

quaderni acp

bimestrale di informazione politico culturale e di ausili didattici a cura della Associazione Culturale Pediatrica
edizioni no profit ACP

diritto all'infanzia ex voto



Vol. IV n° 1 gennaio febbraio 1997 sped. A.P. comma 26 art.2 L. 549/95 PZ Aut. Trib. Oristano 308/89



MINIRIN[®]

spray (desmopressina)

S.S.N. CLASSE A

MINIRIN[®]
DDAVP

Spray nasale

Desmopressina

Avvertenze
Attenzione per l'uso
leggero e frequente. Il
figlio illustrativo.

Tenere il medicinale fuori
della portata dei bambini.

Conservare in frigorifero
(tra -2°C e +8°C), con
cappuccio protettivo
applicato sull'ampolla
nasale.

A.I.C. N. 02380033

Titolare A.I.C.
Ferring s.r.l. - Milano
Concessionaria esclusiva
per la vendita in Italia:
Valvas s.p.a. - Industria
Chimica e Farmaceutica -
Via Valassina, 10 - 20133
Milano, tel. 02/7603551



MINIRIN DDAVP
Spray nasale
Desmopressina

A.I.C. N. 02380033
Titolare A.I.C.
Ferring s.r.l. - Milano
Concessionaria esclusiva per la vendita in Italia:
Valvas s.p.a. - Industria Chimica e Farmaceutica
Via Valassina, 10 - 20133 Milano
Produttore:
Ferring AB - Malmö - Svezia

FERRING

FERRING

quaderni acp

bimestrale di informazione politico culturale e di ausili
didattici a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore:

Giancarlo Biasini

corso U. Comandini 10,

47023 Cesena.

E-mail: gibia@cessn.unibo.it

Direttore responsabile: Franco Dessì

via Montiferru 6,

09070 Narbolia (OR).

E-mail: fdessi@mbox.vol.it

Redazione:

Dante Baronciani, Carlo

Corchia, Nicola D'Andrea,

Salvo Fedele, Rosario

Ferracane, Michele Gangemi,

Giuseppe La Gamba, Lucio

Piermarini, Paolo Stani

c/o Salvo Fedele

via Galileo Galilei 99,

90145 Palermo.

Tel. 091/201553

E-mail: sfedele@mbox.vol.it

Grafica

e videoimpaginazione:

Ignazio Bellomo

P. R. Ester Prina

Pubblicità:

Comunicazione P. R.

viale Boezio 4, 20145 Milano

Tel. 02/33604500

Stampa:

Rocco Curto Editore

Sasso Di Castalda 85050

Potenza

Autorizzazione del Tribunale

di Oristano 308/89

Spedizione in abbonamento

postale comma 26 art. 2

legge 549/95 Potenza.

Tariffa di abbonamento

per i non soci:

lit. 50.000 da versare sul c/c

n. 12109096 intestato a

Associazione Culturale

Pediatri, via Montiferru 6,

09070 Narbolia (OR).

©Associazione
Culturale Pediatri

Acp edizioni No Profit

La rivista è suddivisa in due
sezioni:

quaderni e ausili didattici

La sezione **quaderni** pubblica oltre a notizie sull'acp articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì brevi ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie.

La sezione **ausili didattici** pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

Il disegno di copertina è tratto da "Nothing" di Mick Inkpen - Holder Children's Books a division of Hodder Headline plc, London 1996. Le altre illustrazioni di questo numero sono di Martha Alexander, tratte da "Blackboard Bear" - Walker Books, London 1996.

Sommario

Gennaio - Febbraio 1997

quaderni

2 Liberiamo Moncef Marzouki

Un appello dal congresso di Palermo

4 Editoriale

Embargo e diritto alla salute

Giancarlo Biasini

5 Questo numero

Salvo Fedele

6 Congressi Controluce

Trieste - Tabiano

Rubrica redazionale

8 Ricerca

Il lattante con distress respiratorio

P. Causa, L. Cioffi, P. Metafora

11 Ricerca

La pediatria di comunità e la comunità dei pediatri

Francesco Ciotti

14 Libri

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale

16 Letture

Malattie e incidenti dei bambini visti attraverso gli ex voto

Giancarlo Cerasoli

23 Info

Notizie dall'Italia

Rubrica redazionale

24 World-info

Notizie di interesse sanitario dal mondo

Rubrica redazionale

26 Diritti

L'abuso intrafamiliare all'infanzia

F. Marchetti, A. D'Eramo, N. D'Andrea

31 Educazione sanitaria

Progettare interventi di educazione alla salute

Dante Baronciani

ausili didattici

36 Leggere & Fare

Informazioni pratiche per persone pratiche

Rubrica redazionale

40 Bilanci di salute

Visita a 2-4 settimane

Giancarlo Cerasoli

43 Aggiornamento avanzato

Infezione congenita da citomegalovirus

Pierpaolo Mastroiacovo

46 Saper fare

La valutazione del ritardo mentale

Francesco Ciotti

51 Un po' per gioco

L'assurdo e il bizzarro sempre (o quasi) senza ostilità

Rubrica redazionale

52 Lettere

L'accuse; i pediatri e la tutela del bambino; fantasia e pertosse

Embargo e diritto alla salute

Giancarlo Biasini

“La storia è il prodotto più pericoloso che la chimica dell'intelletto abbia elaborato. Le sue proprietà sono ben note. Fa sognare, inebria i popoli, genera presso di loro falsi ricordi, esagera i loro riflessi, conserva le loro vecchie ferite, li tormenta nel riposo, li conduce al delirio delle grandezze o a quelle della persecuzione, e rende le nazioni amare, superbe, insorpottabili e vane.”

Paul Valéry, Sguardi sul mondo attuale, 1931.

L'amministrazione Clinton ha descritto l'embargo verso Cuba come *“the most comprehensive embargo the USA has against any country in the world”*.

L'embargo data da trent'anni. Durante gli anni '90, però, esso è diventato più stringente, mentre negli anni '70 il suo rigore si era allentato. Compagnie che commerciavano con Cuba hanno subito gravi sanzioni; navi e aerei che avevano fatto scalo a Cuba sono ora respinte dai porti USA per un periodo di sei mesi.

Nell'ultimo anno, quello delle elezioni, Clinton ha ceduto alla pressione politica interna e ha lasciato che venisse emesso il *Helms Burton Act* (marzo 1996) che rafforza l'embargo esistente, impone restrizioni severissime sulla vendita di farmaci: il produttore dovrebbe dare garanzie - che non può dare a priori - su quale uso si fa dei suoi prodotti a Cuba.

Le sanzioni sono di un milione di dollari e il carcere fino a dieci anni.

La Johnson & Johnson ha dovuto attendere un anno per una licenza d'esportazione (da noi, veramente, succede di peggio, ma negli USA un anno è un tempo infinito!).

La Cody Ohio (che produce apparecchiature radiografiche) non è riuscita a inviare a Cuba pezzi di ricambio. Lo stesso è successo alla Iris Medical che produce apparecchiature per oculistica.

Sulla Merck e sulla Murex Technologies sono state effettuate pressioni tali da indurle a lasciar perdere le loro iniziative. C'è di più: perfino l'OMS è soggetta alla legislazione dell'embargo!

Per dare delle cifre: il trasferimento a Cuba di prodotti per la salute si è ridotto al 4% del valore di prima dell'*Act*. Si tenga conto a questo proposito che gli USA hanno una indiscussa leadership nella scoperta e quindi anche sulla commercializzazione dei farmaci e delle tecnologie sanitarie. Dal 1970 al 1992 su duecentosessantacinque farmaci “maggiori”, centoventi sono stati commercializzati da ditte di origine americana. Pertanto, come il resto del mondo, Cuba dipende, per farmaci e tecnologie, dall'industria americana.

L'autoesclusione delle industrie americane dal mercato cubano ha comportato un ovvio aumento dei costi per Cuba: le compagnie non americane che trattano farmaci o tecnologie hanno aumentato i prezzi, anche se in maniera non irragionevole e con il consenso del ministero del commercio estero cubano, per i rischi connessi con la loro presenza nel mercato di Cuba (*Lancet* 1996;348:1489).

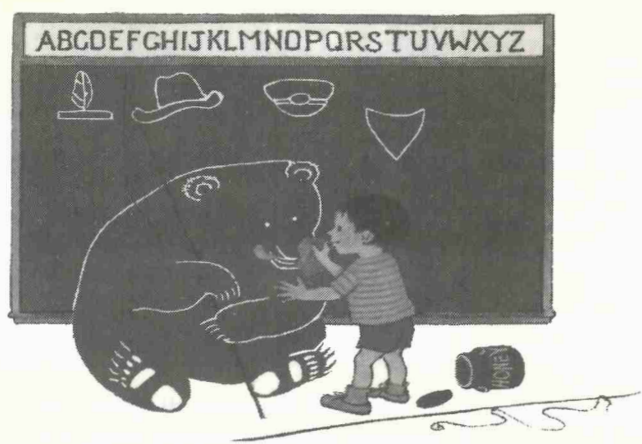
Ci sono aspetti curiosi di violazione dei diritti umani: la legge impedisce a chi, straniero, commercia con Cuba di entrare negli USA.

L'*Act* ha sollevato, su questo punto, proteste e reazioni in Messico, Canada, e nella CEE. A quest'ultima l'Organizzazione Internazionale del Commercio ha chiesto di intervenire perché l'*Act* viola le regole del libero commercio.

Un gruppo di cittadini americani, fra i quali molti medici, nel febbraio 1995, ha fatto appello al comitato dei diritti umani della OSA (organizzazione degli stati americani) per violazione del comune diritto internazionale: il comitato ha fatto appello agli USA chiedendo la fine dell'embargo per i farmaci e le tecnologie. Si noti che l'OSA non ha mai accettato Cuba fra i suoi membri per la violazione dei diritti umani da parte del regime di Castro.

Gli USA hanno risposto all'OSA che l'embargo esclude i farmaci, ma tutti sanno che le restrizioni sono tali da rendere impossibile l'esportazione dei farmaci verso Cuba.

L'assemblea generale dell'ONU, il 12 novembre 1996, ha votato una condanna dell'embargo USA. La conferenza mondiale sull'alimentazione, tenuta a Roma, ha ascoltato la condanna del Papa sull'uso dell'embargo che causa fame e sofferenze ai popoli. Cosa interessa a noi professionisti della salute di questa decisione di uno Stato verso un'altro Stato?



Interessa sapere, crediamo, se dalla decisione dello Stato che decreta l'embargo possono derivare conseguenze sulla salute dei cittadini dell'altro Stato.

Questo perché crediamo fermamente che il diritto alla salute faccia parte dei diritti naturali dell'uomo.

Crediamo perciò che esso vada tutelato non diversamente da Stato a Stato, ma allo stesso modo in tutti gli Stati del mondo. E che a tutti i cittadini del mondo questo diritto vada offerto indipendentemente dal regime in cui vivono e, spesso, sono costretti a vivere.

Interessa in definitiva sapere quale rapporto ha, e avrà, tale embargo con la salute dei cubani. I dati sono pochi, ma ci sono. Un rapporto dell'American Association of Public Health dell'inizio degli anni '90 (*Lancet* 1996; 348:1461) scriveva "while the overall health of the Cuban population has not seriously eroded as a result of the economic decline, nutritional status could deteriorate if the food supply is not stabilized" e aggiungeva che le conseguenze sulla salute potevano essere una recrudescenza della malattie infettive, anche per carenza di vaccini, di approvvigionamenti d'acqua potabile, e di moltiplicazione d'insetti dovuta a carenza d'insetticidi.

Nel 1993, sempre secondo la suddetta associazione, più di 50.000 cubani su una popolazione di 11.000.000 di abitanti soffrivano di neuropatia del nervo ottico, ipoacusia, difetti di sensibilità e parestesie agli arti inferiori. I disturbi sono stati attribuiti a connessi ai deficit alimentare.

Qualcuno, nella stampa internazionale, ha voluto paragonare la situazione dell'embargo cubano a quello diretto contro Saddam Hussein del quale anche *Quaderni* si è occupato.

La fame della popolazione è dello stesso tipo, il rischio di malattia è forse il medesimo, ma non si può dimenticare che diverso è stato l'atteggiamento dei governi nei riguardi della tutela della salute. A Cuba la mortalità infantile è quella che è; in Iraq è quella che è. Fare ritornare la mortalità infantile a Cuba vicino ai livelli del 1959 ci sembra un evento insopportabile. Soprattutto se la causa fosse figlia del paese che, molto più di ogni altro, ha dato al mondo la capacità di sconfiggere le malattie; soprattutto se la causa venisse dal paese che, negli ultimi trent'anni, ha contribuito a far fare alla nostra cultura di pediatri un salto valutabile ad anni luce.

È una specie di vendetta della storia il fatto che i successi cubani nella lotta contro la mortalità infantile siano stati, in gran parte, figli delle conquiste della pediatria di scuola anglosassone.

Questo numero

Il deficit intellettivo è considerato nella popolazione una variabile a distribuzione normale. Scrive Ciotti nel saper fare di questo numero: "Ci sono in Italia 10.000.000 di minori, fra questi dovremmo conoscere l'esistenza di circa 300.000 bambini con ritardo mentale (al di sotto del 3° percentile). Ora, in Italia, i bambini che a scuola godono di un insegnante di sostegno a vario titolo rappresentano il 2% della popolazione. Ciò significa che almeno la metà dei soggetti con ritardo mentale è misconosciuta". Ma se il deficit intellettivo è una variabile normale, si comporterà cioè come la statura (variabile più familiare ai pediatri) possiamo star tranquilli che il problema riguarda soltanto il 4% della popolazione infantile? Se andiamo in un villaggio ugandese e pesiamo e misuriamo i bambini di quel villaggio troveremo una distribuzione "normale" del peso e della statura ma a nessuno salterebbe in mente di considerare normale un bambino al 20° centile di quella popolazione ma con l'aspetto fisico che lasciamo all'immaginazione dei lettori. Sappiamo che quel bambino ha le potenzialità di tornare davvero normale con un po' di cibo. Sappiamo. La fame in Uganda è un problema noto, se ne parla: le coscienze si turbano e si rimboccano le coperte prima di dormire sonni profondi. Il rischio sociale è in Italia un problema meno noto, non turba i sonni di nessuno scoprire che la nozione di conservazione della realtà fisica (si veda l'articolo di Ciotti) è assente, nella seconda classe elementare, nella maggior parte della popolazione infantile delle famiglie povere. La nozione di conservazione della realtà fisica, ci spiega Piaget, è indispensabile, non tanto per la lettoscrittura, bensì per l'apprendimento della matematica. Allora? In Italia condanniamo migliaia di bambini all'impossibilità di seguire i programmi scolastici semplicemente perché nessuno ha mai considerato la necessità di un intervento riabilitativo su queste forme di ritardo mentale non organico. In cosa consiste questo intervento riabilitativo? Qualche ludoteca nei quartieri giusti. Il diritto a giocare con qualcuno di quei bei giocattoli che possono vedere solo in TV, ma che in TV non possono essere manipolati, esplorati, percepiti nella loro dimensione spaziale. Qualcuno che interagisca con questi bambini per qualche ora al giorno. Sono bambini che hanno bisogno di recuperare un pezzo di infanzia negata (si veda l'articolo di Siani e Cirillo in leggere e fare) e solo dopo di educatori, forse mai di insegnanti di appoggio. Allora qualcosa può fare anche la pediatria di base (si veda sempre Siani), tra gli innumerevoli screening proposti, tra le visite di follow-up per OMA potrebbe introdurre uno screening semplice: a sette anni dovrebbe valutare tutti i bambini con una pallina di pongo come ci spiega Ciotti nel suo articolo, poi programmare con chi trova (il parroco, il vicino di casa...) un intervento semplice semplice e... valutarlo (che strana pretesa la valutazione; si veda l'articolo di Dante Baronciani sull'educazione sanitaria). Difficile? E come no, ma dobbiamo fare solo le cose facili? Ci sono cose facili e difficili, divertenti e faticose. Anche di congressi ce ne sono di facili e difficili, di divertenti e faticosi, di quelli in cui si vota e di quelli che no, di quelli sponsorizzati e di quelli che no. Difficile? Ma non siamo un popolo di artisti... e naviganti, e poi, chissà come era difficile nel medioevo fare il pediatra, che neppure votava e forse neppure era sponsorizzato. Fatevene un'idea leggendo Cerasoli e la sua splendida ricerca storica sugli ex voto medievali.

S. F.

TRIESTE '96

In molti, anzi troppi
cronaca di un successo

Più di milleduecento pediatri iscritti regolarmente e tanti altri che pur senza avere l'iscrizione si sono presentati la mattina del 6 dicembre alla Stazione Marittima sede dei consueti confronti triestini; tutti stipati in due aule collegate in video e audio. E ancora, oltre cinquecento iscrizioni che non è stato possibile accettare per assoluta mancanza di spazio.

Questi sono i confronti in pediatria di Trieste '96. Ormai è un appuntamento a cui nessuno vuol mancare, sarà per il carisma del prof. Panizon, per la bravura degli organizzatori (Ventura e Longo), per la scelta dei relatori o soltanto perché si parla di pediatria quella vera, quella che si fa nel proprio ambulatorio, quella credibile.

La spiegazione di un così grande successo è probabilmente da ricercare in tutti questi motivi, anche se assistere in tanti a un convegno, lo dicemmo anche l'anno scorso, rende difficile seguire tutto bene e con profitto. Gli organizzatori dovranno per il prossimo anno trovare delle soluzioni più adeguate (sdoppiare i confronti? come ha proposto il Prof. Panizon tra lo sconforto delle sempre più efficienti e affaticate signorine della segreteria organizzativa).

La formula è quella consueta:

nessuna relazione preconfezionata, ma un relatore partendo da un sintomo espone il suo modo di procedere (e i suoi trucchi del mestiere), un secondo relatore critica, aggiunge, corregge e poi il pubblico interviene con le domande. Alla fine il moderatore raccoglie tutto e sintetizza le linee guida essenziali.

Molto accesa la sessione dedicata alle infezioni respiratorie ricorrenti con Panizon a difendere l'uso degli immunomodulanti (con dati alla mano) e Tognoni fermo e lucido assertore della loro assoluta inutilità (anche lui dati alla mano).

Il moderatore, il Prof. Macchia ha chiuso l'accesso dibattito citando Voltaire: "l'arte della medicina consiste nel distrarre il paziente mentre la natura cura la malat-

tia". Si è parlato del bambino con batticuore (la cardiologia è sempre un campo minato per il pediatra) e sono state ricordate le tre regole per fare diagnosi di tachicardia parossistica:

- 1) inizia e finisce improvvisamente,
- 2) il torace si muove tanto che solleva la maglietta del bambino,
- 3) non si riesce a contare la frequenza cardiaca.

Il lattante tollera in genere per 24-36 ore la tachicardia poi va in scompenso cardiaco.

Alcune novità in tema di orticaria cronica sono state illustrate con la consueta verve dal prof. Ventura, che ha ribadito che l'allergia non è mai o quasi mai una causa di orticaria (quante prove allergiche si fanno per l'orticaria alla ricerca di un'allergia che non c'è), se lo è lo si riconosce subito ed è lo stesso paziente che lo riferisce al medico. Il 30-50% delle orticarie croniche (che durano più di sei settimane) sono malattie autoimmuni e sono associate ad altre malattie autoimmuni che il paziente ha già o che avrà. Altra regola da ricordare è che orticaria fa orticaria, per cui il primo obiettivo da raggiungere è quello di interrompere subito la malattia. Farmaco di prima scelta un antistaminico antiH1 (la cinarizina 10 mg/kg) solo per sette giorni in caso di orticaria acuta, per lunghi periodi in quella cronica. Un bolo di cortisone se c'è anche angioedema, a cicli nell'orticaria cronica. Dieta povera di alimenti istaminoliberatori per poco tempo. La terapia dell'anafilassi è nell'ordine: adrenalina, antiH1, cortisone.

Vorremmo raccontarlo tutto il convegno ma ovvi motivi di spazio ce lo impediscono. Non resta che cominciare a prenotare un posto già da adesso per Trieste '97 (si parlerà di: "gli errori del pediatra e dello specialista") con la speranza che gli organizzatori trovino in quest'anno una soluzione all'eccessivo affollamento.

- Ci vorrà proprio una magia, un trucco del mestiere, ma non dubitiamo: ci riusciranno. -

P. S.



A TABIANO IL SIRMIONE VIII

Il domani degli ospedali

Il tema del Sirmione di questo anno è risultato indiscutibilmente molto efficace nel produrre in tutti i partecipanti il medesimo atteggiamento di partecipazione ipercritica. La consapevolezza di tutti è stata quella di trovarsi di fronte a una innovazione dei contratti di lavoro tale da rimettere in discussione radicalmente il modo di operare nella sanità pubblica. Dagli interventi del conduttore, il professor Cotta, è emerso chiaramente come i metodi di controllo e di incentivazione che i nuovi contratti recepiscono e provano a regolare siano la diretta conseguenza della logica dell'aziendalizzazione, figlia delle leggi 502 e 517. Gli articoli che nei nuovi contratti si occupano della retribuzione inseriscono variabili che si riferiscono alla "posizione", alla "produttività collettiva" e alla "produttività individuale". La rivoluzione evidente insita in queste nuove disposizioni è che da ora in poi ciascun dipendente all'interno dell'azienda verrà valutato periodicamente per ridefinirne meriti e demeriti, premi e detrazioni. Il ruolo di ciascuno sarà legato a obiettivi che si intendono realizzare con il fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi prestati che dovranno essere orientati alla "logica aziendale". Ogni livello aziendale avrà valutatori con il compito di stabilire il raggiungimento degli obiettivi. Si è costruita una piramide gerarchica di valutatori e controllori dei valutatori che parte dai primari dei singoli reparti, ora chiamati dirigenti di secondo livello delle unità operative, e arriva ai nuclei di valutazione aziendale la cui composizione ancora non è chiara. A livello dei singoli reparti comunque il nodo principale rimane la divisione del lavoro. Se il primario "democratico" saprà gestire il budget di reparto prevedendo incentivazioni ripartite in modo equo e rispettando le capacità e disponibilità dei propri collaboratori forse le difficoltà saranno ridotte. Ma cosa succederà laddove non vi è una giu-



UNA FARSA ALL'ITALIANA

la formazione permanente

sta ripartizione tra il personale degli obiettivi e dei carichi di lavoro oppure quando gli obiettivi previsti siano divergenti da quelli della "logica aziendale"?

Non è difficile prevedere la ricaduta in negativo sull'assistenza ai pazienti.

Il corso è stato molto utile per comprendere quali dovranno essere gli obiettivi sui quali i reparti e i singoli operatori debbono richiedere incentivi. Ogni reparto dovrà infatti individuare le modalità per ottimizzare la propria efficacia ed efficienza agendo sulle proprie risorse, attività e processi e trasformarle in obiettivi. È quindi opportuno che tra questi si preferiscano quelli che siano il più vicino possibile all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria e il più lontano possibile dalle logiche aziendali "mercificanti" tese al puro profitto e alla "competizione nel libero mercato". Tra gli obiettivi proposti dai gruppi di lavoro vi segnalo la riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza inappropriate, di cui ha parlato Franca Parizzi, l'uso di protocolli diagnostico-terapeutici concordati, il miglioramento dei tempi di consegna e della qualità delle lettere di dimissione, l'utilizzo di una cartella clinica integrata tra personale medico e non medico e orientata sui problemi, la riduzione dei tempi di attesa di ricoveri e visite ambulatoriali, la riduzione delle spese per esami inutili e per farmaci inappropriati, la riduzione delle giornate di degenza tramite la dimissione precoce "protetta" con affidamento al curante e la costruzione di percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio.

G. C.

Alla terza conferenza sulla formazione medica e ricerca (*Agenzia Sanità 1996;37:46*) si è tenuta la premiata fiera delle ovvietà.

Il prof. Mario Condorelli, presidente del collegio dei professori di medicina interna, ha riassunto in quattro le cause del "continuo degrado della classe medica italiana".

Queste cause sono:

1. Mancanza di competitività delle università fra di loro;
2. errori nella formulazione del curriculum per *meri interessi accademici* di moltiplicazione degli insegnamenti (se è così non sono errori, ma colpe);
3. svilimento del ruolo dell'insegnamento universitario nella medicina clinica;
4. assenza della formazione permanente.

Le prime tre di queste quattro cause fanno perno sui professori universitari; ci si doveva, dunque, attendere che il prof. Condorelli concludesse "e ora noi professori universitari andiamo tutti a casa ad occuparci di ippica".

Non l'ha detto.

Noi capiamo perché. Per non lasciarci soli.

Del resto noi pediatri siamo circondati, da sempre, da professori universitari di pediatria che parlano di insufficienze, e

anche di peggio, della università. Lo fanno da (almeno) vent'anni, ma continuano a mantenere, così come sono, le loro cattedre e con esse il loro potere.

Il Caso o la Necessità?

Quanto al 4° punto, se non si tratta di omonimia, il prof. Condorelli è stato sottosegretario alla sanità.

Qualcosa poteva pur fare invece di limitarsi a dire, ora, che "la formazione permanente va resa vincolante anche attraverso incentivi economici e crediti da far valere per lo sviluppo di carriera".

Di un rinnovamento delle modalità di aggiornamento e del sistema del "credit", nulla di nulla è scritto nelle convenzioni per medicina e pediatria (ce ne siamo occupato nello scorso numero di *Quaderni*), mentre nel contratto della dipendenza, sebbene le cose siano metodologicamente appena più corrette, nessuna previsione di crediti/incentivi è stata fatta per i prossimi anni di validità del contratto.

Fra quanti anni se ne parlerà allora?

Nello stesso convegno la Bindi ha detto pensosamente di star riflettendo sulla formazione di una Commissione di universitari, di società scientifiche, di ospedalieri, di medici del territorio, di medici di medicina generale (i pediatri di libera scelta non sono ricordati) per risolvere il problema della formazione permanente.

Si sentiva, impellente, il bisogno di una commissione che lasciasse le cose come stanno.

Riteniamo proprio che sia la strada giusta: quello di fare una commissione è il modo più efficace per far finta di avere a cuore i problemi *nel povero paese* come diceva La Malfa (Ugo).

Il prof. Luigi Frati, presidente del consiglio superiore di sanità, sempre nello stesso convegno, ha preso paura (persino!) della innocua proposta della Bindi e ha commentato che è ben vero che occorre sforzarsi di capire "come l'esterno (esterno all'università n.d.r.) possa diventare nostro giudice, senza per questo rischiare di finire in mano a incompetenti".

Per l'amor di Dio, professore-presidente, che rischio!

Un dubbio, però, ci è sorto: ma se l'università ha i difetti elencati da Condorelli non è già in mano ad incompetenti?

G. B.





Il lattante con distress respiratorio

P. Causa, L. Cioffi, P. Metafora

Pediatrati di base associati, Distretto Pozzuoli, ASL Napoli 2

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 8-10

Riassunto

Obiettivi: effettuare una valutazione del distress respiratorio nel lattante con sintomatologia clinica non grave e di età superiore a 60 giorni.

Metodi: è stata utilizzata l'osservazione ambulatoriale, il rilievo di sintomi di sofferenza respiratoria, la presenza di rischio sociale e la risposta alla terapia con β_2 nebulizzato o β_2 + betametasone per os per dividere i bambini a rischio di forme severe che necessitano di ospedalizzazione da quelli non a rischio o a basso rischio che possono praticare una terapia domiciliare.

Risultati: il metodo proposto si è dimostrato capace di discriminare i bambini da ricoverare rispetto a quelli da trattare a domicilio.

Parole chiave:

Bronchiolite, Distress respiratorio, Asma infettivo, Organizzazione dell'ambulatorio

Premessa

Di fronte a un lattante con distress respiratorio il problema è quello di inquadrare il caso per decidere se il bambino necessita di ricovero ospedaliero o di osservazione e terapia domiciliare. Ciò è reso più difficile dalla relativa confusione che persiste attorno al termine bronchiolite (B). Nei mesi invernali, durante i quali si verifica l'epidemia da RSV, ogni distress respiratorio nel lattante viene classificato come B. La Rusconi infatti afferma: "durante il picco epidemico si può ragionevolmente pensare che un bambino piccolo ricoverato per rinite, tosse, broncospasmo abbia una infezione da RSV". (1) Circa la confusione terminologica Everaldo dice "la maggior parte dei bambini che ricevono una diagnosi di bronchiolite nel Nord America riceverebbero in Gran Bretagna una diagnosi di wheeze infettivo o bronchite spastica; la maggior parte dei pazienti che ricevono in G.B. una diagnosi di bronchiolite riceverebbero in Nord America diagnosi di polmonite. Perché in Nord America il criterio cardine della diagnosi di bronchiolite è il wheeze mentre in G.B. è la crepitazione alla ascoltazione del torace?". (2) Tal afferma che non è facile distinguere in un lattante con distress respiratorio se trattasi di B o di asma, e la mancanza di netti criteri diagnostici è confermata dalla differente terminologia usata. (3) Secondo Gadomsky la grande variabilità nel trattamento della B deriva anche da misclassificazione dei bambini con distress e dai conflitti esistenti in letteratura circa l'efficacia dei broncodilatatori a risolvere il distress respiratorio dei lattanti con bronchiolite. (4) Un corretto approccio metodologico è quindi indispensabile per permettere una valutazione del che fare di fronte a un lattante con distress respiratorio.

Il problema è quindi quale atteggiamento tenere di fronte ad un bambino con distress che può avere una B da virus respiratorio sinciziale (la "peggiore" dal punto di vista prognostico) o da altro virus, ancora in fase iniziale, una bronchite asmatica, un asma infettivo. Nel caso si tratti di una B il reperto anatomico è quello di una ostruzione da detriti cellulari. Clinicamente il lattante nei giorni precedenti ha avuto una infezione delle vie respiratorie alte (URI), con un graduale sviluppo del distress: accessi parossistici di tosse, dispnea e irritabilità; è comunemente apirettico o con febbre di grado lieve; v'è difficoltà a succhiare al seno o dalla bottiglia. (6) Nei casi lievi i sintomi scompaiono in 1-3 giorni; nei pazienti più seri i sintomi si sviluppano nell'arco di molte ore e il decorso è protratto. (6) Alla visita è presente tachipnea spesso severa (la FR varia tra 60 ed 80/m), alitamento delle pinne nasali e retrazioni inter e sottocostali, rantoli fini diffusi alla fine della inspirazione e nella fase iniziale della espirazione, la espirazione è prolungata e usualmente sono udibili sibili. (6)

A dispetto delle peculiarità anatomiche un reperto clinico simile all'asma. Per l'ampio spettro di gravità (6-8) solo una quota non elevata di b. viene ospedalizzata. (7-8) La terapia è di supporto, sintomatologica. La terapia con Ribavirina va effettuata in casi selezionati. (6) Il pediatra deve innanzitutto valutare se il paziente ha bisogno di ricovero, indipendentemente dalla diagnosi della causa del distress. Deve cioè darsi un metodo di analisi decisionale. I criteri di gravità comunemente accettati, e che suggeriscono sicuramente la ospedalizzazione, sono: cianosi, apatia o letargia, impossibilità ad alimentarsi, $FR > 80$, impegno marcato dei muscoli accessori del respiro, rantoli fini e crepitanti con scarso wheezing, rumori respiratori poco udibili, $FC > 200$. (3,12,13) Più difficile invece la decisione di fronte ad un lattante con distress respiratorio che abbia, al momento della visita, segni e sintomi di malattia non così gravi in quanto una bronchite con rinforzo della fase espiratoria (rinite, tachipnea, sibili, rantoli non crepitanti) potrebbe essere una B che non necessita di ricovero ma che potrebbe richiedere l'osped-

dalizzazione poche ore dopo. I criteri predittivi di malattia severa sono incerti. Shaw ha analizzato e "pesato" le caratteristiche anamnestiche, obiettive e laboratoristiche di 213 bambini con bronchiolite che ha seguito con adeguato follow-up, dividendoli "a posteriori" in 139 forme lievi (bambini che durante la malattia rimanevano vigili e attivi, ben idratati ed assumevano liquidi per os) e 74 forme severe (ospedalizzate). (14)

Egli sostiene che, per il processo decisionale, serve una analisi multifattoriale: (FR > 70, aspetto generale "malato" o "tossico", età gestazionale < 34 settimane, età cronologica < 3 mesi, ossimetria pulsatile < 95%, RX torace con/senza atelettasie. Il modello consente una buona specificità (91%) e una accettabile sensibilità (76%). L'analisi decisionale di Shaw non è tanto facile da utilizzare. Se si utilizzano solo criteri clinici (età gestazionale, età cronologica, aspetto generale, FR, aggiungendo il colorito cutaneo) il modello predittivo mantiene una buona specificità (90%) ma perde sensibilità (65%). (14) Shaw non prende in considerazione la variabile sociale, ma Spencer riporta che il risiedere in aree deprivate socialmente comporta una maggiore (1.67) probabilità di essere ospedalizzati per bronchiolite e una maggiore probabilità (1.74) di avere una forma severa. (15) Uno dei problemi è la variabilità del quadro fra il momento dell'esame e quello del possibile aggravamento. L'analisi decisionale del gruppo di Shaw fallì per difetto in 10 sui 148 bambini che furono dimessi dal dipartimento di emergenza (14) perché questi bambini furono visti in fase precoce di malattia. Un'altra variabile che può essere utilizzata nel processo decisionale è la risposta alla terapia: adrenalina s.c., o aerosolica (6) β_2 stimolanti nebulizzati, (18) β_2 stimolanti più cortisone (4); anche se i dati di letteratura sulla risposta della B alle terapie sono spesso contrastanti specie per i β_2 stimolanti. Non ci sono ricerche su questa valutazione in pediatria ambulatoriale dove si opera in maniera diversa dal pronto soccorso: qui si effettua solitamente una valutazione "puntiforme", non essendo in Italia diffusa l'astanteria. Questo tipo di valutazione abbassa la soglia di specificità della sintomatologia, e fa commettere "errori" per iperospedalizzazione. Infatti solo il 25% dei bambini ospedalizzati nella casistica della Rusconi (23) necessitò di ossigenoterapia contro l'80% della casistica americana di Shaw (14) e rispettivamente solo il 3-4% richiese terapia intensiva contro il 18%. Il pediatra di famiglia ha, almeno teoricamente, anche un altro vantaggio: conosce la famiglia e ne può valutare l'affidabilità, può rivedere il b. dopo un tentativo terapeutico fatto in ambulatorio o a casa.

Pazienti e metodi

In questa ricerca preliminare si è cercato di capire se applicando un'analisi decisionale basata sulla valutazione della sintomatologia nel tempo e la risposta alla terapia (trattamento con un aerosol con Salbutamolo (S) si riesce a separare il bambino non a rischio di sintomatologia severa da quello con probabile rischio. In sottordine si è presunto che un bambino che risponde alla terapia aerosolica ha più probabilmente un episodio di asma, un b che non risponda più probabilmente una B. La possibilità di fare questo tentativo deriva dalla logistica della nostra

struttura ambulatoriale. Lavoriamo nello stesso studio, ognuno in una propria stanza e abbiamo a disposizione una stanza per le urgenze e una per l'aereosolterapia.

Nei propri orari di studio ognuno visita, per "urgenza" o su richiesta di uno degli altri colleghi, anche un assistito non proprio.

Abbiamo uniformato il nostro comportamento sia clinico che relazionale per cui i genitori accettano che il loro bambino possa essere visitato da ognuno di noi.

All'atto della visita i lattanti sono suddivisi nei seguenti gruppi:

Gruppo 1: da ricoverare per i seguenti motivi:

per età < 60 giorni

per presenza di uno dei seguenti sintomi o segni:

- a) riferite crisi di apnea-cianosi,
- b) impegno dei muscoli accessori sopraclavari e/o impegno continuo di quelli inter e sottocostali,
- c) FR > 70,
- d) rumori respiratori poco udibili,
- e) rantoli fini e crepitanti
- f) presenza di famiglia inaffidabile per l'osservazione domiciliare.

Per l'affidabilità dei genitori è stata valutata: l'età della madre, l'esistenza di una famiglia allargata, il livello culturale, il tipo di abitazione, la disponibilità di un nebulizzatore adeguato, avere il telefono.

È stata anche valutata la possibilità di una valutazione di inaffidabilità indipendente dalla valutazione dei parametri sopra citati.

Gruppo 2: da sottoporre a terapia con β_2 nebulizzato e da tenere in temporanea osservazione.

I bambini non rientranti nei parametri sopraindicati. In questi bb viene praticata terapia con salbutamolo nebulizzato (125 mcg./kg/dose) con rivalutazione della sintomatologia dopo 30 minuti. L'albero decisionale prevede i seguenti passi:

1. se la sintomatologia è regredita il bambino sospende il trattamento ambulatoriale (*gruppo 2a*),
2. se la sintomatologia non è regredita si ripete la nebulizzazione e viene somministrato betametasona per os (0.2 mg./kg/dose). Il bambino viene rivalutato dopo 30 e 60 minuti (*gruppo 2b*),
3. se la sintomatologia peggiora nel corso del trattamento il bambino viene ospedalizzato (*gruppo 2c*).

Dopo l'osservazione si definiscono due gruppi finali:

Gruppo A: In questo gruppo rientrano i bb che dopo trattamento sono migliorati e presentano i seguenti segni positivi o negativi: assenza di aspetto sofferente, capacità di alimentarsi, impegno dei muscoli accessori del respiro modesto, FR < 50, famiglia affidabile e disponibile al trattamento domiciliare.

Questi bb proseguono a casa la terapia con salbutamolo prescritto alla dose citata ogni sei ore e betametasona 0.2 mg/kg/die in due dosi. Il follow-up prevede un controllo telefonico a 6-8 ore e un controllo clinico il giorno seguente e poi a 72 ore.

Gruppo B: bb con sintomatologia imm modificata che vengono ricoverati perché non rientrano nei parametri di cui sopra.

Risultati preliminari

Nel periodo epidemico per B. degli anni 1994-1996 i casi di primo episodio di distress respiratorio nel primo anno di vita capitati alla nostra osservazione sono stati 44 (età media è 4.9 +/- 2.2 mesi, 19 femmine, 25 maschi).

Rispetto all'analisi decisionale sopra esposta i bambini sono risultati così divisi:

Gruppo A

Sono stati ricoverati 17 bb su 44 (età media 3.3 +/- 1.3 mesi, 7 F/ 10 M), per i seguenti criteri:

- tre bambini per il criterio età < 3 mesi (età media 1.4 +/- 0.3 mesi 1F/ 2 M)
- quattro bambini per il criterio sociologico cioè famiglia inaffidabile pur con sintomi lievi (età media 4.7 +/- 1.2 mesi 2 F/ 2 M)
- dieci bambini per sintomatologia (età media 3.2 +/- 0.7 mesi 4 F/ 6 M).

Questo gruppo rappresenta la somma del gruppo 1 iniziale e del gruppo 2c.

Gruppo B

Non sono stati avviati al ricovero 27 bb su 44 (età media 5.8 +/- 2.0 mesi 12 F/ 15 M).

- tredici bambini hanno presentato una regressione della sintomatologia (età media 7.5 +/- 1.4 mesi, 6 F/ 7 M).
- quattordici bambini si sono mantenuti nella soglia della sintomatologia da noi stabilita come sicura per la osservazione domiciliare (età media 4.5 +/- 1.2 mesi, 6 F/ 8 M).

Quale conferma del criterio di comportamento è stato controllato il decorso ospedaliero: tutti i bambini ricoverati per sintomatologia sopra la soglia clinica o per età hanno ricevuto ossigenoterapia. I quattro bambini ricoverati solo per famiglia inaffidabile non hanno ricevuto ossigenoterapia. Tutti i bambini non ricoverati dopo l'osservazione in studio non hanno avuto bisogno di ricovero nei giorni successivi. Vi è stata inoltre concordanza tra il giudizio della madre e la valutazione clinica effettuata nel corso del follow-up. Vi è stata una completa accettazione del nostro criterio di comportamento da parte dei genitori.

Conclusioni

Come s'è visto in premessa vi è in letteratura discreta ricerca circa la possibilità di individuare score di gravità per definire il rischio del bambino con B. La nostra ricerca si inserisce in questo filone ed è la sola finora ambientata in pediatria ambulatoriale. La metodologia che viene proposta è basata sulla possibilità di effettuare una valutazione sufficientemente prolungata del bambino con distress respiratorio. Essa consente, altresì, di valutare l'efficacia di una terapia aerosolica con β_2/β_2 + beta-metasone sull'entità del distress e di conoscere quindi la sensibilità per il futuro a questa terapia (1° episodio di asma?). Infine il protocollo consente di tenere conto del rischio sociale inserendo nella valutazione la valutazione del tipo di famiglia e l'affidabilità e la disponibilità dei genitori. In questa ricerca preliminare l'analisi decisionale si è rivelata sufficientemente capace di effettuare la distinzione che le era stata chiesta: sono stati ospedalizzati pochi bambini: 17 su 44. I bambini ricoverati per sintomi hanno effettivamente dimostrato di avere avuto

necessità di cure possibili solo con ricovero. I bb non ospedalizzati dopo osservazione non hanno necessitato di successiva decisione di ricovero. Ci si augura che altri pediatri vogliano sperimentare questo tipo di analisi decisionale. Come secondo passo si cercherà di valutare l'effetto dell'uso della L-adrenalina nebulizzata utilizzandola, se il salbutamolo non ha migliorato la sintomatologia. Come dato di trascinarsi della ricerca è da citare la collaborazione con la divisione di Pediatria dell'Ospedale di Pozzuoli con una scheda comune, comprensiva di informazioni cliniche e socio-culturali, che permette di raccogliere dati confrontabili consentendo di conoscere dettagliatamente l'andamento clinico dei pazienti ricoverati.

Bibliografia

1. Rusconi F et al. La bronchiolite da virus respiratorio sinciziale. *M. & B.* 1991;4:17-22
2. Everald MK Acute bronchiolitis-a perennial problem. *Lancet* 1996;348:279-80
3. Tal A et al. Dexamethasone and salbutamol in the treatment of acute wheezing in infants. *Pediatrics* 1983;71:13-18
4. Gadomski AM et al. Oral versus nebulized albuterol in the management of bronchiolitis in Egypt. *J Pediatr.* 1994;124:131-38
5. Welliver RC-Cherry JD Bronchiolite e asma infettivo. In: Feigin-Cherry Trattato di infettivologia pediatrica 3° ed. italiana su 3° ed. amer. Torino; Centro Scientifico Ed. 1993;279-88
6. Stern RC Acute Bronchiolitis. In: Nelson Textbook of Pediatrics 14°ed. Philadelphia; WB Saunders 1992;1075-76
7. Wohl MEB, Chernick V Bronchiolitis. *Am Rev Respir Dis.* 1978;118:759-78
8. Henderson FW et al. The etiologic and epidemiologic spectrum of bronchiolitis in pediatric practice. *J Pediatr.* 1979;95:183-91
9. McIntosh K. Respiratory Syncytial Virus. In: Nelson Textbook of Pediatrics 15° ed Philadelphia, WB Saunders 1996: 904-6
10. Rusconi F et al. La bronchiolite da virus respiratorio sinciziale: diagnosi e terapia. *M. & B.* 1994;1:20-27
11. Rakshi K, Couriel JM Management of acute bronchiolitis. *Arch Dis Child.* 1994;71:463-69
12. Schuh S et al. Efficacy of adding nebulized ipratropium bromide to nebulized albuterol therapy in acute bronchiolitis. *Pediatrics* 1992;90:920-23
13. Menon K et al. A randomized trial comparing the efficacy of epinephrine with salbutamol in the treatment of acute bronchiolitis. *J Pediatr.* 1995;126:1004-07
14. Shaw KN et al. Outpatient assesment of infants with bronchiolitis. *Am J Dis Child.* 1991;145:151-55
15. Spencer N et al. Deprivation and bronchiolitis. *Arch Dis Child.* 1996;74:50-52
16. Reading R et al. Measuring child health inequalities using aggregations of enumeration districts. *J Public Health Med* 1990;12:160-67
17. Martinez F et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N. E. J. M.* 1995;332:133-38
18. Orenstein MO Bronchiolitis. In: Nelson Textbook of Pediatrics 15° ed Philadelphia, WB Saunders;1996:1211-13
19. Schuh S et al. Nebulized albuterol in the acute bronchiolitis. *J Pediatr.* 1990;117:633- 37
20. Klassen TP et al. Randomized trial of salbutamol in acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1991;118:807-11
21. Kristjansson S et al. Nebulised racemic adrenaline in the treatment of acute bronchiolitis in infants and toddlers. *Arch Dis Child.* 1993;69:650-54
22. Reijonen T et al. The clinical efficacy of nebulised racemic epinephrine and albuterol in acute bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:686-92
23. Rusconi F et al. Risk factors for severe respiratory syncytial virus disease in children hospitalized for lower respiratory tract infections. *Proceedings of IX Meeting of European Pediatric Respiratory Society, June 27-29, Rome 1991*
24. Hall CB et al. Nosocomial respiratory syncytial virus infections. *N. E. J. M.* 1975;293:1343-6
25. Isaacs D, O'Callaghan et al. Handwashing and cohorting in prevention of hospital acquired infections with respiratory syncytial virus. *Arch Dis Child.* 1991;66:227-31
26. Reijonen T et al. The clinical efficacy of nebulised racemic epinephrine and albuterol in acute bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:686-92



Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 11-13

La pediatria di comunità e la comunità dei pediatri

Francesco Ciotti

Responsabile U.O. Materno Infantile AUSL di Cesena

Riassunto

Obiettivi: conoscere lo stato dell'organizzazione delle funzioni dedicate all'assistenza all'infanzia nelle AUSL italiane.

Metodi: invio di un questionario da compilare ai gruppi locali acp.

Risultati: vi è presenza e utilizzo di mezzi e strutture dedicate alla protezione dell'infanzia.

Conclusioni: la sola possibilità di recupero in coordinamento e integrazione è la strutturazione di uno strumento del tipo della pediatria di comunità.

Parola chiave: Pediatria di comunità

Premessa

La parola "comunità" deriva dal latino "communitas" che contiene la radice etimologica "munia", che significa "mura", mura intese sia in senso reale che metaforico.

Comunità è quindi l'insieme di persone che vivono dentro le stesse mura ovvero lo stesso territorio, ma anche l'insieme di persone che è compreso all'interno di un determinato "muro" contestuale ovvero un insieme di persone unite tra loro da rapporti sociali, linguistici, morali, da vincoli organizzativi, da determinati interessi e consuetudini. La pediatria di comunità persegue la difesa della salute dei bambini e degli adolescenti che appartengono a una determinata comunità territoriale ma non può realizzare questo scopo se non riesce a costruire intorno a sé la rete della comunità dei pediatri e più in generale dei "professionisti dell'infanzia" ossia di quelle persone unite tra loro dai vincoli morali, scientifici e culturali della difesa del bambino nel suo processo di crescita nella famiglia e nella società. Non è un caso che il gruppo ACP sulla "Pediatria di Comunità" nell'elencarne gli obiettivi generali abbia collocato al primo posto "Assicurare condizioni organizzative e strutturali idonee" in quanto solo la realizzazione di condizioni organizzative e strutturali idonee può consentire di effettuare e valutare gli interventi in sanità pubblica. Se poi passiamo a esaminare più da vicino soltanto alcune aree di intervento, e cioè i bilanci di salute, gli screening, il controllo delle malattie infettive e parassitarie, il bambino con bisogni speciali, l'adolescente, l'educazione sanitaria, la formazione e l'aggiornamento, ci rendiamo conto come un qualsiasi intervento in una qualunque di queste aree non possa prescindere da una progettazione strettamente condivisa tra pediatra pubblica territoriale, pediatria di base e pediatria ospedaliera. Perciò è sembrato importante al gruppo ACP, oltre che proporre in dettaglio gli obiettivi generali e specifici della "Pediatria di Comunità", condurre una prima indagine conoscitiva sullo stato della "Comunità dei Pediatri" ossia sul tipo di integrazione e coordinamento esistente nei diversi territori AUSL tra pediatria territoriale e pediatria di base innanzitutto e poi anche tra pediatria territoriale e pediatria ospedaliera.

Metodi

È stato predisposto un questionario che, oltre alle informazioni precedenti, chiedeva anche la fattibilità della raccolta dati su alcuni indicatori demografici socio-sanitari e sul numero degli operatori medici e paramedici di pediatria presenti nel territorio. Il questionario è stato inviato ai trentuno referenti delle Associazioni ACP operanti nel nostro paese. Di questi, 24 hanno rinviato il questionario debitamente compilato e precisamente 11 per altrettante AUSL del Nord, 7 per le AUSL del Centro, 6 per le AUSL del Sud, per un totale di 24 AUSL e di circa 8.000.000 di abitanti. Pertanto va premesso che i risultati devono essere interpretati con prudenza visto che il campione rappresenta soltanto uno spaccato della realtà nazionale e che esso esprime il punto di vista di 24 pediatri e tuttavia nel contempo, proprio perché rappresenta il "vissuto" di 24 persone che si occupano di salute infantile in aree molto diverse, questi risultati non possono non aprire una importante riflessione in seno all'ACP.

Risultati

I risultati del questionario sono riassunti nella *tabella I* e nella *tabella II*. In sintesi la realtà che emerge dai questionari sembra differenziata per certi versi tra Nord, Centro e Sud, e precisamente:

1) **Nord** (11 AUSL, 5 regioni, 3.114.000 abitanti):

- le realtà "forti" sembrano essere il distretto e il servizio di assistenza sanitaria di base, in cui sulla carta sono collocati sia la pediatria di base sia la pediatria territoriale;
- nella pratica per screening, bilanci di salute, educazione sanitaria, formazione, non c'è un

- coordinamento tra pediatria di base e pediatria territoriale;
- tra pediatria territoriale e pediatria ospedaliera non c'è coordinamento neppure sulla carta;
 - controllo di malattie infettive e parassitaria è svolto in gran parte dalla igiene pubblica;
 - il personale medico e paramedico dell'area pediatrica territoriale pare adeguato agli standard (m. b. 1987);
 - la maggior parte dei dati richiesti risulta raccogliabile.
- 2) **Centro** (7 AUSL, 6 regioni, 1.957.000 abitanti):
- non sembra esistere né un servizio né un distretto in cui siano collocati insieme pediatria di base e pediatria territoriale, a eccezione di 2 AUSL in cui si trovano dentro il D. M. I.: si tratta di 2 AUSL appartenenti alle 2 regioni centrali (Lazio, Emilia) in cui esisteva il già servizio materno-infantile;
 - in generale si rileva una presenza "forte" dei pediatri di base, che si occupano in prima persona di bilanci di salute, screening, educazione sanitaria e anche formazione come ACP;
 - il controllo delle malattie infettive è quasi ovunque affidato all'igiene p.;
 - rispetto agli standard di personale risultano numerosi i pediatri di base e scarso il personale paramedico territoriale;
 - la maggior parte dei dati richiesti risulta raccogliabile.
- 3) **Sud** (6 AUSL, 5 regioni, 2.789.000 abitanti):
- nonostante in 3 regioni del sud su 5 esista il dipartimento materno-infantile (laddove prima in effetti esisteva il già servizio materno-infantile), come prima i servizi, così ora i dipartimenti esistono solo sulla carta e non esiste nessun tipo di coordinamento;
 - il personale medico pare adeguato agli standard;
 - tra i dati richiesti quelli di più difficile rilevazione paiono quelli provenienti dalla AUSL e in particolare dall'ospedale.

Conclusioni

Dunque dall'indagine emerge che spesso non esiste sulla carta e quasi mai esiste nella pratica una "Comunità" dei pediatri e più in generale dei professionisti dell'infanzia che si occupano della salute infantile. È assai probabile quindi che non esista neppure una definizione condivisa dei percorsi assistenziali relativi all'infanzia e all'adolescenza né una valutazione della qualità degli stessi percorsi.

Appare quanto mai urgente costruire all'interno delle AUSL una struttura organizzativa formalizzata che metta intorno a un tavolo i professionisti dell'infanzia per programmare obiettivi e criteri di valutazione.

Appare compito prioritario della Pediatria di Comunità in questa fase farsi promotrice di questa azione presso le Direzioni Aziendali per ricevere un mandato in questo senso.

Ma quale struttura organizzativa formalizzata perseguire? Su di questo esistono già in medicina ricerche ed esperienze numerose. La struttura formalizzata in cui gli operatori sanitari si aggregano per perseguire uno scopo comune è il Dipartimento di Attività Medica.

Esso consiste nel raggruppamento di operatori sanitari che lavorano in strutture diversamente collocate col fine di raggiungere obiettivi non altrimenti realizzabili.

Sulla carta esistono due tipi di Dipartimento possibile: il

Dipartimento strutturale o gestionale e il Dipartimento funzionale. Quale dei due può essere il più adatto per la Comunità dei Pediatri? Passiamone brevemente in rassegna limiti e pregi:

1) Dipartimento gestionale

- qualora il criterio di aggregazione delle diverse unità operative sia di avere come scopo comune quello di usare al meglio le risorse assistenziali: risorse-spazi, attrezzature, personale, budget (criterio di efficienza); es. U.O. chirurgiche che si aggregano nel dipartimento di chirurgia per ottimizzare l'uso della risorsa "sale operatorie"; ostacoli:

- dipartimenti ospedalieri autonomi per la gestione con un loro budget

- distretti territoriali autonomi per la gestione con un loro budget. Questo rende poco praticabile l'ipotesi di un dipartimento gestionale materno-infantile, territorio + ospedale.

2) Dipartimento funzionale

- qualora il criterio di aggregazione delle U.O. sia di avere come scopo comune quello di costruire percorsi assistenziali tesi al

Tab. I: risultati del questionario sulla pediatria territoriale, parte 1^a

	Nord %	Centro %	Sud %
Azienda USL SI	91	100	100
Dipart. Mat. Infan. SI	18	28	50
Distretto di Base SI	72	85	50
Coordin. Inf. Ad. SI	27	28	16
Coordin. Inf. Ad. Az.	27	28	33
Coordin. Inf. Ad. Dist.	0	14	0
Coordin. Ped. Terr. Base	45	43	0
Coordin. Ped. Terr. Osp.	9	28	0
Bilanci di salute			
Ped. base	54	71	66
Ped. terr.	9	0	0
Ped. base + Ped. terr.	36	28	33
Screening			
Ped. base	9	42	50
Ped. terr.	82	0	16
Ped. base + Ped. terr.	9	42	16
Altro?	-	15	16
Educazione sanitaria			
Ped. base	18	42	16
Ped. terr.	55	0	16
Ped. base + Ped. terr.	9	57	33
Altro?	18	-	33
Mal. Inf. Parass.			
Igiene P.	45	71	33
Ped. terr.	36	14	33
Ped. base	9	0	16
Altro?	9	14	16
Formazione			
Ausl	45	43	0
ACP-FIMP	9	14	16
Altro?	45	43	83
Ped. base/100.000 ab.	11,5	15	13,4
Med. Terr./100.000 ab.	3,5	4,6	4,7
Paramedico/100.000 ab.	6,5	4,6	?

raggiungimento di obiettivi di qualità valutabili (criterio di efficacia). Per esempio costruzione di linee guida sulla base di elementi scientifici e tecnici condivisi dai professionisti facenti parte delle U.O. per la prevenzione della prematurità;

- la valutazione delle qualità dei percorsi assistenziali è impossibile senza una integrazione ospedale - territorio nella definizione di: obiettivi assistenziali, protocolli procedurali e clinici, e modalità di valutazione dei risultati (quasi sempre esterni all'ospedale, a parte forse la mortalità neonatale). Tali dipartimenti funzionali possono anche essere orizzontali tra ospedale e territorio (es. Dipartimento materno-infantile).

Quale Dipartimento funzionale?

1. Dipartimento pediatrico

Per un coordinamento unitario degli obiettivi assistenziali di pediatria di comunità, di base e ospedaliera.

Rischi:

- neuropsichiatria infantile e adolescenza assorbiti nei dipartimenti di psichiatria e salute mentale;
- riabilitazione infantile assorbita dalla fisioterapia e riabilitazione adulti;
- ostetricia e consultori familiari "isolati" nella "salute donna";
- psicologia "comune" per adulti e bambini;

Questo è quello che è già successo alla maggior parte degli ex servizi materno-infantili della Emilia Romagna.

Un Dipartimento Pediatrico funzionale potrebbe pertanto seriamente intaccare quella unitarietà e identità delle cure materno-infantili, indicate come obiettivo dal Piano Sanitario Nazionale 94-96.

2. Dipartimento Funzionale materno-infantile

Il PSN 94-96, atto d'intesa fra Stato e Regioni, al punto 5-A parla espressamente di tutela materno-infantile e di servizi di protezione materno-infantile e nella strategia d'intervento cita "la prevenzione e l'educazione sanitaria, la promozione della procreazione cosciente e responsabile, la tutela della gravidanza a rischio, la prevenzione e il controllo delle malattie genetiche, la cura delle patologie croniche e disabilitanti"; tra gli strumenti d'intervento per realizzare gli obiettivi strategici cita "la stretta connessione tra strutture pediatriche e strutture ostetriche, ospedaliere ed extraospedaliere, l'istituzione del Dipartimento Materno-Infantile per l'integrazione degli aspetti sanitari e sociali, la deospedalizzazione, il potenziamento delle attività neuropsichiatriche"; infine indica nel tasso di mortalità perinatale il fondamentale indicatore sanitario dello stato dei servizi di protezione materno-infantile.

Il Dipartimento funzionale materno-infantile, costituito dalla Pediatria di Comunità, dalla Pediatria di base, dalla Divisione Ospedaliera Pediatrica, dalla Divisione Ospedaliera Ostetrica, dal Consultorio Familiare, dalla Neuropsichiatria Infantile e Riabilitazione, dalla Psicologia dell'Età Evolutiva, assicura il coordinamento tecnico-professionale delle unità operative coinvolte lavorando per progetti, obiettivi generali e specifici e criteri di valutazione degli stessi, lasciando a Distretti territoriali e Presidi Ospedalieri il problema gestionale del reperimento e allocazione delle risorse.

Su questa traccia nel 1996 nella AUSL di Cesena, che com-

prende un grande Presidio Ospedaliero e tre Distretti, si è costituito il Dipartimento Funzionale Materno-Infantile che sta lavorando sugli obiettivi triennali di quattro grandi Progetti: il Percorso Nascita, l'Assistenza alle Malattie Croniche, l'Assistenza all'Adolescente, che coinvolgono tutti e sette i moduli citati che costituiscono il Dipartimento; la Prevenzione della Dispersione Scolastica, che coinvolge oltre a Pediatria di Base, Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria Infantile e Riabilitazione, Psicologia dell'Età Evolutiva, anche il servizio sociale che fa parte del Dipartimento Sociale.

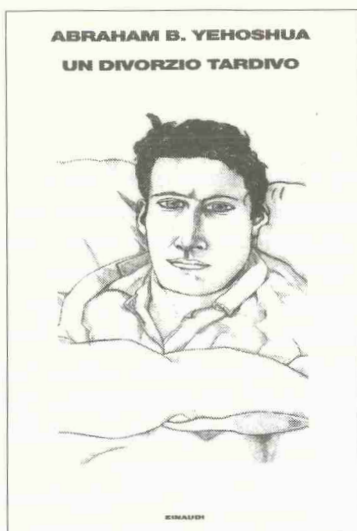
Per realizzare questo non è stato facile. Abbiamo dovuto lottare per convincere con la forza delle nostre ragioni la nostra Direzione, che pure è una Direzione molto "aperta". Ce l'abbiamo fatta per un solo motivo: perché quello che ci spinge avanti è un sistema collaborativo e non un sistema competitivo. Sono personalmente convinto che in sanità non possono vigere le leggi del "mercato", sia nel pubblico che tra il pubblico e il privato la competizione non paga, la collaborazione e la concentrazione sì. Sento dire spesso che Cesena è un'isola felice. Non so fino a quando durerà. So soltanto che noi di Cesena vorremmo sentirci un po' meno soli...



Tab. II: risultati del questionario sulla pediatria territoriale, parte 2^a, indicatori ricavabili da varie fonti

SI	%		
	Nord	Centro	Sud
N. bambini per sesso ed età	100	100	83
Titolo di studio madri*	36	28	66
Tasso ripetenze	91	57	66
Tasso abbandono scolastico	100	57	83
Tasso delinquenza minorile	72	71	66
Tasso tossicodipendenza*	91	42	16
Tasso abuso sui minori*	36	57	0
Tasso suicidi e tentati suicidi*	45	71	16
Tasso cesarizzazione	91	100	50
Tasso IVG infer. ai 18 anni	81	85	16
Tasso abbandono neonati	72	71	0
Tasso affidi adozioni	100	85	50
Tasso basso peso inf. 1.500 grammi	81	85	66
Tasso mortalità infantili	100	85	83
Tasso vaccinazioni obbligatorie	81	100	66
Tasso vaccinazioni facoltative	81	85	33
Tasso allattamento mat. al 3° mese	27	14	33
Tasso bambini assistiti da Ped. base	100	85	83

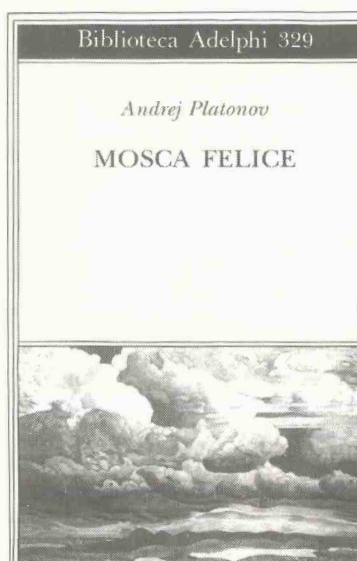
*Nota: sono marcate con asterisco le voci per le quali complessivamente la raccolta dati al Nord, Centro, Sud, risulta di difficile rilevazione in quanto raggiunge una percentuale inferiore al 50%



Senza esagerare, un altro piccolo capolavoro. È dello scrittore israeliano Abraham Yehoshua pubblicato nel '96 da Einaudi col titolo *Un divorzio tardivo*. Vi si racconta come il vecchio Yehuda, trasferitosi negli USA, dopo il fallimento del matrimonio, torna in Israele per far firmare il divorzio alla moglie Naomi ricoverata in un manicomio e poter sposare la nuova compagna americana Connie dalla quale attende un bambino. Il ritorno del padre in patria scatena reazioni a catena in seno alla comunità familiare: fra i figli Yael, Assa e Zwi, che ancora patiscono, chi più acerbamente chi meno, gli effetti della traumatica separazione dei genitori (si continua a rivangare l'episodio della pugnalata che Naomi ha inferto a Yehuda e la cicatrice sul collo che lui ama mostrare ai suoi interlocutori), fra i congiunti acquisiti (l'avvocato pasticciere Kedmi che ha sposato Yael, Dina, la giovane e bella moglie di Assa, il ricco omosessuale Refael Calderon, compagno di Zwi) e persino nella fantasia melanconica del piccolo Gadi, figlio di Yael e Kedmi. Il romanzo è scandito in nove "giornate" (la settimana pasquale della permanenza di Yehuda in Israele), ciascuna narrata da una voce diversa, i componenti della famiglia. Con le pratiche del "divorzio tardivo" e la ritualità della "celebrazione" la coppia torna a ridisegnare il percorso dei rapporti uomo-donna: la famiglia, sembra suggerire Yehoshua, ha definitivamente perso i contorni di un'istituzione radicata nella coscienza sociale, ma non rinuncia alla sostanza del patto che l'ha fondata. Il racconto può essere anche interpretato come metafora dell'identità ebraica, divisa tra diaspora e costruzione di uno stato nazionale.

N. D.

Abraham Yehoshua, *Un divorzio tardivo*; Einaudi, pg. 362, Lit. 36.000



Secundo alcuni Andrej Platonov è un grande, uno scrittore geniale, uno dei maggiori del secolo. Ernest Hemingway ha scritto che invidiava la potenza e il lirismo dei suoi racconti, e molti altri autorevoli scrittori lo hanno lodato fino al padrepadrone della letteratura sovietica Maksim Gorkij, che ebbe a scrivergli: "Lei è indubbiamente un uomo di talento, ma pur riconoscendo gli innegabili meriti del suo lavoro, non credo possa essere pubblicato", e fu una condanna. Di Platonov ha scritto soprattutto Stalin. Una sola parola, a matita, in margine a un racconto: "feccia"; bastò. Dagli anni trenta in poi Platonov non riuscì a pubblicare quasi nulla: proprio lui, infervorato di utopia comunista, fu condannato ad autore postumo. Del resto mai Lenin avrebbe assunto nella sua segreteria un comunista convinto. Platonov era uno che aveva fede. Nel comunismo ci credeva, voleva costruire e combattere, cantava la poesia della tecnica, di una turbina in funzione, di una locomotiva in corsa. Del comunismo incarnato in terra sovietica vedeva le mistificazioni, le menzogne, la prosaicità: senza però perdere la fede in un mondo nuovo. Come scrive Serena Vitale nella postfazione, nessuno fu più leale e tenace di Platonov "nel progettare una società emancipata da dolore e bisogno" e nessuno fu più candido e implacabile di lui "nel raffigurare gli orrori del paradiso in terra, inferno lastricato di splendide illusioni e lordo del sangue di orrende automutilazioni". Mosca non è la città, è una donna: orfana, senza legami, senza mestiere, ama il vento e il sesso, che regala con leggerezza a tutti gli uomini che incontra. E tutti si innamorano di lei, anche gli inflessibili ingegneri che lavorano alla costruzione della società perfetta e si perdono invece dietro quella creatura inafferrabile, struggente, randagia... Si percepisce tutto il dolore che c'è nell'utopia di un paradiso in terra.

N. D.

Andrej Platonov, *Mosca felice*; Adelphi, pg. 159, Lit. 24.000



Avendo qualche ora libera, si può tutto d'un fiato leggere *La settimana bianca*. Se lo cominci, non puoi interrompere: l'agilità e il ritmo del racconto (breve, 120 pagine) non ti lasciano più. Una classe elementare che parte per la vacanza-scuola in uno chalet tra i boschi. Un bambino, Nicolas, timido e apprensivo, un padre particolarmente timoroso dei pullman scolastici (nella riunione preparatoria a scuola, dirà alla maestra, che caldeggiava l'idea di viaggiare tutti insieme: "Come si vede che non sono figli suoi... Allora il padre di Nicolas dichiarò che preferiva accompagnare di persona suo figlio allo chalet: così almeno avrebbe saputo chi c'era al volante"). Il ragazzo dimenticherà nel bagagliaio dell'auto la sacca con i propri indumenti e la sua piccola cassaforte piena di buoni premio Sella: da quel momento di fretta parte uno spiffero di

sottile angoscia che pervaderà mano mano le pagine, fino a esplodere nella paura incontrollata di Nicolas. La scrittrice Rosetta Loy, nel presentare questo racconto, scrive: "Il dramma è lì, negli angoli oscuri della notte, quando tutti dormono, ... in quel papà troppo apprensivo sparito con la sua automobile nel nulla bianco dell'inverno... nello squillo acuto del telefono. E la soluzione arriva senza colpi di scena, senza alterare di una virgola il ritmo della scrittura: improvvisa, violenta e crudele come una frustata a sangue.

N. D.

Emmanuel Carrère, *La settimana bianca*; Eianudi, pg. 120, Lit. 18.000

Janusz Korczak è lo pseudonimo di un libero pensatore, poeta e medico ebreo, nato a Varsavia nel 1878. Egli intraprese la carriera di pediatra formandosi alla scuola di Kamenski e Brudzinski e frequentando le cliniche infantili di Parigi e Berlino. Nel 1912 si allontanò dalla pratica medica per dedicarsi interamente a quella di educatore. Fondò e diresse per trent'anni a Varsavia la "Casa dell'orfano" dove ebbe modo di sperimentare metodi pedagogici innovativi tra i quali la creazione di un tribunale nel quale la giustizia era Treblinka, insieme ai duecento bambini e agli educatori che lo avevano seguito. Della sua vasta produzione letteraria l'editrice Luni ha già pubblicato nel 1944, *Il diritto del bambino al rispetto*, e nel 1995, *Quando ridiventerò bambino*, ma è il volume ora recensito che chiarisce meglio dei precedenti l'atteggiamento di Korczak verso l'infanzia; in esso sono contenuti quattro saggi, ordinati cronologicamente: il bambino in famiglia, l'internato, le colonie estive e la casa degli orfani. Nel primo di essi sono contenute indicazioni di puericultura che non sono mai norme o regole da applicare rigidamente. I genitori vengono invitati a rispettare i diritti dei figli, ad insegnar loro il senso della misura, a non commettere gli errori allora più comuni nell'alimentazione quali il ricorso al baliatico o all'alimentazione forzata, nel vestiario come l'uso delle fasce, e a non credere a pregiudizi quali la detinzione difficile, la cecità del neonato o il malocchio. L'autore ha già un atteggiamento fortemente critico verso la pediatria del tempo accusata di non conoscere il bambino sano perché aveva come unico punto di riferimento l'ospedale, di valutare la crescita solo in funzione dello spuntare dei denti o dei peli e di considerare il coinvolgimento dei genitori nelle cure del bambino un ostacolo piuttosto che una necessità. Egli superò questi limiti e seppe progettare e realizzare una istituzione il cui obiettivo fu la salvaguardia della salute del bambino intesa non solamente come benessere fisico ma anche come equilibrio mentale, morale ed etico. Queste pagine in cui Korczak descrive con calore e poesia il suo difficile cammino, ci ricordano che quest'utopia è stata realtà.

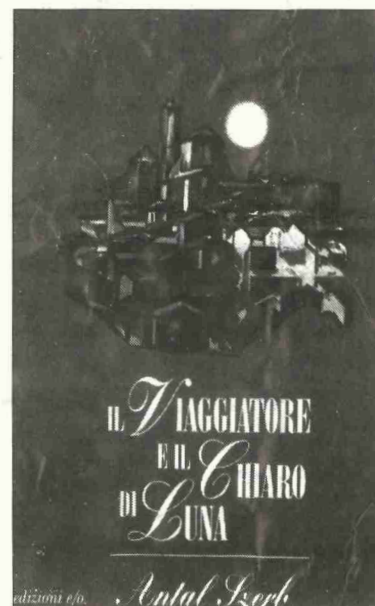
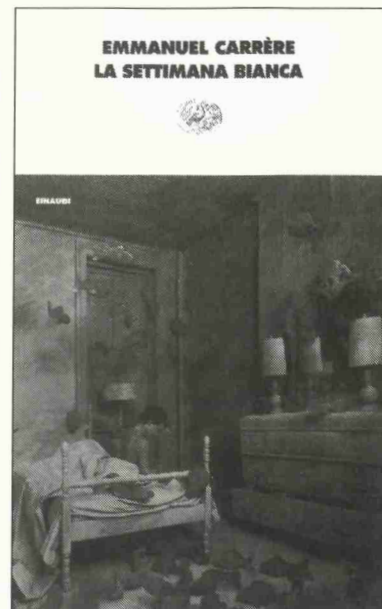
G. C.

Janusz Korczak, *Come amare il bambino*; Editrice Luni, Milano, pg. 365, Lit. 34.000

Mihaly e Erzsi, una coppia di Budapest, giungono in Italia per il tradizionale viaggio di nozze, ma ben presto l'idillio si trasforma in una inquietante e traumatica avventura spirituale: dietro la loro tranquilla apparenza borghese, i due nascondono lacerazioni e desideri inconsci, che finiranno per prevalere e che li porterà a separarsi per sempre. Mihaly, perduti il treno e la moglie, inizia un vagabondaggio mistico e allucinato, che lo condurrà in varie regioni d'Italia, e infine a Roma, una città barocca e sensuale, dove "morte ed erotismo si mescolano". Mihaly è alla ricerca dei suoi ricordi e del segreto della morte del suo amico, suicidatosi con l'aiuto della sorella, Eva, da lui amata in gioventù e mai dimenticata. A Roma avrà modo di vederla per l'ultima volta, dopodiché, ormai rassegnato al fallimento del suo matrimonio e dei suoi sogni, accetta di tornare a Budapest, "dove potrà continuare a vivere". La possibilità di condurre una vita nuova, più libera, in mezzo alle bellezze della natura e dell'arte, si rivela illusoria. Erzsi, nel frattempo, è approdata a Parigi, e la vita parigina, con le sue lusinghe e le sue insidie, le darà modo di mettere alla prova la saldezza della propria vocazione borghese. La narrazione ha la cadenza di un racconto poliziesco, offrendo nel contempo uno straordinario interesse culturale e l'autore, forse il più amato dai suoi connazionali ungheresi, afferma i valori individuali, contrapposti al conformismo sociale e culturale.

N. D.

Antal Szerb, *Il viaggiatore e il chiaro di luna*; edizioni e/o, pg. 196, Lit. 27.000



Malattie e incidenti dei bambini visti attraverso gli ex voto

Giancarlo Cerasoli

Divisione Pediatria, Ospedale Bufalini, Cesena

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 16-21

Più di un secolo fa, nel 1892, il pediatra Giuseppe Pitre, fondatore della demologia italiana e profondo conoscitore delle tradizioni del popolo siciliano, espose una trentina di tavolette votive alla Mostra Etnografica siciliana di Palermo (1).

È questa una delle prime testimonianze di interesse scientifico, di orientamento strettamente etnografico-antropologico, rivolto verso questa forma di devozione popolare che per lunghi anni era stata considerata poco più che un frutto della superstizione.

Da allora gli ex voto sono stati oggetto di studi sempre più complessi e multidisciplinari costituendo una documentazione di eccezionale interesse storico, demologico, sociologico, antropologico, medico.

Gli studiosi che seguivano i percorsi interni alla medicina hanno delineato con precisione, nei primi decenni di questo secolo, la discendenza delle tavole votive dagli antichi ex voto che tradizionalmente raffigurano parti del corpo od organi malati (4,5,6). Gli storici moderni hanno ora il difficile compito di ricavare dalle immagini votive indizi sulla storia della salute soprattutto delle classi subalterne, principali commissionatrici degli ex voto. Gli ex voto costituiscono infatti una delle rare occasioni che quelle classi hanno avuto nei secoli passati per tramandare momenti e avvenimenti della loro microstoria sottraendola così all'oblio del tempo. "Le tavolette votive sono un pezzo della storia d'Italia che non è mai stata fatta, una storia non scritta (almeno nei termini usuali), che non si conosce. L'ex voto è più che un documento, è un monumento che testimonia la storia di un'altra Italia, una cultura non scritta, pitturale più che orale" (7). "Contadini e pescatori, osti e carrettieri, soldati e briganti, popolane e artigiani, esclusi dalla ritrattistica ufficiale, prima dell'avvento della fotografia, se non nella visione ideal-arcadico-manierata della pastorella o del "buon" villano (peraltro ritenuto sempre disprezzabile), acquistano attraverso i dipinti votivi il diritto all'immagine autentica, insieme al proprio contesto quotidiano: paesaggi agrari o urbani, strumenti di lavoro, abitazione, suppellettili, armi e strumenti di offesa" (8). La prima necessità di chi intende analizzare le tavolette votive è quella di predisporre le categorie nelle quali suddividerle, per meglio individualizzare i soggetti descritti e disporre di repertori tra di loro confrontabili. Per

poter effettuare la classificazione è ovvio che occorre *fare diagnosi* sulla tavoletta votiva e ciò spesso avviene con qualche incertezza.

Ciononostante la classificazione che più si avvicina alle necessità di una analisi delle condizioni di salute è senza dubbio quella formulata dal neurochirurgo Vittorio Sironi (9) che considera gli ex voto per malattia, cioè per grandi gruppi di diagnosi. Le categorie comprese in questa classificazione sono tre:

- 1) malattie dell'infanzia,
- 2) malattie generiche e malattie specifiche con ulteriori suddivisioni: malattie che comportano abbondanti perdite di sangue, malattie degli arti, malattie infettive ad alto rischio di diffusione, malattie neurologiche e dei sensi, interventi chirurgici, parti difficili o sterilità, svenimenti o situazioni di morte apparente, indemoniati o possessi, malattie della pelle, malattie dell'apparato genito-urinario,
- 3) altri stati patologici non ben identificati.

Prima di soffermarci sui dati ottenuti utilizzando questa classificazione su collezioni di ex voto presenti in santuari italiani è bene premettere che queste osservazioni non ci consentono di trarre informazioni sicure sull'epidemiologia e sulla patogenesi del tempo, cioè sull'insieme delle patologie caratteristiche di quell'epoca. Anzitutto l'immagine della tavola votiva nasce dal vissuto di malattia del vovente e ne traduce il disagio dentro gli schemi dell'immaginario e della simbologia dell'epoca. La storia della malattia dipinta nell'ex voto è perciò completamente diversa da quella scritta e tramandata dai medici che è vista "per così dire, dall'esterno" (10). Solo i pellegrini che

speravano nella guarigione soprannaturale facevano voti e non tutte le malattie venivano rappresentate nelle tavole votive e nei libri dei miracoli. Quelle prescelte hanno generalmente un carattere fortemente e popolarmente simbolico (la peste, la lebbra, la sifilide, la possessione diabolica, ecc.), oppure sono patologie insorte acutamente (malattie mentali, gotta, litiasi renale, zoppia, ecc.).

Tutte sono particolarmente drammatiche e la loro presentazione assume un carattere pedagogico-istruttivo per la massa dei fedeli (11). Analogo discorso va fatto per gli incidenti rappresentati negli ex voto che, pur nascendo dal *quotidiano*, sono talmente eclatanti da richiedere una intercessione divina, lo *straordinario*, per non provocare danni irreparabili.

A volte esistono indizi chiari, presenti nei personaggi o nella didascalia, che portano a una diagnosi sicura dello stato patologico rappresentato. È il caso dei bubboni della peste, di certe malattie congenite degli arti, dell'emottisi e dell'emoftoe da tubercolosi polmonare, delle ernie. Altre volte è l'apparato simbolico che coesiste nella tavoletta che ci permette di fare la giusta diagnosi, come ha indicato Sironi nel caso dell'epilessia (12). In molti casi però non è affatto semplice dare oggi un nome alla patologia per la quale molti pazienti chiedevano la guarigione. Molti ex voto, poi, sono addirittura a *tema segreto*; esisteva cioè la volontà di non specificare l'occasione della grazia, ritenuta troppo personale, come nel caso della guarigione dalla sterilità o da una malattia venerea. A questi limiti si aggiunga poi l'enorme dispersione del patrimonio votivo che fa sì che "si lavora su dei resti ovvero su un campione imposto" (13) e il fatto che già alla fine dell'ottocento esistevano e prendevano sempre più piede forme diverse di ex voto, quali l'attestazione scritta di ringraziamento al solo medico, oppure, dopo la prima guerra mondiale, l'uso della fotografia (14).

Dall'analisi delle immagini devozionali è possibile anche ricavare la raffigurazione di processi morbosi oggi non più presenti, o solo raramente rilevabili. In esse vi sono inoltre testimonianze di concezioni eziopatogenetiche e di principi della medicina da tempo superati che ci permettono di

capire meglio alcune connessioni tra medicina popolare e medicina ufficiale. Le informazioni più importanti sulla salute e le cure desunte dagli ex voto si riferiscono quindi alla qualità piuttosto che alla quantità e possono egualmente essere utili per una storia sociale della malattia: in specie per la storia della salute delle classi popolari in epoca preindustriale.

Gli ex voto e le malattie dell'infanzia

Di particolare interesse sono gli ex voto che trattano di malattie dell'infanzia. Se analizziamo la percentuale di tavole votive con questo tema presenti nei vari santuari italiani, vediamo come questa vari dal 18% riportato da Sironi su un campione di 3029 ex voto (9), al 10% su 1226 ex voto bresciani (7) e al 5,6% su 1513 ex voto romagnoli. Questa percentuale è comunque elevata e, se prendiamo in esame le tavole nelle varie epoche, essa aumenta dal 1550 al 1900 in modo inversamente proporzionale con la mortalità infantile. Questa annotazione, fatta per la prima volta da Toschi in riferimento ai più di 4000 ex voto del santuario campano della Madonna dell'Arco (1), riflette la maggior attenzione che, con il diminuire della mortalità dei primi anni di vita, i genitori avevano nei confronti dei figli diventati grandi a dispetto di questa pur sempre alta mortalità. I segni dell'elevata mortalità infantile negli ex voto sono numerosi, come le croci messe fra le mani o sulla testa dei bambini, soprattutto neonati, schierati sulla scena per indicarne la morte prematura (10), o le didascalie dove sono ricordate le vittime di malattie epidemiche che hanno decimato interi nuclei familiari. Le malattie infantili più rappresentate sono quelle infettive. I bambini, o in caso di epidemie bambini e adulti, sono a letto, spesso nello stesso letto con i genitori, e pregano un santo taumaturgo *specializzato* in quella grazia, come San Rocco o San Sebastiano, perché interceda presso la Madonna. È difficile riconoscere le varie patologie infettive, ma indizi possono venire dalla presenza di santi specializzati e dalle didascalie che a volte le specificano, come nel caso del colera, della peste o del vaiolo. Nel caso di bambini affetti da poliomielite a volte la gravità della patologia, che rende

impossibile la deambulazione, è rappresentata dal fatto che il bambino è portato al santuario dentro un mezzo di trasporto molto simile a una grande carriola o a una lettiga. Alcuni ex voto rappresentano deformità congenite: piedi torti, arti superiori malformati, paralisi ostetriche, idrocefalia (*Fig. 1*). In questi casi la guarigione ottenuta è rappresentata non tanto dalla scomparsa della patologia, ma da un suo miglioramento che rende possibile il ristabilimento di quell'equilibrio vitale che si riteneva compromesso irrimediabilmente. A volte la didascalia esplicita la guarigione come nel caso di un bimbo in piedi, sorretto dalla madre con scritta che ammonisce "San Francesco ha risanato mé storpio dalla nascita che l'arte (medica) fu impotente a guarire".

Un elevato numero di immagini votive si riferisce a neonati in punto di morte per i quali la grazia ottenuta è la sopravvivenza: fisica oppure spirituale, quest'ultima ottenuta per aver potuto dare il battesimo prima della morte. In genere accanto alla culla è la famiglia orante, con la gestante ancora a letto, e uno o più sacerdoti nell'atto di benedire il neonato. A volte il pericolo di morte è esplicitato dalla presenza accanto alla culla della veste bianca con cui si rivestiva il morticino. Turchini ricorda che in tutta l'area alpina e subalpina italiana, soprattutto nel corso del Sei-Settecento, vi erano santuari mariani dove si otteneva la grazia di permettere la temporanea resurrezione dei bambini nati morti, per poter loro impartire il battesimo (15). In questo caso l'immagine votiva rappresentava i neonati avvolti dalle fasce, all'interno del santuario, davanti all'altare della Madonna, mentre era concessa la grazia. Altre immagini raffigurano bambini svenuti e caduti a terra o sorretti dai genitori mentre perdono i sensi. È probabile che si tratti di casi di convulsioni. In molti ex voto romagnoli la scena è ambientata nella camera da letto o in una sala e il bimbo è a terra, supino, con le braccia flesse e gli occhi chiusi e con accanto i genitori oranti e disperati. Il padre è quasi sempre la persona che soccorre il bambino, ravvisandosi in questo la superstizione che voleva che la madre non potesse toccare il figlio pena un peggioramento dei sintomi.

Raramente sono rappresentati interventi chirurgici compiuti su bambini. Si tratta soprattutto di estrazioni di corpi estranei, ma alcune tavole mostrano interventi più complessi, come nell'ex voto settecentesco del santuario della Madonna dell'Arco dove il chirurgo esegue l'exeresi di una formazione in sede dorso-lombare a un bimbo in posizione prona (1, tav. X). Altrettanto inusuale è la rappresentazione dell'epistassi in età pediatrica. Una tavoletta cinquecentesca del santuario cesenate della Madonna del Monte mostra un giovane a letto, disteso su un fianco, mentre perde copiosamente sangue dalle narici (Fig. II).

Ai piedi del letto è il padre orante di cui sappiamo dalla didascalia che è

<<(AN)TONIO DAI CO(R)TELLINI SI FEVODO A MADONA S(ANTA) MARIA DEL MO(N)TE CH(E) S(TA)GNAVA LO SANGUE A QUESTO PUTO LO QUALE E OSJ NOV... NO(N) SE SAGNO MAI. FACTO LO VODO SUBITO SI FU STAN(ATO)>>.

I neonati hanno invece una parte di rilievo nelle tavole votive quando la grazia ricevuta è la buona riuscita di un parto difficoltoso. In genere la scena è ambientata nella camera da letto, con la madre che ha appena partorito ancora nel letto, e vicino a lei la levatrice e il neonato. Il figlio può essere già in culla, avvolto tra le fasce (17), oppure giacente nudo ai piedi del letto su un panno disteso per terra (18, tav. 11). In questo caso la posizione del neonato e la sua nudità accennano a quelle di Gesù nel presepio e, caso singolare, le suppliche degli oranti sono rivolte proprio alla sacra famiglia: la Madonna con Gesù tra le braccia e accanto San Giuseppe con il bastone fiorito. In altri ex voto il neonato in fascia è tenuto sulle ginocchia da una donna, seduta accanto al letto della madre, che lo sta battezzando e ciò dimostra come il bambino fosse già stato dato per morto o comunque considerato in pericolo di morte, subito dopo il parto (Fig. III). A volte la gravità della situazione è invece rappresentata dalle figure del medico e del sacerdote che sono lontani dalla puerpera, vicini alla porta, a simboleggiare che la medicina non era stata in

grado di provvedere ed è stato necessario l'intervento divino. Più spesso nella stanza della puerpera si trovano solo donne, alcune volte vi è l'intera famiglia con il padre e gli altri bambini mentre raramente è rappresentata solo la madre e il neonato. In questo ultimo caso è amplificato il significato di devozione personale che lega la donna alla divinità, mentre la sola presenza di donne sulla scena del parto è semplicemente la rappresentazione di come si svolgevano i parti nelle campagne, dove la presenza dell'uomo era ritenuta negativa per l'esito del parto.

Negli ex voto in cui l'offerente ringrazia per avere ottenuto la nascita di figli spesso sono rappresentate intere famiglie, riconoscenti, che pregano la Madonna o i santi intercessori.

Un esempio seicentesco raffigura la famiglia imolese Carradori (Fig. IV). Il padre è piuttosto anziano e il suo aspetto contrasta con quello giovanile della moglie che legge devota un libro di preghiere attorniate dai suoi sei figli. Forse è la forte differenza di età tra i coniugi ad avere fatto temere al marito di non poter avere eredi. L'immagine che di consueto simboleggia la richiesta di superamento della sterilità è quella della coppia di coniugi, soli, in preghiera inginocchiati vicino a un lettino vuoto (16, tav. 482). La presenza del medico negli ex voto per malattia dei bambini è molto rara e compare soprattutto dal 1800 e quando gli offerenti appartengono alle categorie sociali più elevate. Egli è un testimone privilegiato la cui presenza attesta l'eccezionalità dell'evento, ma anche la constatazione dei limiti dell'arte medica e la guarigione miracolosa laddove le risorse della medicina si erano mostrate impotenti. A volte manifesta incredulità verso la guarigione, come nell'ex voto ottocentesco in cui il medico osserva con stupore un bambino risanato nelle braccia della madre (18, tav. 112). In alcune tavolette votive la gravità della malattia è rappresentata dalla presenza della scena di più medici a consulto. È il caso di un ex voto dell'inizio del secolo, dove, accanto alla culla del neonato, stanno in fitta conversazione due medici osservati dai genitori trepidanti: chissà che uno di loro non sia un precoce pediatra (Fig. V).

Gli ex voto e gli incidenti

Il 5% del campione di ex voto romagnoli presi in esame rappresenta incidenti accaduti a bambini, la maggior parte dei quali si è verificata o nella abitazione, o nelle immediate vicinanze di essa.

Gli infortuni più frequenti in ambiente domestico sono cadute accidentali nel focolare o in pentole di acqua bollente che servivano per fare il bucato (Fig. VI), cadute dal letto, dalle scale, dal balcone, dalle finestre, dal pavimento che cede, partenze accidentali di colpi da armi da fuoco maneggiate incautamente. Una tavoletta cinquecentesca del santuario della Madonna del Monte rappresenta una donna orante inginocchiata accanto alla culla del suo figlioletto avvolto dalle fasce che si intravedono al di sotto della copertina. Dalla didascalia sappiamo che

<<IO M(ARI)A MARSIBILIA DONA DE MASTRO TOMAXO PILIZARO DE SER (GIR)OLAMO DA FAENZA PORTANO UNO MIO PUTO I(N) CUNA P(ER) UNA SCALA MACASCO IO MERCOMA(N)DAI ALA MADONA DEL MONTE E COSI' FO LIBERATO PER SUA (GRACIA)>> (16, tav 268).

Da un incidente analogo si è salvato due secoli dopo, il piccolo Luigi Guerrini di Barbiano, che cade dalla culla tenuta in braccio dalla fantesca mentre scende le scale, e atterra miracolosamente sulla spalliera della scala, senza precipitare (20, tav. 6).

La stessa tavoletta mostra anche il miracolo accaduto alla sorellina Lucia che è seduta sulla sedia mentre la madre le sta massaggiando la gamba destra, che probabilmente si era infortunata.

Vicino a loro scolo appese le grucce e sul tavolino, in primo piano, c'è un flacone di un medicinale, entrambi strumenti resi inutili dall'intercessione soprannaturale. Un ex voto seicentesco del santuario cesenate rappresenta un bimbo che, dopo essere inciampato sul gradino del focolare, sta per cadere nel fuoco (Fig. VII).

Accanto al bel camino sono i genitori, vestiti con gli abiti della festa, inginocchiati su un cuscino, che pregano la Madonna (16, tav 447).

Da una seggiolino posta vicino al focolare

cade invece un bambino che è salvato dal padre accorso perché chiamato dalla sorella (21, tav. 28). Nella cucina di una casa di campagna una bambina precipitata dentro il paiolo tenuto sul pavimento è salvata dalla madre (19, tav. 193). I bambini caduti dall'alto (finestre, scale, balconi) sono quasi sempre rappresentati a mezz'aria, in un volo verticale caratterizzato da una assoluta fissità (Fig. VIII).

La scena è resa a volte meno drammatica dalla presenza di particolari quali un gatto, forse compagno di gioco, che precipita assieme al bambino (16, tav. 523). Nelle vicinanze di casa gli incidenti che sono rappresentati più di frequente sono le cadute dentro pozzi, torrenti, fiumi, laghetti, cadute da alberi, o da scale, o da pagliai o da granai. Dei bambini caduti nel pozzo si intravedono solo i piedi, unico indizio dinamico dell'incidente che si compie, o la testa che riemerge dal bordo del pozzo e in questo caso si testimonia l'ottenimento della grazia. I bambini annegati giacciono immobili, in una posizione perfettamente parallela al flusso delle acque, quasi volassero sopra di esse. Spesso per amplificare il pericolo sono raffigurati in posizione prona, con il viso immerso nei flutti, oppure appena ripescati e tenuti a testa in giù dal loro salvatore terreno.

Sul luogo di lavoro avvengono lesioni provocate dagli attrezzi quali il forcone, durante la costruzione di pagliai. Questo è ciò che avviene nel 1940 alla piccola Giulia, ferita accidentalmente sull'ala di casa dal padre (19, tav. 141). Gli incidenti dovuti ad animali sono piuttosto rari e sono dovuti soprattutto all'aggressione da parte di cinghiali, cani, cavalli e serpenti. In un ex voto cinquecentesco un ragazzo è azzannato da ben quattro maiali selvatici (16, tav. 99). Questa insidia doveva essere molto pericolosa e anche i maiali domestici erano pericolosi poiché Sebesta nota come in molte culle raffigurate negli ex voto del trentino "l'altezza delle gambine è legata alla presenza del maiale che lasciato, per tradizione, libero può vagare per la casa e aggredire il neonato essendo ghiotto di carne umana" (17). Una tavoletta dello stesso secolo della precedente ci mostra un bimbo che si è avvicinato incautamente alla cuccia del cane ed è stato quindi morso a una mano. L'agredito è vestito sfarzosamente, mentre l'aggressore, in verità molto piccolo e poco minaccioso, è ancora appeso al suo braccio di sinistra (16, tav. 391). Gli incidenti da mezzo di trasporto sono rappresentati soprattutto dall'investimento. Dal 1400 al 1600 si tratta soprattutto di

Fig. I: Bimbo idrocefalo in culla; inizio sec. XVI



Fig. II: Il ragazzo con epistassi; sec. XVI



Fig. III: La levatrice battezza il neonato; sec. XIX

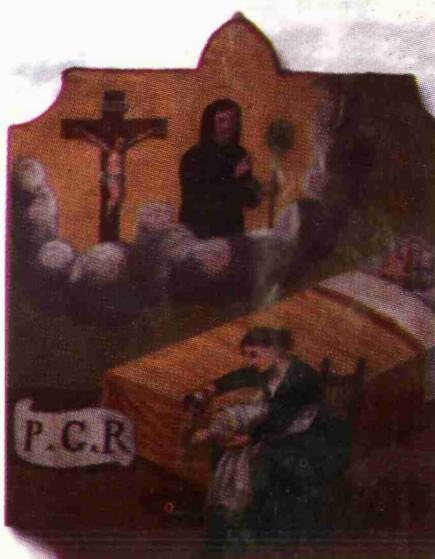
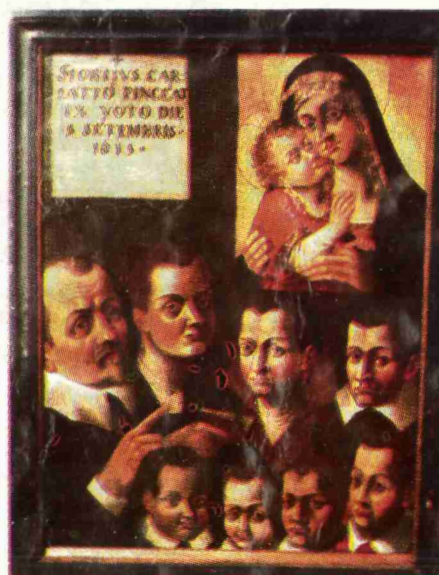


Fig. IV: La famiglia Carradori ringrazia per la nascita dei figli; 1615



bambini investiti da cavalli al galoppo, nei due secoli successivi dall'investimento o dalla caduta da carrozze, biroccini, calessi, carretti trainati da animali, mentre nel nostro secolo da incidenti dovuti a macchine, camion e mezzi agricoli.

Uno degli incidenti più antichi è raffigurato in una tavoletta del santuario cesenate ed è accaduto al figlio di un contadino. (Fig. IX)

Dalla didascalia sappiamo che si tratta di

C<BE(R)NARDI(N) DE MAURE DI ZAVALUNE MENA(N)DO UNCARO DE FAVA DEL MEXE D'AGOSTO LAURE(N)CE MIO FIOLO VENE(N)DO DREDE AL C(ARO) (L)A RODA EL PREXE P(ER) LA CAMIXA ECAZO LA RODA U(N) FERRO I(N) LAPANZA P(ER)MODO... E VEN... FICE VOTO A SA(N)TA M(ARI)A DAL MONTE FO LIBERATO>>.

I due contadini sono vestiti con una leggera tunica bianca, è agosto, e il povero Lorenzo è stato appena afferrato per la veste dalla ruota del carro.

Nei tempi più vicini a noi gli incidenti più spettacolari sono quelli causati da carrozze e calessi, ai quali si staccano le ruote, si aprono gli sportelli, si imbezzarriscono i cavalli, come nel caso della numerosa famiglia cesenate scaraventata nel canale di Cesenatico (16, tav. 680). Le calamità naturali in cui sono coinvolti bambini sono le più svariate: incendi, terremoti, alluvioni, crollo della casa.

Nel corso di una improvvisa alluvione la famiglia di Teresa Comandini corre il rischio di rimanere annegata.

L'ex voto presenta la casa sezionata con al pianterreno le acque del fiume che già portano via le botti dalla cantina ed ai piani superiori i bambini ancora nel letto con i genitori. (Fig. X)

Nel corso di incendio furioso di una abitazione i soccorritori riescono a trarre in salvo un bambino che dalla sua culla, quasi raggiunta dalle fiamme, protende terrorizzato le braccia verso di loro. (21, tav. 53)

Tre bambini e la loro madre rimangono incolumi dalla caduta rovinosa del tetto della loro casa che per poco non li colpisce. (19, tav. 76)

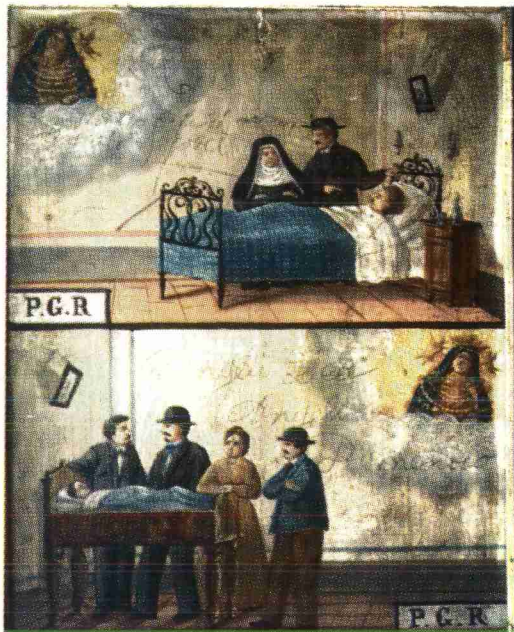


Fig. V:
Il pediatra a consulto;
sec. XIX

Fig. VI:
Bambina salvata dalla caduta
nella pentola di acqua bollente;
1864

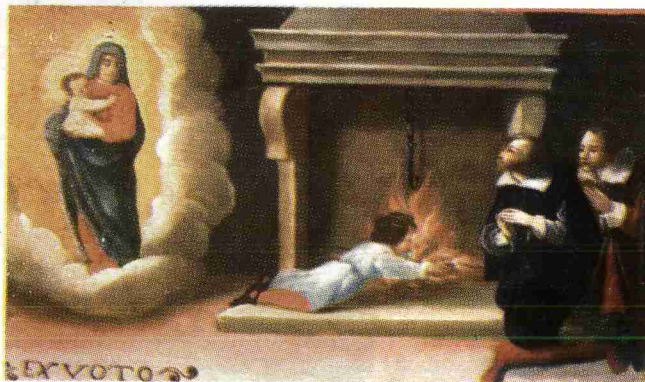


Fig. VII:
Bimbo che cade
nel focolare;
sec. XVII



Fig. VIII:
Bimba che cade dal
balcone di casa;
sec. XIX



Fig. IX:
ragazzo trascinato
dalla ruota di un
carro agricolo; sec.
XVI



Fig. X:
Casa invasa
dalla acqua;
1842

Conclusioni

Dallo studio degli ex voto non si possono certo ottenere informazioni sicure sul piano della epidemiologia quantitativa. Si può però avere attraverso di loro una impressione qualitativa di quali erano le cause di morte dei bambini del tempo, che erano in sostanza malattie infettive e incidenti, e anche del come i loro genitori le abbiano vissute e con quali mezzi abbiano tentato di farvi fronte. Quando la medicina era poco più che prescrizione di erbe e preparati dalle dubitevoli proprietà curative, era inevitabile l'affidarsi alle potenze soprannaturali per ottenere la guarigione, intesa come il ristabilimento di quell'equilibrio vitale interrotto dalla malattia. Al medico, al pediatra di oggi, che vive nella fase della sconfitta delle malattie infettive tradizionali, ma che ha le sue gatte da pelare nel campo delle malattie croniche e sociali, quelle attestazioni di fiducia nel soprannaturale possono sembrare solo frutto di superstizione. Esse possono, però, anche essere lette come un segno di attaccamento alla vita per tutelare la quale la cultura dell'epoca non suggeriva altri mezzi. Ad una lettura più politica, esse possono ancora sembrare il segno di una integrazione all'interno di un

sistema tanto più ingiusto quanto più sentito immutabile e dal quale si fuggiva solo rifugiandosi nell'intervento miracoloso ultraterreno. Gli ex voto rimangono comunque testimonianze di vita che amiamo portarci dietro perché sono in grado di rassicurarci ricordandoci il nostro passato. Essi "rappresentano un ponte oggettuale tra passato e presente; il quale consente il trasferimento progressivo della analisi del passato a quella del presente" (22). Per chi si occupa di malattie dei bambini essi costituiscono dunque una connessione nella loro storia.

Bibliografia

- 1) P. Toschi e R. Penna, Le tavolette votive della Madonna dell'Arco, Napoli, Di Mauro, 1971, p. 11
- 2) P. Toschi, Bibliografia degli ex voto italiani, Firenze, Olschki, 1970
- 3) A. M. Tripputi, Bibliografia degli ex voto, Bari, Paolo Malagrino, 1995
- 4) P. Capparoni, La persistenza della forma degli antichi Donaria anatomici negli "ex voto" moderni, <<Bollettino dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria>>, XXVI, 1927, 11, pp. 39-56 e "Varietà Mediche, 2, ottobre 1937 - marzo 1938.
- 5) A. Pazzini, Il significato degli "ex voto" e il concetto della divinità guaritrice, in La Medicina Primitiva, Milano, Ed. Arte e Storia, 1941, ma l'articolo era originariamente comparso sui <<Rendiconti della R. Accademia nazionale dei Lincei>>, 11 1935
- 6) M. Tabanelli, Gli ex - Voto poliviscerali etruschi e romani, Firenze, Olschki, 1962
- 7) A. Turchini, Lo straordinario e il quotidiano, Brescia, Grafo, 1980, pp. 21-22
- 8) A. Turchini, La pittura votiva/ Marche, in Pittura votiva e stampe popolari, M. VV. Electa Ed., 1987, pp. 101

- 9) V.A. Sironi e A. Turchini, Malattia, medicina e cultura popolare: dati emergenti dalla lettura di un campione di tavolette votive italiane del XV, XVI, XVII, XVIII, XIX e XX secolo, in Medicina e storia. L'antimedicina e la diagnostica strumentale nella storia del pensiero medico, a cura di O. Galeazzi, Bologna, Il lavoro Ed., 1986, pp. 213-22. Vedi anche sullo stesso argomento: A. Turchini, La malattia dipinta. Suggestioni e immagini della salute negli ex-voto in Sanità e Società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Secoli XVI-XX, a cura di A. Pastore e P. Sorcinelli, Udine, Casamassima, 1987(3), pp. 133-63
- 10) G. Olmi, Malattie e condizioni di vita, in Ex voto. Tavolette votive nel Trentino, a cura di G. Belli, Trento, Temi, seconda ed., 1984, p. 117
- 11) B. Moody, Healing Power in Marian Miracle Books or Bavarian Healing Shrines, 1489 - 1523 A.D., Journal of the History of medicine and allied sciences, 47, 1992, 1, p. 79
- 12) V.A. Sironi, La figura dell'epilettico negli ex voto dipinti italiani, Bollettino Lega Italiana Epilettiche, 66-67, 1989
- 13) A. Turchini, Lo straordinario e il quotidiano, Brescia, Grafo, 1980, p. 39
- 14) E. Spera, Fotografia ed ex voto, La Ricerca Folklorica, 24, 1991, pp. 91-97.
- 15) A. Turchini, Ex Voto, Torino, Arolo, 1992, pp. 70-71.
- 16) L. Novelli e M. Massaccesi, Ex voto del Santuario della Madonna del Monte di Cesena, Forlì, Soc. Tip. Forlivese, 1961.
- 17) G. Sebesta, Il costume attraverso l'abbigliamento - l'arredamento - l'attività umana, in Ex voto. Tavolette votive nel Trentino, a cura di G. Belli, Trento, Temi, seconda ed., 1984, pp. 125 - 142.
- 18) F. Faranda, P.G.R. Testimonianze dipinte dalle Chiese di Lugo di Romagna, Rimini, Luisè, 1992
- 19) F. Faranda, Per Grazia Ricevuta. Dipinti votivi in Diocesi di Imola, Imola, Nuovo Diario Massaggero, 1993
- 20) A. Savioli, Solarolo. Il santuario della Madonna della Salute. L'immagine devozionale e idipinti votivi, Faenza, Faenza Ed., 1993.
- 21) A. Turchini e al., Figura, culto cultura. I dipinti votivi della diocesi di Rimini, Ravenna, Cooperativa Supergruppo Ed., 1991.
- 22) P. Clemente, La ricerca della grazia. Tutela pubblica e comprensione intellettuale degli ex voto in Pittura votiva e stampe popolari, AA. VV., Milano, Electa Ed., 1987, p. 45.

CLASSE A

CLASSE A



Lunibron-A
Flunisolide



Broncovaleas
Salbutamolo

VALEAS s.p.a.

Depositato presso il Min. San. in data 31/10/1996

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE AL "GEMELLI"

Dal mese di novembre 1996 è operativo al Policlinico "Gemelli" una unità operativa di Neuropsichiatria Infantile di sei letti. Il reparto è affidato alla direzione del prof. Francesco Guzzetta che i gruppi ACP hanno spesso avuto ospite nei loro convegni.

TETTO FARMACI

Nella finanziaria era rimasto il tetto di spesa per i farmaci di 10.260 miliardi, poi portato ad 11.000, mentre si aspettava che salisse a 11.390 come il governo aveva promesso alla Farmaindustria.

La società dei farmacisti ospedalieri valuta che il tetto atteso, per il 1997, sia di circa 11.200 miliardi.

Il tetto 1996, riquantificato con il decreto legge 536, era stato fissato a 10.377 miliardi.

La spesa effettiva per il 1996, invece, dovrebbe essere stata di 11.105 miliardi.

Il tetto della finanziaria 1995 era di 9.000 miliardi. La spesa effettiva, del 1995, è stata di 10.079 miliardi.

Il tetto di 11.000 miliardi sembra, quindi, ragionevole.

FARMAINDUSTRIA

No all'albo degli informatori farmaceutici

La commissione sanità del senato ha ascoltato il vicepresidente dell'Associazione degli industriali del farmaco Stefanelli sulla necessità di un albo degli informatori farmaceutici.

Stefanelli (*Agenzia sanità 14 ottobre 1996*) ha detto pressappoco che "l'informazione scientifica è responsabilità delle aziende e queste non vogliono che ci

siano ipotetici filtri di controllo fra aziende e informatori".

Più chiaro di così.

Evidentemente le aziende non vogliono che vi siano controlli sul rapporto fra informatori ed industria.

PARACETAMOLO IN GRAVIDANZA

Lo studio inglese ALSPAAC (Avon longitudinal study of pregnancy and childhood) di lunga durata (sei mesi) e su 12.214 donne ha dimostrato che l'uso di paracetamolo in gravidanza non è associato ad effetti secondari né sulla donna né sul bambino durante il suo sviluppo.



IL BOTULINO NEL MASCARPONE

Lancet (1966;348:1594) riporta un rapporto dei ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità sull'episodio autunnale di Botulismo occorso in Italia. Otto persone sono state "infettate" dal *Clostridium botulinum*. Tutte avevano consumato crema di formaggio acidificato tipo mascarpone, sia da solo che come ingrediente di un tiramisù fatto in casa. I sintomi (nausea, cefalea, vomito seguiti da segni neurologici) sono comparsi 12-24 ore dopo l'assunzione del mascarpone che, secondo gli affetti aveva cattivo odore. Tutti gli affetti sono stati in ventilazione assistita e trattati con siero. Un paziente è morto. La tossina di tipo A è stata isolata dalle feci di tutti.

Due campioni di mascarpone, due tirami-

sù, una confezione non aperta di mascarpone contenevano sia spore che tossina del Botulino di tipo A. Alcuni campioni di mascarpone da differenti lotti di produzione erano contaminati con sole spore di Botulino di tipo A. Alcuni fattori possono avere condotto alla presenza delle spore: carenza di un limite di numero massimo di spore nel latte crudo, insufficiente procedura di ultrafiltrazione.

Il processo di riscaldamento era stato evidentemente inadeguato a rendere inattive le spore. Anche le condizioni di pH del prodotto finale consentivano evidentemente la vita del patogeno. La crescita del patogeno è consentita solo a 10°C. Evidentemente in qualche passaggio tale temperatura è stata superata in modo da permettere la produzione di tossina.

Non è esatto che non si siano verificati, in

passato, episodi di botulismo associati a ingestione di formaggi anche se negli ultimi cinquanta anni questi episodi sono stati pochi: esattamente sette.

RIVA ROCCI CENTO ANNI FA

Sulla *Gazzetta Medica di Torino* di cento anni fa (1897;48:181-91) il prof. Scipione Riva Rocci, patologo medico della Università, metteva definitivamente a punto il suo metodo di rilevamento della pressione arteriosa mediante lo sfigmomanometro a mercurio. Il metodo era stato oggetto di alcuni articoli preliminari pubblicati l'anno prima. La definizione del significato della pressione sistolica e diastolica sarà introdotta otto anni più tardi da Nikolai Korotokoff.

USA

Spina bifida e defolianti

Il Senato americano (*Lancet* 1996;348:817), all'epoca della fibrillazione pre-elettorale, ha votato uno "spending bill" per assicurare assistenza ai bambini con spina bifida figli dei militari che in Vietnam sono stati esposti agli agenti defolianti usati dagli americani durante la guerra.

GRAN BRETAGNA

Prioni: un test forse red- ditizio e alcune cattive notizie

La messa a punto di un test capace di identificare una proteina caratteristica della infezione da Prioni sia negli uomini con Creutzfeldt-Jacob (CJ) che negli animali con Encefalite Spongiforme Bovina (*NEJM* 1996;335:924) ha riempito di speranza gli allevatori inglesi.

Essi sperano di potere abbattere solo gli animali risultati positivi al test che avrebbe una sensibilità e specificità del 98-99%. Purtroppo, però, del test non viene dato il valore predittivo, che in sostanza è quel che conta.

Se si dovessero esaminare, ad esempio, tutti gli animali e la prevalenza della malattia fosse bassa gli inglesi si troverebbero di fronte a molti falsi positivi e il numero degli animali da abbattere sarebbe sempre alto anche se presumibilmente più basso dell'attuale che prevede un "numero" prefissato di animali da abbattere: si tenga conto che alla fine dell'estate 1996 il numero di animali abbattuti superava il milione.

Intanto una riunione di esperti della BSE si è riunita a Ginevra per valutare lo stato delle conoscenze scientifiche accumulate che riguardano la trasmissibilità all'uomo della malattia e il rapporto fra la BSE e la nuova forma umana di CJ.

La commissione ha ritenuto "non ancora" definitivamente provata l'origine della nuova forma di CJ (*MMWR* 1996;45:295

e *WER* 1996;71:15). Peraltro i pattern costruttivi riscontrati nelle proteine prioniche estratte dal cervello di affetti della nuova forma di CJ sono esattamente eguali a quelli riscontrati nelle mucche con BSE e assai diversi da quelli riscontrati nella forma classica di CJ (*Nature* 1996;383:685). Ciò depone fortemente per una trasmissione dei prioni dalla mucca malata all'uomo, anche se non ne costituisce una prova formale (vedi anche in *Quaderni ACP* 1996;4:5).

RUSSIA

I diritti della scienza

Il parlamento Russo ha finalmente approvato una legge lungamente attesa che permette ai ricercatori di avere libertà di accedere alle informazioni che sono necessarie per le loro ricerche e alla possibilità di pubblicare le ricerche stesse anche senza l'autorizzazione formale dei loro capi (*Science* 1996;273:424).



GRAN BRETAGNA

È vero che spendono meno i budgettisti?

Uno studio con un metodo di ricerca molto sofisticato sulle abitudini prescrittive dei medici a budget versus quelli che non hanno scelto il budget è stato condotto nella regione del Mersey (*BMJ* 1996;313:595).

La ricerca è stata impiantata per capire se effettivamente è sostenibile quanto afferma il ministro della sanità inglese e cioè che, se nel 1992/93 i medici a budget hanno speso in farmaci 57 sterline contro le 61 degli altri, questo significa veramente che è il budget -e non altro- la causa dei risparmi ottenuti.

Queste ricerche sono utilizzate anche sul piano politico da coloro che (i conservatori) sostengono caldamente il budget di origine tatcheriana e dai laburisti che sono assai tiepidi sull'argomento e sostengono altre soluzioni (*Quaderni ACP* 1996;5:14).

La conclusione della ricerca è la seguente:

1. I medici a Budget erano oculati prescrittori anche prima del Budget; i Budgettari della "prima ora", poi, lo erano più di ogni altro;
2. i criteri richiesti erano tali da consentire l'ingresso nel sistema del Budget a medici con una pratica migliore (studi associati, maggior numero di pazienti -agli inizi più di 11.000- migliore organizzazione, presenza di training etc);
3. la presenza di clienti ricchi -più frequenti fra i Budgettisti- altera i dati prescrittivi perché i farmaci correnti i più ricchi se li comprano coi soldi propri: a Oxford, ad esempio, dove abitano più ricchi, la spesa è più bassa che nel Mersey.

Conclusione delle conclusioni:

our conclusion is that ministerial suggestion that the less expensive prescribing of fundholders is due to their fundholding status is incorrect, at present.

ISRAELE

Le etichette dei cibi

Il 7 ottobre è passata in Israele una legge sulle etichette di cui devono essere forniti gli alimenti.

Le etichette israeliane non devono solo riportare esattamente i singoli costituenti (sodio, grassi, fibre etc), ma devono obbligatoriamente anche riportare i rischi, o i vantaggi, che quella quantità di sodio o di grassi comporta per la salute.

Ad esempio per un prodotto con basso tenore di grassi saturi (cioè meno di g. 1.5%) si deve indicare che quel basso tenore di lipidi comporta una diminuzione del rischio di accidenti vascolari, una quantità di sodio inferiore a 3,4 mg% può essere utile nella prevenzione della ipertensione, una quantità di fibre superiore a 6g % può essere utile nella prevenzione degli accidenti vascolari e di certe neoplasie. E così via (*Lancet* 1996;348:1093).

CALIFORNIA

Si castrano i pedofili

L'assemblea legislativa dello stato di California (*BMJ* 1996;313:707) ha approvato, nella prima metà di settembre 1996, la legge che stabilisce la castrazione per i pedofili.

Al condannato si può far scegliere fra la castrazione chirurgica e quella chimica. Questa viene effettuata con somministrazione di DepoProvera (che nell'uomo riduce la produzione di testosterone) alla dose di 400-500 mg per settimana.

Il DepoProvera però ha potenzialmente seri effetti secondari: tromboembolie, aumento di peso, depressione, ipertensione, iperglicemia.

Vi è anche chi non giura che il farmaco sia efficace: vi sono riferimenti di uomini che con 700 mg del farmaco per giorno (sic!) hanno presentato normale appetito sessuale e normali erezioni.

Sessuologi e psichiatri americani hanno duramente condannato la legge che è stata approvata con una opposizione limitata al 16% dei parlamentari californiani.

CEE

Gli antibiotici come fattori di crescita

E tempo di bandire gli antibiotici, nella CEE, come fattori di crescita degli animali? La domanda è di *Lancet* (1996;348:1454).

Gli antibiotici usati in Europa sono la vancomicina e il glicopeptide avoparcina, negli USA anche la tiamulina, che è comunemente adoperata per la dissenteria suina.

Mentre da alcune parti si dà per sicura la insorgenza di problemi riferiti alla resistenza trasferibile, da altre parti tale dato è contestato. L'Office of technology assessment che è notoriamente rigoroso sta, negli USA, da quest'ultima parte.

Dati olandesi sembrano suggerire che la diminuzione del 50% dell'uso degli antibiotici non comporterebbe alcun danno sulla salute degli animali.

CEE

Aiuto ai celiaci

Il parlamento della CEE ha approvato il 10/12/1996 una direttiva sulle etichette dei cibi.

Le etichette devono riportare se il cibo contiene componenti amidati e se questi contengono glutine.

Tempo perché i fabbricanti si adeguino alla direttiva: tre anni.

Campa celiaco!

GRAN BRETAGNA

È reazionaria la British Medical Association?

La British Medical Association (BMA) si lamenta dei giudizi che *Lancet* dà dei suoi dirigenti.

Lancet dice che il problema non è di *antipatia* verso la BMA, ma è molto più serio. Il fatto è che -secondo *Lancet*- la

BMA ha combattuto il Servizio Sanitario Nazionale, mentre la famosa rivista non ha ritenuto di doverlo fare con l'animosità espressa dall'organo di rappresentanza dei medici inglesi.

La polemica non è nuovissima né sembra vicina a finire.

GERMANIA/USA

Niente mariagiovanna nelle farmacie

Il parlamento regionale dello Schleswig-Holstein ha approvato una legge per consentire la vendita della marijuana nelle farmacie con la motivazione che la "distribuzione controllata" era migliore della situazione attuale.

Il governo centrale, però, con i ministeri della sanità e della giustizia -sostenuto da alcuni esperti e, soprattutto, dai farmacisti- ha dichiarato che farà di tutto, il legale e il possibile, per bloccare la legge regionale.

Clinton, per parte sua, ha posto il veto a due leggi di stati federati che rendevano legale l'uso della marijuana per uso farmacologico, in particolare antidolorifico nel trattamento dei tumori.

CRETA

Recidiva la nave shigellosica?

I batteriologi dell'Università di Creta che hanno controllato i croceristi italiani con l'infezione intestinale da shigella occorsa nel mediterraneo nell'agosto scorso, in una lettera a *Lancet* (1996;348:1593), affermano che la nave, costruita nel 1962, ha "ospitato" dal 1989 almeno altri tre episodi noti di gastroenterite dei croceristi. Uomo avvisato ...!





La conoscenza dei profili giuridici come pre-requisito
per un programma di segnalazione ed intervento

L'abuso intrafamiliare all'infanzia

Federico Marchetti*, Nicola D'Andrea* e Agnese D'Eramo**

*Divisione di Pediatria, Ospedale Regionale "Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

**Procuratore legale a Acquaviva delle Fonti (BA)

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 26-30

Quando nacque il piccolo Manuel ero già da anni il medico curante di tutta la famiglia. Avevo assistito il nonno, etilista, fino a che era morto per varici esofagee. Dei suoi due figli, il maggiore era nei guai con la giustizia per spaccio di stupefacenti ma aveva una compagna fidata e buona madre di una bimba simpaticissima. Il minore era scapestrato, rissoso, anche lui etilista, sempre in competizione col fratello. Manuel era nato dalla sua relazione con una compagna di bisboccia nei bar, una ragazza orfana. Nonostante queste premesse, avevo sperato che la nascita del bambino potesse dare l'avvio a una sorta di riscatto per i due giovani, creando nuovi sensi di responsabilità e dando alla coppia una sensazione di rispettabilità. Ben presto, invece, mi giungono, dalla cognata, voci di incuria e maltrattamenti nei confronti di Manuel.

Chiedo alla madre del piccolo di portarlo in ambulatorio per controllarne la crescita, e le dichiaro la mia disponibilità a vederlo a domicilio o ad essere contattata telefonicamente tutte le volte che la donna dovesse trovarsi in difficoltà nella cura del figlio. Un giorno, però, noto un'ecchimosi intorno all'occhio e non accontentandomi della spiegazione ("gli è caduto in faccia il carillon sospeso nella culla") rimprovero i genitori con forza e li diffido dal picchiare il bambino. Da allora le visite in studio si fanno irregolari, mentre vengo di continuo interpellata al telefono a tutte le ore per questioni di poco conto e per richieste di visite domiciliari per malesseri banali. Poiché non mi portano il bambino in ambulatorio, io non rifiuto mai di andare a vedere Manuel e tentare di verificare la presenza di segni di maltrattamento. Ogni tanto il corpicino mostra segni di pizzicotti o unghiate. Concordo allora con il pediatra del consultorio e con l'assistente sociale una strategia di controlli ancora più fitti e la richiesta di una valutazione neuropsichiatrica infantile per sospetta microcefalia. Il programma naufraga per l'opposizione dei genitori. Valuto, tuttavia, che valga la pena di far restare Manuel a casa sua, dove almeno è amato dagli altri parenti.

L'assistente sociale e la pediatra del consultorio condividono la mia opinione. La zia e la nonna paterna, infatti, fungono da sostegno al bambino molto spesso al posto della madre la quale, pur non sottraendosi a questo aiuto, ne è irritata.

Quando Manuel ha un anno la situazione è di totale stallo: crediamo tutti di darci un gran da fare per il suo bene e invece il tempo passa e la situazione non cambia. Il realtà rischiamo di perdere totalmente il controllo della vicenda.

Ed ecco che -deus ex machina- un barista, già da tempo seccato per le intemperanze dei due coniugi nel suo locale, vede la madre schiaffeggiare Manuel per strada e la denuncia a carabinieri.

L'intervento del giudice minorile sblocca la situazione: madre e figlio vengono allontanati dalla famiglia e posti sotto la tutela e la sorveglianza di un istituto di religiose. Il padre viene obbligato a frequentare le riunioni dell'Anonima alcolisti locale e a far visita alla famiglia nei fine settimana. Tra un anno il tribunale emetterà la sentenza sul destino di Manuel. (Dalla rivista "Occhio Clinico" 1996;2:1 per gentile concessione).



La storia di Manuel rappresenta una delle tante possibili storie di maltrattamento di fronte alle quali il medico di famiglia può essere inadempiente per la obiettiva difficoltà, a volte, di "riconoscere" l'abuso (1,2) ma soprattutto per la perplessità che può nascere nell'avviare un processo di intervento che inizia con la segnalazione (a chi? come? con quali conseguenze?) peraltro obbligatoria, cui segue un iter legislativo non diffusamente noto. Poiché la sua conoscenza è un pre-requisito necessario per un efficace e adeguato intervento, è sembrato utile riconsiderare, non da esperti, le specifiche norme vigenti.

Differenze tra diritto penale e minorile

Per il maltrattamento sono previsti due tipi di intervento: quello della Magistratura penale, rigida e schematica, e quello della Magistratura civile (Tribunale dei minori) regolamentato da una normativa molto più ampia e ricca ma tutta da verificare nell'effettiva collaborazione fra giustizia e servizi sociali (*Tab. D*). I primi hanno carattere repressivo, esaurendosi nella pena. I secondi, pur avendo carattere sanzionatorio per i genitori, tendono a rimuovere le situazioni di pregiudizio per il bambino e a proteggere il suo futuro (3).

Nell'ordinamento penale alle norme generali a protezione dei più deboli rispetto alla violenza (art. 581, 582, 583) si aggiungono quelle specifiche a tutela del minore (4).

Fra queste, l'art. 571 c.p. (Abuso dei mezzi di correzione e disciplina) è relativo all'uso smodato di mezzi qualitativamente leciti per la correzione, l'educazione, l'imposizione di una disciplina pur in assenza di una lesione conseguente. È sufficiente che ne sia derivato pericolo di malattia fisica o mentale. Essendo ribadito il concetto di malattia, diviene preminente la tutela del potere autoritario dei genitori rispetto a quella dei figli poiché gli "abusi educativi" più gravi consistono in violenze non fisiche.

L'art. 572 c.p. (Maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli) prevede una condotta abituale che pur non configurandosi in alcun reato, rende dolorose e penose le condizioni di vita del bambino. È l'unica norma che consente di perseguire penal-

mente l'abuso psichico. Ma molto poche sono le sentenze di condanna per violenza non fisica per le difficoltà di individuare l'abuso psichico, per le resistenze culturali a riconoscere come gravi comportamenti degli adulti che mortificano i bambini e ne impediscono lo sviluppo di autonomia e della personalità e ancora per le resistenze psicologiche nel bambino a divenire l'accusatore dei propri genitori.

I provvedimenti consentiti al magistrato dal Codice civile (Tribunale dei minori) non prevedono rigide definizioni dei fatti accertati e perseguibili né sono predefiniti nel contenuto. Quelli, fra di essi, che consentono di limitare la potestà dei genitori sono contenuti nell'art. 330 c.c. (Decadenza della potestà sui figli) qualora il genitore violi o abusi dei suoi doveri con grave pregiudizio per i figli e nell'art. 333 c.c. (Condotta pregiudizievole dei genitori) qualora la loro condotta sia meno grave ma tale da rendere necessario l'allontanamento dei figli dalla residenza familiare senza la perdita della potestà per i genitori. La discrezionalità del giudice è massima sul contenuto del provvedimento: dalla caduta della potestà, alla imposizione di proscrizioni, all'affidamento ai servizi territoriali. La condizione obiettiva di pregiudizio per il bambino è indipendente dalla natura dolosa o colposa del comportamento dei genitori che possono essere reintegrati, dal giudice, nella potestà qualora tale condizione non sussista più (art. 332 c.c.).

La legge 184 (1984) tutela i bambini temporaneamente privi di ambiente familiare, prevedendo il loro affidamento ad altra famiglia o a una singola persona. In tal caso l'affido è disposto dai servizi sociali e dal giudice solo se vi sia dissenso dei genitori.

I limiti dell'intervento penale

Principi generali

L'intervento penale ha una sua intrinseca rigidità. La decisione finale che esso prevede, la pena, non è revocabile per mutamenti successivi salvo la sua condizionale sospensione. Non è prevista alcuna altra forma di intervento che incida sull'atteggiamento dei genitori. In tal senso non protegge i bambini. Non sana le situazioni ma accentua definitivamente le fratture

con pesanti conseguenze per chi ha subito il danno (5). Ciò non vuol dire che debbano essere banditi gli interventi penali a tutela dei minori ma si è ben lontani dagli interventi di sostegno, tutela e incentivazione.

L'intervento penale risente del clima culturale relativo al periodo (Codice Rocco, 1930) della formulazione delle norme vigenti. I delitti da esse previsti sono contro l'assistenza familiare e non contro la persona. Le rilevanti riduzioni di pena previste per lesioni o morte per abuso dei mezzi di correzione non tutelano il bambino come persona ma sottolineano il suo stato di subordinazione. E ancor meno è tutelata la loro integrità psichica. Il loro abbandono si configura come reato (art. 591 c.p.) qualora ponga a rischio solo la loro integrità fisica. L'abuso dei mezzi di correzione (art. 571 c.p.) è punito solo se sia conseguito pericolo di malattia e la violazione degli obblighi di assistenza qualora abbia comportato mancata sussistenza. La Corte di Cassazione solo di recente (16.4.1996) ha dichiarato "non lecito" l'uso della violenza a fini educativi. Non è previsto alcun collegamento fra l'intervento penale e quello civile come in altri Paesi europei (Belgio, Svizzera). Non vi è obbligo per il magistrato di agire in collegamento con il servizio sociale o con il Tribunale dei Minori (6). Ciò impedisce di contestualizzare il singolo episodio nel quadro esistenziale ed ambientale della vittima e dell'autore della violenza (7). In alcuni casi la pericolosità dell'accusato è tale da superare i confini familiari e rendere inevitabile l'azione penale. Sarebbe però auspicabile la previsione di sospensione della pena ai genitori qualora gli interventi di sostegno e di aiuto abbiano prodotto radicali modifiche del loro comportamento (8).

L'inadeguatezza della normativa penale nella realtà

È stata condotta un'indagine sulle denunce di maltrattamento segnalate alla Procura della Repubblica presso la Pretura di Bologna nel triennio 1991-1993. L'analisi dei dati è sommaria per la parzialità delle informazioni circa la fonte primaria delle segnalazioni, la fenomenologia del presunto maltrattamento, le condizioni socio-

economiche familiari, l'esatto iter giudiziario e assistenziale. Tuttavia, sono possibili alcune riflessioni.

Nel triennio solo undici casi hanno riguardato l'abuso dei mezzi di correzione e disciplina (Art. 571 c.p.), tutti segnalati dai Carabinieri e dagli ufficiali di P.S.; fra questi di sei era nota l'età e cinque erano maggiorenni.

Nettamente più numerosi (372 casi) sono stati i casi segnalati per il reato di maltrattamento (Art. 572 c.p.), in egual numero per ognuno dei tre anni. Il maggior numero di casi (190/372) è stato segnalato dai Carabinieri e solo 42 da privati cittadini.

Le denunce per entrambi i reati sono

state undici, pressoché tutte nel 1991. Fra le vittime solo diciannove avevano un'età inferiore ai quattordici anni e cinque fra i quattordici e i diciotto anni (*Tab. II*). I dati relativi agli accusatori si riferiscono al 1993 e riguardano novantacinque indiziati (90 per l'Art. 572 e 5 per l'Art. 571 c.p.), tutti di sesso maschile, con un'età media di quarantatré anni (22-62), in prevalenza (84%) di nazionalità italiana. Al tempo dell'indagine (primavera 1994) per settanta di loro erano in corso le indagini preliminari, per dodici era stata richiesta l'archiviazione, per sei il rinvio a giudizio, per tre l'unificazione con altri reati e per quattro la trasmissione per

competenze. Sono davvero poche le denunce per maltrattamento su minori con età inferiore ai 14 anni a sottolineare quanto sia ancora sommerso tale fenomeno e la scarsa attendibilità delle sole fonti giudiziarie per l'elevato indice di occultamento (9).

L'iter giudiziario intrapreso, nei casi considerati, conferma la inadeguatezza dell'attuale normativa e di un intervento unicamente penale.

Solo per sei casi è stato richiesto il rinvio a giudizio molto verosimilmente per la indisponibilità di fonti informative e per la resistenza, il disorientamento, i dubbi delle stesse vittime (10).

Tab. I: differenze tra diritto penale e minorile

	Diritto penale	Conseguenze	Diritto minorile	Conseguenze
Principi fondamentali	Il giudice deve controllare se sono stati commessi reati	indagini di polizia, spesso anche perizie; processo; eventuale condanna	Il giudice controlla come il genitore esercita la potestà sui figli minori	indagini tramite servizi sociali e sanitari; talvolta anche di polizia e carabinieri; eventuale perizia; il minore può essere allontanato, la potestà del genitore limitata, tolta, oppure il minore può essere dichiarato adottabile
Uffici giudiziari	Procure c/o Pretura o Tribunale		Procura c/o Tribunale per i Minori; Tribunale per i Minori	
Maltrattamenti lievi (botte, pizzicotti etc.)	procedimento per abuso dei mezzi di correzione (art. 571 c. p.) o per maltrattamenti (art. 572 c. p.); la competenza è del pretore	condanna penale; spesso con la condizionale	"condotta pregiudizievole" (art. 333 e 330 c. c.)	allontanamento minore; affidamento (spesso a un parente); oppure invio del minore in comunità con un genitore
Maltrattamenti gravi (fratture, ustioni, lesioni interne etc.)	come sopra, con aggravanti; se la lesione è grave la competenza è del Tribunale	condanna penale; spesso con carcerazione	come sopra; nei casi più gravi è dichiarato lo stato di abbandono (art. 8 legge 184/1983)	allontanamento, spesso con successiva adozione
Abuso sessuale dimostrato	procedimento per "violenza sessuale"; competenza del Tribunale	condanna penale, solitamente con carcerazione	se il colpevole è uno dei genitori, vale l'art. 330 c. c.; se sono complici è dichiarato lo stato di abbandono	decadenza della potestà per il genitore colpevole; adozione se entrambi i genitori sono colpevoli
Obblighi del medico	referto (art. 365 c. p.; p.); nel caso di maltrattamenti lievi può essere fatta solo la segnalazione alla procura del Tribunale per i Minori; per maltrattamenti gravi, il referto deve essere indirizzato alla Procura della Pretura e, nei casi più gravi, alla Procura del Tribunale; per l'abuso sessuale il referto è da indirizzare solo alla Procura del Tribunale	se omette di eseguire il referto, il medico può essere perseguito per omissione di referto; inoltre può essere giudicato responsabile per eventuali ulteriori danni al minore	segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minori; nel caso di stato di abbandono deve essere fatta direttamente al presidente del Tribunale per i Minori (articoli 9 e 70 legge 184/1983)	nel caso di stato di abbandono, la mancata denuncia al Tribunale per i Minori comporta una condanna sino a due anni di reclusione (art. 70 leg 184/1983)

Tab. II: Distribuzione dei casi per gruppi di età relativi alle denunce di maltrattamento (art. 572) nel triennio 1991-93 presso la pretura circondariale di Bologna

Età (anni)	1991		1992		1993	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
< 14	8	6	11	8	-	-
14-18	4	3	-	-	1	1
> 18	92	71	82	62	37	34
Età sconosciuta	26	20	39	30	72	65
Totale	130	100	132	100	110	100

L'importanza della normativa civile

Manuel ha posto un problema al medico che avrebbe dovuto avviare il processo di intervento. È un bambino a forte rischio sociale che avrebbe dovuto essere protetto fin dalla nascita (11-15), come tutta la sua famiglia. I tentativi finali (assistente sociale, pediatra del consultorio) di contenere il danno sono risultati fallimentari. La prima osservazione è sulla non pronta adozione di un progetto di intervento (ma da soli si può risolvere una tale situazione?) per il paradossale ruolo del pediatra: da un lato alleato della famiglia e dall'altro obbligato dalle leggi a "tradirla" o a esserle "ostile" con la denuncia anche per un semplice sospetto (16).

L'importanza ed il significato della segnalazione

Il medico deve porsi come informale giudice istruttore e valutare il peso dei sospetti e il pericolo e l'urgenza dell'intervento. Ciò non può e non deve essere fatto da soli ma attivando una rete di servizi (quelli sociali) per decidere strategie e modalità. Generiche misure di supporto senza obiettivi di recupero e cambiamento sono destinati a fallire, come nel caso di Manuel (17).

Secondo l'esperienza del Centro per il bambino maltrattato di Milano (18), nel 75% dei casi l'intervento del Tribunale dei minori è indispensabile per la tutela del bambino.

La mancata segnalazione all'autorità giudiziaria, oltre che essere perseguibile (art. 365 c.p.), può rivelarsi un rimedio peggiore del male (19, 20). La segnalazione, anche dei casi più gravi, andrebbe indirizzata al Tribunale dei Minori per gli stru-

menti più tempestivi ed efficaci di cui esso dispone (19-21) (Tab. III).

Le prospettive

Le cose fin qui dette vengono ripetute da anni, in diverse sedi e situazioni. Ma ancora pochi sono gli operatori sanitari motivati e tecnicamente capaci di dare

risposte adeguate al disagio (che non è solo organico) mentre il fenomeno ha raggiunto un alto grado di spettacolarizzazione (la recente vicenda di telefono azzurro) (21) e subisce una colpevole campagna disinformativa da parte della stampa (22). Evidentemente le strategie fin qui adottate sono state inefficaci.

Le indagini che si limitano a rilevare le cose che non vanno bene, di per se, aiutano poco il cambiamento. Serve invece conoscere per modificare, soprattutto il proprio comportamento.

Sarebbe auspicabile che la rete di pediatri di base, di comunità, ospedalieri dell'ACP si adoperasse per un progetto che, come sta già avvenendo per il disagio sociale (la maggior parte dei maltrattamenti avviene in situazioni di difficoltà economica e di solitudine) (18), consenta una attendibile stima dei casi e delle situazioni reali e una sperimentazione

Tab. III: Schema del processo di intervento attuato presso il CBM di Milano

Fase di rivelazione	I servizi rilevano una situazione di sospetto o di certo maltrattamento
Fase di segnalazione	I servizi che hanno rilevato il maltrattamento, dopo una prima valutazione congiunta della gravità della segnalazione, segnalano il caso alla Magistratura Minorile
Fase di indagine	La Magistratura Minorile incarica i servizi e/o la Polizia di effettuare una prima indagine sul caso. In caso di alto rischio dispone un allontanamento provvisorio del/i bambino/i. Da questo momento il servizio sociale è investito del mandato di controllo sull'intero processo di intervento.
Fase di valutazione	La Magistratura prescrive una diagnosi delle relazioni familiari sulle cause del maltrattamento e sulle possibilità di recupero della famiglia. Da qui: - prognosi positiva: i genitori mostrano possibilità di recupero della loro relazione con i figli - prognosi negativa: la relazione genitori-figli è irrecuperabile
Fase di trattamento	Affiancamento: la relazione genitori-figli viene sostenuta: - terapia individuale del bambino - terapia familiare, sostegno assistenziale - terapia individuale, se necessario Sostituzione: - adozione o accoglimento in comunità in vista del rientro del bambino in famiglia



sulle soluzioni possibili dei principali nodi critici del fenomeno.

Come per tutti i problemi socio-sanitari anche per il maltrattamento, fenomeno "relativamente" raro, gli interventi giuridici e sociali sulla famiglia sono diversi fra i diversi contesti sociali. Si pensi alle periferie non urbane, lontane dalle strutture giudiziarie e prive di servizi di assistenza.

Giudici minorili (così come medici) poco sensibili e motivati e servizi assistenziali tecnicamente e culturalmente deboli si aggiungono come cause di inevasione del modello "ideale" di intervento (Tab. III).

La mancanza di sinergie fra sistema scolastico, assistenziale e giuridico rende fallimentare la adozione dei programmi di intervento che la legislazione minorile pure prevede a tutela della famiglia (23). In tali situazioni intervento giuridico penale (con i suoi limiti) non ha alternative.

Il prospettato impegno renderebbe i pediatri protagonisti nello stimare i casi e nel ricostruire la storia naturale del fenomeno ma soprattutto consentirebbe di acquisire coscienza e conoscenza su tale rilevante problema sociale che per ora li pone, in alcuni casi a torto per obiettive difficoltà, in una condizione di ignara connivenza.

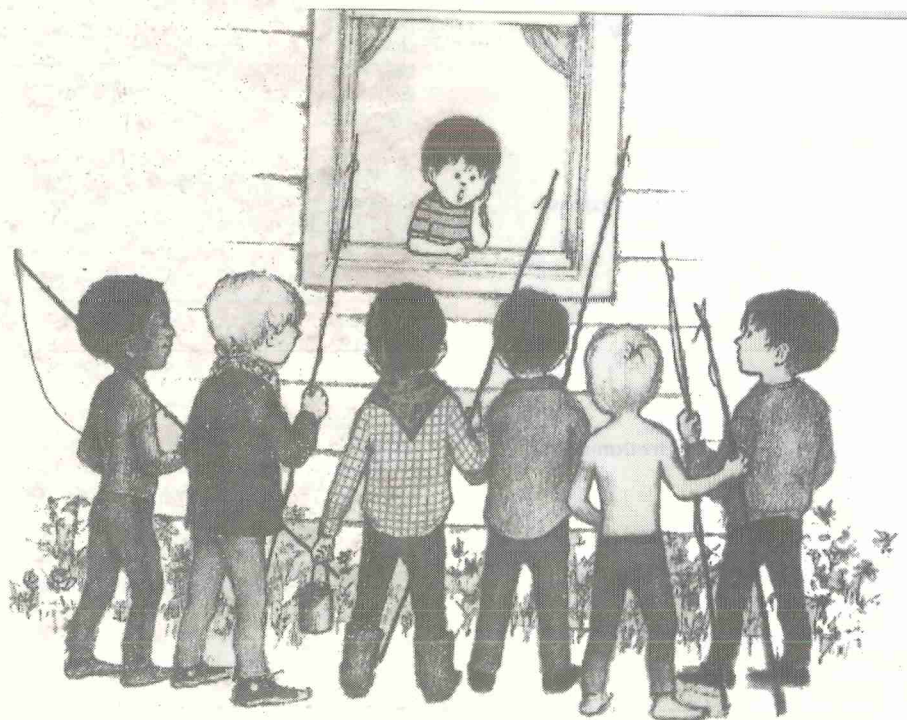
È auspicabile che anche nel nostro paese si parli del fenomeno sempre più in maniera scientifica (e meno emotiva) come in molte nazioni avviene ormai da anni (24).

Bibliografia

1. Facchin P. Brusadin L. Trascuratezza e abbandono dei minori in Veneto, in Bolzan M. Fabbris L. Salute e Famiglia, Cleup, Padova, 1992, pp.143-52
2. Panizon F. Tamaro P. Facchin P. L'infanzia in Italia: morbosità, handicap e qualità della vita, in Geddes M. La salute degli italiani: rapporto 1992, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993
3. Vaccaro A. Abusi all'infanzia e intervento giudiziario. *Bambino Incompiuto* 1985;2:107-118
4. Scarcella F. La legge di fronte alla violenza ai minori. Prevenire e tutelare, in Cambi F. Ulivieri S. Infanzia e violenza: forme, terapie ed interpretazioni, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze), 1990
5. Moro AC. Per una migliore tutela penale dell'infanzia. *Bambino Incompiuto* 1988;2:5-19
6. Correr MN. Martucci P. Le violenze nella famiglia: la sindrome del bambino maltrattato. CEDAM, Padova, 1988
7. Ceccarelli G. Cuttica L. Loffredo V. Maltrattamenti morali. *Fed Medica* 1986;1:112
8. Disegno di legge n° 834, "Norme sulla tutela penale della personalità del minore", presentato il 4-2-1988, dal Ministro di Grazia e Giustizia e dal Ministro per gli Affari Sociali.
9. Volpi R. Figli d'Italia: quanti, quali e come alle soglie del duemila. *La Nuova Italia, Scandicci (Firenze)*, 1990
10. Correr MN. Martucci P, Asquini P. Maltrattamenti e violenza ai minori: analisi di una

indagine condotta nel Friuli Venezia Giulia. *Rass Criminologica* 1987;2:399

11. Leventhal JM. Garber RB. Brady CA. Identification during the postpartum period of infants who are at high risk of child maltreatment. *J Pediatr* 1989;114:481-487
12. Stier DM. Leventhal JM. Berg AT. et al. Are children of young mothers at risk of maltreatment? *Pediatrics* 1993;91:642-48
13. I bambini a rischio sociale: generazione a perdere o investimento sociale; a cura di Cirillo G., Siani P., Tamburlini G. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1996
14. Ibidem
15. Ibidem
16. Ciotti F. Biasini G. Panizon F. Il bambino maltrattato e/o trascurato. In, *Pediatria dello sviluppo. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994*
17. Wilson LS. Child abuse and neglect *NEJM* 1995;332:1425-31
18. Di Blasio P. La violenza e l'abuso nella famiglia e le sue dinamiche psicorelazionali. In, *Cirillo G. Siani P. Tamburlini G. I bambini a rischio sociale: generazione a perdere o investimento sociale. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli; 1996*
19. Cirillo S. Di Blasio P. La famiglia maltrattante. *Raffaello Cortina Editore, Milano; 1989*
20. Pagliarini S. Il genitore è violento e il medico lo ignora. *Occhio Clinico* 1996;1:6-12
21. Campanini A. Maltrattamento all'infanzia, *La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993*
22. Sacchetti L. Stampa e giustizia minorile. *Bambino Incompiuto* 1991;2:135
23. Barbero Avanzini B. Ichino Pezzilli F. Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali, edizioni Unicopli Milano; 1988
24. The role of pediatricians, suppl. *Pediatrics*, 2 1996 Young mothers at risk



Come scoprire i bias più comuni

Progettare interventi di educazione alla salute

Dante Baronciani

Divisione Patologia Neonatale, Ospedale di Lecco

L'educazione alla salute è un intervento encomiabile: è necessaria la valutazione?

Negli ultimi anni vi sono stati importanti contributi relativi alla valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici. Non è scopo di questo intervento affrontare la problematica relativa ai vantaggi e ai problemi che limitano l'attendibilità di strumenti quali la metaanalisi¹⁻³, quello che si vuole sottolineare è che tale metodica ha riguardato essenzialmente il campo delle terapie.

Perché tutto questo è per lo più rimasto confinato al campo farmacologico o a quello delle terapie mediche? Perché non si è sviluppato un simile interesse nell'ambito della medicina preventiva? Molta confusione si è fatta, negli anni passati, sul termine medicina preventiva. Si sono andate sviluppando iniziative, sovente lucrose, di prevenzione secondaria (Maccacaro la definiva "medicina predittiva" e non preventiva) mentre hanno perso forza i movimenti che si battevano per la rimozione delle cause che non permettono la promozione della salute. Tutto ciò è avvenuto perché "... lo scambio dissimulato ma insistente dei modelli di malattia serve ad accreditare come contraddizione uomo-natura quella che è veramente una contraddizione uomo-uomo"⁴. Da ciò è derivata una difficoltà politica ad individuare in alcuni elementi del modello di sviluppo corrente la vera genesi della malattia. D'altra parte coloro che hanno lavorato nel campo della prevenzione hanno sovente fatto discendere il proprio agire da una sorta di assioma ideologico: "impostare interventi di prevenzione è comunque utile". Essi sono venuti meno ad una delle tesi di A. Cochrane che sosteneva che è giusto "investire in prevenzione solo quando questa risulta essere più efficace dei trattamenti alternativi o di nessun intervento e solo dopo aver fatto una selezione dei problemi realmente prevenibili o trattabili"⁵. Quanto costa oggi questo atteggiamento? L'attacco alla medicina sociale e preventiva è pesante. Per sostenere come afferma P. Vineis⁶ che la "salute non è una merce" non è sufficiente una difesa ideologica, è necessario interrogarsi sulla reale efficacia degli interventi per garantire che il processo di razionalizzazione delle risorse prenda il sopravvento sul semplice razionamento delle stesse. L'educazione alla salute è assimilabile, con un certo grado di semplificazione (e quindi di impoverimento) alla somministrazione di un trattamento. Perciò, pur con i limiti di questo paragone (scarsa controllabilità, scarsa possibilità di randomizzazione, somministrazione non a singoli individui ma a gruppi di popolazione...) sembrerebbe doveroso applicare all'educazione alla salute il modello che solitamente si applica alle terapie farmacologiche:

- dimostrazione di efficacia,
- valutazione di efficienza,
- determinazione dello schema "posologico": a chi, come e quando "somministrare",
- studio degli effetti "collaterali", grazie all'assioma che un trattamento efficace deve essere in grado anche di "far male" (se un farmaco non ha alcun effetto collaterale allora vuol dire che non può fare alcun bene).

Scopo di questo lavoro è segnalare alcuni elementi che concorrono ad una possibile inefficacia degli interventi di educazione alla salute. Si utilizza volutamente il termine di "bias" per sottolineare la possibilità di incorrere in "errori sistematici", indipendenti dalla volontà soggettiva dell'operatore, che inficiano il disegno dell'intervento.

Perché si fa educazione alla salute?

Affrontando il tema con una certa schematicità si può affermare che i principali obiettivi

obiettivi delle iniziative di educazione alla salute in età pediatrica sono:

- modifica dei comportamenti che costituiscono fattori di rischio per il determinarsi di specifiche patologie,
- ottimizzazione dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari al fine di garantire un accesso appropriato ed efficace agli stessi da parte della popolazione interessata,
- informazione rivolta ai soggetti malati (cronici) per migliore compliance terapeutica.

Prenderemo in esame per i primi due obiettivi alcuni possibili "bias" che possono verificarsi nella progettazione e attuazione degli interventi.

1. Modifica dei comportamenti

Allorché si progetta un intervento di educazione alla salute è necessario confrontarsi con il fatto che l'eziologia della maggior parte delle patologie è multifattoriale. Se quindi si interviene su un singolo fattore (ad esempio un'abitudine di vita) è necessario sapere, quanto questa rimozione ridurrà la patologia che si vuole prevenire? In altre parole, se si rimuovesse quel fattore, quale sarebbe il guadagno in termini di salute (rischio prevedibile)?

È necessario costruire, sulla base delle conoscenze acquisite, la "rete causale" che determina l'evento e comprendere quale è il contributo che i singoli "fattori di rischio" hanno in tale catena. Prendiamo ad esempio il problema della prevenzione della patologia cardio-vascolare e il progetto di una campagna tesa a ridurre il valore di colesterolemia in una popolazione pediatrica. L'efficacia dell'intervento potrebbe essere semplicemente misurata determinando quanto si riduce il valore di colesterolemia nella popolazione infantile sottoposta ad una campagna di educazione alimentare. Uno dei maggiori studi condotti con tale obiettivo⁷ rileva, in un trial durato cinque anni, una riduzione del 5% del valore di colesterolemia. Si potrebbe a lungo discutere se tale riduzione sia significativa e persistente. È più utile impiegare il proprio tempo per interrogarsi su quanto la riduzione del 5% del valore di colesterolemia incida sulla probabilità di malattia cardiovascolare in età

adulta. L'obiettivo dell'intervento non era quello di abbassare la colesterolemia (l'ipercolesterolemia non è di per sé una malattia, ma un fattore di rischio) ma quello di ridurre la mortalità da malattia cardiovascolare. Non vi sono dati relativi al rischio prevenibile con tale intervento. D'altra parte l'intervento sul fattore di rischio "ipercolesterolemia" non è privo di effetti collaterali^{8,9}.

Si potrebbe individuare in questo caso di un "bias da conoscenza epidemiologica". La mancata analisi della catena causale impedisce di comprendere che la rimozione del fattore di rischio (sempre che il nostro intervento sia efficace) contribuisce in modo indeterminato alla prevenzione della patologia.

Un secondo elemento che è necessario prendere in considerazione allorché si progetta un intervento di educazione sanitaria è costituito dal rapporto che si ha tra comportamenti individuali e fattori sociali determinanti la malattia. Quanto la modifica dei comportamenti incide sulla prevenzione e quanto viceversa potrebbero incidere misure legislative o modifiche del modello di sviluppo.

Si prenda ad esempio ciò che accade nel campo della prevenzione degli incidenti. Si è assistito in questi anni a un moltiplicarsi di opuscoli informativi su ciò che deve fare un genitore per "evitare tutti gli incidenti". Si esamina ciò che viene detto relativamente alla prevenzione delle cadute da altezza. Quello che si raccomanda è di "non lasciare oggetti (sedie, vasi di fiori et.) sui balconi". A cosa devono servire i balconi? Perché un bambino si arrampica? Non sarebbe più corretto esigere che il rilascio della licenza edilizia sia vincolato al rispetto di norme di sicurezza (protezioni verticali con passo inferiore agli 11 cm e buona visibilità, finestre a basculamento) che hanno dimostrato la loro efficacia preventiva.

Un secondo esempio può essere costituito dalla prevenzione della ingestione di caustici. Si raccomanda in questo caso di "tenere i caustici lontano dai bambini". Ottima raccomandazione che prescinde dalla conoscenza della tipologia di molte abitazioni (monolocali con alti indici di affollamento) e dalla vivacità e curiosità dei bambini. Non sarebbe più corretto esi-

gere che le industrie produttrici utilizzino i tappi di sicurezza per le sostanze caustiche?

Come mai l'educazione alla salute, in età pediatrica, non determina movimenti di opinione?

Si potrebbe individuare in questo caso un "bias da conservatorismo sociale". Il soggetto è visto come fruitore di un'informazione, non come attore della prevenzione. Troppo pericoloso è, per il progettista dell'educazione alla salute, porre sul tappeto conoscenze che potrebbero interferire con il modello corrente di sviluppo. La battaglia è troppo complessa, meglio chiedere semplicemente agli individui di cambiare i propri comportamenti.

Questo bias può comportare addirittura la mancata evidenziazione di tematiche relative alla educazione alla salute. Se per salute non si assume semplicisticamente "l'assenza di malattia" ma "realizzare la pienezza del proprio benessere psicofisico e sociale"⁴ potremmo interrogarci sul perché l'esposizione scuola" (tempi, metodi, didattica...) non sia mai stata oggetto di un interesse della medicina nell'indagare nessi di causalità con patologie ormai frequentemente osservate (deficit di attenzione, dolori addominali ricorrenti, disadattamento...).

D'altra parte deve essere sottolineato che il restringere l'educazione alla salute alla modifica dei comportamenti individuali, omettendo di porre l'attenzione sui processi sociali, non è scelta priva di effetti collaterali. Nel caso della prevenzione degli incidenti ci si può chiedere se la mancata individuazione delle priorità non abbia comportato quella che, in un altro articolo, avevo definito la "sindrome del bambino immobile o della mamma sciagurata"¹⁰.

Naturalmente con queste riflessioni non si intende negare la potenzialità e l'utilità di una informazione sanitaria che accompagni le misure legislative. I due elementi non sono mutuamente esclusivi e diversi sono i dati che dimostrano che se l'atto legislativo è accompagnato da una adeguata campagna di informazione l'efficacia risulta maggiore: si veda ad esempio il caso dell'utilizzo del casco in bicicletta¹¹. Un terzo elemento da considerare riguarda non tanto l'efficacia di quel determina-

to progetto di educazione alla salute quanto la evidenza scientifica del contenuto dell'informazione stessa. Se ad esempio si affronta un tema quale lo svezzamento si possono fare alcune considerazioni:

- la proscrizione assoluta di sale dalla dieta nel primo anno di vita, ipotizzata per la prevenzione dell'ipertensione in età adulta, è oggi da più parti messa in discussione¹²,

- l'introduzione tardiva del glutine, che tanta fortuna ha procurato alle industrie dietetiche, costituirebbe una indicazione superata in quanto potrebbe determinare un ritardo della diagnosi di malattia celiaca¹³.

Rimarrebbero quindi tutte quelle indicazioni relative al tipo di verdura da utilizzare, all'uso delle carni bianche, ai tempi in cui introdurre l'uovo...; materia che vede miriadi di indicazioni diverse. Una breve rassegna della storia della puericoltura fa giustizia della scientificità di tali indicazioni che risultano più legate ai gusti del singolo pediatra che a studi controllati¹⁴.

Si tratta in questo caso di un "bias da soggettività pediatrica", esso sembra determinato dall'appartenenza a una determinata "scuola pediatrica" con scarsa propensione alla revisione della letteratura.

È un bias importante perché determina, quale effetto collaterale, una grande confusione nei genitori che si trovano di fronte ad indicazioni assai diverse se utilizzano più di un servizio.

Un ultimo elemento da considerare è relativo al fatto che l'intervento teso alla modifica del comportamento o dello stile di vita può generare effetti indesiderati. Si è già detto sulla genesi multifattoriale della maggioranza delle patologie; l'intervento che determini la riduzione di un singolo fattore di rischio può determinare l'aumento di un altro fattore contributivo. Si prenda ad esempio il problema dell'obesità. È dimostrato che l'obesità in età adolescenziale determina un aumento del rischio di mortalità e morbilità nelle età successive¹⁵, ne consegue che l'educazione alla salute che comporti una modifica delle abitudini alimentari può costituire un valido provvedimento preventivo. Si rileva d'altra parte che un intervento che abbia alla sua base provvedimenti dieteti-

ci può determinare un peggioramento di altri fattori che concorrono al mantenimento dell'obesità e delle patologie ad essa correlate¹⁶. Si può instaurare un processo che concorre "all'isolamento sociale" dell'adolescente peggiorando drammaticamente la prognosi. Sarebbe necessario "personalizzare" l'intervento facendo sì che l'eventuale indicazione dietetica sia inserita nel contesto della storia personale di quel singolo soggetto.

Si tratta in questo caso di un "bias da sottovalutazione della complessità" in quanto non si assume appieno la multifattorialità della genesi delle patologie.

Utilizzo dei servizi

L'educazione alla salute mirata a rendere ottimale l'accesso ai servizi non può essere intesa come sinonimo di una informazione sulle modalità amministrative di accesso agli stessi.

Affrontare il tema dell'accesso significa innanzitutto misurarsi con una cattiva lettura che si è data della Riforma Sanitaria. Il valore di equità che era tra i principi ispiratori di quella Riforma è stato attuato ipotizzando di progettare "servizi eguali per tutti". Nulla di più lontano dall'equità. Numerosi sono gli studi che, nella medicina degli adulti¹⁷ o in quella pediatri-

ca^{18,19}, dimostrano l'associazione tra classe sociale e ritardo diagnostico, piuttosto che tra classe sociale e utilizzo di servizi di emergenza (il Pronto Soccorso) da parte della popolazione che non utilizza i presidi delle cure primarie. Se si vuole migliorare l'accesso ai servizi è quindi necessario comprendere come individuare la popolazione bersaglio, quella che non utilizza o sottoutilizza i servizi.

La prima questione da affrontare è quella della efficacia della campagna di educazione alla salute nel raggiungere la popolazione bersaglio.

Si prenda ad esempio il problema delle vaccinazioni in età pediatrica. La mancata vaccinazione (o il ritardo rispetto al calendario vaccinale) può essere assunto quale indicatore di insufficiente utilizzo dei servizi dedicati alle cure primarie e alla prevenzione²⁰.

Se ciò è vero, è necessario chiedersi quale efficacia possa avere una campagna di informazione che si svolge presso i servizi stessi. Si tratta evidentemente del più classico bias da selezione, per cui la popolazione bersaglio è esclusa dalla campagna di educazione alla salute. Quest'ultima si rivolge alla maggioranza della popolazione, che già utilizza il servizio e che è probabilisticamente quella in regola



con le vaccinazioni.

C'è quindi una sorta di "bias da autocompiacimento" da parte del servizio, che fotografa la propria efficienza interna piuttosto che l'efficacia rispetto alla popolazione intera.

La seconda questione, che in realtà non riguarda solo l'utilizzo dei servizi ma qualsiasi campagna di educazione alla salute, è relativa al linguaggio utilizzato negli strumenti informativi.

Rimanendo nel tema delle vaccinazioni è interessante rilevare che l'efficacia degli opuscoli informativi, che accompagnano la comunicazione da parte degli operatori, presenta dati discordanti^{21,22}. Ciò che è ancor più interessante è quello che emerge da un recente studio²³ che, prendendo in esame gli opuscoli messi a punto dal Center for Disease Control and Prevention di Atlanta per le vaccinazioni, rileva che l'86% della popolazione non ha conoscenze sufficienti a comprenderne il contenuto.

Si tratta in questo caso di un "bias da linguaggio medico"; che crediamo assai diffuso.

È incredibile come a fronte della grande attenzione con cui l'industria cura il lato pubblicitario-promozionale, l'azienda sanità investa assai poco in questo campo. Gli opuscoli vengono per lo più scritti dai medici senza consultazione di professionisti della comunicazione rispetto alla definizione ed analisi del problema e alla stesura del messaggio.

Un ultimo problema è quello relativo al

fatto che l'informazione può risultare destinata ad una popolazione bersaglio mal individuata.

I recenti dati sulla inadeguata durata dell'allattamento al seno nel nostro Paese²⁴ fanno emergere con forza la necessità di educazione alla salute degli "operatori sanitari" che risultano avere conoscenze inadeguate a promuovere e mantenere questo fondamentale presidio di medicina preventiva.

Si tratta in questo caso di un "bias da errore di persona".

Nel concludere questa incompleta rassegna non si può evitare di richiamare l'attenzione sul fatto che allorché si imposta una campagna di educazione alla salute con fini di prevenzione è necessario interrogarsi su ciò che essa determina nella popolazione di malati.

Allorché la campagna di prevenzione dell'AIDS mise a punto lo spot pubblicitario contrassegnato dallo slogan "AIDS, se lo conosci lo eviti", corredato da immagini di individui contornati da un profilo viola, venivano spontanee due domande:

- quale poteva essere l'efficacia di tale spot, che mostrando soggetti in effusioni amorose, si guardava bene dall'indicare nel preservativo un mezzo per ridurre i comportamenti a rischio,

- quale era il peso di questo messaggio per coloro, i sieropositivi, che l'AIDS non l'avevano evitato.

Bibliografia

1. Dickersin K, Berlin JA. Meta-analysis: state of the science. *Epid. Reviews* 1992;14:154-176

2. Egger M, Smith GD. Misleading meta-analysis *BMJ*, 1995;310:752-754

3. Eysenck HJ. Meta-analysis and its problems. *BMJ* 1994;309:789-792

4. Maccacaro G. Vera e falsa prevenzione in *Per una medicina da rinnovare, Scritti 1966-76*. Feltrinelli Editore, Milano 1979

5. Cochrane A.I. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Services*. London; Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972

6. Vineis P. S. Capri. *La salute non è una merce*. Bollati Boringhieri, Torino, 1994

7. Walter HJ, Hoffman A, Vaughan RD, Winder EI. Modification of risk factors for coronary heart disease: five years result factors of a school-based intervention trial. *N Engl J Med* 1988;318:1093-1100

8. Froom J, Froom P. "Prudence" in disease prevention. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1127-1130

9. Newman TB, Browner WS, Hulley SB. Childhood Cholesterol Screening: Contraindicated. *JAMA* 1992;267:100-101

10. Baroncini D. La sindrome del bambino immobile o della mamma sciagurata. *Medico e Bambino* 1987;2:7-11

11. Macknin ML, Vanderbrug Medenporp S. Association Between Bicycle Helmet Legislation, Bicycle Safety Education, and Use of Bicycle Helmets in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:255-259

12. Greco L., B. de Vizia. Pillole ad alimentazione. *Medico e Bambino* 1993;4:46-50

13. Greco L., Mayer M, Grimaldi M, Follo M, De Ritis G, Auricchio S. The effect of early feeding on the onset of symptoms in coeliac disease. *J Pediatr Nutr* 1985;4:52

14. Baroncini D. Dall'istinto della fame alla cultura dell'appetito. *Medico e Bambino* 1992;3:33-35

15. Must A., Jacques PF, Dallai GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long term morbidity and mortality of overweight adolescents. *N Engl J Med* 1992;327:1350-355

16. French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW. Frequent Dieting among Adolescents: Psychosocial and Health Behavior Correlates. *Am J Public Health* 1995;85:695-701

17. Vineis P, Fornero G, Magnino A, Giacometti R, Ciccone G. Diagnostic delay, clinical stage, and social class: a hospital based study. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:229-231

18. Stoddard JJ, Peter RF, Newacheck PW. Health insurance status and ambulatory care for children. *N Engl J Med* 1994;330:1421-425

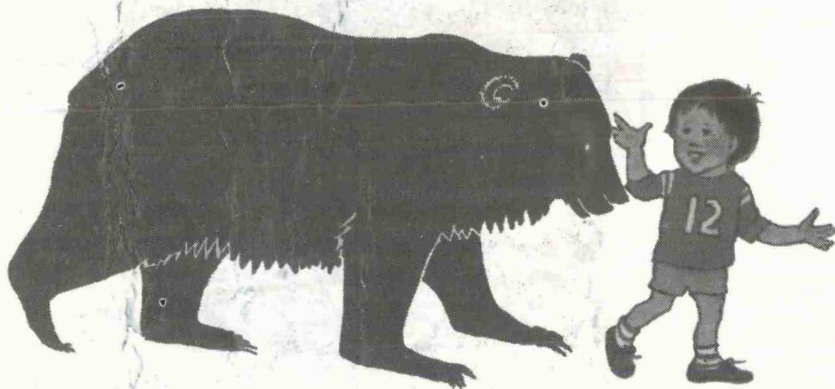
19. Rodewald LE, Szilagyi PG, Shih T, Humiston SG, LeBaron C, Hall CB. Is Underimmunization a Marker for Insufficient Utilization of Preventive and Primary Care? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:393-397

20. Licu TA, Glauber JH, Fuentes-Afflick E, Lo B. Effects of Vaccine Information Pamphlets on Parents' Attitudes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:921-925

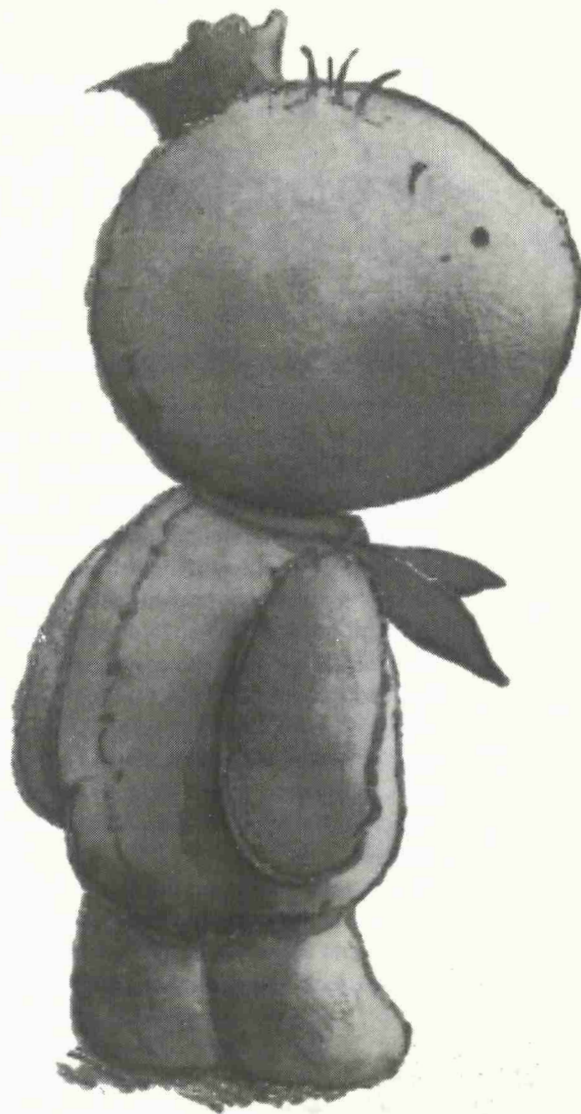
21. Clayton EW, Hickson GB, Miller CS. *Parents' Responses to Vaccine Information Pamphlets*. Pediatrics 1994;93:369-372

22. Melman ST, Kapla M, Caloustian ML, Weinberger JA, Mith J, Anbar RD. Readability of the Childhood Immunization Information Forms. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:642-644

23. Conti Nibali S.



ausili didattici



all'interno:

- *Leggere & fare*
Segnalazioni pratiche per persone pratiche
- *Bilanci di salute*
Visita a 2-4 settimane
- *Aggiornamento avanzato*
Infezione congenita da citomegalovirus
- *Saper fare*
La valutazione del ritardo mentale
- *Un po' per gioco*
L'assurdo e il bizzarro sempre o quasi senza ostilità
- *Lettere*
J'accuse; i pediatri e la tutela del bambino
Fantasia e pertosse

Quando... la bibliografia non c'è

Come leggere il bambino a scuola

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 36-39

Paolo Siani e Giuseppe Cirillo

Lo "stare" del bambino a scuola e l'utilizzo del suo "stare" per una valutazione del suo stato di salute, è un argomento su cui sono possibili pochi riferimenti bibliografici e quindi poche letture. Quelli degli altri paesi europei o americani provengono da un contesto poco utilizzabile per la diversità del sistema scolastico e di quello assistenziale.

La scuola costituisce, però, un recettore molto sensibile nell'avvertire segnali di disagio sociale (anche nelle prime classi elementari) per cui perdere questi segnali da parte dei pediatri a noi pare una vera omissione professionale.

Al posto della bibliografia, si può forse ricorrere al parere di persone che si sono occupati con occhio critico del problema per avere da loro qualche suggerimento, perché la scuola questi segnali non sempre è in grado di interpretarli correttamente e, frequentemente, la segnalazione è aspecifica e non decodificata. Gli insegnanti sono abbastanza sensibili (anche più dei pediatri) a identificare questi problemi ma una volta identificati non sanno a chi segnalarli, non sanno come affrontare il problema che è complesso e multiforme e che coinvolge, naturalmente, tutta la famiglia.

Vanno perciò aiutati e incentivati in questa funzione considerandoli portatori di preziose informazioni e non di problemi.

Pertanto nell'affrontare i problemi del bambino a rischio sociale, cioè di quel bambino che vive in condizioni di povertà materiale e culturale, i pediatri dovrebbero dedicare più tempo (ma ne dedicano?) al rapporto con gli insegnanti di questi bambini. Quanti fanno un'anamnesi scolastica? Quanti indagando sul profitto, l'adattamento, il disadattamento, il tipo di comportamento che il bambino ha a scuola, se frequenta con assiduità e con piacere? È stato somministrato a 54 pediatri campani (29 di base, 23 ospedalieri, 2 di comunità), in occasione di un convegno di aggiornamento, un questionario per capire quanto tempo il pediatra dedica al rapporto che il

bambino ha con la scuola. La quasi totalità degli intervistati nel corso della visita medica chiede se il bambino va regolarmente a scuola (94%), se va con piacere (88%), che classe frequenta (100%); solo la metà si informa se è stato mai bocciato e solo il 35% ha contattato personalmente l'insegnante se il bambino ha avuto qualche problema. Molti, invece, chiedono se il bambino è ben integrato nella classe (79%), se ha problemi di apprendimento (94%) o di comportamento (88%). Quella piccola quota di pediatri che ha contattato l'insegnante ha giudicato l'intervento utile per il bambino praticamente sempre (91,6%).

L'analisi delle risposte ottenute, anche se da un campione non molto vasto, ma composto da pediatri attenti e sensibili a questi problemi, mostra che molti si interessano al rapporto che il bambino ha con la scuola, ma pochi intervengono direttamente stabilendo, se necessario, un contatto con gli insegnanti.

Probabilmente è più utile che il pediatra di comunità o il medico scolastico, laddove ancora c'è, o anche il pediatra di base instauri un rapporto con gli insegnanti (almeno di questi bambini a rischio) piuttosto che impiegare il proprio tempo a guardare timpani arrossati.

Sappiamo che non è facile, ma uno sforzo in questa direzione andrebbe fatto, sia da parte dei pediatri che degli insegnanti.

Allora, in assenza di bibliografia, abbiamo chiesto a due esperti che lavorano in contesti profondamente diversi, Luigi Acerbi, pediatra di Melegnano e Geppino Fiorenza, psicologo di Napoli, di affrontare tale problema.

Per Acerbi il bambino che "va male a scuola" è riconosciuto come tale in quanto vengono rilevati in modo generico problemi della sfera educativa/didattica e delle competenze richieste nell'ambito scolastico. Chi lavora nella scuola sa che quando questi segnali non vengono adeguatamente considerati possono evolvere, da prima in insuccesso scolastico (il bambino non riesce ad apprendere-imparare

come i coetanei), successivamente in dispersione scolastica (è spesso assente - evasione), poi perde anni di scuola (ripenza) fino a smarrire il contatto con i coetanei (abbandono scolastico). In questo percorso la "difficoltà scolastica che aumenta" può costituire frequentemente una causa di disagio sociale ma più spesso ne è l'effetto. Queste due condizioni (difficoltà scolastica e disagio sociale) si rafforzano vicendevolmente, sono comuni e interdipendenti ma soprattutto tendono ad automantenersi non solo nell'individuo ma anche nelle generazioni: questi bambini diventano ragazzi con carenza di formazione professionale, acquisiscono minori opportunità di una collocazione qualificata nel mondo del lavoro.

Le segnalazioni del personale docente riguardano schematicamente quattro aree:

1. I problemi dell'*apprendimento*, sono i più frequentemente segnalati nelle medie e nelle elementari.

2. L'area del *comportamento* (bambini con problemi di inserimento nella scuola e nel gruppo, bambini iperattivi, aggressivi o sempre tristi e apatici, che piangono facilmente, non parlano ecc.) è più importante nella scuola che precede l'obbligo.

3. Per i sintomi di natura *psicosomatica* vengono richiesti, in genere, interventi medici.

4. Le segnalazioni più direttamente legate al *sociale* sono relativamente meno frequenti ma più specifiche: il bambino un po' sporco, vestito male, che ha modelli relazionali inadeguati al contesto sociale, parla male, frequenta poco, arriva senza merenda e a casa verosimilmente mangia male perché chiede doppi piatti ed è vorace. Nel distretto di Melegnano le segnalazioni di bambini in stato di disagio o a rischio sociale vengono prevalentemente dalle elementari (57%), quindi dalle medie (26%) e solo in ultimo dalle mater-

ne (17%). Questa sensibilità istituzionale ai problemi del bambino, che cresce per i cicli scolastici più avanzati (nei quali aumentano le richieste di performance) dimostra come l'intervento finisca con l'essere tardivo concedendo al rischio il tempo di crescere, di diventare disagio, di essere più strutturato ed evidente. Un ruolo chiave nella comprensione e nella segnalazione del disagio lo ha sicuramente l'insegnante che però si trova attualmente ad essere isolato e non inserito in una rete collaborativa sia di comprensione (professionalità diverse) che di interventi istituzionali (rete collaborativa).

Geppino Fiorenza affronta il problema dal suo osservatorio, Napoli, e ha notato che la scuola immersa in una realtà sociale fortemente degradata che solo da poco comincia a considerare che: "la scuola ha un solo problema: i ragazzi che perde" (*don Milani*). La strategia adottata dalle istituzioni scolastiche napoletane rappresenta senz'altro uno sforzo importante e innovativo che va dalla quantificazione di dispersione ed evasione scolastica all'apertura della scuola al territorio non come contenitore di disagio ma come attiva penetrazione della scuola, in quanto comunità educativa, nel tessuto intimo della realtà. Se Acerbi ha giustamente sottolineato la difficoltà dell'integrazione scolastica, da parte di gruppi di bambini con difficoltà psicosociali, Fiorenza ha messo in evidenza come nella realtà napoletana e meridionale in genere, la devianza e la delinquenza siano il passo immediatamente successivo alla difficoltà-dispersione scolastica. È indispensabile rendere la scuola "adatta" alla realtà sociale. Attribuire una forte valenza ai legami familiari e amicali che è una caratteristica meridionale e napoletana, in particolare, e rappresenta una qualità antropologica di cui la scuola deve tenere conto. La totale mancanza dello Stato in alcune situazioni, il malcostume, l'imperante clientelismo, l'incapacità di rispondere ai bisogni più elementari ha fatto in modo che di quelle caratteristiche relazionali, in qualche maniera, si "appropriasse" la camorra. La cultura della criminalità organizzata è basata appunto sulla solidarietà di clan e di famiglia. È stato riscontrato che in determinati ambienti

sociali deprivati la camorra fornisce una vera e propria "holding", si costituisce come punto di riferimento non solo economico e sociale, per la capacità di garantire un reddito e una sopravvivenza, ma è in grado di "fornire un'identità rassicurante". Tra il corpo centrale dell'organismo criminale e i suoi singoli componenti esiste un legame di forte dipendenza che simbolicamente, richiamano la relazione tra il bambino e le figure genitoriali: una funzione materna assolta nel fornire soddisfazione ai bisogni materiali e protezione dagli attacchi esterni; una funzione paterna assolta invece nella definizione di comportamenti e di regole e di condotta alle quali adeguarsi. In talune situazioni è quindi la scuola ad apparire come "deviante". Se, infatti, per deviante si intende qualcuno che contravviene a una norma proclamata o introiettata, è evidente che i ragazzi di cui parliamo, devianti non sono rispetto all'ambiente familiare e sociale che li produce; i loro comportamenti si inquadrano bene nel contesto del sistema di relazioni che hanno introiettato, fondato spesso sulla violenza fisica, sulla sopraffazione. E la scuola, allora, per riuscire a parlar loro "autenticamente" deve fare uno sforzo particolare. Al di là dell'importantissima funzione di istruzione formale e di trasmissione di valori fondamentali universalmente riconosciuti, la scuola in questi contesti così difficili può essere strutturalmente bella e interessante anche per un bambino a rischio sociale se si riesce a costruire attorno a questo bambino una rete di relazioni istituzionali, umane, profonde, una rete per proteggere, per far convergere gli sforzi, una rete per "intrappolare" i problemi e affrontarli come in un laboratorio, una rete per facilitare la comunicazione tra i vari soggetti istituzionali.



REFLUSSO, REFLUSSO

Obiettivi Valutare l'utilità dell'esame ecografico delle vie urinarie nei neonati con diagnosi prenatale di idronefrosi dovuta a reflusso vescicoureterale primario.

Metodi Tra il gennaio 1990 e l'aprile 1994, 982 bambini sono stati inviati per accertamenti su una idronefrosi prenatale al Dipartimento di Radiologia del Royal Free NHS Trust di Hampstead (Londra). L'idronefrosi prenatale è definita come un diametro pelvico anteroposteriore > 5 mm a 20 settimane di gestazione e > 7-10 mm a termine. Veniva prima fatta una ecografia e se si sospettava una causa malformativa veniva fatta una cistografia minzionale (CUM) subito, altrimenti entro tre mesi.

Risultati I reflussi vescico-ureterali secondari a cause malformative vennero esclusi e si valutarono solo i reflussi cosiddetti "primari". L'età d'inizio delle indagini variava tra un giorno e venti mesi (media 3,3 mesi). Di 964 bambini si riuscì ad avere sia l'ecografia che la CUM. Di questi 177 (18,4%) presentavano reflusso in almeno un rene anatomicamente normale. Il 75% erano maschi. Il 37% dei maschi e il 33% delle femmine con un diametro pelvico uguale o inferiore a 10mm, e quindi nei limiti usualmente considerati accettabili, avevano un reflusso vescico-ureterale di III-V grado. Il 58% dei reni di maschi e il 75% dei reni di femmine con reflusso di III grado e il 17% dei reni di maschi con reflusso di IV-V grado erano ecograficamente normali.

Conclusioni La dilatazione pelvico-caliceale si ritrova in una su 100 gravidanze. Molte di queste dilatazioni si risolvono spontaneamente, altre dipendono da malformazioni, in un numero dal 7 al 30% dei casi si ritrova un reflusso non secondario ad altra causa. Le basse incidenze riportate in passato dipendono probabilmente dall'uso selettivo della CUM in dipendenza dei risultati della ecografia. Nel presente lavoro si dimostra come tali risultati mal si correlino con la presenza e la gravità del reflusso vescico-ureterale. Utilizzare l'esame ecografico come

mezzo per selezionare i casi da sottoporre alla CUM farebbe perdere il 25% dei reni con reflusso di III-V grado. Gli autori concludono che, essendo il reflusso dannoso per il rene di per sé oltre che in combinazione con l'infezione, l'individuazione di tutti i reflussi il prima possibile, utilizzando routinariamente la CUM in tutte le idronefrosi prenatali, consentirebbe di avere le migliori possibilità di prevenire la nefropatia da reflusso.

Commento I risultati di questo lavoro, come anche di altri, confermano che l'ecografia nella diagnosi di reflusso vescico-ureterale non è sufficientemente sensibile e non deve quindi costituire un criterio di esclusione. E in effetti nelle infezioni alte delle vie urinarie già ci comportiamo così e la CUM è d'obbligo. Ci riesce difficile mandare giù tuttavia la raccomandazione di farla sempre anche nei lattantini che, pur con una dilatazione significativa dimostrata in epoca prenatale, non presentano al momento alcuna patologia infettiva. Il dilemma è quindi se fare la CUM a tutti i soggetti con dilatazione prenatale per confermare un reflusso e iniziare una profilassi antibiotica, o sorvegliare ogni episodio febbrile e intervenire prontamente. Certo, se bastasse una sola infezione alta a provocare gravi e irreversibili danni al parenchima renale nonostante una tempestiva terapia antibiotica, aver saputo del rischio e non aver fatto nulla prima, sarebbe proprio negligenza.

J. M. Tibballs Primary vesicoureteric reflux- how useful is postnatal ultrasound. Arch Dis Child 1996;75:444

Parole chiave Reflusso vescico-ureterale, ecografia renale



L'USO DEL PRONTO SOCCORSO IN USA

Obiettivi della ricerca è valutare quali sono i fattori che determinano l'uso del P.S. di routine da parte della popolazione pediatrica statunitense.

Metodi è stata condotta un'analisi multivariata per valutare l'associazione tra l'uso del P.S. come normale mezzo per ottenere cure in caso di malattie acute e le caratteristiche familiari che favorivano questo comportamento. La ricerca è stata condotta su un campione di 17.710 b. rappresentativo a livello nazionale dei bambini statunitensi

Risultati Nel 1988 quasi due milioni di bambini si sono rivolti al P.S. per un'assistenza di routine per patologie acute intercorrenti.

I fattori di rischio più significativi per l'utilizzo del P.S. come assistenza medica di routine erano: la razza nera rispetto alla bianca (OR 2,08), una famiglia con un solo genitore (OR 1,53), le madri con un basso livello d'istruzione rispetto a quelle con un alto grado di istruzione (OR 1,76), una famiglia indigente rispetto ad una non indigente (OR 1,76) e il domicilio in un'area suburbana (OR 1,38). Inoltre i bambini seguiti presso centri sanitari periferici avevano una probabilità più elevata di rivolgersi al P.S.

Conclusioni Il ricorso al PS di routine si associa strettamente ad alcune caratteristiche sociali della popolazione.

Commento I dati sono del tutto sovrapponibili a quelli napoletani sull'uso del P.S. da parte dei bambini appartenenti a famiglie a rischio sociale per patologie banali che non richiederebbero affatto l'uso di prestazioni in emergenza.

Neal Halfon Routine emergency department use for sick care by children in the United States. Pediatrics 96;98: 28

Parole chiave Pronto soccorso, rischio sociale

L'USO DI UN COLLANTE PER LE SUTURE DI FERITE PROFONDE

Obiettivi determinare l'efficacia di una colla tissutale (Histoacryl blue) per le ferite profonde nei bambini.

Metodi sono stati valutati prospetticamente presso l'Eglestone Children's Hospital di Atlanta i bambini che si sono presentati presso il pronto soccorso pediatrico con una lacerazione cutanea. Sono stati esclusi i pazienti con età inferiore a 1 anno o superiore a 18 anni e quelli che avevano ferite che superavano i cinque cm. e localizzate a livello di palpebre, orecchie, naso, labbra, mani, piedi, articolazioni o perineo (tutte zone mobili o soggette a continue tensioni). Dopo aver ottenuto il consenso e dopo il trattamento di routine della lesione, compreso la sutura sottocutanea quando necessaria, i bambini venivano a caso divisi in 2 gruppi; un gruppo di 31 bambini veniva trattato con la tradizionale sutura cutanea, l'altro di 30 pazienti con il collante tissutale. Sono stati registrati: il tempo necessario per la riparazione della ferita, la percezione dei genitori del dolore avvertito dal bambino, la documentazione fotografica dell'aspetto della cicatrice dopo duemese dalla prima visita.

Risultati Non c'erano differenze tra i due gruppi per quanto riguarda il tipo di lesione (sede, lunghezza, profondità) nè per quanto riguarda i dati demografici dei pazienti.

Nel gruppo in cui è stato adoperato il collante tissutale il tempo necessario per la medicazione è stato più breve (7 minuti contro 17) e la valutazione da parte dei genitori del dolore del bambino è risultata significativamente inferiore. Il risultato estetico è stato valutato egualmente valido nei due gruppi.

Conclusioni L'impiego del collante tissutale per la sutura di ferite profonde costituisce un'accettabile alternativa alla sutura convenzionale perché consente un

notevole risparmio di tempo, è indolore e dà un ottimo risultato estetico, e non c'è bisogno inoltre di un secondo controllo per rimuovere i punti di sutura.

L'attività batteriostatica e battericida del collante stesso sui germi gram positivi non ha dato luogo a contaminazioni della ferita.

Pertanto nonostante il collante tissutale non sia ancora stato approvato dalla Food and Drug Administration per l'impiego negli Stati Uniti esso rappresenta una valida alternativa per le suture di ferite superficiali e profonde soprattutto nei bambini.

Commento L'uso di un collante tissutale, già adoperato per le suture superficiali, si dimostra in questo studio una valida alternativa ai punti di sutura anche per le ferite profonde. Il suo impiego ha dimostrato non solo un ottimo risultato estetico della ferita e una migliore compliance da parte delle famiglie (il bambino avverte infatti meno dolore) ma anche un risparmio di tempo da parte dei medici del P.S. per la sutura di tali ferite. Pertanto l'uso del collante potrebbe essere adoperato anche dai medici territoriali presso i propri ambulatori.

T. B. Bruns Laceration repair using a tissue adhesive in a children's emergency department. *Pediatrics* 96;98:673

Parole chiave Collante tissutale

short

LESIONI DA FUOCHI DI ARTIFICIO NEI BAMBINI

Negli USA nel 1994 è stato stimato che circa 12.600 persone si sono rivolte ad un PS ospedaliero per lesioni causate da uso di fuochi artificiali. Più della metà dei pazienti erano bambini. I due terzi degli incidenti si sono verificati nel periodo intorno alla festa del 4 luglio. La maggioranza delle lesioni era stata causata dall'uso di fuochi artificiali la cui vendita era legale. Nel 1991 il costo sanitario diretto delle lesioni causate da fuochi d'artificio è stato negli USA di 5,6 milioni di dollari.

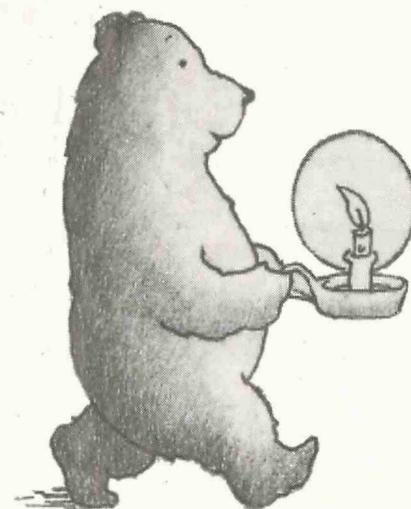
Dal 1972 al 1993 presso il PS del Children's Mercy Hospital del Kansas City sono stati trattati 316 bambini con lesioni causate dall'uso di fuochi artificiali. Il 71% erano bambini di sesso maschile e il 67% era di razza afroamericana.

Le sedi più frequentemente colpite sono state il capo (47%) e le estremità (41%). Nel 72% la lesione era un'ustione. Il 10% dei pazienti ha riportato danni permanenti. Nel 26% dei casi il bambino ferito era soltanto uno spettatore, non stava partecipando cioè attivamente alla manipolazione dei fuochi.

Pertanto gli autori concludono che la supervisione di un adulto tra le strategie adottate per la prevenzione dei danni è sicuramente inefficace; l'uso di mascherine protettive per gli occhi, fabbricate con materiale adeguato, potrebbe ridurre il numero di lesioni oculari.

Ma l'unica vera forma di prevenzione è, come suggerito dall'OMS, la messa al bando a livello mondiale di tutti i fuochi artificiali (anche di quelli legali).

Gary A. Smith The rocket's red glare, the bombs bursting in air: fireworks-related injuries to children. *Pediatrics* 96;98:1



Visita a 2-4 settimane

Giancarlo Cerasoli

Divisione pediatrica Ospedale Bufalini Cesena

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 1: 40-42

Questa visita, preferibilmente domiciliare, dovrebbe essere effettuata dal pediatra scelto dalla famiglia o, se questo manca, dall'assistente sanitaria visitatrice del servizio di pediatria di comunità. In caso di dimissione precoce dall'ospedale (prima che siano trascorse 48 ore dal parto) è auspicabile che la visita avvenga nei primi cinque giorni di vita. Rappresenta un'occasione importante per rispondere alle domande della famiglia, sincerarsi delle condizioni del bambino all'interno del nucleo familiare e valutare i fattori di rischio ambientale presenti nella casa.

Anamnesi

Domande che devono essere rivolte ai genitori selezionando quelle più pertinenti. I dati relativi al parto, anche se sono spesso desumibili dalla scheda di dimissione dall'ospedale, vanno egualmente verificati con i genitori. Le stesse verifiche vanno fatte per la situazione familiare.

Ciò consente di evitare errori e di ottenere ulteriori informazioni. In casi di particolare gravità (ad esempio madri minorenni, senza fissa dimora, tossicodipendenti) le informazioni sulla situazione socio-economica della famiglia dovrebbero essere raccolte anche nelle strutture territoriali competenti.

- Come vanno le cose a casa vostra?
- Come sta il nuovo bambino?
- Vi siete riposata?
- Vi sentite ancora molto stanca?
- *Se è il primo figlio:* vi siete mai presa cura di bambini prima d'ora? Crescere il bambino è come lo immaginate?
- *Se vi sono altri figli:* riuscite a far fronte ai bisogni degli altri figli? Come si stanno comportando dopo l'arrivo del nuovo bambino? Sono gelosi?
- Siete in grado di accudire il bambino basandovi sulle vostre risorse? Vi aiuta un vostro familiare?
- Vivete da sola?
- Ci sono stati dei cambiamenti importanti nella vostra famiglia ultimamente? (ad esempio: malattie, divorzio, morti).
- Come è cambiato il bambino in queste settimane?
- Come è il suo carattere?
- Siete contenti di lui?
- Riuscite a capire di cosa ha bisogno quando piange?
- Quando piange si consola facilmente?
- Come procede l'allattamento?
(vedi più avanti i consigli sull'alimentazione)
- Quando è irritato sapete come fare per calmarlo? Come ci riuscite?
- Al bambino piace essere cullato?
(in caso negativo spesso vi sono poche stimolazioni da parte dei genitori).
- Quando pensate di ritornare a lavorare

fuori da casa?

(è bene mostrare di essere sensibili alla difficoltà che questa decisione comporta e anticipare i diritti dei genitori che lavorano e che permettono loro di stare con il bambino).

- Chi si prende cura del bambino in vostra assenza?
- Avete la possibilità di dedicare parte della vostra giornata a voi stessi lasciando il bambino alle cure di una persona fidata?

Esame clinico

Il pediatra deve visitare il bambino alla presenza dei genitori in modo da rispondere alle loro domande e commentare i dati obiettivi che rileva durante la visita.

- Esamina l'interazione tra genitori e bambino basandoti sulle domande poste e sull'osservazione del loro comportamento.
- In particolare:
 - Si sentono a loro agio con il bambino? La madre sembra affaticata, sopraffatta o depressa?
 - Sembrano capaci di interpretare i bisogni del bambino? Sono in grado di soddisfarli in modo completo? (ricorda che molti bambini possono avere un sonno molto irregolare così come ritmi alimentari difficili).
 - Forniscono tutti e due le informazioni richieste in modo concordante?
 - Dimostra ai genitori quello che il bambino è in grado di fare, facendo apprezzamenti positivi sul suo carattere e le sue possibilità. Ricorda che il bambino di questa età :
 - solleva il capo in posizione prona e muove tutti gli arti,
 - ha riflessi validi e simmetrici (specialmente quello di Galant),
 - fissa con gli occhi una faccia o un oggetto posto alla distanza di 15-25 cm seguendo il movimento in un arco di 45 gradi,
 - si volta in risposta alla voce materna e a stimoli sonori (come un campanello posto a 7-12 cm dall'orecchio suonato per 3-5 secondi, con pause di 5 secondi),
 - a un mese di vita può dormire per periodi di 3-4 ore ciascuno e può star sveglio per un'ora o più,

- quando piange può essere consolato tenendolo in braccio o parlandogli con calma.

Valuta se il bambino è pulito e vestito adeguatamente

Esame obiettivo

Visita il bambino manipolandolo delicatamente ma con fermezza, mostrando ai genitori come lo si deve tenere.

Fai le seguenti osservazioni:

- rileva i dati auxologici (altezza, peso, circonferenza cranica) inserendoli nei grafici percentili e mostra la crescita ai genitori commentandola;
 - compila la tabella di Milani-Comporetti;
 - controlla attentamente:
 - l'ombelico, i testicoli e il pene, la vagina, il cuore e i polsi femorali, gli organi addominali;
 - la cute (per rilevare ittero, angiomi, nevi melanocitici, micosi, dermatite seborroica, macchie mongoliche, segni di maltrattamento);
 - la bocca (per rilevare la candidiasi)
 - il riflesso retinico (rosso), la presenza di strabismo, dacriocistite o di congiuntivite;
 - la presenza di lussazione congenita delle anche (manovra di Ortolani, limitata abduzione delle anche, segni clinici).
- Solo se vi sono anomalie prescrivere una ecografia delle anche.
- Valuta la presenza di controindicazioni alle vaccinazioni.

Informazione sanitaria e guide anticipatorie

Consigli su risposte alle domande espresse o possibili dei genitori.

Rispondi alle domande dei genitori riguardanti i rilievi che più comunemente si fanno nella visita al neonato o che riguardano il primo mese di vita.

Le preoccupazioni più frequenti dei genitori nei riguardi del bambino di questa età sono:

- difficoltà nell'alimentazione,
- coliche gassose,
- febbre,
- ritmo del sonno irregolare,
- pianto insistente e scarsamente consolabile,
- carattere delle feci preoccupante (solide, mucose, ematiche),
- epifora (lacrimazione persistente),

- cordone ombelicale non ancora caduto o cicatrice ombelicale infetta,
- metodi di pulizia della pelle ed igiene delle unghie (bagno, detergenti, creme per arrossamenti perineali).

Consigli sull'alimentazione

- Assicurati che il bambino sia cresciuto di peso in modo regolare.
- *Se è allattato al seno:* discuti le modalità di allattamento e, se necessario, i tipi di integrazione (supplementare o complementare). Ricorda l'importanza di una corretta dieta della nutrice (fornisci ai genitori gli stampati predisposti).
- *Se è a latte artificiale:* discuti il modo di preparazione, la quantità di latte per pasto in base al peso del bambino, l'intervallo



tra le poppate. Ricorda di non scaldare il latte con il forno a microonde.

Ricorda che non è necessario che il bambino finisca sempre il biberon a ogni poppata. Ricorda che non è opportuno introdurre il latte vaccino fresco prima dei dodici mesi di vita.

È bene non dare il miele, specie se di preparazione artigianale, fino al primo compleanno per ridurre il rischio di botulismo. Per evitare che prenda abitudini pericolose e favorevoli all'insorgere di carie dentarie è bene evitare di metterlo a letto dandogli da bere bevande zuccherate con il biberon. *Per i cibi solidi:* spiega quando e perché devono essere introdotti (tra il quinto e il sesto mese di vita). Sconsiglia

l'uso di creme di cereali nel biberon.

Consiglia la supplementazione con vitamina D (400 UI/die) anche all'allattato al seno per tutto il primo anno di vita e la supplementazione con fluoro (0,25 mg/die).

Consigli sull'assistenza all'infanzia e alla famiglia

Vedi anche i consigli in Quaderni ACP 1996;4:37)

Informa i genitori della possibilità, qualora ve ne fosse il bisogno, di inserire il bambino in comunità infantile (asilo nido). Fornisci indicazioni precise sui vantaggi e gli svantaggi della frequenza in comunità infantili e sui modi per accedervi. Spiega alla madre come può continuare ad allattare al seno anche dopo il ritorno al lavoro.

Consigli sulle vaccinazioni

Informa i genitori sui rischi e benefici delle vaccinazioni di legge e facoltative. Consegna loro gli appositi stampati, spiegandoli e commentandoli.

Consiglia, quando non sussistano controindicazioni, l'esecuzione delle vaccinazioni facoltative e in particolare di quella antipertussiva e antiemofilo. Ricorda che a quindici mesi sarà possibile eseguire il vaccino trivalente contro morbillo, rosolia e parotite.

Consigli sul comportamento da tenere verso le malattie più frequenti

Spiega ai genitori come possono riconoscere precocemente alcuni fra i più frequenti segni di malattia e riferirli al medico:

- febbre (insegna loro come usare il termometro e cosa fare in caso di febbre in attesa dell'arrivo del pediatra),
- vomito e diarrea (se trattasi di persone capaci di trattenere le informazioni spiega loro l'uso della soluzione reidratante per os),
- disidratazione e perdita di peso,
- irritabilità inusuale o letargia,
- ittero, nelle prime settimane, o rash cutaneo.

Spiega loro cosa fare in caso di emergenza: quando chiamare il medico e quando ricorrere al servizio di emergenza (118).

Consigli sulle abitudini intestinali cattinarie

Spiega come deve essere normalmente il flusso urinario nel maschio (getto nella stessa direzione del pene e non angolato). Spiega che la stipsi è presenza di feci molto solide e che i bambini possono avere normalmente evacuazioni con sforzo. Spiega come normalmente devono essere le feci (da allattamento materno, allattamento artificiale e allattamento misto) e quali sono gli aspetti patologici riguardo la frequenza, il colore e la consistenza.

Consigli sul pianto del bambino

Se i genitori sono risvegliati frequentemente durante la notte per il pianto originato dalle coliche gassose del bambino, suggerisci loro le misure più comuni per gestire questo problema (evitare il meteorismo intestinale eccessivo controllando l'assunzione dei pasti e facendogli fare il ruttino a fine poppata; tenerlo prono, per breve tempo e da sveglia, alla fine dei pasti).

Per evitare equivoci rinforza il consiglio di fare dormire supino il bambino per la prevenzione della SIDS).

Invitali a fare dei turni di sonno notturno e a dormire, se possibile, durante il giorno mentre il bambino dorme.

Spiega che:

- il pianto può aumentare durante le prime 6-8 settimane e a volte è difficile capire se è dovuto alla fame oppure al bisogno di essere cambiato, ma spesso non ci sono delle ragioni identificabili che lo motivano. Di solito il pianto non supera le tre ore al giorno ed è più frequente nel tardo pomeriggio e la sera,

- la mamma imparerà con la propria esperienza quando è necessario prendere in braccio il bambino e quando lasciarlo piangere perché anche da solo smette,

- se il bambino sembra agitato spiega ai genitori che ciò è dovuto al suo carattere e non a una loro incapacità.

A conclusione della visita

- C'è qualche cos'altro che vorreste chiedere?

- Complimentati con i genitori (o gli altri familiari presenti) per il loro comportamento. Riconosci le loro capacità (ad esempio la loro abilità nel saper stimolare il bimbo o nella osservazione).

Commenta i rilievi positivi del bambino (la buona crescita, la reattività, l'abilità di sostenere e ruotare il capo).

- Qualora la famiglia non abbia potuto scegliere il pediatra di base e si tratti di visita domiciliare della ASV è bene invitare la famiglia a scegliere un pediatra e

comunque ricordare valla famiglia le strutture che sono a disposizione per ogni evenienza ordinaria e d'urgenza.

- Avete altri problemi? (se emergono quesiti importanti o si rilevano deviazioni dalla norma nello sviluppo del bambino si potrà programmare una ulteriore visita di controllo). Se vi sono condizioni di rischio prendi contatto con il personale dei servizi territoriali (assistente sanitaria visitatrice), utilizzando questa opportunità per conoscere da vicino la situazione della famiglia in un momento in cui più forti sono i bisogni espressi. È invece necessario concordare una visita domiciliare, anche nelle zone dove questo non è routinario, nei casi di rischio per il bambino come ad esempio nei prematuri, nei neonati dimessi precocemente su richiesta dei genitori, nei figli di adolescenti o di genitori con disturbi mentali o in precarie condizioni economiche. Comunica quando e dove sarà la prossima visita di controllo e a cosa servirà. *Per il controllo dello sviluppo psicomotorio, per i consigli sulla vita familiare e per la prevenzione degli incidenti e per la bibliografia valgono le note di cui a Quaderni ACP 1996;4:38 e seguenti.*



Infezione congenita da citomegalovirus

Quaderni ACP 1997;
vol IV, n° 1: 43-45

Pierpaolo Mastroiacovo

Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Epidemiologia

Il citomegalovirus (CMV) appartiene alla famiglia degli herpesvirus ed è diffuso in tutto il mondo. L'uomo è l'unica riserva e non si conoscono altri vettori. L'infezione si verifica sin dai primi mesi di vita fino all'età adulta attraverso contatti interumani stretti o attraverso oggetti contaminati (es.: giocattoli). Le fonti di infezione sono: secrezioni vaginali, latte materno, saliva, urine, feci, sperma, sangue. La prevalenza della sieropositività nella popolazione è variabile. Aumenta ovviamente con l'età con picchi nei primi anni di vita e dopo la pubertà; negli adulti è più elevata nei paesi in via di sviluppo, e in quelli sviluppati nelle persone di basso livello socioeconomico; nelle donne che iniziano la gravidanza, in Francia ed Inghilterra, è intorno al 65%. Il CMV determina di solito un'infezione del tutto asintomatica (occasionalmente una sintomatologia tipo mononucleosi), eccetto che nelle persone immunodepresse. L'infezione rimane latente con possibilità di riattivazione in particolari condizioni come la gravidanza.

L'infezione primaria in gravidanza nelle donne suscettibili si verifica con una frequenza variabile da popolazione a popolazione (intorno al 2%) ed è più frequente (fino al 10-30%) in quelle che hanno contatti con bambini, soprattutto se sotto i due anni. La riattivazione dell'infezione primaria si verifica con una frequenza intorno all'1% (stima tuttavia imprecisa).

La trasmissione dell'infezione materna al feto avviene per via transplacentare e può avvenire per tutto l'arco della gravidanza (40% nei casi di infezione primaria e in meno del 5% nei casi di riattivazione).

Infezione del feto non significa necessariamente danno o sequela tardiva. Un qualche danno si verifica in meno del 20% degli infettati se l'infezione materna era primaria e in circa il 4% se si trattava di riattivazione. Il danno infine più grave è per le infezioni che si sono verificate nella prima parte della gravidanza. Complessivamente l'infezione fetale, cioè isolamento del CMV nella saliva o urine del neonato (infezione congenita) ha un'incidenza variabile, in Inghil-

terra e Francia intorno al tre per mille (in Italia si potrebbero stimare all'incirca 1.650 casi all'anno). L'incidenza di bambini con segni, seppure variabili, della malattia molto inferiore, intorno allo 0,5 per mille (in Italia circa 300 casi all'anno).

Manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche attribuibili a infezione da CMV sono di due tipi: feto-neonatali e sequele tardive. La stragrande maggioranza dei casi è dovuta a una infezione primaria, contratta dalla madre, di solito, nelle prime 26 settimane di gravidanza.

Nel neonato la sintomatologia, come in altre infezioni congenite, è aspecifica e coinvolge vari organi. Si tratta di neonati piccoli per l'età gestazionale con ittero prolungato, epatosplenomegalia, trombocitopenia e occasionalmente polmonite interstiziale. Talvolta sono presenti: microcefalia, slargamento dei ventricoli cerebrali, calcificazioni cerebrali periventricolari, manifestazioni cutanee purpuree (aree di eritropoiesi intradermica dette "blueberry muffin spots"). Non rara la corioretinite e la sordità. Le manifestazioni tardive, nei neonati sintomatici, sono rappresentate principalmente da insufficienza mentale e disturbi della motricità, sordità bilaterale, microcefalia. Più raramente convulsioni, microcefalia, disturbi dell'apprendimento, corioretinite, calcificazioni o aree ipotrasparenti alla TAC.

Nei bambini asintomatici alla nascita le sequele dell'infezione congenita sono rappresentate soprattutto da sordità, più spesso unilaterale, e molto più raramente da microcefalia, corioretinite, disturbi dell'apprendimento.

Diagnosi

La diagnosi dell'infezione fetale si basa sulla coltura del virus nel liquido amniotico o sui segni di infezione nel sangue del cordone ombelicale prelevato con cordonocentesi (aumento di IgM e gamma-glutamyl transpeptidasi). Sensibilità e specificità non sono ancora buone. L'analisi del DNA virale con PCR sembra essere una promettente alternativa; per esse-

re eseguita su villi coriali o sul liquido amniotico, con tempi di risposta più rapidi. La diagnosi di infezione fetale non permette comunque di discriminare le infezioni asintomatiche (circa il 90%) da quelle sintomatiche. L'ecografia può essere d'aiuto nei casi in cui il feto presenti i segni di un danno (es.: microcefalia, idrocefalia, idrope, lesioni periventricolari). Il valore predittivo di una diagnosi fetale negativa è sconosciuto, anche perché il danno può determinarsi a distanza dell'infezione materna. Nel neonato la diagnosi di infezione congenita da CMV si basa sulla coltura del virus o isolamento di DNA virale nelle urine, saliva o liquor nelle prime due settimane di vita, non segue il possibile discriminare tra infezione congenita e perinatale. Quest'ultima non ha conseguenze cliniche importanti se non in gravi prematuri. Alla diagnosi si può giungere, sebbene con maggiore dif-

ficoltà e incertezze, anche attraverso esecuzione di esami immunologici, ad esempio un titolo elevato di IgM specifiche per CMV nel sangue del neonato con metodo radioimmunologico.

Trattamento

È allo studio il trattamento con ganciclovir, che ha un'azione virostatica e potrebbe ridurre la progressione del danno cerebrale o retinico.

La sua efficacia non ancora stabilita, così come gli effetti collaterali (soppressione midollare).

Si tratta quindi di una terapia che può essere utilizzata soltanto nell'ambito di specifici programmi di ricerca.

Prognosi

Nei neonati sintomatici la mortalità è del 10-30 %. La maggior parte dei sopravvissuti presenta sequele gravi come deficit

dell'udito, della vista, del linguaggio, della motricità e dell'apprendimento. Spesso sono presenti anche convulsioni. Una minoranza dei sopravvissuti sintomatici sono normali (circa 10%).

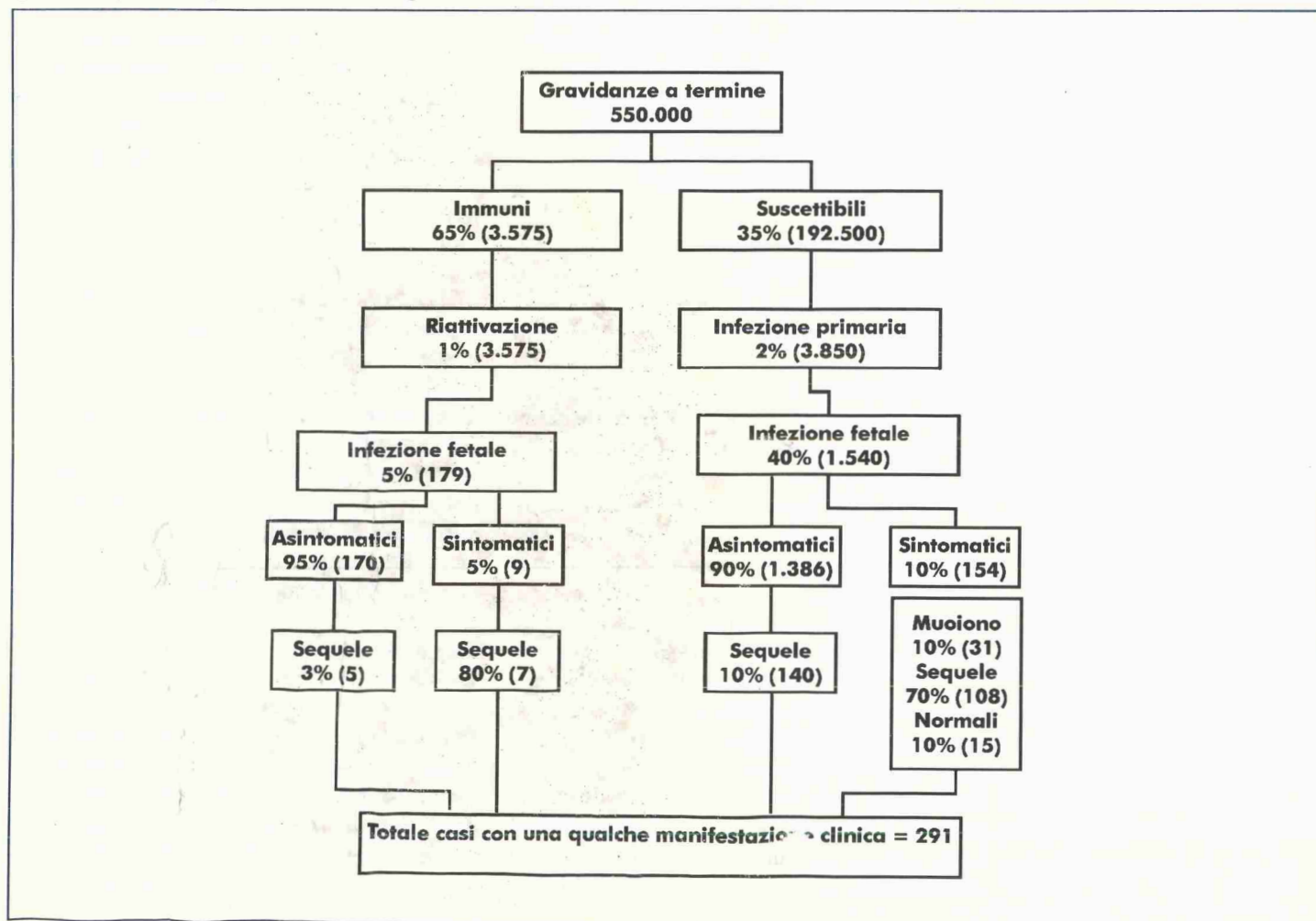
Prevenzione

Non è ancora disponibile alcuna forma efficace di prevenzione. L'individuazione delle donne sieronegative prima di iniziare la gravidanza potrebbe essere utile per consentire loro di mettere in atto norme igieniche più strette, soprattutto se a contatto con bambini piccoli (propri o negli ambienti di lavoro).

La mancata dimostrazione di efficacia di tali misure tuttavia non suggerisce di raccomandare tale strategia se non in studi controllati.

Il monitoraggio della sieroconversione in gravidanza non è raccomandato da nessuno in nessun paese, per una serie di motivi.

Ipotesi di epidemiologia dell'infezione congenita da CMV in Italia



Non esiste una terapia efficace da proporre alle donne che si positivizzano in gravidanza; i metodi di diagnosi prenatale di infezione non sono ancora del tutto affidabili e comunque non permettono di discriminare tra i molti feti che rimarranno asintomatici e i pochi che svilupperanno una qualche manifestazione, e tra questi ultimi tra quelli che avranno manifestazioni lievi (ipoacusia) e quelli con manifestazioni gravi; la presenza delle IgM specifiche nel sangue della gestante non permette di datare il periodo di avvenuta infezione, permanendo elevate per oltre 12 settimane; le donne che risultano sieropositive possono andare incontro alla riattivazione, o alla reinfezione con altri ceppi, seppure abbiano conseguenze meno gravi. Peraltro il vantaggio di uno screening in gravidanza effettuato allo scopo di individuare i feti gravemente affetti in utero (es.: con idrocefalia o microcefalia) è controbilanciato dalle correnti raccomandazioni di screening morfologico di tutte le gestanti; quello di individuare i neonati infettati per uno screening audiologico più mirato è controbilanciato dalla raccomandazione più generale di tale screening a tutti i neonati; quello per mettere in atto all'inizio della gravidanza misure igieniche più strette, seppure il più valido tra tutti, necessita di maggiori evidenze di efficacia. Molte speranze sono riposte sulla vaccinazione. Attualmente è allo studio un vaccino con un ceppo attenuato (Towne 125), ma non è chiara la sua efficacia per l'infezione intrauterina e pone un serio problema di sicurezza per la possibilità di riattivazione dell'infezione proprio durante la gravidanza. Il vaccino preparato con subunità di glicoproteine di superficie del virus sembra essere più promettente, almeno come sicurezza. La sua efficacia tuttavia è tutta da definire.

Bibliografia

Adler SP: CMV and child care: risk factors for maternal infection. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:590-4
 Anonymous Screening for congenital CMV. Editorial. *Lancet* ii: 1989;599-600
 Demmler GJ: Summary of a workshop on surveillance for congenital CMV disease. *Rev Infect Dis* 1991;13:315-20
 Donner C, Liesnard C, Brancart F, Rodesch F: Accuracy of amniotic fluid testing before 21 weeks' gestation in prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. *Prenat Diagn* 1994;14:1055-9
 Fowler KB, Stagno S, Pass RF et al: The outcome of

congenital CMV infection in relation to maternal antibody status. *New Engl J Med* 1992;326:663-7
 Gaudy V, Lamy ME, Mulongo NK, Vam Lierde M: CMV e gressesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21:779-790
 Gehrz RC, Christianson WR, Linner RM et al: CMV-specific humoral and cellular immune response in human pregnancy. *J Infect Dis* 1981;143:391-5
 Griffiths PD, Stagno S, Pass RF et al: Infection with CMV during pregnancy: specific IgM antibodies as a marker of recent primary infection. *J Infect Dis* 1982;145:647-53
 Griffiths PD, Baboonian C: A prospective study of primary CMV infection during pregnancy: final report. *Br J Obstet Gynaecol* 1984;91:307-15
 Griffiths PD, Kangro HO: A user's guide to the indirect solid-phase radioimmunoassay for the detection of CMV specific IgM antibodies. *J Virol Methods* 1984;8:271-82
 Grose C, Weiner CP: Prenatal diagnosis of congenital CMV infection: two decades later. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:447-50
 Hagay ZJ, Biran G, Ornoy A, Reece EA: Congenital cytomegalovirus infection: a long-standing problem still seeking a solution. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:241-5
 Hutto C, Little A, Ricks R et al: Isolation of CMV from toys and hands in a day care center. *J Infect Dis* 1986;154:527-30
 Kohyama J, Kajiwara M, Shimohira M et al: Human cytomegalovirus DNA in cerebrospinal fluid. *Arch Dis Child* 1994;71:414-8
 Marshall GS, Plotkin SA: Progress toward developing a CMV vaccine. *Infect Dis Clin North Am* 1990;4:283-98
 Morris DJ: Prevention of congenital CMV infection. *J Infect Dis* 1991;161:149
 Morris DJ: Preconception CMV antibody screening. *New Engl J Med* 1992;327:495-6
 Nicolini U, Kustermann A, Tassis B et al: Prenatal diagnosis of congenital human cytomegalovirus infection. *Prenat Diagn* 1994;14:903-6

Pass RF, Hutto C, Lyon MD, Cloud G: Increased rate of CMV infection among day care center workers. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:465-70
 Pearl KN, Preece PM, Ades A, Peckham CS: Neurodevelopmental assessment after congenital CMV infection. *Arch Dis Child* 1986;41:323-6
 Preece KN, Tookey P, Ades A, Peckham CS: Congenital CMV infection: predisposing maternal factors. *J epidemiol Community Health* 1986;40:205-9
 Preece PM, Pearl KN, Peckham CS: Neurodevelopmental assessment after CMV infection. *Arch Dis Child* 1984;59:1120-6
 Reynor BD: CMV infection in pregnancy. *Sem Perinat* 1993;17:394-402
 Stagno S, Reynolds DW, Huang ES et al: Congenital CMV infection occurrence in a immune population. *N Engl J Med* 1977;296:1254-8
 Stagno S, Pass RF, Dworsky ME et al: Congenital CMV infection: the relative importance of primary and recurrent maternal infection. *N Engl J Med* 1982;306:945-9
 Stagno S, Cloud G, Pass RF et al: Factors associated with primary CMV infection during pregnancy. *J Med Virol* 1984;13:347-53
 Stagno S, Whitley RJ: Herpes virus infections of pregnancy. Part I. CMV and EB virus infection. *N Engl J Med* 1985;313:1270-74
 Stagno S, Pass RF, Cloud G et al: Primary CMV infection in pregnancy: incidence, transmission to fetus and clinical outcome. *JAMA* 1986;256:1904-8
 Tookey PA, Peckham CS: CMV in Geenough A, Osborne J, Sutherland S, Congenital and Perinatal and Neonatal Infections, Churchill Livingstone 1992;49-61
 Valente P, Sever LJ: In utero diagnosis of congenital infections by direct fetal sampling. *Isr J Med Sci* 1994;30:414-20

aggiornamento avanzato



La valutazione del ritardo mentale

Quaderni ACP 1997;
vol IV, n° 1: 46-50

Francesco Ciotti

Neuropsichiatra Infantile - Dirigente della U. O. Materno-Infantile AUSL di Cesena

Il ritardo mentale ha per convenzione internazionale una definizione testologica rappresentata da un valore di Quoziente Intellettivo inferiore a 70. Quando perciò somministriamo a un soggetto una scala psicometrica che ci dà un Q. I. inferiore a 70, questo corrisponde automaticamente alla diagnosi di ritardo mentale.

L'errore diagnostico fondamentale che si fa nell'ambito del ritardo mentale consiste nel non riconoscerlo, perché non si valutano adeguatamente tutti i soggetti che lo richiederebbero. Questo errore è facilmente documentabile. Infatti, per il modo stesso in cui le scale psicometriche sono costruite, i soggetti con ritardo mentale di una popolazione dovrebbero costituire il 3% di quella popolazione, per la stessa ragione per cui si definiscono iposomici i soggetti con una statura inferiore al 3° percentile di una data popolazione. Se pensiamo che in Italia ci sono circa 10.000.000 di minori, fra questi dovremmo conoscere l'esistenza di circa 300.000 soggetti con ritardo mentale. Inoltre, poiché è dimostrato che un Q. I. inferiore a 70 non consente di seguire il normale curriculum di studi, almeno lo stesso numero di soggetti dovrebbe essere noto alla scuola e godere di un insegnamento individualizzato di sostegno. Ora in Italia i bambini che a scuola godono di un insegnante di sostegno a vario titolo (handicap sensoriale e motorio, psicopatologia, ritardo mentale, etc) rappresentano in totale il 2% della popolazione. Ciò significa che almeno la metà dei soggetti con ritardo mentale è misconosciuta fornendo un contributo "ignoto", ma importante, alla mortalità scolastica generale.

Questo errore si può evitare se si hanno in mente quali sono le situazioni cognitive che alle varietà possono rivelare un ritardo mentale: esse sono nella prima infanzia l'uso funzionale degli oggetti e il gioco, nella seconda infanzia l'uso del linguaggio parlato e grafico, in età scolare l'uso della letteroscrittura e del calcolo. Ogni qualvolta che a queste diverse età, un genitore o un insegnante segnala una difficoltà nel campo specifico, occorre che il pediatra si attivi per escludere l'esistenza di un ritardo mentale. Ma come?

La somministrazione di una scala psicometrica è fuori dalla sua portata. Ma qualcosa può fare. L'opera di Piaget gli mette a disposizione un metodo clinico di investigazione che permette di superare

questi limiti e che gli consente di fare una diagnosi di sviluppo del ragionamento. Secondo Piaget lo sviluppo del ragionamento passa attraverso una precisa successione di strutture cognitive ben definite.

Lo sviluppo cognitivo secondo Piaget

Per struttura Piaget intende una forma di organizzazione dell'esperienza e non una semplice giustapposizione di comportamenti o di idee. La struttura che caratterizza un certo stadio cognitivo è un sistema attivo che adatta i comportamenti e le idee ai problemi posti a una determinata età. Il sistema procede di età in età per trasformazioni imposte dai bisogni del soggetto. Ogni struttura si prepara, si compie e poi si supera attraverso il processo dialettico dell'assimilazione e dell'accomodamento. L'assimilazione trasforma le informazioni provenienti dal mondo esterno per integrarle alle acquisizioni anteriori. L'accomodamento invece trasforma le acquisizioni anteriori in funzione delle informazioni provenienti dal mondo esterno e della resistenza che questo offre agli sforzi di rimodellamento del soggetto. Lo sviluppo intellettuale secondo Piaget è il risultato di un equilibrio costantemente ricercato tra queste due funzioni biologiche fondamentali.

Così ogni stadio cognitivo proviene dal precedente e prepara il successivo. Quindi far diagnosi di livello di ragionamento equivale a individuare lo stadio cognitivo in cui si trova il soggetto, dato che gli stadi piagetiani offrono nel loro ordine di successione una fissità costante in tutti i bambini a qualunque paese e a qualunque cultura appartengano: ciò che varia in funzione dell'ambiente è solo l'età cronologica in cui questi stadi possono essere osservati.

Secondo Piaget lo sviluppo intellettuale si svolge attraverso la successione di quattro grandi periodi, ognuno dei quali a sua volta suddiviso in stadi:

1. Periodo sensomotorio dell'intelligenza: da 0 a 2 anni.
2. Periodo preoperatorio dell'intelligenza rappresentativa: 2-7 anni.
3. Periodo operatorio concreto dell'intelligenza: 7-11 anni.
4. Periodo operatorio formale dell'intelligenza: 11-15 anni.

Periodo sensomotorio dell'intelligenza

In questo periodo ogni oggetto è percepito dal bambino attraverso l'uso e la manipolazione: ad es. un cubo è percepito per il fatto stesso che può essere manipolato; percezione e azione sono termini inscindibili e simultanei per l'organizzazione della conoscenza. Attraverso la manipolazione oculo-tattile degli oggetti il bambino giunge alla strutturazione delle prime rappresentazioni mentali, costituite dalla nozione di permanenza e spostamento degli oggetti fisici, prima riconosciuti estranei al proprio corpo e poi interiorizzati come immagini-simbolo che persistono alla scomparsa dal proprio campo visivo. La memorizzazione degli oggetti fisici e delle persone permette nel 2° anno di vita la ripetizione intenzionale di gesti e azioni ovvero l'imitazione differita (ad es. fare ciao) e il gioco simbolico (ad es. usare un cubetto come se fosse un'automobilina). In effetti nei primi due anni di vita il pediatra può accertare il normale svolgimento del periodo sensomotorio dell'intelligenza, analizzando insieme alla madre il gioco del bambino ossia le modalità abituali con cui il bambino gioca (tab. I). Prima dei 12 mesi il bambino presenta il gioco cosiddetto "esplorativo". Il gioco è così chiamato perché il bambino manipola ed esplora gli oggetti ma non li

usa in modo funzionale alle azioni cui essi sono singolarmente adibiti. Così tra i 6 e i 12 mesi il bambino prende in mano gli oggetti, li ruota e li esamina dai vari lati, afferra la carta per piegarla e strapparla, fa cadere e lancia lontano gli oggetti, fa dondolare degli oggetti appesi, batte con un cucchiaino o con un bastone contro una tazza o un altro contenitore per fare rumore. Se un adulto riproduce davanti a lui uno spettacolo interessante, come ad esempio mettendo in funzione con una carica un orsacchiotto meccanico che si muove e suona, il bambino tocca l'oggetto o la mano dell'adulto aspettandosi che l'oggetto si rimetta in moto come per magia. Tra i 12 e i 18 mesi compare invece il cosiddetto gioco "funzionale appropriato", ossia il bambino comincia a utilizzare gli oggetti in modo funzionale all'uso cui sono adibiti, riproponendo esperienze vissute sulla propria persona. Così comincia a pettinarsi, a versarsi da bere e a bere, a guidare un'automobilina, a costruire una torre di due cubi, a infilare degli anelli in un bastone, a riempire e svuotare contenitori. Tra i 18 e i 24 mesi il gioco si trasforma ancora e diventa "funzionale rappresentativo", ossia il gioco diventa un vero e proprio gioco sociale, in cui il bambino coinvolge attivamente nel gioco l'adulto familiare

come partner del gioco o tratta gli stessi come partner attivi del gioco. Così comincia a mostrare e a offrire attivamente gli oggetti al genitore per sollecitare la sua azione, ad es. gli offre la palla perché giochi con lui, oppure nel caso del giocattolo meccanico di cui sopra, lo prende e lo ridà in mano all'adulto perché lo ricarichi e lo rimetta in funzione. Sulle bambole può riprodurre le azioni che prima faceva solo su se stesso, come per esempio dargli da bere o da mangiare. Dopo i 24 mesi compare il gioco cosiddetto "simbolico", in cui il bambino sostituisce per un certo uso un oggetto assente con un altro oggetto, che ha normalmente un altro uso funzionale. Così ad esempio nel gioco il bambino può adoperare una scatola come fosse un'automobilina, oppure può usare un bastoncino come fosse un cucchiaino per mangiare. Qualora a 24 mesi il bambino non manifesti ancora il gioco funzionale, ma continui a esplorare e a usare tutti gli oggetti allo stesso modo o a 36 mesi non sia ancora comparso il gioco simbolico, per cui il bambino non è ancora capace di "far finta di" dar da mangiare alle bambole o fare la spesa, allora dobbiamo sospettare la presenza di un ritardo cognitivo.

Tabella I: Gioco spontaneo

Tipologia di gioco per età	
Esplorativo 6-12 mesi	Il bambino porta l'oggetto alla bocca, lo manipola, lo esplora, ma non lo usa in modo funzionale per un preciso scopo
Funzionale appropriato 12-18 mesi	Il bambino utilizza l'oggetto in modo funzionale all'uso proprio dell'oggetto riproponendo su di sé esperienze personali vissute.
Funzionale rappresentativo 18-24 mesi	Il bambino manipola gli oggetti per farli agire e diventare partner attivi anche con altre persone familiari o coetanei
Simbolico oltre i 24 mesi	Il bambino nel gioco sostituisce un oggetto assente con un altro oggetto per cui ad es. "una scatola può diventare un'automobile"

Periodo preoperatorio dell'intelligenza

Dopo i 24 mesi di vita la comparsa dell'attività simbolica nel gioco si estende anche ad altri campi di attività e diventa imitazione differita dei gesti a significato comunicativo (linguaggio gestuale), imitazione articolatoria di suoni-parole (linguaggio verbale), imitazione motoria riproduttiva di figure disegnate (linguaggio grafico). Mentre i test psicometrici classici valutano soprattutto l'evoluzione del linguaggio parlato, che più si differenzia da paese a paese e da cultura a cultura, Piaget suggerisce la valutazione del linguaggio figurato geometrico (riproduzione di figure geometriche) e del linguaggio grafico vero e proprio (disegno di una figura umana), contrassegnato da caratteristiche più uni-

versali. Perciò tra i 3 e i 7 anni si può valutare lo sviluppo cognitivo chiedendo al bambino di disegnare una figura umana. La prova classica consiste nel disegno della cosiddetta "dama di Fay", dal nome dell'ideatore della prova. Si dice al bambino di disegnare una donna che cammina sotto la pioggia (Fig. I).

All'età di 3-4 anni il disegno del bambino è contraddistinto da quella che Luquet chiamava la "incapacità sintetica". Il bambino controlla a mala pena i rapporti topologici più grossolani, i rapporti di vicinanza tra gli elementi, cioè sono rispettati solo nelle grandi linee: i tratti del viso sono vicini e non sparpagliati sul foglio, ma o sono approssimativi per cui le gambe sono attaccate alla testa (uomo-girino) o sono invertiti per cui ad esempio la bocca è in alto e gli occhi sono in basso, oppure sono alterati (i capelli sono disegnati dentro il viso).

All'età di 5-6 anni il disegno invece acquisisce secondo Luquet il cosiddetto "realismo intellettuale". I rapporti topologici degli elementi fra loro ora sono tutti corretti, ma proporzioni delle misure e prospettiva sono ancora ignorati per cui ad es. la pioggia può contornare tutta la figura e fregarsene dell'ombrello che

spesso è lontano dalla testa della donna.

All'età di 7-8 anni compare invece quello che Luquet chiama "il realismo visivo". Proporzioni delle misure e prospettiva sono rispettati in un piano d'insieme programmato. Se un bambino a 4-5 anni non disegna ancora l'uomo-girino e a 6-7 anni non è ancora capace di disegnare una figura umana in cui la posizione dei diversi elementi della figura umana è corretta, dobbiamo porre il sospetto di un ritardo cognitivo.

Periodo operatorio concreto dell'intelligenza

In questo periodo che va dai 7 agli 11 anni la capacità rappresentativa e simbolica del pensiero si estende alle relazioni fisiche tra gli oggetti.

Nel periodo operatorio concreto il bambino dietro la trasformazione degli oggetti fisici giunge a scoprire ciò che resta immutato, ovvero la nozione di conservazione delle realtà fisiche.

Il periodo operatorio concreto si suddivide a sua volta in tre stadi: *stadio concreto A* tra i 7 e gli 8 anni, *stadio concreto B* tra gli 8 e i 9 anni, *stadio preformale* tra i 10 e gli 11 anni.

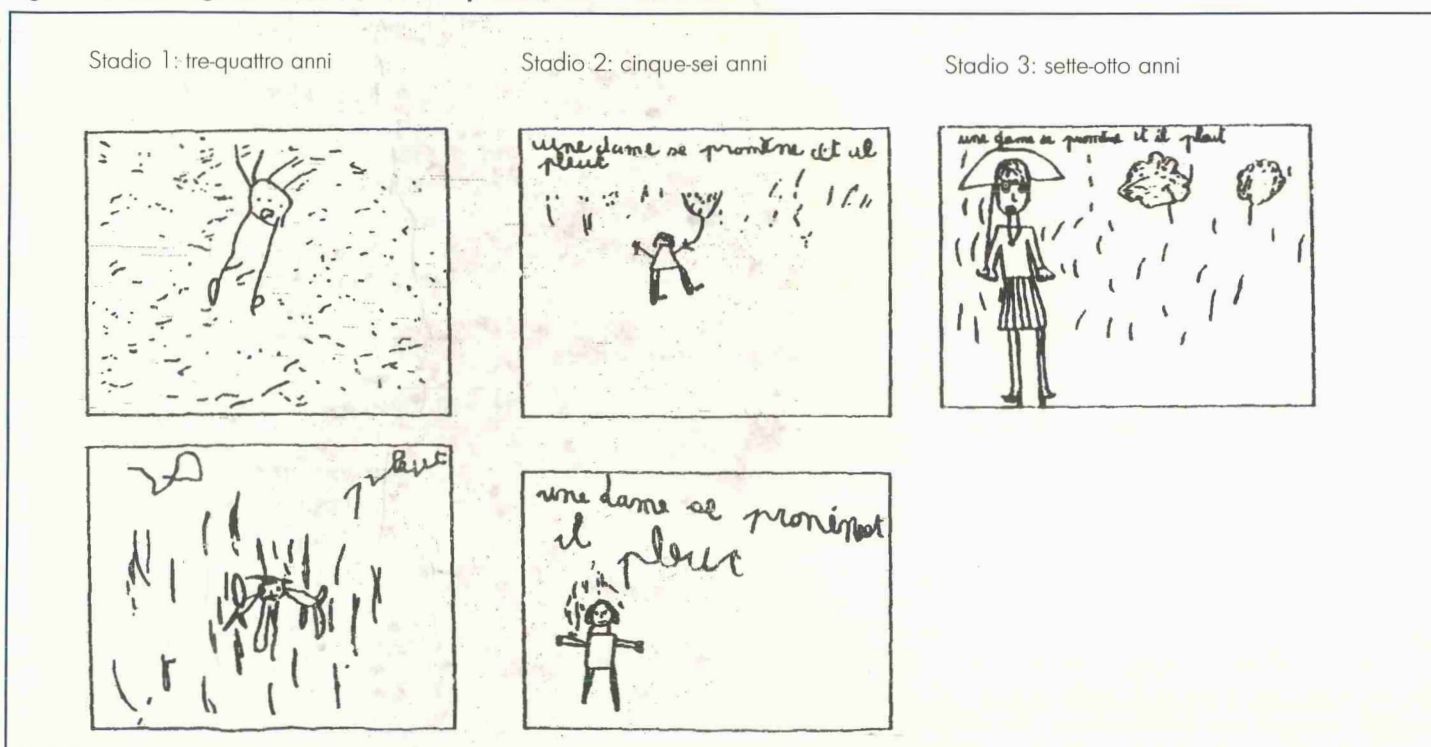
Diverse sono le prove di conservazione

delle realtà fisiche che caratterizzano ciascuno di questi tre stadi. Per ragioni di semplicità e di utilità pratica ci limiteremo a tre prove, ciascuna propria di uno dei tre stadi, che si applicano con una medesima procedura, facile da proporre e di solito molto ben gradita dai bambini.

Le prove in questione, che illustreremo in dettaglio, sono le prove di conservazione della sostanza (concreto A), di conservazione del peso (concreto B) e di conservazione del volume (preformale), (Fig. II).

Per la conservazione della sostanza, dopo aver fatto una pallina di argilla o di pongo, si chiede al bambino di farne un'altra uguale, della stessa grandezza. Quindi si allunga o si appiattisce o si fa a pezzetti una delle due palline e si chiede se in quella deformata vi è ancora la stessa quantità di sostanza oppure no e di giustificare la risposta data. A 5-6 anni di età la quantità di sostanza per il bambino cambia col cambiare della forma dell'oggetto, il bambino è ancora dominato dal dato percettivo per cui la trasformazione in spessore o lunghezza o diametro della seconda pallina fa sì che anche la sostanza in essa contenuta aumenta o diminuisce rispetto a prima. A 7-8 anni invece (stadio operatorio concreto A) la conser-

Fig. I: L'evoluzione genetica della dama di Fay dallo stadio 1 allo stadio 3



vazione della sostanza è subito affermata qualunque sia la deformazione subita dall'argilla, il ragionamento prevale sul dato percettivo per cui la sostanza non cambia rispetto a prima se non ne viene aggiunta o tolta. Per il peso si prendono sempre le due palline di pongo e un bilanciere a due piatti, in sua assenza si può simulare l'esperimento con le due mani dell'esaminatore che fanno da piatti. Si mettono le palline sui due piatti e si mostra che i due piatti restano allo stesso livello, si chiede il perché. Quindi si deforma una delle due palline e si chiede che cosa succederà ai due piatti quando si metteranno sopra da una parte la pallina "normale" e dall'altra quella deformata, chiedendo di giustificare la risposta data. A 7-8 anni il peso è ancora una forza che non dipende dalla quantità di sostanza, ma dai suoi punti di applicazione e dalla sua forza, per cui al bambino un peso disperso a pezzettini di argilla sembra effettivamente meno pesante che un peso concentrato in un solo punto. Solo a 9 anni (stadio operatorio concreto B) la conservazione del peso è affermata senza esitazioni, perché essa appare direttamente collegata e solidale alla conservazione della sostanza.

Per il volume, si prendono le due palline e due bicchieri uguali riempiti con acqua che arriva in entrambi allo stesso livello, marcato con un lampostil. Si immergono le due palline nell'acqua e si mostra che l'acqua arriva in entrambi i bicchieri allo stesso livello, di nuovo marcato con un lampostil. Quindi si deforma una delle due palline e si chiede che cosa succederà al livello dell'acqua nei due bicchieri quando si immergeranno in uno la pallina "normale" e nell'altro la pallina deformata, chiedendo di giustificare la risposta. Si ripete lo stesso esperimento usando una pallina di uguali dimensioni ma più pesante, di ferro o di vetro. A 9 anni la conservazione del volume è ancora associata a quella del peso, per cui è affermata per la pallina deformata in quanto ha lo stesso peso, ma è negata quando si immerge la pallina più pesante di vetro o di ferro: è il peso che determina il livello di innalzamento dell'acqua. Solo a 11 anni (stadio preformale) la conservazione del volume è affermata anche per la pallina di ferro con la risposta immediata e

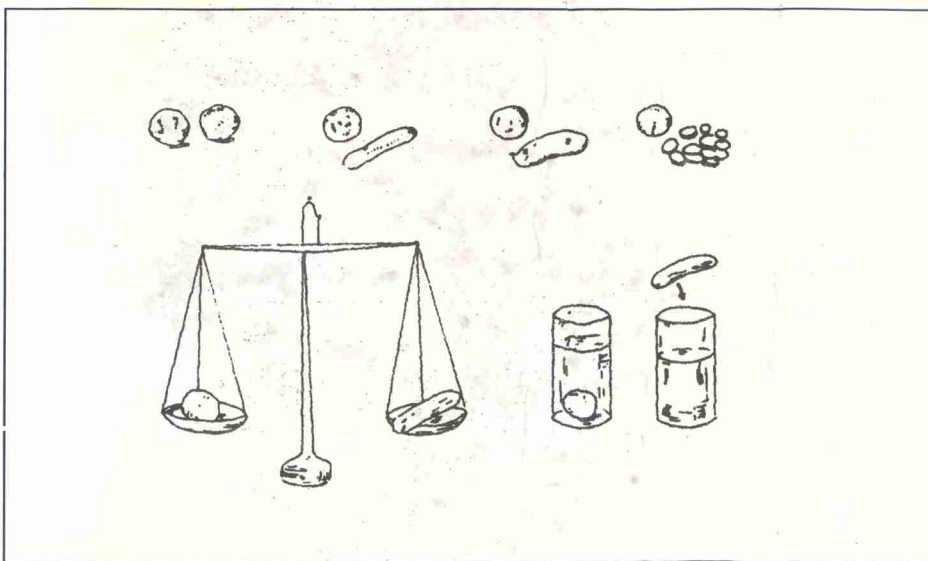
corretta: "occupa lo stesso spazio e quindi ha lo stesso volume". Se a 9-10 anni un bambino non ha ancora la conservazione della sostanza e a 11-12 anni non ha ancora la conservazione del peso, si può porre il dubbio di ritardo cognitivo. Un bambino con ritardo cognitivo non raggiungerà mai lo stadio preformale, ossia la conservazione del volume. Quanto al periodo operatorio formale dell'intelligenza, che va normalmente dai 12 ai 15-16 anni, esso viene indagato con prove particolarmente complesse non utili ai nostri scopi, in quanto il soggetto con ritardo cognitivo non giunge mai a questi stadi. La nozione di conservazione della realtà fisica è indispensabile, non tanto per la letteroscrittura, bensì per l'apprendimento della matematica: pertanto queste prove vanno applicate ogniqualvolta la madre nel nostro ambulatorio riferisce che suo figlio a scuola ha problemi col calcolo o con la soluzione dei problemi matematici.

Diagnosi descrittiva e diagnosi eziologica

Ogniqualvolta all'analisi piagetiana il bambino presenti un dubbio di ritardo cognitivo nel periodo sensomotorio, nel periodo rappresentativo e nel periodo operatorio concreto, il pediatra dovrà predisporre l'esecuzione di un Quoziente Intellettivo presso un Centro Psicologico specializzato. Un Quoziente Intellettivo Totale, preferibilmente eseguito con la scala di Wechsler, inferiore a 70 potrà con

certezza la diagnosi descrittiva di Ritardo Mentale. A questo punto, evitato il primo errore di misconoscere un possibile ritardo mentale, il medico può commettere un secondo errore nel non procedere alla diagnosi differenziale eziologica del ritardo mentale in questione. Questo errore si evita se si ha chiara in mente la differenza nosografica esistente sul piano eziologico-prognostico tra ritardo mentale patologico od organico e "normale" o non organico. Il ritardo mentale patologico od organico è provocato da cause organiche, che si distinguono in prenatali, perinatali e postnatali. Le cause prenatali comprendono: le aberrazioni cromosomiche, le malattie metaboliche, le sindromi disgenetiche, le malformazioni cerebrali, le intossicazioni e le infezioni materne in gravidanza. Le cause perinatali comprendono: l'asfissia, il distress respiratorio, l'ipoglicemia grave o intrattabile, la sepsi, la meningite. Le cause postnatali comprendono: i traumi cranici, i tumori cerebrali, la meningite, l'encefalite, lo stato di male convulsivo, la malnutrizione. Il ritardo mentale "normale" o non organico ha cause non riconoscibili come organiche, che possono essere di tipo genetico (ritardo mentale familiare a base ereditaria) o di tipo ambientale (ambiente socio-culturalmente povero e poco stimo-

Fig. II: conservazione di sostanza, peso, volume: materiale



lante, privazione affettiva, etc.)

La distinzione eziologica è importante perché influenza pesantemente la prognosi sociale a distanza: il ritardo mentale organico in età adulta realizza un adattamento sociale e lavorativo basso, mentre il ritardo mentale "normale" ha un migliore adattamento sociale e lavorativo. Anche gli interventi educativi-riabilitativi hanno più probabilità di incidere positivamente su un ritardo mentale "normale" che su uno di natura organica.

In generale un Q. I. intorno a 50 o inferiore a 50, eventualmente associato a convulsioni e/o paralisi cerebrale e/o disturbi visivi precoci, ha probabilità 3 volte maggiori di un Q. I. superiore a 50 e non associato ad altre condizioni neurologiche, di avere una eziologia organica. In questi casi per definirne l'eziologia organica, Hagberg consiglia al pediatra di seguire il seguente algoritmo diagnostico (Fig. III). Se una anamnesi accurata documenta senza ombra di dubbi l'esistenza di una chiara sofferenza anossica peri o postnatale, non sono necessarie ulteriori indagini, tranne eventualmente uno studio per immagini dell'encefalo tramite TAC O

Fig. III: algoritmo diagnostico del ritardo mentale



RMN. Se l'anamnesi è muta e l'esame obiettivo rivela anomalie particolari del cranio e/o del soma, una TAC o una RMN è allora d'obbligo, insieme a un prelievo ematico per cariotipo e X fragile, T4 e TSH, AGA e EMA, e una ricerca di mucopolisaccaridi nelle urine. Se infine il

ritardo cognitivo a esordio precoce ha un andamento progressivo con arresto o perdita di funzioni già acquisite, occorre allora orientarsi verso uno screening delle malattie neurometaboliche con la ricerca nelle urine di amminoacidi, acidi organici e saccaridi.



06/844851

CRONOCA DAI SERVIZI

- Signora! Signora! Mi scusi.
- Dice a me?
- Sì a lei. Solo un momento.
- Mi scusi sa, ma non posso darle ascolto. Pierino! Pierino! ... Vado proprio di fretta. Il bambino mi scappa.
- Appunto per quello. Permetta che mi presenti. Sono un operatore addetto allo SPRECO. Questa è la mia tessera di riconoscimento. Vede?
- Ma come? Che spreco? È uno di quelli di mi manda Lubrano per qualche intervista?
- Ma no, che dice? Che interviste. Questa è una cosa seria. Qui si tratta dello Spreco della Medicina dello Sport; il Servizio Prevenzione Respiratoria Ematologica Cardiologica Ortopedica, capisce? S.P.R.E.C.O. Non mi faccia facili battute. Noi controlliamo che i nostri bambini possano in tutta sicurezza praticare attività sportiva.
- Sì, va bene, ma io che c'entro. Le ho già detto, vado di fretta. Non vede che mio figlio si sta allontanando di corsa e ...
- Appunto, dicevo. Ce l'ha la certificazione di idoneità?
- La certificazione? Pierino torna indietro! Ma idoneità di che?
- Ma signora! Non mi dica che non ha fatto controllare il suo bambino nei nostri ambulatori per l'idoneità alla corsa agonistica? Beata incoscienza! Mi dispiace ma il suo Pierino non può correre.
- Ma scusi tanto, mio, figlio non fa nessuna corsa agonistica. E poi lei che ne sa?
- Allora lei vuol negare l'evidenza. Fino a prova contraria stavate correndo tutti e due, e a perdifiato, e suo figlio conduceva. Non male devo dire. Promette bene. Se questo non è agonismo!
- Ma di che agonismo sta parlando. Lo sto semplicemente accompagnando a scuola e siamo in ritardo.
- Il motivo non mi interessa. Il fatto è che voi stavate correndo e questo per il bambino, in assenza di specifici e accurati controlli, può essere altamente pericoloso. Per fortuna c'è la Legge che lo protegge e per far questo lo Stato ha istituito lo SPRECO della Medicina dello Sport.
- Insomma mi sta dicendo che i bambini

non sono più liberi di correre e giocare come vogliono.

- Giocare? Rischiare la vita vuol dire! Chi conosce l'impalpabile confine tra l'attività ludica e lo stress dell'agone, da cui agonia. Mi capisce vero? Fortuna che ci siamo noi. Voi genitori non vi rendete conto dei pericoli che fate correre ai vostri figli. D'altra parte più di tanto non si può pretendere. Qualche goirno fa' ho bloccato appena in tempo un bambino di due anni, pensi, lanciato su un cavalllo a dondolo e senza la certificazione prescritta dalla federazione sport equestri.

- Ma lei scherza?

- Ma che signora! Ha dell'incredibile ma, le giuro, era proprio così! Devo dire che la mamma si è poi rivelata molto sensibile alle mie spiegazioni. Pensi era così colpita che non ha aperto bocca. Si è convinta a sottoporre suo figlio alla visita di idoneità e, ci crede?, dopo non finiva di ringraziarmi. Il nostro SPRECalista ortopedico ...

- Vorrà dire specialista? Ah, già, mi scusi. I vostri sono gli specialisti dello SPRECO e quindi...

- Brava! Vedo che comincia a capire. Insomma le stavo dicendo, il nostro SPRECalista ortopedico, che è molto coscienzioso, ma sa noi siamo tutti così, gli ha prescritto delle radiografie totali degli arti inferiori, e così è riuscito a scoprire che quel bambino aveva le gambe perfettamente dritte. Capisce? Dritte! Uno che va a cavallo! Come faceva a continuare senza rischiare chissà che problemi?

- E allora non potrà più andare sul cavallo a dondolo?

- Ma certo! Che crede che non conosciamo i diritti dell'infanzia? Noi vogliamo lo sport per tutti. Cavalcherà, cavalcherà. Solo che potrà farlo solo se inserito nel gruppo dei disabili. Capirà, con quelle gambe.

- Oh Dio!

- Vero? È stata proprio una bella soddisfazione. Eh! C'è così tanto da fare. Non c'è un attimo di tregua. Proprio poco fa' ho dovuto discutere con un'altra mamma senza certificato che portava in carrozzina due gemellini terribili che urlavano come scimmie.

- E allora? Che facevano di male?

- Mi prende in giro? Vuole che non sappia riconoscere un incontro di Karate?

MA GLI ARABI NON ERANO MASCHILISTI?

Il Royal Commission Medical Center di Yanbu, (Arabia Saudita) cerca personale ed esattamente: Consultant anestesista, pediatra, ginecologo, ortopedico, patologo, neurologo radiologo, chirurgo orale, dentista.

Con una precisazione però, il pediatra e il ginecologo devono essere femmine.

Bandito assolutamente...

il sesso maschile.

Vada per il ginecologo, ma il pediatra?

Temeranno per l'Harem?

BLA, BLA, BLA...

Riportiamo dalla finanziaria 1997 due impegni solennissimi che il governo ha preso davanti a Dio e al popolo, come Churchill in Inghilterra nel 1942, e che sicuramente, senza dubbio alcuno, realizzerà nel prossimo anno.

Bla, bla, bla n° 1

Le regioni... al fine di contenere le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero... adottano misure al fine di razionalizzare la spesa sanitaria **facendo ricorso alla prevenzione e all'assistenza domiciliare medicalmente assistita (!)**

(Finanziaria '97, art 2, comma 2bis)

Bla, bla, bla n° 2

Il CIPE può vincolare, su proposta del ministro della sanità, quote del fondo sanitario alla realizzazione di specifici obiettivi **con priorità per i progetti per la salute materno-infantile, della salute degli anziani, della salute mentale, nonché per quelli finalizzati alla prevenzione** (e che altro ancora?)

(Finanziaria '97 art 4)

J'ACCUSE

I pediatri e la tutela del bambino

Cari amici, in questi ultimi tempi mi sono spesso interrogato sulla responsabilità che abbiamo come pediatri, di mettere in atto tutte le azioni possibili per tutelare i bambini che sono sempre di più oggetto di violenza e di emarginazione. Il nostro sguardo si sta allargando alle problematiche sociali e aumenta la nostra attenzione: l'identificazione dei bambini a rischio sociale è un obiettivo concreto che ci stiamo ponendo tutti, non solo gli amici di Napoli, che hanno svolto un intenso e proficuo lavoro. Mi sono però anche domandato se questo interesse per il bambino proprio perché vuole essere globale, non debba partire fin dalle prime fasi della sua vita, quando tecnicamente viene chiamato embrione e poi feto. E questo indipendentemente da qualsiasi posizione ideologica, culturale o religiosa, ma per un puro rispetto all'oggettività di una vita che fin dall'inizio mostra chiaramente la propria soggettività e la propria identità. A questo punto mi è giunto in aiuto un contributo inviandomi da un collega neonatologo di Siena il dr. Carlo Bellieni, in cui, a partire da un editoriale di P. Maroteaux (un agnostico) pubblicato su "Archives de pédiatrie" (marzo '96), vengono fatte interessanti osservazioni sulla sensibilità fetale e sugli scambi sensoriali madre-feto. Mi sembra una occasione utile per avviare un confronto su questi temi nell'ambito degli iscritti all'ACP. "J'accuse!" è il titolo non tanto provocatorio quanto realmente scandalizzato con il quale P. Maroteaux (proprio lui!) inizia l'editoriale degli Archives de pédiatrie del marzo 1996. Il titolo continua così: "La petit taille a-t-elle encore droit de cité?" "Attualmente, dice, le ecografie sistematiche effettuate in gravidanza comportano la misurazione del femore. La constatazione di una brevità femorale, soprattutto quando non accompagnata da quella del diametro biparietale e addominale trasverso fa supporre l'esistenza di una displasia ossea nel bambino. I genitori avvertiti del rischio di bassa statura

saranno allora condotti, ovvero incitati, a domandare l'interruzione di gravidanza, di solito in uno stadio tardivo". Maroteaux continua parlando della responsabilità, a questo riguardo del medico che: a) fa diagnosi troppo semplicisticamente di displasia ossea, senza conferma radiografica in utero, b) non spiega alla famiglia correttamente il problema: "L'annuncio alla famiglia di un deficit di crescita ossea deve sempre comportare spiegazioni chiare, insistendo sul fatto che la bassa statura non si accompagna a ritardo mentale". "Troppo spesso si parla alla famiglia di nanismo, termine che nel nostro subcosciente è caricato di connotazioni peggiorative". Abbiamo visto così in più riprese gravidanze interrotte e scheletri perfettamente normali". "Recentemente abbiamo visto interrompere una gravidanza per displasia toracica. L'informazione iniziale data ai genitori era tale che fu impossibile farli recedere da una decisione d'interruzione a nostro avviso per nulla motivata". Passa poi a parlare dell'educazione delle coppie, "insufficientemente preparate ad accettare le difficoltà della vita, che sia la vita di coppia o la nascita di un bambino non conforme all'immagine ideale ..." su cui giocano un grosso ruolo i mezzi d'informazione. "È anche necessario riconoscere quanto si sono degradati la nozione e il valore della persona umana unica e irripetibile. Così dei genitori non esiteranno a sopprimere un bambino per malformazioni minori o per un deficit di crescita che lascia intatto lo sviluppo intellettuale". Questo si rifletterà anche sul medico che sarà "portato a infrangere la legge". Termina parlando del problema delle nostre società "schiave di norme che si sono forgiate. -Mio figlio misurerà 1,70 m?- mi domanda la madre di un bambino perfettamente normale. Nell'ottica attuale del nostro mondo occidentale è impossibile riuscire nella vita se certi criteri di statura, peso o status non sono riuniti" "Al termine della nostra carriera consacrata ad aiutare soggetti colpiti da deficit ossei costituzionali e cui siamo profondamente attaccati, noi teniamo a dire che li consideriamo come uomini e donne integrali". È interessante notare che, contemporaneamente, anche altri grandi nomi della pediatria e della neonatologia sono

su posizioni analoghe, ma mai partendo da presupposti ideologici, ma con l'esatta consequenzialità alle osservazioni cliniche e sperimentali. Molti di questi fatti sono ignoti del tutto al popolo dei pediatri, degli ostetrici, dei neonatologi. Iniziamo col parlare del dolore: il feto percepisce il dolore e ciò in modo più profondo e meno localizzato che il bambino più grande. "I tratti nocicettivi dei nervi nel midollo spinale e nel SNC sono quasi completamente mielinizzati nel 3° trimestre di gestazione; il tronco cerebrale e il talamo sono completamente mielinizzati a 30 settimane; le fibre talamo-corticali del dolore nella capsula interna e nella corona radiata sono mielinizzate a 37 settimane". Ricordiamo per inciso che un difetto di mielinizzazione non è sinonimo di non trasmissione dell'impulso doloroso. Infine le connessioni sinaptiche talamo-corticali (di cruciale importanza per la percezione corticale) si realizzano fra la 20ª e la 24ª settimana. (Cavazzuti GB: Atti del convegno "Il dolore del bambino" Viterbo 1/2 giugno 1990; 49-55). Ricordiamo che "nel prematuro la percezione degli stimoli è più diffusa nello spazio a causa dell'imaturità dei legami talamo-corticali; al contrario il raggio di percezione del dolore è più basso per l'imaturità dei sistemi inibitori solitamente incaricati di attenuare l'intensità di una stimolazione dolorosa periferica "dunque il prematuro non solo percepisce il dolore, ma a causa della sua immaturità percepisce questo dolore in modo più intenso e diffuso rispetto ad un neonato a termine" (Hamon Isabelle-Maternité Régionale Universitaire A. Pinard Nanci). Ricordiamo sempre un dato essenziale: nelle unità di Terapia Intensiva Neonatale si portano avanti spesso con buon esito in termini di follow-up neurologico bambini dalle 23-24 settimane di età gestazionale in avanti, ovvero si ha il privilegio di vedere, toccare, conoscere quello che per i mass media è un'appendice della madre; si constata il suo dolore, si vede come si calma al tocco o al suono della voce della madre, si vede come reagisce ai rumori bruschi, come il suo EEG reagisca anche agli odori forti. P. Relier, direttore del servizio di medicina neonatale all'Ospedale di Parigi di Port Royal, uno dei maggiori neonatologi

viventi ha recentemente molto insistito sull'importanza della sensorialità fetale nello stabilire uno scambio madre-bambino durante la gravidanza. Ne riportiamo qui solo poche osservazioni, rimandando ai suoi lavori e al lavoro di Prechtel che significativamente si intitola "Continuity and change in early neural development" (in: Prechtel HFR From prenatal to postnatal life, Oxford 1985). Basti pensare che già a due mesi di EG l'organo vomeronasale permette al feto di percepire gli odori nel mezzo acquatico, cosa che poi gli servirà per riconoscere l'odore della madre e del suo latte. Così come sembra che il precoce svilupparsi del gusto permetta al neonato di accettare il sapore del latte materno, simile a quello del liquido amniotico. A 10-11 settimane si è sviluppata la sensibilità cutanea e vestibolare: i recettori peribuccali sono già presenti dalla 7ª: la separazione dal liquido amniotico è dunque per il feto come la separazione da una pelle vera e propria. La sensorialità auditiva è sviluppata anatomicamente e funzionalmente già quattro mesi prima della nascita. Attraverso questi mezzi il bambino percepisce gli stati d'animo materni (e non solo per via ormonale come si pensava fino a non molto tempo fa): ne sente i movimenti alterati o l'inattività (sistema vestibolare), è colpito dal tono della voce (squillante, eccitata o depressa), percepisce ciò con cui la madre viene in contatto, in particolare l'odore della nicotina o dei profumi (Relier JP, Importance de la sensorialité foetale dans l'établissement d'un échange mère-enfant pendant la grossesse, *Arch Pédiatr* 1996;3:274-82). La motilità del feto, che è un reperto che tutti almeno come genitori conosciamo, è stata oggetto di bellissimi studi soprattutto da Prechtel, Ferrari, Peirano e da parte della Curzi-Dascalova, che ha notato come, pur non esistendo grandi alterazioni nei movimenti fetali tra prematuro arrivato a 40 settimane e neonato nato a termine, rapportati alle fasi del sonno, pur tuttavia si notano delle microalterazioni che fanno pensare che sicuramente la perdita anticipata della "seconda pelle" costituita dal liquido amniotico e dal corpo della madre non sia senza conseguenze. Lo stesso Relier, nel suo libro "L'amair avant qu'il naisse"

(Parigi, 1994), porta le conseguenze di questi lavori. "Parte integrante della madre (il feto) era visto dalla medicina, almeno simbolicamente, come una sorta di organo in evoluzione (...). La rivoluzione di Minkowsky (suo maestro all'Università di California) fu di considerare questo essere, che normalmente non avrebbe potuto sopravvivere senza il ventre materno, come un essere a parte intero". "È questo l'impasse attuale della bioetica. Che regola rispettare se nulla ha senso? Perché rispettare qualche regola se in fine nessun senso la giustifica? Si dice che il fine giustifica i mezzi. Ora la scienza e la tecnologia medica non sono che mezzi. Per quale fine? Il dominio del mondo? Il potere? Non lo credo. E non solo non lo credo, ma lo rifiuto (...). L'uomo occidentale s'è sbagliato. Ha preso i mezzi per il fine". "Perché non proporre una fecondazione in vitro a una donna di trent'anni che si rammarica di non restare incinta? (...) il problema ai miei occhi è che si ponga la domanda; voglio dire che si sia così pervertiti dalla logica della società dei consumi da non vedere più il problema. Ora il problema è grave. Il medico non è un commerciante, non più che il paziente sia un consumatore. La medicina ha per missione di curare i malati e di prevenire le malattie, non di soddisfare delle domande, o dei capricci, eventualmente contro natura. Quando una donna di trentacinque anni decide di avere un bambino e per sei mesi non vi riesce è normale. Perché ha lasciato passare il periodo naturale della maggior fertilità e si deve armare di pazienza. (...) Le donne della nostra società hanno perso quelle radici, quel rapporto carnale, intuitivo, profondo, con loro stesse e il loro corpo che sapevano sviluppare le culture e l'educazione tradizionale. Oggi, col pretesto della liberazione, si lascia che la donna affronti la gravidanza senza alcuna preparazione. -Voglio avere dei bambini, ma bisogna che questo non cambi la mia vita (...)-. Ma certo che un bambino vi deve cambiare la vita! La deve rendere più bella, più florida, più armoniosa, più utile anche. Una civiltà che non ami più i bambini è una civiltà che muore. E quando in una civiltà le donne abbandonano il loro ruolo di madri o non lo sanno conservare,

questa civiltà è in pericolo. "Non si tratta di procreare, come si dice, ma di fare un bambino. Ancor meglio: di attenderlo. E aspettare un bambino vuol dire intrattenere con lui dal secondo-terzo mese di gravidanza una relazione eccezionale, biologica certo, ma anche affettiva, sensoriale. Da quel momento il feto è un essere a cui si può parlare. Questo non sono solo belle parole, ma né più né meno ciò che ci insegnano le più moderne ricerche sul feto, il suo sviluppo, la sua capacità di percezione". Fin qui abbiamo riportato le parole del Prof. Relier. Un'ultima osservazione ci viene, drammatica ma consequenziale dalla lettura dei recenti articoli sul Lancet in cui si spiega come avviene l'aborto selettivo provocato per legatura del moncone ombelicale. Ci interessa notare che ormai il termine aborto sta venendo soppiantato dal termine "fetocide" (cfr. Domergues, et al Twin to twin transfusion syndrome: selective fetocide by embolization of the hydropic fetus. *Fetal Diag Ther* 1995;10:26-31). Questo è commovente come riconoscimento di un fatto, ma è tragico in quanto al riconoscimento segue l'assoluta indifferenza morale. Termine ricordando che nel feto di 27 settimane già è possibile riconoscere periodi di sonno quieto e dalla 30ª settimana periodi di sonno agitato, quello che nell'adulto si chiamerà sonno REM, epoca di concentrazione dei sogni. Possiamo supporre allora che il feto sogni? Non lo sappiamo. Ma se sogna, ci piace pensare che, come avviene per la madre serena, i suoi sogni siano piene di un'alterità, di un altro che lo sta sognando.

Arturo Alberti

Arturo Alberti ci manda questa lettera. È un invito alla riflessione, al di là delle posizioni culturali, etiche, religiose, su quella che Burgio chiama la "cascata di problematiche bioetiche al limite della drammaticità esistenziale" che la diagnosi prenatale ci ha posto davanti e alle quali nessuno di noi era preparato. Ognuno, di fronte a questa "cascata", reagisce secondo la propria cultura e il proprio cuore, ma nessuno può negare la drammaticità di queste scelte: comunque esse vengano affrontate, comunque esse vengano risolte.

G. B.

FANTASIA E PERTOSSE

Caro prof. Biasini,

le scrivo per la seconda volta, sperando di essere ammesso alla discussione che negli ultimi numeri di Quaderni ACP si è articolata sui vaccini antipertosse acellulari. Alcuni vaccini antipertosse a cellule intere si sono dimostrati efficaci nel controllare la pertosse in molti paesi del mondo. Che esista la possibilità di una variabilità dell'efficacia di questi vaccini, è stato dimostrato dai risultati dei recenti trial clinici. D'altra parte, mentre i vaccini a cellule intere sono prodotti con una sospensione di *B. pertussis*, la cui attività biologica è difficile da controllare, i vaccini acellulari contengono precise quantità solo di alcuni antigeni, e sono perciò più facilmente standardizzabili. Inoltre, negli Stati Uniti, esistono alcuni problemi di riemersione della pertosse probabilmente ascrivibili a una occasionale bassa efficacia di questi vaccini e allo spostamento di incidenza nei soggetti in età adulta che perdono la protezione conferita dal vaccino nell'infanzia. Certamente esiste la possibilità che, occasionalmente, dei lotti di vaccino a cellule intere, non abbiano un'efficacia ottimale e che ciò non venga identificato dai sistemi di controllo correnti (test di potenza sul topo).

Non capisco perché tutti si affannano a giustificare la bassa efficacia del vaccino di Connaught a cellule intere con il fatto che esso sia stato valutato per l'efficacia dopo tre e non quattro dosi. Forse qualcuno (Emilia Romagna compresa) pensa che sia utile usare un vaccino efficace solo dopo quattro dosi?

Che nella scelta di questo vaccino negli studi italiano e svedese, poi, sia esistito un gioco per spianare la strada al vaccino acellulare della stessa casa, mi sembra un po' fantasioso oltre che poco scientifico. Nella scelta del prodotto a cellula intera per gli studi italiano e svedese è intervenuto un solo fattore condizionante: la disponibilità di dati esaustivi sull'efficacia e sulla sicurezza relativi a un numero significativo di dosi. Connaught copre la maggior parte delle vendite dei vaccini a

cellule intere negli Stati Uniti da decenni, e ciò è significato avere a disposizione dati su una popolazione estremamente numerosa. Dati così "corposi" non erano disponibili per nessuno dei vaccini europei, compresi quelli che vengono utilizzati in Italia. In Europa esistono meno preoccupazioni circa la potenziale bassa efficacia dei vaccini a cellule intere, tanto è vero che Gran Bretagna e Francia da tempo utilizzano questo vaccino per il controllo della malattia. Ma non bisogna perder di vista il motivo principale che ha condotto alla messa a punto dei vaccini acellulari: la reattogenicità dei vaccini a cellule intere. Questo problema è lampante nel nostro paese, dove la discreta reattogenicità di questi vaccini è il motivo principale della scarsa copertura vaccinale, non superiore al 40% in media su tutto il territorio nel 1991 (Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-region survey *Bull WHO* 1994;72:885-895). Sappiamo anche che i genitori si consigliano con i pediatri prima di vaccinare i propri bambini contro la pertosse, e che molti dei genitori che scelgono di non vaccinare sono stati in massima parte sconsigliati proprio da loro (Le madri italiane e la vaccinazione antipertosse. *Riv. Ital. Pediatr* 1992;16:433-442; La vaccinazione antipertosse. Conoscenza, attitudine e pratica dei pediatri e dei medici vaccinatori. *M & B* 1994;13(1):34-38; Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-region survey *Bull WHO* 1994;72:885-895). D'altra parte gli stessi pediatri temono dichiaratamente gli effetti collaterali dopo vaccinazione antipertosse con il vaccino a cellule intere (La vaccinazione antipertosse. Conoscenza, attitudine e pratica dei pediatri e dei medici vaccinatori. *M & B* 1994;13(1):34-38). Perfino nelle aree del nostro paese nelle quali la vaccinazione antipertosse viene praticata di routine e offerta a tutti, tra il 1992 e il 1993, ben il 4% (dati non ancora pubblicati) non concludeva il ciclo di tre dosi per effetti collaterali comuni che non controindicavano la somministrazione di ulteriori dosi, ben il 2% passava a un vaccino acellulare, l'1% interrompeva il ciclo perché aveva una pertosse clinica, e l'1% interrompeva per effetti collaterali gravi. È inconfutabile quindi che la compliance per questi vacci-

ni è lontana dall'essere ottimale. E allora caro prof. Biasini, diciamo le cose come stanno, usiamo i dati della letteratura senza pregiudizi e malignità, e la dietrologia lasciamola ad Andreotti. Apprezziamo piuttosto il fatto che, per una volta, uno studio clinico controllato è stato condotto nel nostro paese con il massimo rigore scientifico, con la massima trasparenza e senza interferenze "commerciali", direttamente dal Servizio Sanitario pubblico, e che i risultati sono stati immediatamente fruibili da tutti.

Alberto E. Tozzi

Ringraziamo molto Alberto Tozzi e ricordiamo ai lettori che su Quaderni sono state affacciati sostanzialmente due rilievi:
1. Il vaccino Connaught (vC) è stato offerto a tre dosi, mentre il produttore ne valuta l'efficacia dopo quattro. Ha ragione Tozzi: è inimmaginabile, oggi e in Italia, proporre di partire con un programma di quattro dosi, ma è certo (ricordate Catalano?) che valutato dopo quattro dosi il vC avrebbe fatto miglior figura.

2. I vaccini "europei" a cellule intere inclusi nei recenti trial controllati hanno dimostrato una buona efficacia che non è stata sufficientemente resa nota dalla stampa medica in Italia. Solo noi e Medico e Bambino lo abbiamo fatto. Quanto alla difficoltà di convincere genitori e pediatri a vaccinare, Tozzi sa che **straconcordiamo con lui, e non da oggi. Ma riteniamo che dovere della stampa medica sia di informare i pediatri sulla efficacia dei vaccini e perciò, anche di quello cellulare. Poi i pediatri sceglieranno secondo scienza, coscienza (e costo/beneficio).**

G. B.



Associazione Culturale Pediatri - Medico & Bambino

PENULTIMO (XIX) INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

**Copanello, Hotel "Villaggio Guglielmo" di
Copanello (Catanzaro) 2, 3, 4 Maggio 1997**

Argomenti:

- Cos'è la memoria *De Rensi*
- Quanti raggi prende un bambino? *Brizzi*
- La bronchite *Panizon*

Tavola rotonda: Il mercato della salute - *Donzelli, Spinsanti, Tosolini*; coordina *Panizon*

- È vietato *Vignuda*
- I bisogni dell'adolescente (biologici e non) *Vullo*
- Riconoscere e prendersi cura del malato con fibrosi cistica *D'Andrea, Varano*
- Le dimissioni precoci del neonato e il p. di famiglia *Corchia*
- Novità in dermatologia pediatrica *Bonifazi*
- La filosofia della riabilitazione *Ferrari*
- Tre problemi di confine: il criptorchidismo, la fimosi, il varicocele *Guglielmi, Vullo*
- Asma e allergia: i trucchi del mestiere *Longo*

Gruppi di lavoro: Radiologia del torace, *Brizzi*; La valutazione dello stato nutrizionale, *Magazzù & Tedeschi*; Lo scolio metro, *Marinelli*; La convulsività nel primo anno di vita, *Tortorella*; L'addome acuto, *Guglielmi*; Neonatologia, *Corchia*; Protocollo delle anemie, *Vullo*; I dolori addominali ricorrenti, *Vignuda & Marolla*; Le micosi cutanee, *Bonifazi*; L'orticaria, *Panizon*;

I DRG: questi nemici? *Tosolini*

Informazioni: Teresa Codamo, Pasquale Alcaro
tel. 0967/5339223 - 0967/539237; fax 0967/21525

Quota di partecipazione: lire 150.000 (se perviene entro il 19 Aprile), di lire 220.000 (successivamente al 19 Aprile); essa dà diritto a tre colazioni di lavoro e per gli accompagnatori di fatto solo a queste. La quota per gli accompagnatori è di lire 80.000. Il costo della cena sociale è di lire 50.000

ISAS seminars international INTERNATIONAL CONFERENCE ON "PEDIATRICS IN THE COMMUNITY 2000"

Gerusalemme 6-10 luglio 1997

Per informazioni: ISAS International Seminars, PO Box 34001,
Jerusalem 91340, Israel.

Tel +972 2 6520 574. Fax +972 2 6520 588.

E-mail: isas@nhetvision.net.il.

Abstracts fra 150 e 250 parole entro il 1° febbraio 1997

Associazione Culturale Pediatri - AUSL Cesena

COMUNITÀ E SALUTE DEL BAMBINO

EUROPA E ITALIA A CONFRONTO

Incontro europeo di pediatria di comunità per il settecentesimo anniversario della fondazione degli ospedali di Cesena

Cesena, Palazzo del Ridotto 24 e 25 maggio 1997

Sabato 24 maggio

- L'epidemiologia delle malattie infantili nel medio evo
G. Cerasoli, Cesena
- L'approccio comunitario alla tutela della salute del bambino - introduzione *G. Tamburlini* (centro collaborativo OMS, Trieste)
- Il panorama europeo - *Prof. David Hull*, (Università di Nottingham, Gran Bretagna) *Gianfranco Domenighetti* (Dipartimento opere sociali, Bellinzona, Svizzera) *Prof. Mario Cordeiro*, (Commissione Infanzia, Ministero Sanità, Portogallo).

- Il contesto italiano - *Nicola Falcitelli* (Dirigente generale programmazione, Ministero Sanità), *Paolo Onelli* (Responsabile progetto infanzia, Ministero Solidarietà sociale), *Francesco Taroni* (Direttore generale assessorato sanità Regione Emilia Romagna).

Esperienze e modelli organizzativi:

- L'indagine nazionale ACP (*R. Buzzetti, Bergamo*)
- Il "contenitore organizzativo" (*prof. G. Biasini, Cesena*)
- L'osservatorio epidemiologico (*P. Facchin*)

Domenica 25 maggio

L'organizzazione locale degli interventi:

- Screening e bilanci di salute (*D. Baronciani, Lecco*)
- Le strategie vaccinali (*M. Grandolfo, Istituto Superiore Sanità*)

I bisogni speciali:

- L'handicap (*F. Ciotti, Cesena*)
- La malattia cronica nel cosiddetto "bambino distante" (*Prof. G. Masera, Milano*)
- La salute dell'adolescente (*gruppo di studio Associazione Culturale Pediatri*)
- Il rischio sociale (*gruppo di studio Associazione Culturale Pediatri*)
- Le minoranze etniche ("*Naga*", Milano)
- La promozione di ambienti sani (*C. Rossetti, Perugia*)

Informazioni: Luigi Acerbi, ospedale Melegnano tel. 02/98051
fax 02/98052621, Antonella Brunelli, ospedale Cesena tel.
0547/352841, fax 0547/352837

Email: gibia@cessn.unibo.it

URL: <http://www.americaninternet.com/acp/cesena.htm>

Segreteria organizzativa: Adria Congrex Rimini 0541/56404
fax 0541 56460

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**