'abitudine al fumo, le conseguenze del fumo attivo e passivo, le norme comportamentali previste a livello legislativo, al fine di ridurre il numero di soggetti che iniziano a fumare e favorire l'adozione di comportamenti corretti nei confronti di chi non fuma;</p> <p><b>g. lotta all'abuso di alcool:</b> favorire l'attuazione di un programma integrato di intervento in collaborazione con i nuclei operativi alcol-dipendenza e con le associazioni di volontariato al fine di ridurre il numero di soggetti che abusano di bevande alcoliche;</p> <p><b>h. lotta alle tossicodipendenze:</b> favorire l'attuazione di un programma integrato di intervento in collaborazione con gli operatori del NOT e con le agenzie sociali esistenti sul territorio, al fine di incrementare la proporzione di giovani in grado di opporsi alle pressioni sociali che spingono al consumo di stupefacenti e vivere esperienze di socializzazione che non contemplino l'uso di sostanze stupefacenti;</p> <p><b>i. Rapporto ambiente-salute:</b> favorire l'adozione di comportamenti responsabili rispetto all'ambiente di vita;</p> <p><b>l. Prevenzione delle malattie infettive:</b> incrementare le conoscenze sulla diffusione delle malattie infettive e sulle norme di prevenzione e profilassi, con particolare attenzione alla pediculosi, alle malattie a trasmissione oro-fecale e alle malattie a trasmissione ematica.</p> <p>1. Esistenza di un programma strutturato di educazione alla salute in età scolare che definisca priorità, obiettivi, interventi, gruppi target, metodologie operative e strumenti di valutazione.</p> <p>2. N. e % di alunni raggiunti dal messaggio educativo per argomento e ordine di scuola.</p>	<p>1. Esistenza di un programma strutturato di educazione alla salute in età scolare che definisca priorità, obiettivi, interventi, gruppi target, metodologie operative e strumenti di valutazione.</p> <p>2. N. e % di alunni raggiunti dal messaggio educativo per argomento e ordine di scuola.</p>

<p>Garantire un ambiente fisico e relazionale sicuro e idoneo allo sviluppo delle potenzialità fisiche e relazionali di ciascun soggetto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esistenza di un programma strutturato di educazione alla salute in età scolare che definisca priorità, obiettivi, interventi, gruppi target, metodologie operative e strumenti di valutazione.</li> <li>2. N. e % di alunni raggiunti dal messaggio educativo per argomento e ordine di scuola.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificare il rispetto degli indici minimi di funzionalità previsti dal DM 18.12.75 (Norme tecniche relative all'edilizia scolastica).</li> <li>2. Verificare il rispetto della normativa sulla sicurezza: prevenzione incendi (L 966/65; DPR 577/82; DM 16.2.82; L 818/84; DM 26.8.92); messa a terra (DPR 547/55; DM 1.12.75); impianti tecnologici (L 46/90); impianti prevenzione scariche in atmosfera (DPR 689/59); impiego amianto-divieto (L 257/92); adeguamento accessibilità per handicappati (L 13/90; DM 236/90; LR 6/90);</li> <li>3. Verificare periodicamente e al bisogno l'adeguatezza di: microclima; pulizia degli ambienti; disponibilità spazio-persona; giochi.</li> <li>4. Individuare l'eventuale presenza di "punti critici" di infortuni in ambiente scolastico anche attraverso la verifica del registro infortuni.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N. e % di plessi scolastici con almeno 1 sopralluogo.</li> <li>2. N. e % di plessi scolastici in regola con la normativa rispetto a quelli controllati.</li> <li>3. Esistenza di un sistema di sorveglianza sugli infortuni in ambito scolastico.</li> </ol>
<p>3. Ridurre l'incidenza delle malattie infettive e parassitarie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivare sistemi di sorveglianza delle malattie infettive nei frequentanti (DM 15.12.90 sul sistema informativo delle malattie infettive).</li> <li>2. Effettuare le vaccinazioni obbligatorie e facoltative in età scolare verificando l'anagrafe vaccinale e richiamando i renitenti.</li> <li>3. Rimuovere i fattori ambientali favorevoli la diffusione delle malattie infettive: effettuare e controllare le disinfezioni/disinfestazioni solo nei casi di giustificato bisogno; verificare il mantenimento delle condizioni di igiene e sanificazione delle strutture.</li> <li>4. Attivare la chemioprolifassi/bonifica dei portatori di agenti patogeni.</li> <li>5. Effettuare le indagini finalizzate a conoscere gli indici di infettività o copertura immunitaria: test-tine a 6 e facoltativamente a 14 anni.</li> <li>6. Attuare i protocolli per la prevenzione tubercolare: nel personale docente e non docente (DPR 1518/67) con esecuzione di test-tine ed eventuali ulteriori accertamenti; nei contatti di casi con eventuale vaccinazione.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esistenza di protocolli di sorveglianza delle malattie infettive.</li> <li>2. Esistenza di procedure per la verifica della copertura vaccinale della popolazione scolastica.</li> <li>3. Esistenza di procedure di pulizia e sanificazione degli ambienti scolastici.</li> <li>4. N. e % di bambini sottoposti al test-tine.</li> <li>5. Indice tubercolinico all'età di 6 e 14 anni.</li> <li>6. Esistenza di procedure di controllo del personale della scuola per la profilassi contro la TBC.</li> </ol>
<p>4. Migliorare la qualità dietetica e igienica dei pasti somministrati nelle refezioni scolastiche.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulare proposte di tabelle dietetiche rispondenti ai LARN e alla Direttiva della Regione Lombardia per la ristorazione scolastica; verificare che le tabelle dietetiche adottate dalle ristorazioni scolastiche rispondano alle indicazioni di cui sopra, approvarle formalmente e illustrarle agli insegnanti.</li> <li>2. Promuovere corsi di formazione del personale di cucina al fine di migliorare la salubrità e l'igienicità della preparazione e somministrazione dei pasti.</li> <li>3. Predisporre protocolli per diete speciali per alunni affetti da comprovate intolleranze alimentari o da particolari patologie o per motivi religiosi o culturali.</li> <li>4. Collaborare con i Comuni per: definizione di capitolati su materie prime e capitolato di appalto completo in caso di ristorazione in convenzione; definizione e verifica annuale delle tabelle dietetiche; attivazione delle commissioni mensa.</li> <li>5. Controllare annualmente i requisiti strutturali e documentali di mense e cucine (L 283/62 e DPR 327/80): autorizzazione sanitaria; locali e attrezzature; libretti di idoneità sanitaria.</li> <li>6. Controllare periodicamente i requisiti di tipo funzionale di mense e cucine (leggi sopraccitate e direttiva regionale sulla ristorazione scolastica): condizioni di igiene e pulizia; modalità di preparazione e somministrazione dei pasti; rilascio-rinnovo libretti di idoneità sanitaria; campionamento di alimenti al loro arrivo in dispensa (scadenze e corrispondenza con capitolati di acquisto) e dopo la preparazione (al momento della somministrazione del pasto).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N. e % di refezioni con tabelle dietetiche approvate nel corso dell'anno.</li> <li>2. N. di insegnanti che hanno partecipato ad incontri di presentazione delle tabelle dietetiche.</li> <li>3. N. e % di cuochi che hanno partecipato a corsi di aggiornamento promossi dall'USSL.</li> <li>4. Esistenza di tabelle dietetiche speciali.</li> <li>5. N. e % di cucine con almeno 1 controllo eseguito nel corso dell'anno.</li> <li>6. N. e % di cucine in regola con la normativa.</li> <li>7. N. e proporzione di prelievi/campioni sul totale dei pasti consumati nel corso dell'anno.</li> <li>8. N. e % di campionamenti di alimenti con esito sfavorevole.</li> <li>9. N. di episodi e di casi di tossinfezioni alimentari verificatesi nella scuola.</li> </ol>
<p>5. Ridurre l'incidenza e migliorare la prognosi di patologie per le quali disponiamo di interventi efficaci di prevenzione e di diagnosi precoce.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzare gli screening raccomandati ed eventualmente quelli la cui utilità è ancora in discussione, mediante programmi di lavoro che abbiano definito in modo esplicito: le modalità di esecuzione dei test di screening adottati; le procedure di accesso ai servizi di 2° livello; i protocolli diagnostici e terapeutici per i soggetti positivi ai test di screening; un sistema di rilevazione dei dati per la valutazione dei risultati ottenuti e per la revisione del programma.</li> </ol> <p><b>Screening raccomandati</b> (esistono buone ragioni perché lo screening sia eseguito)</p> <p><b>Ambliopia</b> a 4 e 6 anni (acuità visiva, Cover-test, Lang-stereotest);</p> <p><b>Carie e malocclusioni</b> a 6 e 9 anni.</p> <p><b>Screening la cui utilità è ancora in discussione</b> (non esiste un accordo definitivo circa la necessità di eseguire lo screening o viceversa l'opportunità di escluderlo dai programmi di sorveglianza).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo di screening ed età di esecuzione.</li> <li>2. N. e proporzione di bambini che: -sono stati sottoposti ai test di screening; -sono risultati positivi ai test; -accedono ai servizi di 2° livello; -risultano affetti dalla patologia in esame.</li> <li>3. Altri tipi di screening eseguiti.</li> </ol>

	<p><b>Obesità:</b> misurazione dell'altezza e del peso a 3, 6, 9 e 14 anni.  <b>Problemi di crescita:</b> misurazione dell'altezza a 3 e 6 anni.  <b>Disturbi dell'udito da otite media secretiva:</b> audiometria con tono puro a 6 anni.</p> <p>Screening che si raccomanda di non eseguire  (esistono buone ragioni perché lo screening sia escluso dai programmi di controllo periodico dei bambini sani).</p> <p><b>Talassemia ed altre emoglobinopatie</b>  <b>Anemia</b>  <b>Iperensione</b>  <b>Scoliosi e paramorfismi</b>  <b>Ipercolesterolemia</b>  <b>Proteinuria e batteriuria</b>  <b>Disturbi dell'apprendimento e del linguaggio</b>  <b>Criptorchidismo</b> (deve essere realizzato prima dei tre anni).</p> <p>N.B. Nell'elenco degli screening non raccomandati non sono indicate le visite mediche generali in quanto esse non trovano alcuna giustificazione scientifica.</p>	
<p>Migliorare la prognosi di disturbi psico-affettivi, relazionali e dell'apprendimento per i quali si dispone di interventi efficaci.</p>	<p>1. Sviluppare protocolli locali per la segnalazione e la gestione di minori affetti da disturbi psico-affettivi, relazionali e dell'apprendimento, secondo i seguenti criteri:  non effettuare screening sistematici;  garantire l'accessibilità ai servizi e l'integrazione tra i diversi operatori e servizi sanitari e sociali e il rapporto con il personale della scuola;  definire le procedure di accesso ai servizi specialistici, avendo cura di informare il medico di famiglia;  stendere periodiche relazioni di bilancio sul follow-up dei bambini inviati ai servizi specialistici.</p>	<p>1. Esistenza di protocolli concordati per la segnalazione e la gestione dei minori con problemi psico-affettivi.  2. N. di alunni presi in carico e % di cui si dispone di relazioni periodiche.</p>
<p>7. Favorire l'inserimento in comunità e lo sviluppo delle potenzialità dei bambini portatori di handicap.</p>	<p>1. Partecipare a livello locale alla stesura di specifici protocolli di intesa tra Scuola, USSL, Comuni, assi curandone l'attuazione.  2. Definire i problemi sanitari dei bambini garantendo l'acquisizione della documentazione e le certificazioni sanitarie richieste dagli organismi scolastici.  3. Fornire la consulenza necessaria alla definizione dei progetti educativi.  4. Intervenire sugli aspetti della vita comunitaria che necessitano di particolari supporti o attenzioni in relazione ai problemi del bambino.</p> <p>*****</p> <p>Riferimenti normativi per la scelta degli argomenti prioritari e delle metodologie operative di intervento nel campo dell'educazione sanitaria:</p> <p>direttive agli ERSZ/USSL in materia di educazione sanitaria (DCR IV/1806 del 20.12.89);  attività di educazione alla salute: direttive ai capi di Istituto di ogni ordine e grado (CM n.47/92);  direttiva della Regione Lombardia sulla ristorazione scolastica (DGR IV/44198 del 27.6.89);  programma di assistenza integrata per la prevenzione dei problemi alcol-correlati anno 1993 (nota Regione Lombardia Assessorato al Coordinamento del 19.1.93);  piano di riparto dei contributi agli ERSZ/USSL per l'attuazione dei programmi di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze (DGR V/31761 del 30.12.92);</p>	<p>1. Esistenza di protocolli d'intesa per l'inserimento scolastico degli alunni con handicap.  2. N. di alunni portatori di handicap inseriti in ambito scolastico.</p>



# ATTIVITA' DI COMPETENZA DEI SINGOLI SERVIZI

Fino all'emanazione delle norme di attuazione del Decreto Legislativo 502/92 di riordino del Servizio Sanitario Nazionale i compiti attinenti alla medicina scolastica sono assegnati ai Servizi dell'USSL secondo quanto stabilito dal Regolamento Regionale n.2/81, dalla LR 64/81 e successive modificazioni e dalla DGR n.26520 del 28.7.92. Eventuali attività non espressamente individuate sono assegnate per affinità al Servizio idoneo ad assicurare la maggiore integrazione con quelle ad esso spettanti.

Tali compiti sono effettuati da personale afferente ai diversi Servizi ed operante, principalmente, in forma stabile o itinerante presso i Distretti Socio-Sanitari di Base. Il personale assicura l'integrazione delle attività di propria competenza con le attività svolte dagli altri Servizi, sulla scorta delle indicazioni del coordinatore del Distretto.

Servizio di Igiene Pubblica e Ambientale

- Informazione ed educazione sanitaria secondo competenza;

- prevenzione e controllo delle malattie infettive nei singoli e nelle collettività;

- controllo della salubrità dell'ambiente e delle strutture;

- tutela della salubrità merceologica, microbiologica e tossicologica di alimenti e bevande e vigilanza igienico-sanitaria sulle refezioni.

Servizio di Assistenza Sanitaria di Base

- Programmazione, coordinamento e verifica dell'insieme degli interventi indirizzati al singolo e alla collettività, in collaborazione con gli altri Servizi dell'USSL, gli Organismi di partecipazione scolastica e i servizi comunali competenti;

- informazione ed educazione sanitaria secondo competenza;

- programmazione, esecuzione e verifica delle attività di screening e di fluoroprofilassi;

- sorveglianza e formulazione degli indirizzi dietetico-nutrizionali sulle refezioni scolastiche;

- collaborazione con i Servizi Specialistici e di Assistenza Sociale con particolare riguardo all'inserimento scolastico dei soggetti portatori di handicap;

Servizio di Assistenza Sanitaria Specialistica

- Informazione ed educazione sanitaria secondo competenza;

- collaborazione alle attività di screening;

- inserimento scolastico dei minori portatori di handicap o con problemi sanitari, attraverso le UONPI e in collaborazione con il Servizio di Assistenza Sociale.

Servizio di Assistenza Sociale

- Informazione ed educazione di sanitaria secondo competenza;

- programmazione ed esecuzione delle attività di natura psico-sociale, con particolare riguardo all'inserimento scolastico dei minori portatori di handicap in collaborazione con il Servizio di Assistenza Sanitaria di Base e le UONPI.

## APPENDICE I CRITERI DI VALUTAZIONE DI UN TEST DI SCREENING

Durante gli anni sessanta tra gli operatori sanitari e nell'opinione pubblica si diffuse l'idea che per salvaguardare la propria salute i cittadini dovessero ricorrere periodicamente, anche in assenza di sintomi specifici, ad una serie di indagini cliniche e di laboratorio. In questo modo, senza disporre di qualificate evidenze scientifiche sui reali vantaggi per il singolo in termini di salute, si avviavano molte iniziative di medicina preventiva, che solo successivamente, ad una valutazione più attenta, si sono dimostrate di dubbia utilità e molto dispendiose.

Da alcuni anni fonti autorevoli hanno definito con scrupolosa precisione i criteri che devono essere soddisfatti prima di poter approvare l'attivazione di un programma di screening, ovvero per giustificare la sua continuazione (1-4). In particolare viene con sempre maggior insistenza ribadita la necessità di esplicitare quali siano i reali vantaggi per la salute delle persone sottoposte allo screening e di verificare la consistenza delle prove scientifiche che li sostengono. Si è, infatti, accresciuta la consapevolezza del fatto che l'incauta applicazione di uno screening possa comportare non solo uno spreco di risorse ma anche effetti dannosi per i pazienti (5-7).

### 1. Prerequisiti: le prove di efficacia

La verifica dell'esistenza dei presupposti di efficacia e scientifici che giustificano l'adozione di uno specifico programma di screening è, in genere, una fase riservata a gruppi di lavoro pluridisciplinari che devono condurre un'analisi approfondita e critica dei risultati della letteratura internazionale sull'argomento (8). A questo proposito, per opportuna conoscenza, si ricordano 4 importanti lavori realizzati da Task Forces internazionali:

1. Joint Working Party on Child Health Surveillance: Health for all children A programme for child health surveillance. Oxford University Press: 1989.

2. American College of Physicians: Common Screening Tests. American College of Physicians Philadelphia: 1991.

3. U.S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions. Baltimore Williams and Wilkins: 1989.

4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Can Med Assoc J 1979; 121: 1193-254.

### 1.1 Prove dirette

Il requisito che più di ogni altro condiziona la decisione di intraprendere o meno uno screening di popolazione consiste nella capacità del programma nel suo insieme di migliorare la salute dei soggetti che si sottopongono allo screening. Le prove di efficacia devono essere di tipo diretto, ottenute cioè con uno o più studi randomizzati, controllati. Esse devono dimostrare un effettivo miglioramento dello stato di salute dei pazienti identificati dallo screening rispetto ad un gruppo di pazienti di controllo non sottoposti all'intervento. Prove ottenute in questo modo sono molto rare. Altre evidenze accettabili, sebbene



1979; 121: 1193-1254.

Cross AW: Health screening in schools. Part I. *J Pediatr* 1985; 107: 487-494. Part II. *J. Pediatr* 1985; 107: 653-661.

Hall DMB: Health for all children. Oxford University Press, Oxford 1989.

U.S. Preventive Services Task Force: Guide to clinical preventive services. An assessment of the Effectiveness of 169 Interventions. William & Wilkins, Baltimore USA 1989.

### 3. **Accrescimento**

### 4. **Obesità**

### 5. **Rachide**

Berwick DM: Scoliosis screening: a pause in the chase. *AJPH* 1985; 75: 1373-1374.

Dickson RA: Scoliosis in the community. *BMJ* 1983; 286: 615.

Dickson RA: Screening for scoliosis: *BMJ* 1984, 289: 269-270.

Focarile F, Bonaldi A e al.: Effectiveness of non surgical treatment for idiopathic scoliosis Overview of available evidence. *Spine* 1991; 16: 395-401.

The British Orthopaedic Association and The British Scoliosis Society: School screening for scoliosis, *BMJ* 1983, 287: 963-964.

### 6. **Udito**

Nietupska O et al.: Auditory screening of school children: fact or fallacy? *BMJ* 1982; 284: 717-720.

Paradise JL: Otitis media during early life: how hazardous to development? A critical review of the evidence. *Pediatrics* 1981; 68: 869-873.

### 7. **Vista**

Aryge H et al: The evolving concept of ambliopia: a challenge to epidemiologists. *Am J Epidemiol* 1983; 118: 192-205.

Baravelli S et al.: Le metodiche di screening per l'ambliopia. Parte II. *Bollettino di Oculistica* 1991; 2: 367-375.

Bolger PG et al: Vision screening in pre-school children: comparison of orthoptists and clinical medical officers as primary screeners. *BMJ* 1991; 303: 1291-1294.

Bonaldi A, Focarile F, Negri A, Angioletti R: Modello operativo per la valutazione di efficacia dei test di screening: il caso dell'ambliopia. *Epidemiologia e Prevenzione* 1992; 52, 44-49.

Ingram RM: Amblyopia: neither screening nor treatment is satisfactory. *BMJ* 1989; 298: 204.

### 8. **Colesterolemia**

Daniels SR, Morrison JA et al.: Perspectives on cholesterol screening programs for children. *J Pediatr* 1991; 119: 834-838.

Marchetti F: Lo screening del colesterolo in età pediatrica: fatti e finzioni. *Ricerca & Pratica* 1993; 49: 19-28.

Newman TB et al.: Childhood cholesterol screening: controindicated. *JAMA* 1992; 267: 100-101.

Newman TB et al.: The case against childhood cholesterol screening. *JAMA* 1990; 264: 3039-3043.

Resnicow K et al.: The case against "The case against childhood cholesterol screening" *JAMA* 1991; 265:

Smith GD, et al.: Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. *BMJ* 1993; 306: 1367-1373.

### 9. **Pressione arteriosa**

Fixler D.E. e al.: Validity of mass blood pressure screening in children. *Pediatrics* 1983; 72: 59-63.

Joint National Committee. The 1988 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1023-1038.

Task Force on blood pressure control in children. Report of the second Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics* 1987; 79: 1-25.

### 10. **Fluoroprofilassi**

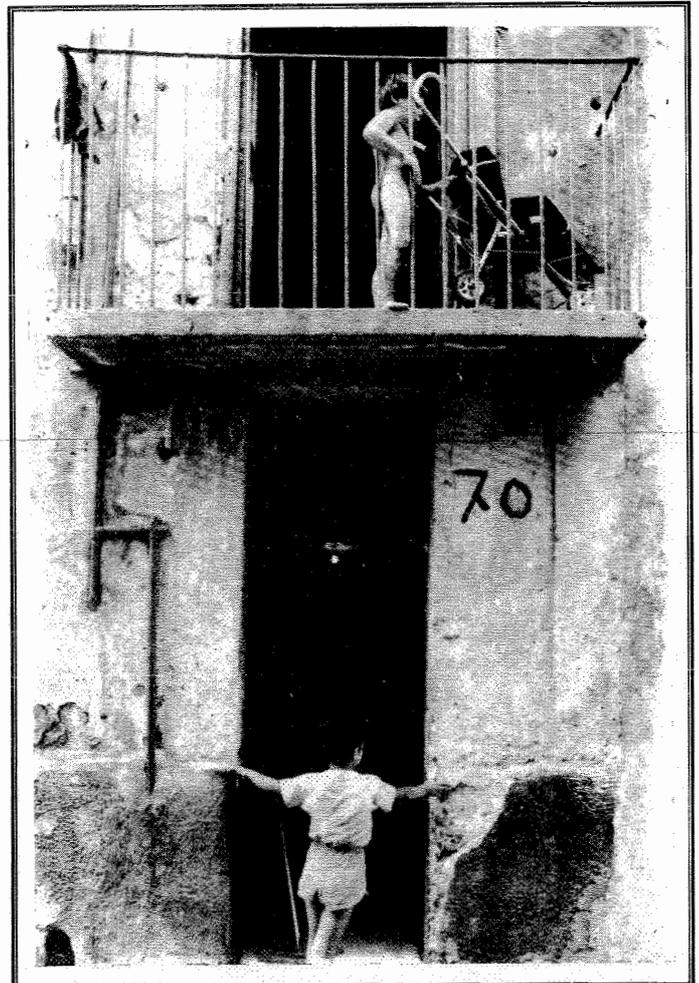
American Academy of Pediatrics: Fluoride supplementation: Revised Dosage Schedule. *Pediatrics* 1979; 63: 150-152.

Attwood BDS, Blinkhorn AS: Trends in dental health of ten-years-old schoolchildren in south-west Scotland after cessation of water fluoridation. *Lancet* 1988; 8605: 266-267.

Limeback H: Fluoride accumulation in Human teeth and bones: is dose adjustment now required? *Can J Public Health*; 1993; 84: 78-79.

Report of a WHO Expert Committee: Prevention methods and programmes for oral diseases. WHO Technical Report Series 713. Geneve 1984.

Report of a WHO Expert Committee: Recent advances in oral health. WHO Technical Report Series 826. Geneve 1992.



# ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

## PROGRAMMA DEI PROSSIMI INCONTRI:

- ✓ **GIORNATE EUROPEE DI RICERCA IN PEDIATRIA  
AMBULATORIALE**  
sesta edizione - Palais Des Congres - Liegi (Belgio) - 10/11  
settembre 1994
- ✓ **DECIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO  
PER I PEDIATRI DI BASE DELL' ITALIA CENTRALE**  
Perugia - 16-17-18 settembre 1994
- ✓ **6° CONGRESSO NAZIONALE ACP**  
Pratolino - Firenze - 7-8-9 ottobre 1994
- Corsi di formazione in Pediatria di Comunità:**
- ✓ **VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI PER IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA**  
Santa Maria Imbaro - Chieti - 20-22 ottobre 1994
- ✓ **CORSO NAZIONALE DI METODOLOGIA  
EPIDEMIOLOGICA PER PEDIATRI**  
Bergamo - 17-19 novembre 1994
- ✓ **CORSO DI FORMAZIONE SULLA GENETICA DI  
COMUNITA'**  
Milano - 24-26 novembre 1994
- ✓ **PROGRAMMI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE:**
  - Adotta "The Kangaroo"
  - Progetto collaborativo Italia - AlbaniaPer informazioni: Giorgio Tamburlini - Firenze
- ✓ **GRUPPI DI LAVORO:**
  - Il bambino con "Problemi speciali"Per informazioni: Nicola D'Andrea - Acquaviva delle Fonti (Bari)