

# Quaderni acp

volume VIII - numero 6

www.acp.it

bimestrale di informazione politico - culturale e di ausili didattici a cura della  
Associazione Culturale Pediatri

Novembre - Dicembre 2001

*Sicurezze e insicurezze di genitori,  
bambini e pediatri*

*Il federalismo fiscale:  
una riforma sconosciuta*

*Bimbi robot e bimbi veri*

*I touchpoint: prevenire i problemi  
nella relazione genitore-bambino*

*Bambini adolescenti del 2000  
Non solo sfruttati o violenti*

*Dipartimento e strutture  
materno-infantili nelle regioni*

*Disturbi del comportamento  
alimentare*

*Eritromicina e rischio di stenosi  
ipertrofica del piloro*

*Spray nasale di alfa streptococchi  
per la cura delle otiti*

*Un percorso formativo  
per la ricerca di celiaci ignoti*

*La nuova famiglia fa  
nuovi bambini*

INTORNO C'HO IL PEDIATRA  
2 GENITORI  
4 NONNI  
3 MAESTRI  
L'ISTRUTTORE DI NUOTO  
LA MAESTRA DI BALLO  
IL CATECHISTA  
LA BABY SITTER  
E NEMMENO UN FRATELLINO



FRATO'01

edizioni no profit  
ACP

**HALIBORANGE Emulsione orale**  
**Riassunto delle caratteristiche del prodotto**

**1. Denominazione della specialità.** Haliborange emulsione orale. **2. Com-posizione qualitativa/quantitativa in principi attivi ed eccipienti.** 100 ml contengono: Principi attivi: Olio di fegato di ipoglossio ml 1,5 (contenente 69.000 U.I. di Retinolo e 11.000 U.I. di Colecalciferolo), Acido ascorbico mg 160. Eccipienti: Succo d'arancia concentrato ml 25, Saccarosio g 60, Glicerina g 6,3, Gomma adragante g 0,17, Gomma arabica g 0,16, Olio di arancia dolce ml 0,3, Acqua q.b. a 100 ml. Conservanti: Sali sodici degli esteri dell'acido p. ossibenzoico g 0,3, Sodio metabisolfito mg 68,6. **3. Forma farmaceutica.** Emulsione aromatizzata al succo d'arancia.

**4. Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica.** Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ipoglossio in funzione del suo contenuto di Retinolo (Vit A) e di Colecalciferolo (Vit D). L'assunzione delle due vitamine stimola il normale accrescimento corporeo del bambino e svolge inoltre le specifiche azioni delle singole vitamine: antiinfettiva, protettiva degli epiteli ed antixerofalmica per la Vit. A, soprattutto regolarizzatrice del ricambio calcio fosforo per la Vit. D. L'Acido ascorbico, parimenti contenuto nell'Haliborange, svolge un ruolo di primo piano nei processi ossidoriduttivi cellulari, salvaguardando dalle facili ossidazioni e dalla conseguente inattivazione numerose sostanze biologicamente attive. La vitamina A viene assorbita rapidamente nell'intestino in presenza di grassi e bile; l'emoconcentrazione è massima dopo 3-5 ore dalla somministrazione; il fegato costituisce un notevole deposito di vitamina A, che mobilita secondo necessità. Il fabbisogno giornaliero normale cresce in rapporto all'accrescimento ponderale, nella gravidanza, nell'allattamento, ecc.. La vitamina D viene assorbita nell'intestino in presenza di grassi e di bile; si deposita in vari organi da cui viene ceduta lentamente. I depositi costituiti dall'alimentazione non sono rilevanti, per cui se la dieta o l'assorbimento sono insufficienti e se la provitamina depositata nella cute non viene trasformata in vitamina D dai raggi ultravioletti della luce del sole, è facile l'instaurarsi di ipo o avitaminosi. La tossicologia della vitamina A e vitamina D per via orale viene discussa nel paragrafo 5.8 relativo all'iperdosaggio. **5. Informazioni cliniche.** **5.1 Indicazioni terapeutiche.** Condizioni nelle quali può verificarsi un aumento nel fabbisogno di vitamine A e D: periodo della crescita, gravidanza, allattamento. **5.2 Controindicazioni.** Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto, ipercalcemia. **5.3 Effetti indesiderati.** Non segnalati. **5.4 Precauzioni per l'uso.** Dosi eccessive o trattamento prolungato con alte dosi di vitamina A o D possono causare i sintomi caratteristici di ipervitaminosi. Non superare quindi le dosi consigliate. Ove si osservino sintomi o fenomeni di qualsiasi tipo, interrompere il trattamento e consultare il medico. **5.5 Impiego in gravidanza e nell'allattamento.** La gravidanza e l'allattamento sono tra le indicazioni terapeutiche del farmaco. Durante la gravidanza l'uso del prodotto deve avvenire sotto diretto controllo del medico (vedi avvertenze) e comunque non deve superare 1 cucchiaino al dì. **5.6 Interazioni.** Non segnalate.

**5.7 Posologia e somministrazione.** Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, tre (3) volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due (2) volte al dì dopo i pasti.

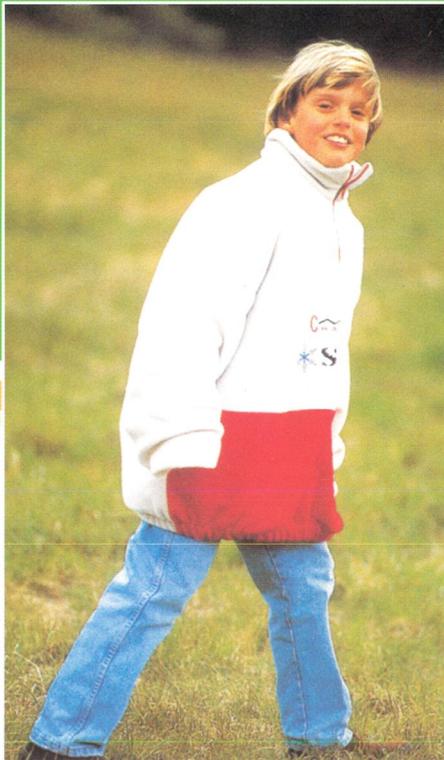
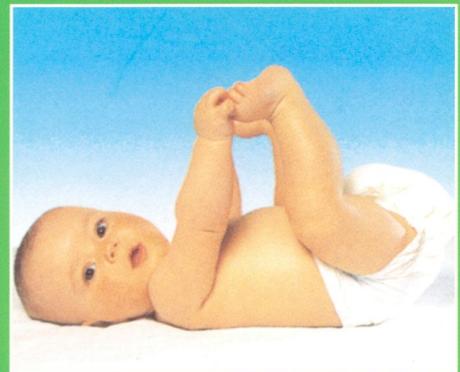
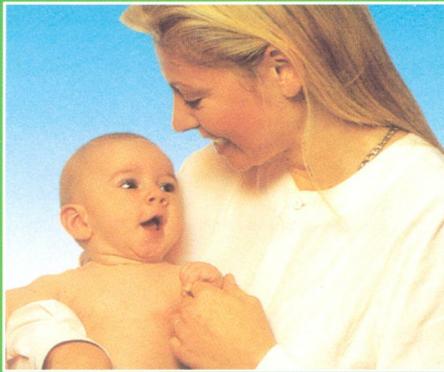
**5.8 Sovradosaggio.** Una intossicazione "acuta" da vitamina A si può avere nei bambini solo se si superano le 300.000 unità al giorno. L'ipervitaminosi D, che nel bambino si può verificare dopo assunzioni di 40.000 unità al giorno per 1-4 mesi, nell'adulto si può avere nella somministrazione cronica di 50.000 unità al giorno. Nel caso dell'Haliborange la possibilità di iperdosaggi è solo teorica in quanto anche se per errore il bambino ingerisse tutto il contenuto del flacone (69.000 U.I. di vitamina A e 11.000 U.I. di vitamina D), la quantità di vitamine sarebbe lontana dalle dosi pericolose. Anche ingestioni del contenuto di più flaconi di emulsione, a breve distanza di tempo, comporterebbero con difficoltà livelli tossici delle vitamine considerate. **5.9 Avvertenze.** Tener fuori dalla portata dei bambini. La vitamina D deve essere usata con cautela nei portatori di insufficienza renale, di arteriosclerosi, di malattie coronariche e negli anziani. Haliborange contiene Sodio metabisolfito; tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico ed attacchi asmatici gravi. Dosi molto elevate di vitamina A negli animali sono teratogene e sono state associate in casi isolati a malformazioni nell'uomo. Quantitativi giornalieri di vitamina A più elevati di 10.000 U.I. vanno evitati in gravidanza (specie nei primi mesi) e si deve consultare il medico per i consigli circa la quantità totale di vitamina A assumibile attraverso le diverse fonti. **5.10 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchine.** Nessuno.

**6. Informazioni farmaceutiche.** **6.1 Incompatibilità.** Non segnalate. **6.2 Durata di stabilità a confezionamento integro.** 18 mesi. **6.3 Speciali precauzioni per la conservazione.** Tappare il flacone dopo l'uso. Usare entro 1 mese dall'apertura del flacone. **6.4 Natura del contenitore, confezione e relativi prezzi.** Flacone di vetro ambrato da g 200 L. 10.500 € 5,42. **6.5 Ragione sociale e sede del produttore.** Eurospital S.p.A. Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia. **6.6 Codice del Ministero della Sanità e data di prima commercializzazione.** Codice 009755012, settembre 1957. **6.7 Tabella di appartenenza secondo la legge del 22.12.75 N. 685.** Non applicabile. **6.8 Regime di dispensazione al pubblico.** Vendita senza obbligo di ricetta medica. **Eurospital S.p.A.** Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia Tel. 040 8997.1 Telefax 040 280944 © Marchi internazionale depositato e registrato. Depositato presso il Ministero della Sanità in data 31.12.1995.

# HALIBORANGE®

Vitamine A, D e C

## Nell'età della crescita



Eurospital®



# Sommario

Novembre - Dicembre 2001 volume VIII, numero 6

## Editoriale

- 6 Sicurezze e insicurezze di genitori, bambini e pediatri  
*Nicola D'Andrea*

## Congressi controllo

- 9 TORINO - XIII congresso Acp  
un congresso d'avanguardia  
10 GINEVRA - Gap 10/90

## Organizzazione sanitaria

- 12 Il federalismo fiscale: una riforma sconosciuta  
*Nerina Dirindin*  
14 Lettera aperta al ministro della sanità

## Libri

- 16 Roberto Volpi, *I bambini inventati*  
16 David Grossman, *Qualcuno con cui correre*  
17 Arto Paasilinna, *Lo smemorato di Tapiola*  
17 Marcus Pfister, *Gaia e l'isola delle bacche rosse*

## NPL News

- 18 Nati per leggere a Secondigliano  
*Stefania Manetti*  
18 Nati per leggere a Roma  
*Franco Dessì*  
18 Nati per leggere a Ferrara  
*Franco Dessì*  
18 Nati per leggere a Milano  
*Federica Zanetto*

## Film per ragazzi

- 19 Bimbi robot e bimbi veri  
*Italo Spada*

## Salute pubblica

- 20 I touchpoint: prevenire i problemi nella relazione genitore-bambino  
*Berry Brazelton*

## Info

- 26 [www.altroconsumo.it](http://www.altroconsumo.it)  
26 Evasione scolastica  
26 Scuole... sgarrupate  
26 Primo "ospedale amico dei bambini" in Italia  
26 Cassazione uno, la visita domiciliare è d'obbligo?  
27 Cassazione due, falso ideologico  
27 Gli stranieri, il Ssn e la salute  
27 Lazio: nessun aumento per i manager

## World-Info

- 28 AFGHANISTAN - I dati sulla salute  
28 CANADA - Esiste ancora un confine tra farmaco e cibo  
28 UE - Una nuova (falsa) politica per i cibi contenenti ogm  
28 UK - In netto aumento gli "stupri per appuntamento"

- 29 UK e USA - Poco per prevenire migliaia di morti neonatali  
29 USA - Una legge per i bambini  
29 USA - Corte suprema e marijuana come farmaco  
29 INDIA - Inquinamento atmosferico  
29 USA - Boicottiamo le riviste avarie

## Statistiche correnti

- 30 Bambini e adolescenti del 2000. Non solo sfruttati o violenti  
*Paolo Siani*

## Organizzazione sanitaria

- 32 Dipartimento e strutture materno-infantili nelle regioni  
*Giancarlo Biasini*

## Lettere

- 36 Considerazioni a margine del Congresso Acp di Torino  
*Paolo Schievano*  
36 I tragici fatti di Modena e la realtà dell'autismo  
*Sonia e Roberto Rusticali*

## ACP News

- 38 LiBeR: un altro "vantaggio" per i soci Acp  
*Franco Dessì*  
38 A Paderno ricerca sotto la lente  
*Michele Gangemi*  
38 Gruppo pediatri per il terzo mondo  
*Lucia Castelli, Giorgio Tamburlini*

## Leggere e fare

- 40 Disturbi del comportamento alimentare  
*Luigi Gualtieri*  
41 Eritromicina e rischio di stenosi ipertrofica del piloro  
*Rosario Ferracane*  
42 Spray nasale di alfa streptococchi per la cura delle otiti  
*Caterina Lo Presti*  
44 Abc del leggere e fare: significatività statistica e valori di P

## Esperienze

- 46 Un percorso formativo per la ricerca dei celiaci ignoti  
*Mario Narducci, Laura Mauri, Lucia Castelli*

## Aggiornamento avanzato

- 49 La nuova famiglia fa nuovi bambini (seconda parte)  
*A. Lazartigues*

## Un po' per gioco

- 54 Tre medici e una gamba  
*Lucio Piermarini*

## Indice generale

- 55 Anno VIII, 2001



igiene del naso...  
raffreddore...  
allergie...

nasino  
chiuso...

secchezza delle mucose...

# Libenar®

*Sotto un nasino libero,  
il sorriso.*

## LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Pronta all'uso, sterile, allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, senza conservanti.

È indicata:

- per l'igiene quotidiana del naso di bebè e bambini
- per facilitare la poppata e il sonno dei lattanti
- in caso di raffreddore e allergie
- in aerosolterapia, da sola, o per diluire altri farmaci.

## LIBENAR GEL NASALE

In bomboletta con erogatore a getto senza gas propellenti, è dotato di elevata bioadesività.

È indicato per:

- ▲ secchezza delle mucose nasali
- ▲ riniti di varia origine
- ▲ dopo episodi di epistassi.



IN FARMACIA

### LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Per neonati e bambini piccoli:

- Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24
- Spray da 40ml

Per i più grandi, mamme in attesa comprese:

- Spray da 125ml

### LIBENAR GEL NASALE

Per nasi e nasini  
di tutta la famiglia:

- Bomboletta da 20ml

Sono dispositivi medici. Libenar soluzione fisiologica CE 0459 - Libenar gel nasale CE  
Per l'uso leggere attentamente le istruzioni.

**Libenar®** soluzioni per nasi e nasini

# Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Novembre - Dicembre 2001 volume VIII, numero 6

**Direttore**  
Giancarlo Biasini

**Direttore responsabile**  
Franco Dessi

**Responsabile esecutivo**  
Salvo Fedele

**Comitato editoriale**  
Maurizio Bonati  
Antonella Brunelli  
Sergio Conti Nibali  
Nicola D'Andrea  
Rosario Ferracane  
Michele Gangemi  
Lucio Piermarini  
Paolo Siani  
Francesca Siracusano

**Redazione**  
Antonio Basile  
Pippo Bruno  
Enrico Corpora  
Giusi De Santes  
Caterina Lo Presti  
Maria Grazia Lunetta  
Gaetano Milioto  
Nicola Tarantino  
Rosa Maria Testa  
Daniela Vernaccini

**Collaboratori abituali**  
Giancarlo Cerasoli  
letture

**Francesco Ciotti**  
scuola e società

**Giuseppe Cirillo**  
salute pubblica

**Luciano de Seta**  
il caso che insegna

**Italo Spada**  
film per ragazzi

**Organizzazione**  
Giovanna Benzi

**Grafica e Impaginazione**  
Ignazio Bellomo

© Associazione  
Culturale Pediatri

ACP edizioni No Profit  
Le norme redazionali  
sono pubblicate nel primo  
numero dell'anno

Pubblicazione iscritta  
nel Registro Nazionale  
della Stampa n° 8949

## INDIRIZZI

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

**Redazione e direzione esecutiva**  
via Galileo Galilei 22 - 90145 Palermo  
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS  
Unità locale di Palermo  
Tel. e Fax 0916810715 e-mail: sfedele@tin.it

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

**Marketing e comunicazione**  
Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

**Reclami e copie arretrate**  
Gianni Piras  
via Nulvi 27 - 07100 Sassari  
Tel. 03332562649, Fax 0792594096  
e-mail: info@unclick.it

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

In questo numero l'illustrazione di copertina e le illustrazioni all'interno sono di Francesco Tonucci. Sono state disegnate a commento, un po' per gioco, del congresso di Torino



La rivista è suddivisa in due sezioni:  
La prima pubblica, oltre a notizie sull'AcP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie.

La seconda è di Ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

La rivista è interamente pubblicata in Internet alla pagina web: <http://www.acp.it>

# Sicurezze e insicurezze di genitori, bambini e pediatri

Nicola D'Andrea  
Presidente ACP

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 6-7

*Nella presentazione del XIII congresso nazionale si diceva che "sicurezza non è solo riduzione del rischio, ma un delicato equilibrio fra protezione e garanzie da una parte e possibilità di crescere, sperimentare, divenire autonomi dall'altra".*

Ci siamo ritrovati a Torino con il cuore greve per quello che gli avvenimenti del 11 settembre ci avevano fatto introiettare proprio sulla sicurezza e sull'autonomia-libertà. Il leit-motiv del congresso, "sicurezze e insicurezze di genitori, bambini e pediatri", sembrava essere stato tragicamente anticipatorio di un clima di smarrimento per tutta l'umanità. Brazelton ha fatto qualche riflessione sulla condizione psicologicamente destabilizzata dei ragazzi americani dopo i tragici eventi, proprio nell'ambito della sua magistrale e affascinante esposizione sui *touchpoints*, illustrati come occasione di sostegno ai genitori, e come prevenzione degli effetti negativi di circoli viziosi sostenuti da interventi inadeguati per neonati vulnerabili, come i prematuri. È stato molto efficace nel sottolineare come il compito del pediatra sia di fornire ai genitori informazioni adeguate, a partire già dalla vita intrauterina del loro figlio, accompagnandoli e dialogando con loro sui punti in cui la crescita del bambino apporta un cambiamento (*touchpoints*) nel sistema. Di questo sistema il pediatra è parte integrante insieme ai genitori e al bambino. Tutti siamo consapevoli che sono questi i momenti in cui i genitori fanno più pressione sul bambino in una fase in cui, invece, andrebbe sostenuto ed accompagnato senza pressioni. Noi possiamo aiutare i genitori a rimandare le richieste che soddisfano il loro bisogno di gratificazione, in un momento in cui il bambino si riorganizza per il successivo scatto evolutivo. Con molta simpatia ha mimato alcuni momenti dell'incontro con la famiglia e il bambino suscitando, nell'affollatissima sala, una partecipazione attenta e divertita.

In continuità con gli argomenti di Brazelton, il sostegno alla genitorialità è stato il focus del pomeriggio. Nella sua relazione Tamburlini ha puntualizzato alcuni aspetti: - l'importanza relativa di problemi psicosociali (disturbi di comportamento e d'apprendimento, abuso e trascuratezza, alcune problematiche di salute

mentale, dipendenza da sostanze, problematiche adolescenziali) per i quali un inadeguato *parenting* rappresenta un fattore di rischio oppure una mancata opportunità di protezione; - il bisogno, socialmente percepito ed espresso come domanda dai nuovi genitori, di migliorare le proprie competenze genitoriali (dati recentemente acquisiti nella ricerca "sei più uno" condotta nelle nostre regioni, dati ricerche USA e Australia e altri);

- l'impressione crescente che su questa dimensione delle relazioni primarie e della coesione familiare si giochi una parte non piccola del benessere individuale, così come della buona convivenza sociale (relazioni sociali come espressione almeno in parte delle relazioni primarie).

Dalla revisione sistematica della letteratura è forte l'evidenza che interventi atti a sostenere e sviluppare le competenze genitoriali e i suoi presupposti sociali, effettuati in epoca molto precoce durante la gestazione e nei primi anni di vita, purché sufficientemente sostenuti nel tempo e qualificati, siano efficaci a migliorare sia la relazione genitore bambino, sia diversi esiti di salute del bambino.

Punti d'incertezza riguardano: - l'opportunità o meno di selezionare già in prima battuta la popolazione target come popolazione a rischio, piuttosto che offrire un'opportunità a tutti ed eventualmente poi modulare l'intervento in base al bisogno; - la possibilità che gli interventi siano effettuati da personale non professionale (*peer counselors*); - l'utilità di individuare anche strumentalmente alcuni "vettori" di genitorialità quali l'umanizzazione della nascita, la promozione del contatto fisico espletato attraverso il contatto pelle a pelle, l'allattamento al seno, la lettura precoce, altre forme che favoriscano l'attaccamento; - il ruolo dei padri; - l'utilità del puro e semplice *networking* tra nuovi genitori; - l'opportunità di standardizzare fortemente gli interventi per renderli ripro-

Per corrispondenza:  
Nicola D'Andrea  
e-mail: [ndandre@tiscalinet.it](mailto:ndandre@tiscalinet.it)

ducibili e valutabili; - il ruolo dei medici di famiglia.

Durante l'assemblea del sabato pomeriggio il tema è ritornato sulle questioni ancora aperte e sulla necessità di pensare a cosa sia adatto alla situazione italiana, concordando che è necessario produrre nuove evidenze su programmi sostenibili. È stato abbozzato un progetto di ricerca che si proponga di valutare con metodologia rigorosa l'efficacia di alcuni semplici interventi, effettuabili in parte anche da personale non professionale, per porre le basi di un programma di sostegno alla genitorialità su larga scala.

Farneti e Garrone (e la platea) hanno dibattuto sui bilanci di salute. In un sistema di cure primarie incentrato sulla pediatria di base, i bilanci di salute cambiano di significato poiché s'inseriscono all'interno di un rapporto continuativo pediatra-bambino-famiglia che rappresenta la caratteristica fondamentale dell'assistenza pediatrica in Italia. I bilanci di salute acquistano quindi la valenza di un momento di riflessione comune pediatra-famiglia su ciò che è accaduto, o potrà accadere, alla salute di quel bambino nelle sue fasi di crescita e acquisiscono degli obiettivi diversi. In quest'ottica, pur essendo ancora importanti strumenti per la diagnosi precoce delle malattie e dei disturbi dello sviluppo, diventano momenti privilegiati per almeno due finalità:

- contribuire alla costruzione di un rapporto di collaborazione-consulenza fra pediatra e famiglia, rapporto che stimoli le autonomie della famiglia nella gestione dello sviluppo del figlio ed eviti la "dipendenza" dal pediatra;

- offrire ai genitori, in maniera possibilmente sistematica e strutturata, elementi di educazione sanitaria che possano indirizzarli ed aiutarli ad affrontare le principali problematiche dell'infanzia e dell'età evolutiva.

Garrone ci ha fatto riflettere sulla necessità che i bilanci di salute siano pochi ma buoni e sulla possibilità che la monetizzazione possa portare ad una loro moltiplicazione, anche in fasce di età poco significative, dove forse è meglio dedicare più tempo ai problemi (cronici) e fare educazione sanitaria mirata su alcuni gruppi. L'osservazione seriata e continua degli stessi bambini, da parte dello stesso pediatra, è un formidabile strumento di "valutazione di esiti" se solo si riuscisse a collegare interventi di assistenza e/o di promozione della salute alla valutazione dei risultati nelle coorti di bambini sottoposti all'intervento, utilizzando come

sistema di rilevazione i bilanci di salute periodici. Questo probabilmente è il loro futuro in un'ottica di collaborazione fra pediatra di base e servizi di sanità pubblica (pediatria di comunità).

Roccatò ha analizzato, da psicanalista e osservatore esterno, parte dell'insicurezza del pediatra nell'affrontare per esempio una situazione non rara, quale la perdita per il bambino di una persona cara. Troppo spesso gli adulti, tutti presi dal loro dolore, dimenticano l'assoluta necessità del bambino di elaborare il proprio lutto e di essere aiutato in questo lungo e impegnativo compito. Con l'intento di proteggerlo cercano addirittura di tenerlo all'oscuro o perfino di ingannarlo su ciò che realmente è accaduto. Questi atteggiamenti, anziché essere di aiuto, sono gravemente deleteri per il bambino. Infatti, non solo gli vengono sottratti i dati informativi indispensabili per farsi un'idea di eventi reali che riguardano anche lui, ma gli si ostacola o addirittura gli s'impedisce di elaborare il lutto che, per il benessere psichico, è un'assoluta necessità. Il bambino da un lato percepisce il dolore negli adulti, ma dall'altro non ne capisce il senso: vede che il familiare morto non c'è più, ma non gli viene spiegato come mai, né dove sia andato, né perché. Si trova, così, costretto a vivere - direttamente e indirettamente - le emozioni per la perdita, ma sarà costretto a viverle come insensate, giacché attivamente gli s'impedisce di riconoscerle, di farsene una ragione e di trovare conforto o eventualmente consolazione. Gli s'impedisce, cioè, di pensare all'esperienza che direttamente e indirettamente sta vivendo e di attivare le risorse (personali e relazionali) a sua disposizione per affrontarla e per gestirla. Sono la monotonia, la rigidità, la ripetitività nell'adozione di uno solo dei molti modi di gestire le emozioni a produrre patologia.

Quel che più conta è che il bambino, nel susseguirsi delle proprie esperienze, impari a strutturare una molteplicità di modi di gestione delle emozioni, così da affrontarle con flessibilità e appropriatezza. Ma deve essere ben chiaro che non è possibile gestire emozioni né integrare esperienze che non siano contestualmente riconosciute.

Di tutt'altro tono e molto efficace la relazione sulle modalità di trasporto in auto con dimostrazioni mediante video di crash test: in generale risalta che si fa ancora poco come operatori sanitari per la reale promozione dei mezzi di contenzione sicuri nel

trasporto.

Momento coinvolgente e partecipato è stato quello della discussione della ricerca sull'otite. Molti dei presenti erano stati attori dello studio e quindi ne hanno ricevuto in diretta i risultati che, per quanto non definitivi, hanno dato la reale dimensione della possibilità di produzione scientificamente qualificata a partire dall'attività quotidiana. Gli aspetti organizzativi della ricerca più in generale sono stati ripresi in assemblea, rinnovando l'invito ai gruppi locali a rispondere al questionario sull'attività di ricerca in loco.

Preziosa e rilassante la presenza di Franco Tonucci che ha inframmezzato le relazioni con vignette ironiche sui singoli temi, proiettate al momento giusto e che pubblichiamo in questo numero della rivista.

L'affannosa ricerca di garanzie-sicurezze tramite gli screening è stata al centro della mattina di domenica.

Il diritto di non sapere: può essere ancora rivendicato, di fronte a una società che colpevolizza chi ha ommesso di acquisire le conoscenze disponibili (*victim blaming*)? I risultati dei test possono fornire informazioni genetiche riguardo al futuro stato di salute di parenti prossimi di chi si sottopone al test, indipendentemente dal loro stato di salute attuale e dalla volontà di conoscere il proprio rischio di sviluppare una malattia genetica.

I soggetti identificati come a rischio per determinate malattie possono subire discriminazioni, incontrare difficoltà nella vita di relazione, nell'accesso al sistema assicurativo, al lavoro. Il Comitato nazionale per la bioetica si è espresso sottolineando che: "devono rimanere riservate le informazioni genetiche sulle singole persone; devono essere adottate tutte le misure che possono impedire di utilizzare i risultati come strumento di discriminazione; non devono essere proposti screening sui quali la comunità scientifica internazionale non abbia espresso pareri di attendibilità sufficientemente ampi e convergenti".

La magistrale relazione del professor Piazza, genetista dell'Università di Torino, dopo una carrellata sulle più recenti acquisizioni nel campo del progetto Genoma, ha sottolineato l'inflazione assolutamente "non orientata" dei laboratori diagnostici in Italia.

Dulcis in fundo:

"finché c'è inquietudine, c'è speranza". È il messaggio del prof Panizon in un'eclettica e "storica" chiusura del XIII congresso. ■

# Clenil® per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare

RIASSUNTO  
DELLE CARATTERISTICHE  
DEL PRODOTTO

**1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE:** CLENIL 0,8 mg/2 ml sospensione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni Infezioni virali e tubercolari attive o quiescenti locali.** Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. Generalmente controindicato in gravidanza e allattamento (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL. Benché CLENIL sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, cortisonico dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoide ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e delle reazioni granulomatose da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasona alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL50 (topo per os) >4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) >4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crisi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearylco, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 36 mesi. Tale periodo è da intendersi per il prodotto in confezionamento integro, correttamente conservato. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 20 flaconcini monodose da 2 ml - Lit. 25.600. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

# Fluibron A®

ambroxol

RIASSUNTO  
DELLE CARATTERISTICHE  
DEL PRODOTTO

**1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE** Fluibron A Soluzione Monodose. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione allo 0,75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** Tossicità acuta - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/kg; DL50/os nel ratto => 4000 mg/Kg). Tossicità cronica - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. Attività teratogena - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. Attività mutagena - I classici test di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. Influenza sui vari organi ed apparati - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 13.700. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

## TORINO

### XIII congresso Acp un congresso d'avanguardia

Un applauso di molti minuti dedicato a Franco Panizon e la sua commozione hanno concluso uno dei migliori congressi dell'Acp, che ha affrontato dei temi veri, quelli di cui parla la pediatria internazionale.

Vediamo, in sintesi, i temi del XIII congresso nazionale Acp svoltosi il 12, 13, 14 ottobre 2001 a Torino, che ci ha ospitato regalandoci un clima perfetto, quasi estivo, del tutto insolito per la città e il periodo, con buona partecipazione (circa 400 iscritti, quasi uno standard per i congressi nazionali acp, di cui il 60% del centro nord); sobria e confortevole l'organizzazione, discreta e ridotta al minimo indispensabile la presenza delle industrie farmaceutiche. Potremmo definire questo di Torino un convegno "d'avanguardia" con temi avanzati, non solo di pediatria ambulatoriale (le otiti, i vaccini, i bilanci di salute) e ospedaliera (le urgenze pediatriche in ospedale e in ambulatorio, le certezze e i dubbi in medicina neonatale) ma anche di pediatria sociale (il sostegno alla genitorialità, con relazioni di Brazelton, Tamburlini, Facchin) di cui raramente si parla con rigore scientifico in altri convegni. Si discute ormai da molti anni di progetti di supporto alla genitorialità, sono state fatte varie sperimentazioni anche in Italia (una in Veneto, ormai conclusa)

oltre che in altri Paesi Europei (la Gran Bretagna in particolare ha varato il piano "Sure start" con un finanziamento assai congruo); ma questi progetti servono davvero? Dalla revisione della letteratura fatta da Tamburlini, si evince che ci sono sufficienti evidenze per raccomandare che interventi di questo genere vengano attuati con le seguenti raccomandazioni: devono riguardare tutta la popolazione e non solo quella a rischio, devono iniziare precocemente (durante la gravidanza e nei primi anni di vita), devono essere riproducibili e valutabili, può essere utilizzato anche personale non professionale.

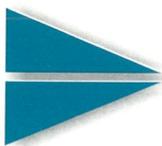
Le urgenze pediatriche rappresentano un tema d'attualità in quanto la formazione del pediatra per far fronte alle urgenze è ormai riconosciuta essenziale e non deve essere solo appannaggio dei rianimatori. La mortalità per gli avvelenamenti e le intossicazioni è drasticamente diminuita grazie ad alcuni semplici interventi di modifica delle confezioni dei farmaci. Bisognerà fare maggiore attenzione però alle prescrizioni specificando bene dosi, ripartizioni giornaliere e durata della terapia, servirà certamente a ridurre gli errori dei genitori. Gli incidenti di auto hanno causato nel 1999 pochi decessi tra i bambini, ma abbastanza feriti, per cui è necessario che il pediatra sappia consigliare le giuste misure di sicurezza quando il bambino viaggia in auto.

E poi Tonucci (che ha allegrato il congresso con le sue vignette, molte delle quali pubblichiamo proprio su questo numero di *Quaderni acp*) ha raccontato la vita dei bambini cui i genitori vogliono togliere anche il rischio di camminare nella città; ha riferito sulla opportunità degli screening della sordità con le otoemissioni acustiche, ma Arslan, il più autorevole degli audiologi europei, ha fatto notare i rischi di false negatività (fino al 14% dei casi) e di false positività, suggerendo di valorizzare la semplice osservazione genitoriale, controllata dal pediatra di famiglia, per la individuazione dei casi. Piazza, fra le molte altre cose, ha fatto notare come in Italia ci siano 96 laboratori di genetica (come si fa a controllarne la qualità?) contro una media europea di 12-14 per nazione. E Spinsanti ha parlato degli aspetti più rilevanti dei problemi di genetica.

Ha concluso il convegno domenica mattina Panizon che ha sostenuto che, se da un lato è cambiata la quantità (pochi bambini, molti adulti ed anziani) e la qualità (poca morbilità e mortalità) della popolazione infantile, dall'altro è aumentato il lavoro dei pediatri (molti ricoveri, molta domanda di sicurezza, si torna al tema di Tonucci), ed è aumentata la tecnologia ed il bisogno di tecnologia. Il mestiere di pediatra è forzatamente cambiato: ha ragione Brazelton (che aveva aperto il convegno venerdì mattina) quando dice che più che cercare malattie occorre collocarsi al livello della gente ed ascoltarla. Poi come al solito l'assemblea dei soci (presenti circa 100 persone) e, per la prima volta, l'incontro dei referenti dei gruppi locali: si è evidenziata qualche crisi in alcuni gruppi, che comunque continuano a lavorare con impegno (basta guardare il report delle attività). L'incontro dei referenti e l'assemblea dovranno avere più spazio nel prossimo convegno nazionale di Roma: servono a far crescere i gruppi e a dare più vigore alle iniziative e non è possibile relegarle al tardo pomeriggio dopo otto ore di intenso lavoro. Ci auguriamo che nel corso dei prossimi mesi i gruppi possano comunicare tra loro scambiandosi esperienze e difficoltà attraverso *Quaderni acp* e il sito [www.acp.it](http://www.acp.it). E infine una critica, che è stata fatta anche in assemblea e di cui gli organizzatori del prossimo congresso dovrebbero tener conto: alcune relazioni sono state troppo lunghe, e dai contenuti anche un pò scontati. Quindi più attenzione ai tempi, ai relatori e alla vita dell'associazione (assemblea e riunione dei referenti). E arriverci a Roma nel 2002.

p. s.





## GINEVRA

### Gap 10/90

Settecento esperti di sanità pubblica di cento paesi del mondo hanno partecipato al meeting di Ginevra del 9-12 Ottobre 2001. Il meeting, noto come Forum 5, era organizzato dal Global Forum for Health Research, una fondazione internazionale con sede a Ginevra, e affrontava il problema del "Gap 10/90", cioè della scorretta destinazione dei fondi globali per la ricerca. Secondo Lucas, il responsabile del Global Forum ed esperto di sanità pubblica, ogni anno più di 70 miliardi vengono spesi per la ricerca sui problemi che riguardano la salute, ma si è calcolato che soltanto il 10% di questa spesa è destinata alla ricerca sulle malattie che affliggono il 90% della popolazione mondiale; quindi minimi investimenti sono fatti per le malattie infettive che affliggono i poveri: la sfida dei prossimi 30 anni sarà di correggere questo ingiusto divario.

L'obiettivo del Forum 5 è quello di valutare i progressi fatti in questa direzione nell'anno appena trascorso e di identificare le priorità da affrontare nel prossimo anno.

Nello stesso meeting di Ginevra, *Medicins Sans Frontieres* ([www.doctor-withoutborders.org](http://www.doctor-withoutborders.org)) presentava i risultati di un'indagine, effettuata nella primavera del 2001, distribuendo dei questionari alle 20 case farmaceutiche più importanti del mondo e chiedendo quali investimenti, su attività di ricerca o di produzione di farmaci, erano stati fatti riguardo ad alcune malattie infettive: malaria, tbc, malattia del sonno, malattia di Chagas e leishmaniosi, che affliggono i paesi poveri. Soltanto 11 case farmaceutiche hanno risposto ai questionari: 8 di queste non hanno investito nulla nell'ultimo anno per malattia del sonno, leishmaniosi o malattia di Chagas; 2 compagnie hanno investito sulla malaria e 5 sulla tbc, ma 7 case

farmaceutiche hanno riferito di spendere meno dell'1% dei loro investimenti su una delle malattie infettive in esame. Il direttore della campagna di *Medicins Sans Frontieres* per l'accesso alle medicine essenziali ha messo in evidenza che milioni di persone muoiono nei paesi in via di sviluppo ogni anno, perché i soli farmaci disponibili per la cura delle malattie infettive più diffuse sono vecchi, tossici e inefficaci.

Soltanto un minimo delle risorse disponibili sono state dunque destinate nel 2000 alla ricerca sulle malattie tropicali, mentre le case farmaceutiche promuovono nuovi farmaci per l'impotenza, l'obesità, la calvizie o l'insonnia, malattie dei paesi ricchi.

*c. lp.*



FRATO'01

HEALTH PROMOTING POLICIES  
AND CHILD HEALTH IN EUROPE:  
EVIDENCE AND EXPERIENCE

*Trieste, Italy,  
15 and 16 March 2002*

*Organised by*  
Unit for Health Services Research  
and International Health  
WHO Collaborating Centre for Maternal  
and Child Health  
IRCCS (Institute of Child Health) "Burlo  
Garofolo", Trieste, Italy

*With the collaboration of*  
WHO-Regional Office for Europe  
ESSOP (European Society for Social  
Paediatrics)

*Proceedings to be published in a special  
issue of the European Journal of Public  
Health*

#### *Objectives of the meeting*

##### *General*

to offer an overview of the status of health promoting policies for child health in view of current and future challenges; to provide an opportunity of exchange and networking among key advisors of policy makers, public health experts and researchers in this area.

##### *Specific*

to discuss methodological and policy issues related to health promoting policies for children and adolescents; to make suggestions about priorities on the basis of available scientific evidence and of experience in various European contexts.

##### *Note*

*La partecipazione è ristretta a 150 persone. Non vi sarà servizio di traduzione. La quota di partecipazione comprensiva di materiali, pranzo del 16 e caffè, è di 120 euro.*

*Per informazioni:*  
Giorgio Tamburlini, Matteo Albrizio  
tel. 040-3785567  
e-mail: [tamburli@burlo.trieste.it](mailto:tamburli@burlo.trieste.it)

# Lunibron®

Flunisolide



**NUOVO DOSAGOCCE® CON STANTUFFO GRADUATO**

**NUOVO ASTUCCIO CON REGOLA POSOLOGICA**



**Lunibron® 30 mg/30 ml**

Soluzione da nebulizzare  
**Flunisolide**

**VALEAS**

da	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	40	PIÙ
a	7	10	13	16	19	22	25	28	31	34	37	40	40	di

Peso corporeo (kg)

- ④ Posizionare la linea rossa in corrispondenza del peso corporeo e quindi leggere il numero di gocce da somministrare 2 volte al giorno

**POSOLOGIA  
BAMBINI E ADULTI**  
SALVO DIVERSA  
PRESCRIZIONE MEDICA

**n° di gocce**

**11** 2 volte al giorno

- ① Vedi lato  
② indicato  
③

**CLASSE A**

**VALEAS**

VALEAS S.p.A. - INDUSTRIA CHIMICA E FARMACEUTICA  
VIA VALLISNERI 10, 20133 MILANO



Organizzazione sanitaria

# Il federalismo fiscale Una riforma sconosciuta

Nerina Dirindin

Dipartimento di Scienze economiche e finanziarie "G. Prato". Università degli Studi di Torino

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 12-14

*In questo articolo l'autrice presenta una sintesi della sua relazione all'ultimo congresso nazionale Acp. È un'analisi chiara dei meccanismi di finanziamento del Ssn prima e dopo l'introduzione del federalismo fiscale. Nell'articolo vengono analizzati i possibili scenari che seguiranno l'applicazione della riforma. La maggiore autonomia e responsabilizzazione economica delle regioni accentuerà i contrasti? La possibilità di rimuovere il vincolo di destinazione alla sanità delle risorse, per coprire eventuali disavanzi, andrà a scapito della sanità pubblica? Queste stesse perplessità sono state espresse nella lettera che un gruppo di epidemiologi e di esperti di programmazione sanitaria ha inviato al ministro della sanità in questi giorni e che pubblichiamo a pagina 14 in questo stesso numero.*

## Le due riforme

Nel corso degli ultimi anni, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è stato oggetto di importanti riforme. La riforma che ha ricevuto maggiore attenzione è la cosiddetta "riforma ter" (o riforma Bindi), esplicitata nel decreto legislativo n. 229 del 1999. In realtà, il processo di riforma si è sviluppato lungo due diverse (e parallele) direzioni di cambiamento:

1. la riforma del modello di organizzazione e funzionamento del Ssn, contenuta nel citato decreto legislativo n. 229 del 1999,
2. la riforma del sistema di finanziamento del Ssn, contenuta nel decreto legislativo n. 56 del 2000.

Il decreto 229/1999, di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, rappresenta una tappa fondamentale nel processo di riordino del settore sanitario, ma non costituisce l'unico atto su cui poggia la riforma della sanità. Esso innova in maniera significativa alcuni aspetti dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, ma non entra nel merito del finanziamento del servizio, tema a lungo trascurato dalla legislazione nazionale. Infatti, già la legge 833/78 istitutiva del Ssn mancava di una disciplina specifica riferita al modello di finanziamento del servizio.

L'occasione per definire un primo meccanismo di finanziamento del Ssn si è presentata solo recentemente, in concomitanza con gli interventi di razionalizzazione del sistema fiscale avviati negli ultimi anni '90. La riforma del sistema di finanziamento è contenuta in un provvedimento adottato in attuazione della legge del 13 maggio 1999, n. 133, di delega al Governo in materia di federalismo fiscale. La delega prevede l'abolizione dei trasferimenti erariali alle regioni (a statuto ordinario) e la loro sostituzione con un aumento dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'accisa sulla benzina, nonché attraverso l'istituzione di una compartecipazione regionale al gettito dell'imposta sul valore aggiunto (Iva). L'innovazione

più significativa riguarda, peraltro, la possibile rimozione del vincolo di destinazione alla sanità della quota capitaria di finanziamento e l'introduzione di procedure di monitoraggio che non si limitino alla verifica dei livelli di spesa, ma che si spingano a valutare l'assistenza effettivamente erogata in ogni regione. Il decreto legislativo 56/2000 (di attuazione della delega 133/1999) avvia quindi, sul piano del finanziamento, un processo di riforma di portata almeno pari a quello, ben più noto e dibattuto, avviato con il decreto legislativo 229/1999.

## Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nell'anno 2000

Per comprendere la portata dei cambiamenti in atto è opportuno partire dall'analisi della situazione pre-federalismo fiscale. Fino all'anno 2000 (*figura 1*), il Ssn era finanziato attraverso una pluralità di fonti, sostanzialmente classificabili in quattro grandi categorie:

1. l'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) e l'addizionale regionale Irpef, introdotte nel 1998 in sostituzione dei contributi di malattia,
2. i trasferimenti erariali, a carico del bilancio dello Stato, corrispondenti a quello che tecnicamente è definito Fondo sanitario nazionale,
3. la partecipazione delle regioni a statuto speciale, le quali provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria utilizzando risorse dei bilanci propri,
4. le entrate proprie delle aziende sanitarie.

## Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a partire dal 2001

Che cosa cambia a partire dall'anno 2001? Come evidenzia la *figura 2*, le innovazioni introdotte con il federalismo fiscale comportano un cambiamento apparentemente solo formale. La quota di risorse precedentemente erogate alle regioni a statuto ordinario a titolo di trasferimento dal bilancio dello Stato è, a partire dal 2001, sostituita da un insieme di flussi di

Per corrispondenza:  
Nerina Dirindin  
e-mail: dirindin@econ.unito.it

pari ammontare, ma non più oggetto di erogazione da parte del livello centrale: le spese regionali vengono così ad essere finanziate con i tributi pagati dai cittadini (e non con erogazioni dal centro). Si tratta sempre di imposte pagate dai contribuenti, ma le regioni si affrancano (per così dire) definitivamente dai trasferimenti statali decisi di anno in anno nel corso di un lungo processo di negoziazione (fra centro e periferia) e si dotano di entrate proprie. Fra le nuove entrate, il flusso più rilevante è quello proveniente dalla compartecipazione all'Iva, ovvero da una compartecipazione delle regioni ad un tributo erariale (ove la base imponibile, le aliquote e le modalità di riscossione sono definite a livello nazionale). L'autonomia degli enti decentrati è ancora quindi molto ridotta, ma la dipendenza delle regioni dai trasferimenti dal centro fa già parte della storia del nostro sistema fiscale. Ma come sarà ripartita l'Iva fra le regioni? Ogni regione riceverà, attraverso una quota della compartecipazione all'Iva (e a complemento di quanto introitato con i tributi propri), un ammontare di risorse commisurato inizialmente alla spesa storica (ovvero i trasferimenti soppressi), e successivamente al fabbisogno finanziario stimato tenendo conto della popolazione residente, della dimensione territoriale della regione e della quota capitaria ponderata di finanziamento della sanità.

Il passaggio dal criterio della spesa storica al criterio del fabbisogno avverrà lungo un periodo di transizione che si estende fino all'anno 2013. L'obiettivo è raggiunto grazie all'istituzione di un fondo di perequazione, alimentato da parte del gettito dell'Iva attribuibile alle regioni più ricche, che consentirà (in transizione e a regime) di garantire, anche alle regioni con una ridotta base imponibile, risorse sufficienti a finanziare tutte le funzioni decentrate.

Quali, concretamente, i benefici di un tale sistema? Il sistema comporta un rilevante vantaggio per tutte le regioni: d'ora in avanti, esse potranno contare su una crescita automatica delle risorse a loro disposizione. Il gettito dell'Iva cresce infatti automatica-

mente con la crescita del prodotto lordo interno (Pil). L'incertezza delle risorse disponibili, il contenzioso tra le regioni e lo Stato, gli attriti in occasione dei riparti del Fondo sanitario nazionale potranno quindi considerarsi definitivamente superati. Restano per contro (anzi, si acuiscono) i contrasti tra regioni nella definizione e nell'applicazione concreta delle regole di finanziamento.

È bene precisare che la riforma non comporterà alcuna variazione della pressione fiscale. Apparentemente, quindi, i cambiamenti dovrebbero essere marginali. In realtà non è così, ma gli scenari sono ancora tutti da studiare.

### Due diverse interpretazioni

È ancora troppo presto per tentare una previsione circa i comportamenti delle singole regioni. Molto dipende, fra l'altro, dalle ragioni di fondo, esplicite e occulte, che hanno indotto i diversi livelli di governo ad accelerare il processo di responsabilizzazione finanziaria delle regioni, nonostante le numerose questioni ancora aperte. A tale proposito, pare utile offrire sinteticamente, anche a costo di qualche eccessiva semplificazione, una possibile lettura degli obiettivi attesi dal cosiddetto federalismo fiscale. La

ne sicuramente corretta, anche se non favorisce l'analisi degli effetti che, nel medio lungo periodo, la pur dovuta attribuzione di tributi propri alle regioni può comportare.

Una seconda lettura, più di prospettiva e - quindi - più problematica, suggerisce scenari ben più complessi. Il provvedimento risponde indirettamente a due obiettivi fondamentali:

1. rendere meno incerta la realizzazione degli obiettivi di risanamento della finanza pubblica, previsti dal patto di stabilità sottoscritto dal nostro paese con l'Unione europea,

2. dare concretamente risposta alle istanze di una "maggiore libertà di azione" espresse da alcune regioni del nord.

Alla realizzazione del primo obiettivo contribuisce la responsabilizzazione delle regioni per quanto riguarda il finanziamento della spesa da essi generata: le regioni sono infatti tenute alla copertura (attraverso tributi propri) degli eventuali disavanzi che, per il futuro, potranno formarsi. Sotto questo profilo il federalismo fiscale è (o, meglio, potrebbe essere) un potente mezzo per costringere le regioni a politiche di bilancio più virtuose. In tal senso, più che una conquista delle regioni, il federalismo può essere considerato un successo del governo cen-

Figura 1. Il finanziamento del Ssn: la situazione al 2000



riforma sembra rispondere a due diverse esigenze, ognuna delle quali sottende sviluppi differenti.

Secondo una prima interpretazione, letterale e in parte riduttiva, il decreto si limita a dare attuazione all'articolo 119 della costituzione secondo il quale: "alle Regioni sono attribuiti tributi propri e quote di tributi erariali in relazione ai bisogni delle Regioni per le spese necessarie ad adempiere le loro funzioni normali". Si tratta di un'interpretazio-

trale. D'altro canto, le regioni hanno accettato senza remore le responsabilità derivanti dalla maggiore autonomia (l'impegno a provvedere con tributi propri alla copertura di eventuali disavanzi) anche perché hanno parallelamente ottenuto la rimozione del vincolo di destinazione alla sanità delle risorse ad essa destinate. A maggiori responsabilità corrispondono quindi maggiori gradi di libertà (e, potenzialmente, qualche rischio per la sanità pubblica).

Il secondo obiettivo, la richiesta di una maggiore libertà di azione del nord, è squisitamente politico; esso trae origine dalla crescente tensione nei rapporti fra nord e sud del paese a causa del (presunto) drenaggio eccessivo di risorse operato attraverso il bilancio pubblico dalle regioni ricche del nord alle regioni povere del sud. La previ-

Figura 2. Il finanziamento del Ssn: la situazione al 2001



sione (contenuta nel decreto sul federalismo) di un meccanismo di perequazione volto a garantire, anche alle regioni più povere, le risorse necessarie per assicurare l'esercizio delle funzioni ad esse attribuite non elimina infatti il timore che il dibattito appena avviato non sia altro che l'inizio di una lunga serie di contrasti inevitabilmente destinati a compromettere la solidarietà fra le diverse aree del paese.

Su tali temi siamo tutti chiamati a riflettere in quanto contribuenti, elettori e beneficiari della spesa pubblica. ■

## Lettera aperta al ministro della Sanità

*Quello che abbiamo ora.* Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano è oggi caratterizzato dal fatto di essere accessibile a tutti gratuitamente, essendo la spesa coperta da un finanziamento legato alla fiscalità generale. Il decreto legislativo 229 del 1999 stabilisce che lo Stato italiano dichiara quali prestazioni sanitarie sono garantite a tutti i cittadini, in modo uniforme sul territorio nazionale.

Questa idea di Livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) risponde all'esigenza di rendere note ed esplicite le prestazioni sanitarie (preventive, diagnostiche e terapeutiche) che tutti hanno il diritto di ricevere, su tutto il territorio nazionale, in quanto sono prestazioni che rispondono a finalità condivise sul piano etico (il solidarismo), sono utili, sono scientificamente provate e compatibili con il sistema di finanziamento in vigore. La stessa legge prevede anche i cosiddetti fondi integrativi, attraverso i quali i cittadini possono liberamente associarsi per acquisire prestazioni sanitarie aggiuntive non incluse nei Lea o per coprire i costi dell'assistenza pubblica in regime di intramoenia. I Lea e i fondi integrativi hanno lo scopo di rendere trasparente l'uso dei fondi destinati alla sanità, di ancorare tale uso alle prove scientifiche, e di garantire un minimo di uniformità di prestazioni offerte sull'intero territorio nazionale.

*Che cosa sta succedendo.* Da quest'anno (2001) ha preso avvio il federalismo fiscale e il governo della sanità è prioritaria competenza delle Regioni. Tale mutamento risponde alla diffusa esigenza di maggiore decentramento decisionale e di maggiore trasparenza nella gestione della cosa pubblica. Nel caso della sanità il federalismo vuol dire che ogni regione potrà esigere una quota maggiore o minore di imposte, e organizzare conseguentemente il Servizio sanitario regionale. Se i Lea non dovessero al più presto esser definiti a livello

nazionale, si potrebbero immaginare diversi scenari: per esempio, ogni regione in assenza di Lea nazionali espliciti potrebbe stabilire i suoi Lea regionali, introducendo disuguaglianze nell'erogazione delle prestazioni (regioni ricche potrebbero garantire anche prestazioni non essenziali o addirittura ancora solo sperimentali, mentre altre regioni potrebbero scegliere, o potrebbero esser costrette a scegliere, di non garantire prestazioni altrove ritenute essenziali). Nonostante il suo carattere universale e gratuito, il Ssn italiano è già oggi caratterizzato da profonde disuguaglianze sia tra aree regionali sia tra classi sociali; se non interverrà una precisa definizione dei Lea il federalismo potrebbe aggravare queste disomogeneità.

*I rischi per il futuro.* Uno scenario ancora più preoccupante è quello in cui alcune regioni decidessero di rinunciare a una delle caratteristiche principali dell'attuale sistema, il finanziamento pubblico su base fiscale, e propongessero un sistema misto: una sanità pubblica per i "poveri" finanziata come l'attuale sistema, e una sanità privata per i ricchi finanziata da un sistema assicurativo. Questa scelta potrebbe avere conseguenze gravi sul breve e sul lungo periodo, non solo per gli evidenti problemi di diseguità, ma anche per la qualità dell'assistenza e per l'aumento della spesa complessiva.

*Che cosa si dovrebbe fare.* È quindi essenziale e urgente che al federalismo fiscale e all'autonomia regionale in campo sanitario si accompagni immediatamente la definizione, per lo meno concettuale, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza garantiti dal Ssn. Come anche le esperienze condotte in altri paesi insegnano, si tratta di un processo complesso che richiede da una parte il contributo tecnico delle diverse competenze professionali, dall'altra la rappresentanza delle diverse componenti valoriali e culturali della società.

Come gruppo di epidemiologi ed esperti di programmazione sanitaria, pensiamo che sia nostro compito sottolineare quanto meno le caratteristiche tecniche che il processo di definizione dei Lea dovrebbe avere e che possono sinteticamente essere descritte nei seguenti punti:

1. il primo passo dovrebbe consistere nella stesura della lista delle prestazioni certamente escludibili, o perché chiaramente e indiscutibilmente non sorrette da prove scientifiche (cioè inefficaci e inutili) o perché non pertinenti con i valori etico-sociali di riferimento del Ssn e con i suoi obiettivi; è importante essere consapevoli che lo strumento della lista "negativa" può portare alla esclusione delle (relativamente poche) prestazioni inefficaci ancora utilizzate nel Ssn, ma non affronta il problema del garantire un uso

razionale delle prestazioni e degli interventi efficaci utilizzati in modo inappropriato;

2. per questo è necessario il rilancio delle iniziative e degli strumenti che indirizzano verso un uso appropriato di interventi sanitari efficaci, coerentemente con quanto indicato sia dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 sia dal decreto legislativo 229/99. Linee guida cliniche e organizzative, una politica di accreditamento dei professionisti e dei servizi attenta alla loro capacità di utilizzare bene ciò che sappiamo essere utile per i pazienti, sono alcuni degli strumenti che possono essere impiegati in una operazione di razionalizzazione che non penalizzi l'accesso dei cittadini ai servizi, ma piuttosto ne garantisca la qualità;

3. infine si tratta di porsi il problema di controllare l'immissione delle innovazioni nel Ssn. La medicina moderna conosce da tempo una fase di esponenziale crescita del numero delle tecnologie e degli interventi sanitari disponibili sul mercato. Questi interventi e tecnologie spesso non offrono benefici aggiuntivi sostanziali, ma incidono pesantemente sui costi del Ssn. Poter governare l'ingresso nel Ssn di queste tecnologie, come avviene oggi in molti altri paesi, attraverso la definizione di regole esplicite e strumenti che indichino quali debbano esserne i requisiti necessari è l'ultimo, ma non meno importante, passo per un percorso di definizione dei Lea che ne valorizzi il vero significato di fondo: rappresentare un sistema di garanzie sociali e di tutela della qualità dell'assistenza per i cittadini.

*Renato Balma, Annibale Biggeri, Daniele Busetto, Nino Cartabellotta, Daniela Celin, Cesare Cislighi, Alessandro Correati, Giuseppe Costa, Nerina Dirindin, Maria Pia Fantini, Claudio Galanti, Marco Geddes da Filicaia, Roberto Grilli, Aldo Lupo, Ubaldo Montaguti, Eugenio Paci, Salvatore Panico, Carlo Perucci, Nereo Segnan, Sandro Spinsanti, Paolo Vineis*

*Questo documento, insieme agli atti del Seminario sui Livelli essenziali e uniformi di assistenza, organizzato dall'Areas-cci e dalla Fondazione Isi, e svoltosi a Torino il 13-16 novembre 2000, è disponibile sul sito <http://www.gimbe.org/lea/index.htm>*



# Clenil<sup>®</sup> per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare

# Fluibron<sup>®</sup> A

ambroxol



Occasioni per una buona lettura

## Le recensioni del mese

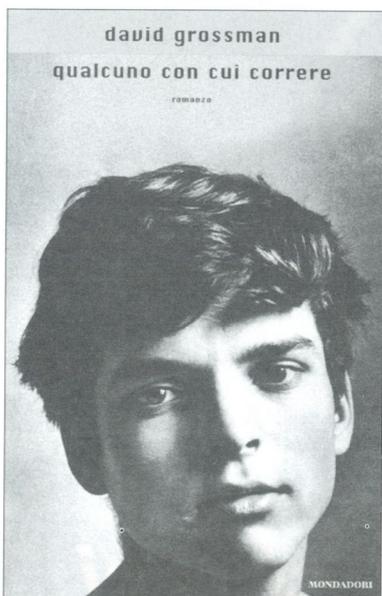
Rubrica redazionale



**N**on è più pensabile discutere dell'infanzia italiana di oggi prescindendo dalla dimensione quantitativa che i bambini hanno assunto in Italia. Si tratta di uno spostamento dell'angolo di osservazione rispetto anche soltanto ad alcuni anni fa, quando il fattore demografico non era neppure preso in considerazione parlando di bambini o, se lo era, faceva storia a sé, fungeva da introduzione a un discorso sui bambini che si svolgeva lungo i consueti binari, senza influenzarlo minimamente. Sappiamo ormai che non è più così: il numero di bambini in rapporto alla popolazione è una variabile formidabile, nel senso che è capace di illuminare angoli e zone del mondo dei bambini e del rapporto tra questo mondo e quello degli adulti. L'Italia è diventata, nel giro di meno di un quarto di secolo, un paese povero di bambini, accumulando un divario rispetto ai paesi europei: se avesse goduto degli stessi livelli di fecondità dell'Unione europea, l'Italia avrebbe oggi un milione e mezzo di bambini in più. Già il sottotitolo *La drammatizzazione della condizione infantile oggi in Italia* fa presumere che si tratti di un libro di denuncia, come l'autore stesso, Roberto Volpi, dice nell'introduzione; del resto nei suoi due precedenti libri *Figli d'Italia* (1996) e *C'erano una volta i bambini* (1998) aveva espresso i suoi ragionamenti, supportati dai numeri, sulla moda di snocciolare il rosario delle disgrazie che toccano ai bambini e sul come conviene guardarsi da chi non ha a cuore che il bene dei bambini. In *I bambini inventati* Volpi ha raccolto una messe di dati su tutto quello che riguarda il mondo dell'infanzia e li ha analizzati, discutendone gli aspetti che vengono spesso esagerati dai media e talvolta anche da alcune istituzioni. Nelle prime pagine del libro si leggono riflessioni sui dati e sull'attività di Telefono azzurro con la conclusione, condivisibile, che "non possiamo non chiederci se proprio i dati che Telefono azzurro dichiara non dovrebbero suggerire a questa associazione una lettura meno allarmata (e non di rado allarmistica) della realtà del fenomeno delle violenze e degli abusi sui minori, e segnatamente sui bambini, oggi in Italia". Spesso numeri e notizie vengono "manipolati" fino a offrire un'immagine dell'infanzia distorta, che altro non è che una sommatoria di singoli, frammentari, "tragicizzati" problemi. Il libro fa risaltare anche l'eccessiva ingerenza degli adulti nel mondo dei bambini, tanto da inventare bambini non reali e proporre comportamenti e politiche ritagliate su analisi emotive. Volpi conclude, dopo aver analizzato "l'inflazione educativa" oggi imperante in Italia, con un capitolo sulla "essenzialità" dell'educazione, suggerendo dei consigli per micro-iniziativa che possano liberare i bambini in uno spazio, fisico e culturale, più formativo.

Nicola D'Andrea

**Roberto Volpi** *I bambini inventati* La Nuova Italia, 2001, pp. 173, E 12,39



**P**rotagonisti sono due adolescenti e un cane. Narra la storia di un ragazzino, Assaf, assunto per le vacanze presso un ufficio municipale e incaricato di riportare in qualche modo al proprietario sconosciuto una cagna, Dinka. Seguendo Dinka, nella convinzione che ritroverà la sua casa, per le strade e i vicoli di Gerusalemme, Assaf entra di fatto in una storia non sua: quella di Tamar, ragazza solitaria e ribelle fuggita di casa per andare a salvare il fratello, un giovane tossicodipendente finito nella rete di una banda di malfattori. La ragazza ha un piano perfetto, ma molto audace, in cui Assaf si lascia coinvolgere, decidendo di "correre" con Tamar prima ancora di aver chiarito tutti i frammenti del suo mistero, affascinato da lei che prende vita nella sua mente e nel suo cuore. Tamar è in sostanza amica del mondo (consola i sognatori, ha tempo per reietti) e Assaf lo scopre una stazione dopo l'altra continuando a inseguire Dinka. *Qualcuno con cui correre* è il romanzo della crescita, del rapporto nuovo che si instaura attraverso la conoscenza tra due persone e con il mondo. Il messaggio è che le cose, anche nelle zone incandescenti del Medio Oriente, si possono cambiare. Questo capolavoro di narrazione e di scrittura dà un contributo a questa possibile utopia.

Nicola D'Andrea

**David Grossman** *Qualcuno con cui correre* Mondadori, 2001, pp. 364, E 17,04

**S**ono passati sei anni dalla recensione del *L'anno della lepre* di Arto Paasilinna su *Quaderni acp* e in questi anni sono stati tradotti dal finlandese in Italia altri romanzi di successo (*Il bosco delle volpi*, *Il mugnaio urlante*, *Il figlio del Dio del Tuono*) che certamente sono stati apprezzati da chi ha avuto occasione di leggerli.

L'ultimo romanzo, appena pubblicato sempre da Iperborea, dal titolo *Lo smemorato di Tapiola* è una storia-favola senza tempo: tipici i personaggi, come nei precedenti racconti, costituiti da uomini e donne stanchi delle loro normali esistenze, che trovano, spesso per caso, una soluzione alternativa, lasciandosi dietro le spalle, per qualche tempo o per sempre, le regole in passato rispettate. Protagonisti sono un tassista e un anziano consulente agrimensore, che non ricorda più chi è, né dove è diretto: così i due iniziano a scorazzare senza meta prima per Helsinki, poi per tutta la campagna, fino a stringere una grande amicizia.

Alla "strana coppia" si aggregano due stravaganti balcanici e un vecchio commilitone, che sta tramando un'azione temeraria: far saltare in aria la sua fattoria per protesta contro il governo finlandese, che lo avrebbe maltrattato nel corso degli anni.

Spuntano in scena anche dodici giovani parigine anoressiche, che si vorrebbero cimentare in un campo di sopravvivenza a quelle latitudini, senza aver il minimo senso di realtà. Tutto il racconto è pervaso dal particolarissimo *humor*, che a volte sconfinava nel *non sense*, caratteristica irresistibile di Paasilinna.

Nicola D'Andrea

**Arto Paasilinna** *Lo smemorato di Tapiola* Iperborea, 2001, pp. 232, E 13,54

**L**eggere questo libro ed andare a ritrovare *Tante storie per giocare* di Gianni Rodari (ho un'edizione Einaudi del 1977 che costa 2.500 lire!) è stato tutt'uno: per primo ci ha insegnato come affrontare insieme ai nostri bambini la complessità del mondo proponendo tre finali per ognuna delle diciannove storie che racconta e, tanto per continuare a giocare, ci ha lasciato una sorta di epilogo nel quale "confessa" il finale che preferisce.

Avere a disposizione più di un finale non è solo divertente, ma sostiene un'idea di società dove tutti possono contribuire a produrre dei cambiamenti.

*Gaia e l'isola delle bacche rosse* è una storia per piccolissimi con due possibili finali ed è un libro con un'originale veste tipografica: è formato da 7 grandi pagine, ognuna delle quali si spezza letteralmente in due parti e può diventare un felice preludio alla lettura di Rodari.

Il racconto comincia in un'isola rocciosa abitata da topini grigi. Fra loro c'è Gaia, l'intraprendente topina protagonista della storia.

Quando Gaia propone di avventurarsi in mare per vedere se ci sono mondi da esplorare, alcuni compagni decidono di partire con lei. Trovano un altro mondo e altri topini di diverso colore, che parlano una lingua incomprensibile.

La curiosità di conoscere o la paura dell'ignoto fanno la differenza.

Si tratta di un libro da leggere ai più piccini e abbastanza grande da guardarlo tutti insieme. Piaceranno soprattutto le pietre di fuoco – il tesoro dell'isola di Gaia – tante piccole palle dorate che brillano nell'illustrazione e sembrano uscire dal foglio.

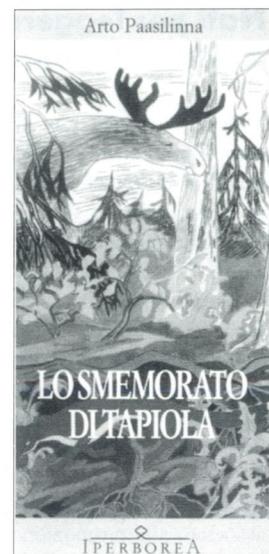
Sono un tesoro perché danno luce e calore ai topini di Gaia così come le bacche rosse danno cibo in abbondanza agli altri topini. "Gaia e i suoi compagni capirono che quelle bacche erano, come le pietre di fuoco, un dono della terra..." questo è il preludio al finale felice, come a dire che condividere è fondamentale, mentre, nell'altro finale, i topini grigi fanno una scorpacciata delle buonissime bacche rosse senza valutare le conseguenze, preoccupati soltanto di non farsi sottrarre le pietre di fuoco.

Vengono in mente tante analogie, fin troppo facili: viene da pensare alle pietre di fuoco come equivalenti della nostra tecnologia e alle bacche rosse come equivalenti delle straordinarie risorse che alcuni paesi possiedono (per esempio la foresta amazzonica) e a Gaia come al pianeta su cui stiamo.

Ai bambini tutto questo non lo diremo, ma intanto...

Anna Grazia Giulianelli

**Marcus Pfister** *Gaia e l'isola delle bacche rosse* Nord-Sud, 2001, pp. 234, E 13,43



## Nati per leggere a Secondigliano

Abbiamo ottenuto dei fondi dal comune di Napoli per partire con *Nati per leggere*, sulla scia di ROR (reach out and read), nel quartiere di Secondigliano. Il progetto è stato inserito nella triennalità della legge 285. Ci sarà la partecipazione del consultorio e di alcuni pediatri di famiglia, che distribuiranno i libri ai bilanci di salute; ci saranno i lettori volontari e speriamo anche la partecipazione della biblioteca. Il nostro intento, viste le caratteristiche sociali di alcune aree della nostra regione, è quello di mirare le risorse disponibili in quelle zone dove c'è un maggiore rischio sociale e dove il regalo del libro, in determinate fasce di età, associato alla promozione della lettura ad alta voce da parte dei pediatri e di altri operatori, possa contribuire a creare quei fattori protettivi e di "rinforzo" del capitale sociale delle famiglie. Cercheremo di fare sulla scia di ROR anche una valutazione, prima e dopo l'intervento, sulla attitudine alla lettura per valutare in questo modo l'efficacia dell'intervento.

Stefania Manetti

## Nati per leggere a Roma

La legge 285 del 1997 è la prima, esplicitamente rivolta ai bambini, che ha fornito ai comuni e alle regioni ampie risorse per finanziare progetti rivolti alla quotidianità della vita dei minori e per sostenere le famiglie nella crescita dei loro figli. Grazie ai finanziamenti di questa legge è partito un anno fa, sotto gli auspici degli Assessorati alle politiche dell'infanzia e alle politiche culturali di Roma, un piano territoriale cittadino, nel cui ambito sono state avviate molte iniziative. Fra queste in particolare, l'adesione alla campagna nazionale *Nati per leggere* che, com'è noto, l'Associazione italiana biblioteche, l'Associazione culturale pediatri e il Centro per la salute del bambino, hanno promosso al fine di sostenere la pratica della lettura fin dalla primissima infanzia. Così sono nate alcune proposte, tutte romane, fra cui *Leggere per crescere*, che s'intreccia e s'integra con la nostra *Nati per leggere*. Il progetto ha coinvolto quattro biblioteche: la biblioteca centrale per ragazzi e la "Rodari" che da qualche tempo hanno allestito al loro interno uno spazio riservato ai bambini sotto i sei anni, la biblioteca Rugantino e quella di Valle Aurelia.

È stata allestita una "Mostra bibliografica sulle letture dei piccoli", che raccoglie il meglio

della produzione editoriale per i bambini da zero a tre anni: libri morbidi di stoffa e di peluche, cartonati, libri con i buchi e tridimensionali; per i più grandicelli fiabe illustrate, ma anche storie per divertirsi e per imparare insieme. Fra le altre attività: laboratorio e animazione, conferenze su vari temi quali "Perché, cosa e come leggere ai piccolissimi", corsi di aggiornamento.

Alcuni studi pediatrici, coinvolti nella campagna nazionale *Nati per leggere*, hanno ricevuto delle belle scatole di legno, con le ruote, contenenti una quarantina di libri, una morbida coperta su cui accomodarsi, qualche personaggio di stoffa e materiale informativo con suggerimenti sui libri e sulle letture per bambini da zero a sei anni.

Queste vere e proprie librerie ambulanti sono state affidate anche ad asili nido e ludoteche,



all'ospedale Bambin Gesù e all'asilo nido del carcere di Rebibbia. Le iniziative romane ancora più che altre, avvenute in diverse località italiane, hanno attirato l'interesse e l'attenzione di alcuni quotidiani nazionali, che hanno evidenziato l'importanza della lettura ad alta voce e le sue implicazioni sullo sviluppo cognitivo del bambino (e non solo).

Così riporta *Il Messaggero*: "...lo sostengono pediatri e educatori. Lo predicano editori e bibliotecari. Lo dice il buon senso. Leggere ad alta voce una fiaba ai più piccoli fa bene a tante cose: stabilisce un profondo contatto emotivo tra genitore e figlio, riappacifica, fa scoprire ai bambini, e agli stessi adulti, il piacere della lettura"; *Il Tempo*: "...tanti buoni libri per offrire ai bambini un futuro migliore. Un progetto delle biblioteche comunali per aiutare i più piccoli a scoprire cosa vogliono fare da grandi, un gesto significativo nei confronti del diritto alla lettura, riconosciuto ai bambini anche dalla Carta scritta per loro dalle Nazioni Unite e

recepita dalla nostra legislazione"; *L'Osservatore Romano*: "...la lettura (...) possa essere (...) persino in momenti critici per la vita sociale o familiare, elemento rasserenante, consolatorio, rassicurante (...) come sia utile, iniziando sin dalla più tenera età, leggere ai bambini o leggere insieme con i bambini".

Speriamo che la legge 285/97 possa essere applicata anche nei piccoli centri, dove non sono presenti spazi di lettura per i bambini e, a volte, neppure biblioteche.

f. d.

## Nati per leggere a Ferrara

Tra il comune di Comacchio e l'Acp Ferrara si è concluso un accordo per i finanziamenti del progetto *Nati per leggere*. Sono già stati scelti i libri che saranno forniti in quattro bilanci di salute (6° mese, 1°, 2° e 3° anno).

Fra ottobre e novembre si effettuerà un corso di formazione per pediatri e insegnanti del nido, scuola materna ed elementare. Per la metà di gennaio del prossimo anno sarà presentato ufficialmente il progetto ed in tale sede si confermerà il gruppo di lettori volontari che successivamente seguiranno il corso di formazione specifico. Da quella data partirà il progetto in contemporanea fra i pediatri, nelle scuole, nella biblioteca comunale e nelle librerie che nel frattempo avranno dato la loro adesione.

f. d.

## Nati per leggere a Milano

Giovedì 8 novembre dieci pediatri dell'Acp Milano si sono incontrati a Vimercate (Mi) con i bibliotecari e i responsabili locali di *Nati per leggere*, per dare il via all'attuazione del progetto sul territorio fornito dal sistema bibliotecario del vimercatense. Le biblioteche interessate stanno provvedendo alla guida per i genitori e alla raccolta "mirata" di libri per bambini da 6 mesi a 6 anni, da rendere disponibili per il prestito. Sono state illustrate le possibili attività di animazione e discusse alcune modalità di promozione della lettura ad alta voce. Tra le iniziative che accompagneranno localmente il progetto sono previsti, oltre alla distribuzione di bibliografie, minicorsi di tecniche di lettura e seminari sull'illustrazione. In uno degli ambulatori pediatrici interessati probabilmente sarà presente, in tempi brevi, un lettore volontario in sala d'attesa.

Federica Zanetto

# Bimbi robot e bimbi veri

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 19

*Un film americano in cui appaiono scene computerizzate di una New York distrutta, con le torri gemelle e altri grattacieli ridotti in macerie e sommersi dal mare; un film iraniano in cui si parla di talebani e di controlli alla frontiera, di donne "teste nere" e di mine. Un cyber-bambino che chiede amore, bambini veri in un'area di guerra. Due film opposti che hanno tre cose in comune...*

Sembra domani ed è ieri; sembra ieri ed è oggi. Non è un indovinello, ma il riassunto di due film che, nell'indecisione della scelta, ho messo insieme, ben consapevole di mischiare capre e cavoli, sacro e profano, fantasia e realtà. Ma andiamo con ordine. Fino all'ultimo sono stato indeciso se scegliere, per questa rubrica, *Artificial Intelligence* che doveva essere il quattordicesimo film di Stanley Kubrick e che Steven Spielberg ha fatto suo, oppure lo sconvolgente *Viaggio a Kandahar* dell'iraniano Mohsen Makhmalbaf. Due film diametralmente opposti non solo perché firmati da due registi che hanno poche cose in comune, ma anche per molti altri motivi: la tecnica (da quella altamente tecnologica e computerizzata a quella tradizionale), il costo di produzione (dai miliardi ai milioni), il genere (dalla fantascienza alla cronaca), la vicenda (dalla fiaba al realismo crudo), l'ambientazione (dalla ricca e opulenta America al poverissimo Afghanistan)... E allora perché questo accostamento? Perché, nonostante tutto e a costo di passare per visionario, trovo almeno tre cose in comune tra questi due film.

La prima è la loro sconvolgente attualità. Tutti e due, infatti, sembrano ideati e girati immediatamente dopo quel triste 11 settembre 2001 che ha cambiato la storia degli USA e del mondo. E se nel film americano appaiono scene computerizzate di una New York distrutta, con le torri gemelle e altri grattacieli ridotti in macerie e sommersi dal mare, in quello iraniano si parla di talebani e di controlli alla frontiera, di donne "teste nere" e di mine. La seconda cosa in comune tra i due film è questo giocare con il tempo, per l'appunto. Spielberg sembra raccontarci una storia che verrà, dove l'alta tecnologia dovrebbe provvedere a sanare la tristezza dell'uomo e a riempire il vuoto lasciato dalla morte. "Sembra", perché, in realtà, invece di guardare avanti, non fa altro che girarsi indietro e ispirarsi a *Le avventure di Pinocchio* che Collodi scrisse per l'infanzia nel 1880. Makhmalbaf, invece, racconta una vicenda dei nostri giorni, sconosciuta ai più e tanto assurda da sconvolgere gli spettatori occidentali, increduli di fronte a ciò che accade altrove ancora oggi. La terza cosa - quella che qui ci interessa sottolineare in modo particolare - è la presenza dei bambini. Il piccolo David di *Artificial Intelligence* è un bambino robot, un cyber-Pinocchio. E come il burattino di Collodi compie monellerie

(anche se con una malizia inferiore a quella dei bimbi veri), sperimenta l'abbandono e la fuga, rischia la morte, desidera diventare un bambino reale, ricorre al suo costruttore (un Geppetto high-tech), va alla ricerca della fata turchina, vuole la mamma. D'accordo: sappiamo (anche se con notevole sforzo di fantasia davanti alla simpatica faccina del piccolo Haley Joel Osment) che abbiamo davanti un giocattolo; ma come si fa a non intenerirsi quando, alla fine della sua odissea - costretto a scegliere tra tanto progrediti quanto smaterializzati esseri provenienti da altri pianeti - gli sentiamo dire ciò che migliaia di psicologi, pedagoghi e sociologi hanno sempre sostenuto, e cioè che un bambino preferisce una giornata di vero affetto materno a secoli di gelo? Di carne ed ossa (più le seconde che la prima, purtroppo) sono, invece, i bambini che la protagonista del film di Makhmalbaf incontra nel suo *Viaggio a Kandahar*. Hanno fame, sono mutilati dalle mine, piangono, guardano con occhi smarriti quello che sta succedendo intorno a loro, non capiscono il motivo di tanta sofferenza. Avrei pagato chissà cosa per sentirmi dire che quei bambini erano attori e io stavo assistendo "solo a un film".

Sono stato recentemente invitato a intervenire in un progetto di educazione audiovisiva organizzato dall'Associazione culturale "Mitreo film festival" e dall'Unicef di Santa Maria Capua Vetere (CE). In quell'occasione ho visto questi documentari: *Undici settembre* di Rino Della Corte, *Scarpette bianche* di Marco Tullio Giordana, *La condizione dell'infanzia nel mondo* e *Amari proverbi afgani*. Li ho visti in una sala gremita di ammutoliti alunni delle scuole superiori. In sala, durante la visione del film, si respirava incredulità e tristezza. La mia sensazione - confermata, peraltro, dai ragazzi che hanno preso la parola durante il dibattito - è stata quella di assistere ad una lezione senza pari. Se mi nominassero, anche per un solo giorno, ministro della pubblica istruzione, obbligherei tutti gli alunni di tutte le scuole di Italia (ma anche i genitori e i docenti) a vedere sia il film di Makhmalbaf, sia i documentari citati. E se qualche insegnante o dirigente scolastico obiettasse che non si può saltare la lezione perché i programmi ministeriali vanno svolti e i tempi di programmazione rispettati... credo che non esiterei un solo istante a licenziarlo in tronco! ■

Per corrispondenza:  
Italo Spada  
e-mail: [italospada@libero.it](mailto:italospada@libero.it)



Salute  
pubblica

# I touchpoint: prevenire i problemi nella relazione genitore-bambino

Berry Brazelton

Professor Emeritus, Pediatrics, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 20-24

*Berry Brazelton è convinto che la capacità del pediatra di anticipare le aree di potenziale conflitto sia essenziale per una corretta gestione familiare dello sviluppo del bambino. Il progetto touchpoint nato ufficialmente nel 1993 al Children Hospital di Boston e illustrato nelle sue linee essenziali in questo articolo, può contare ormai su una ampia rete internazionale di sostegno. Utili approfondimenti il lettore può trovarli nel sito web del progetto: [www.touchpoints.org](http://www.touchpoints.org)*

La traduzione è di Rita Semprini

Per corrispondenza:  
Berry Brazelton  
e-mail: [touchpoints@tch.harvard.edu](mailto:touchpoints@tch.harvard.edu)

## Introduzione

Le opportunità che hanno i pediatri di intervenire sulla prevenzione dei disturbi dello sviluppo del bambino sono enormi. L'importanza del loro ruolo nel rendere ottimale ogni fase dello sviluppo - motorio, cognitivo ed emotivo - è pari a quella che essi hanno nella prevenzione delle malattie e dei disturbi fisici (1). Offrire un sostegno e una guida alle famiglie può avere una funzione centrale nel ridurre le situazioni di stress; sostenere l'individualità del bambino consente di migliorare le capacità della famiglia stessa di offrire un ambiente di crescita favorevole (2). Il lavoro svolto con i bambini ad alto rischio dimostra che un sistema nervoso vulnerabile può facilmente essere sovraccaricato da stimoli che sarebbero appropriati per un sistema nervoso sano e maturo (3). Si crea un ciclo di "apprendimento dai fallimenti" anziché dai "successi", da cui il sistema nervoso deve in qualche modo proteggersi. Un sistema nervoso immaturo trae dei vantaggi dalla stimolazione, purché il bambino sia in grado di ricevere gli stimoli che gli vengono offerti, di utilizzarli e di organizzarsi rispetto ad essi. Il compito vitale di organizzare il sistema motorio e autonomo per ricevere ed utilizzare le informazioni può essere profondamente compromesso quando la soglia è troppo sensibile a stimoli non appropriati (ad es. suoni troppo forti, luci troppo intense, stimoli troppo rapidi o eccessivi): un organismo immaturo deve evitarli o ne viene sopraffatto. La capacità di adattarsi a stimoli nocivi ripetuti è un processo ben noto in tutti i neonati e bambini, ma è dispendioso per un neonato fragile (4): pertanto, uno stimolo che può essere recepito e a cui si è in grado di rispondere facilmente diventa favorevole per lo sviluppo, mentre uno stimolo inappropriato o eccessivo può stressare l'organismo e

contribuire ad instaurare un pattern deviante di ritiro o di reazioni comportamentali distorte. I pediatri occupano una posizione privilegiata nel riconoscere questi pattern e nel sostenere i genitori attraverso la comprensione delle caratteristiche del comportamento dei loro bambini.

Nel nostro lavoro con la scala di valutazione del comportamento del neonato - *Neonatal Behavioral Assessment Scale* - abbiamo trovato che tanto più precocemente sosteniamo la relazione genitore-bambino, tanto più sono significativi gli effetti sul loro sviluppo (5). L'intervento precoce è fondamentale in quanto può aumentare la plasticità disponibile, soprattutto nei neonati a rischio che hanno subito un danno al sistema nervoso immaturo (6).

Nei momenti critici dello sviluppo fetale fattori come la denutrizione, l'infezione intrauterina, la tossiemia, l'esposizione a droghe, alcool o fumo, possono ridurre la divisione cellulare in organi come il cervello, la tiroide e le ghiandole surrenaliche (7). Quando le influenze sfavorevoli assumono un andamento cronico provocano un danno più grave sul sistema nervoso in via di sviluppo riducendone le capacità potenziali in funzioni quali l'attivazione, la motivazione e l'attenzione prolungata; possiamo aspettarci dunque che, se il feto viene esposto a tali condizioni, al bambino vengano poi assegnati attributi "negativi": pigrizia, mancanza di motivazione, sentimenti di impotenza e disperazione (*helplessness, hopelessness*) rispetto alle capacità di cambiare il proprio futuro. La nostra speranza come medici è di prevenire questo circolo vizioso di "negatività" che si autoriproduce.

Dopo uno stress o un danno il sistema nervoso può essere ipo o ipersensibile. Ritengo che un insulto al sistema nervoso in crescita

possa creare piccole aree danneggiate: capillari e neuroni accorrono nel tentativo di ripararle creando così un'area di ipersensibilità. Questa ipersensibilità localizzata si propaga alle aree contigue, producendo una iper-reattività del sistema motorio e/o un arresto temporaneo, cosicché il bambino diventa eccessivamente sensibile agli stimoli sensoriali. Pertanto, è probabile che sia iperattivo o ipoattivo, iper-reattivo o iporeattivo, difficile da capire per un genitore ansioso - a meno che non ci sia un pediatra capace di interpretare questo comportamento e di guidare il genitore fornendogli un modello per interagire con lui (8).

Il nostro compito con genitori sotto stress è di fornire loro informazioni adeguate sull'importanza di creare le condizioni intrauterine adatte per lo sviluppo, di sostenerli nel mantenere una nutrizione adeguata ed una vita priva di droghe. Poiché i nostri attuali sistemi sanitari non sono organizzati per costruire modelli di prevenzione in cui i genitori a rischio si sentano benvenuti e considerati, se vogliamo raggiungere il nostro obiettivo con le famiglie a rischio dovremo cambiare tali sistemi. Dovremo passare da un sistema orientato alla malattia, a cui siamo stati formati come medici, ad un modello positivo, che tenga conto dei punti di forza di tutti i genitori. Dobbiamo entrare nel sistema genitore-bambino come partecipanti; ciò significa contattare i futuri genitori con un approccio incoraggiante, che faccia emergere i loro valori positivi, etnici, religiosi o di stili di vita che li faccia sentire apprezzati. Per esempio, un'adolescente incinta può essere vista come un fallimento; un tale atteggiamento potrebbe allontanarla da noi e limitare le nostre possibilità di una buona interazione con lei. In alternativa possiamo accettare la sua gravidanza, mostrare le potenzialità future del suo bambino, offrirle un sostegno per migliorare tali potenzialità, assumendo un ruolo positivo nel suo sistema familiare.

La teoria sistemica costituisce un approccio molto valido per coloro che sono interessati alla prevenzione. In base ad essa ciascun componente (nel nostro caso il sistema familiare) ha una reazione ad ogni stress intercorso in quel sistema in ogni

fase evolutiva dello sviluppo del neonato e del bambino. La nostra presenza come componenti del sistema, dal momento che ciascuno ne condivide le reazioni, può alleviare lo stress e determinare la possibilità di imparare a superare i punti critici. Noi, come medici, possiamo avere un ruolo cruciale per la buona riuscita del sistema familiare, possiamo dare le informazioni necessarie per preparare i genitori a capire e favorire lo sviluppo del bambino.

### I touchpoint

A tale scopo ho disegnato una mappa dei "touchpoint", i punti in cui lo scatto evolutivo del bambino provoca un cambiamento nel sistema. Nessuna linea evolutiva nel bambino ha una progressione lineare: lo sviluppo motorio, cognitivo ed emotivo procede secondo linee frastagliate e per scatti rapidi. Questi scatti sono costosi per l'organismo stesso ma anche per tutti coloro che vi stanno intorno. Imparare a camminare ne rappresenta un esempio: quando un bambino di un anno cerca di imparare a camminare è su e giù

tutto il giorno e tutta la notte. Strilla quando la madre gli volta le spalle tanto è desideroso di muoversi. Si sveglia ogni tre-quattro ore per notte, si alza nella culla durante il sonno REM, frustrato per i tentativi di imparare a camminare fatti durante il giorno. Lo "scatto" verso la capacità di camminare ha un costo notevole per la famiglia in termini di pazienza e perdita di sonno e per comprendere tale costo è necessario supportare la madre. Una volta che è riuscito a camminare, il bambino stabilisce un plateau di appagamento nel quale egli consolida ciò che ha appena imparato cosicché l'intera famiglia può rilassarsi e trovare di nuovo una omeostasi (9).

Prima di uno "scatto" in ogni linea dello sviluppo (motorio, cognitivo o emotivo) vi è un periodo breve, ma prevedibile, di disorganizzazione nel bambino (*tabella*). È probabile che i genitori si sentano disorientati e temano che il bambino stia regredendo con un comportamento problematico. Questo periodo di comportamento disorganizzato, regressivo, rappresenta un momento di riorganizzazione

Tabella

Età	Aree evolutive	Aree di potenziale conflitto
7-8 mesi	Gattona Sta seduto da solo Prende il cibo con le dita Angoscia dell'estraneo e rapida consapevolezza delle differenze Costanza dell'oggetto e della persona	Alimentazione-vuole prender il cibo con le dita Sonno-sta sveglio per dondolarsi nella culla È frustrato se non gattona Consapevolezza di estranei importanti - nonni, zii Consapevolezza di situazioni nuove, insolite Problemi legati alla separazione
10-15 mesi	Si alza da un lato del lettino Ha voglia di cominciar a camminare Inizio della causalità Vuole mangiare da solo	Si sveglia ogni 3-4 ore di nuovo Si alza sul lettino come se non potesse più andar giù Frustrazione per voler fare tutto da solo Prende il cibo con le mani, afferra una tazza
12 mesi	Vuole cominciare a camminare Nuova consapevolezza dell'indipendenza Inizio del negativismo Mette alla prova i limiti Rifiuta il cibo che gli viene offerto	Di nuovo è sempre sveglio Vuole mettersi a camminare Primi scoppi di rabbia Vuole mangiare da solo

prima del successivo scatto evolutivo. Poiché questi momenti sono prevedibili (uno durante la gravidanza, sette nel primo anno, tre nel secondo e due nei successivi), possono essere programmati per andare incontro alle necessità di ogni famiglia con un bambino che cresce. Io ho verificato, nella mia pratica e in programmi predisposti per famiglie a rischio, che posso prevedere e condividere con loro questi momenti. Facendo coincidere le normali visite pediatriche per i controlli e le vaccinazioni con questi momenti di riorganizzazione, posso offrire ai genitori le informazioni necessarie per capire questi sette momenti e anticipare i successivi scatti nello sviluppo del bambino (9). È probabile che in questi momenti i genitori facciano più pressione sul bambino, proprio mentre si trova in una fase in cui avrebbe bisogno di non riceverne; possiamo allora aiutarli a rimandare le richieste che soddisfano il loro bisogno di gratificazione, alla fase in cui il bambino si riorganizza per il successivo scatto evolutivo. Così i suoi successi nello sviluppo sono vissuti come una loro riuscita in quanto genitori, cosicché l'intera famiglia come sistema si sente orientata verso il successo. Possiamo anche prevenire l'insorgere di pattern sbagliati che potrebbero provocare problemi nelle aree del sonno, dell'alimentazione, dell'educazione degli sfinteri e consolidare certe modalità comportamentali. Per esempio, nel primo anno di vita ci sono quattro possibilità di prevenire le difficoltà del sonno, tre possibilità che i problemi di alimentazione diventino stabili mentre nei primi due anni ci sono quattro possibilità di preparare i genitori per una buona riuscita nell'educazione al vasino a due anni (9).

Il primo *touchpoint* è molto importante per costruire una relazione con i futuri genitori. Se noi possiamo contattare e condividere le preoccupazioni dei genitori al settimo mese di gravidanza, riusciremo a creare una relazione di fiducia con loro prima dell'arrivo del bambino (10). Questa visita non richiede più di quindici minuti, ma siccome avviene in un momento in cui le preoccupazioni dei genitori rispetto al bambino che nascerà sono al massimo, la nostra risposta alle loro domande è di estrema importanza.

Vogliono vederci come una persona comprensiva che li sostiene con cura e li aiuta a legarsi al loro bambino. In questo *touchpoint* discutiamo le loro scelte circa il travaglio e il parto (8), "Come possono agire sul bambino i farmaci della premedicazione?" "Che cosa provoca al bambino l'anestesia epidurale?" Discutiamo anche la scelta dell'allattamento al seno e del relativo valore per il bambino del latte artificiale e di quello materno. In questo momento raccogliamo informazioni sulla storia della famiglia rispetto ad allergie, a problemi genetici e all'esposizione intrauterina ad agenti che possono nuocere al bambino. Discutiamo i programmi dei



genitori per quanto riguarda l'accudimento, i futuri ruoli rispetto al lavoro e alla cura del bambino.

Ma i due argomenti che rivestono maggiore importanza per il nostro lavoro insieme saranno: "Come potrò essere il genitore che desidero essere?" Possiamo offrire di unirli a loro in questo compito - capire il bambino imparando ad osservare il suo linguaggio e il suo comportamento. Possiamo cominciare ad aiutarli ad identificare i loro "fantasmi nella nursery" (11) che possono essere sia d'aiuto sia di ostacolo nell'imparare ad assumere il compito di genitori. Ci sentiranno loro alleati e a questo punto probabilmente racconteranno le esperienze fatte coi propri genitori e dovremo allora rassicurarli ed essere pronti ad aiutarli nel caso sorgessero dei

conflitti con il nuovo bambino.

Il secondo argomento è dato dal fatto che quando una gravidanza è al termine tutti i genitori sognano due bambini (10): il primo è quello perfetto, di tre mesi, raffigurato in tutti i giornali per bambini; è un bambino bellissimo, paffuto, che risponde con sorrisi e vocalizzi. Dall'altra parte c'è sempre un bambino malato, che assomiglia a qualche bambino che i genitori conoscono. Il timore rispetto ad un bambino del genere, insieme alla preoccupazione dei genitori sul come poterlo allevare, produce in loro una sorta di reazione di allarme. Ma la loro vera attenzione è centrata sul feto, che rappresenta la preoccupazione principale: i genitori chiedono sempre, se è "troppo attivo" o "troppo quieto". Oggi attraverso gli ultrasuoni riusciamo a visualizzare il feto e a dire se è ben formato oppure no, ma possiamo anche mostrare le risposte comportamentali ai genitori. Se si emette un suono acuto a cinquanta centimetri dall'addome della madre, si vede che i primi segnali acustici provocano nel feto risposte di allarme, che diminuiscono rapidamente e che, dopo quattro o cinque di questi stimoli, il feto smette di reagire mostrando una forma di inibizione comportamentale o di assuefazione allo stimolo. Spesso i feti si mettono l'alluce in bocca e si girano allontanandosi dalla fonte dello stimolo uditivo. Poi, se si usa un sonaglio vicino all'utero, il feto si toglie l'alluce dalla bocca, apre gli occhi e si gira verso il nuovo stimolo sonoro più attraente. Ciò dimostra la capacità di evitare gli stimoli negativi e di prestare attenzione a quelli positivi. La stessa capacità di differenziazione si manifesta anche con gli stimoli visivi. Se si presenta attraverso l'addome della madre una luce forte intrusiva ed una luce soffice localizzata, si vede che producono gli stessi comportamenti - assuefazione alla luce forte ed una risposta di orientamento verso la luce tenue puntiforme. A questo punto, i futuri genitori sono così colpiti dal loro bambino "come se fosse già una persona", che saranno disponibili ad eliminare tutte le sostanze nocive per il feto. In questa fase possiamo condividere i loro sogni e le loro fantasie e rassicurarli che saremo partecipi nel rendere ottimale lo sviluppo

del bambino: abbiamo così stabilito la relazione in questo primo *touchpoint*.

Il secondo *touchpoint* si programma dopo la nascita del bambino, in maternità o a casa. Possiamo mostrare ai genitori il considerevole repertorio del neonato. Numerose ricerche condotte con l'uso della *Neonatal Behavioral Assessment Scale* dimostrano che entrambi i genitori, madre e padre, possono essere attratti e diventare molto più sensibili verso il comportamento del proprio bambino, se si condivide con loro una valutazione in età neonatale precoce (8, 12). Entrambi i genitori possono trarre profitto da questa osservazione se partecipano ai 10-20 minuti della valutazione: durante l'esame possono rendersi conto del nostro interesse per il bambino e del fatto che vediamo e consideriamo il neonato come individuo e possono cominciare a vederne l'individualità e la capacità di risposta al proprio mondo. Se si presentano dei problemi inizieremo a condividerli e in questo intervallo "condiviso" potremo non solo migliorare la loro comprensione del bambino, ma li potremo "catturare" affinché poi ritornino ai prossimi *touchpoint*. Utilizzando il bambino come "nostro" linguaggio ora possiamo tornare alle loro domande sull'allattamento, al seno o artificiale, e sul come pensano di affrontare i ritmi e le reazioni del bambino. Stiamo sempre parlando un linguaggio condiviso che comprende il comportamento del bambino ed il suo stile di risposta al nuovo mondo. A questo punto possiamo far loro presente che ci piacerebbe rivederli tutti e tre insieme ad ogni successivo *touchpoint*.



Il terzo *touchpoint* si propone per la terza-quarta settimana. Dovremo valutare il bambino prima della normale fase di agitazione che la maggior parte di loro hanno (negli USA l'85%) alla fine della giornata, tra le tre e le dodici settimane di età (13). In questo momento possiamo vedere se la madre ha iniziato a riprendersi dalla spossatezza e dalla depressione postpartum. Lo scopo principale della visita sarà quello di fare un controllo della madre e del bambino. Possiamo inoltre aiutare i genitori ad organizzare gli orari del pasto e del sonno, ma il più importante argomento della visita deve essere quello di comunicare che ci può essere un periodo di agitazione alla fine della giornata. Se noi consideriamo come un momento critico il pianto e l'irritabilità alla fine di una giornata in cui il sistema nervoso ancora immaturo è stato sottoposto per tutto il giorno a stimoli ambientali, possiamo aiutare i genitori a prepararsi in anticipo. Precedenti ricerche dimostrano che i bambini alternano un ciclo sonno-veglia durante tutto l'arco del giorno (13). In questo processo essi sovraccaricano il loro sistema nervoso tanto che diventa inevitabile per i bambini più attivi agitarsi abitualmente per un certo periodo ogni sera; dopo tale periodo mangeranno e dormiranno meglio per le successive ventiquattro ore. Il periodo di agitazione sembra essere, per loro, un momento di organizzazione necessario. A volte le madri riferiscono che passeggiare e allattare spesso il bambino riduce il periodo di pianto, ma non c'è niente che possa veramente eliminarlo e che se poi si prestano maggiori attenzioni per cercare di calmarlo, si ottiene come risultato di iperstimolarlo e farlo piangere di più. Occorre quindi che i genitori capiscano che si tratta di un processo evolutivo e di un fatto normale nella giornata del bambino. Quando i genitori ne parlano, decidiamo insieme una strategia che possa ridurre il senso di impotenza rispetto al pianto agitato, che li aiuti ad alleviare il turbamento del bambino. Ciò che propongo di solito è che i genitori facciano quello che possono per aiutarlo, ad esempio, allattarlo, cambiarlo, fare smorfie e rumori con le labbra, ma, se non c'è niente che funzioni, allora è bene ridurre le stimolazioni, non

aggiungerne di ulteriori con un sistema nervoso già vulnerabile; lasciare che si agiti per 5-10 minuti, finché non inizia a diventare frenetico ed allora prenderlo per calmarlo, dargli dell'acqua per fare uscire l'aria che può avere inghiottito e dopo il ruttino lasciare che si agiti ancora 5-10 minuti. Questa routine durerà per circa un'ora dopodiché il bambino probabilmente si addormenterà. Un bambino più attivo, più vivace può piangere più a lungo ma se il pianto diventa molto intenso e questa routine non risulta efficace, i genitori dovranno fare in modo di cercare una diagnosi. Ho visto che un approccio preventivo centrato sulla routine, aiuta ad affrontare insieme ai genitori ogni problema significativo. Questo periodo di agitazione sembra essere un organizzatore per l'intero ciclo delle ventiquattro ore: anticipandolo e spiegandone ai genitori il valore positivo in questo *touchpoint*, ho verificato che il periodo di 2-3 ore può essere ridotto significativamente cosicché il bambino diventa meno frenetico e i genitori riescono ad affrontare con calma questo momento.

I prossimi *touchpoint* sono il punto focale di ogni visita successiva. Per esempio, nella visita dei quattro mesi si può preannunciare che presto ci sarà un miglioramento nella consapevolezza cognitiva dell'ambiente. Il bambino sarà più difficile da alimentare, smetterà di mangiare per guardarsi intorno e per ascoltare tutti gli stimoli presenti nell'ambiente. Comincerà a svegliarsi di nuovo di notte anche se prima dormiva bene. Tutti e due i pattern, del sonno e dell'alimentazione, saranno



interrotti per un breve periodo nelle successive 13 settimane. Ciò coincide con una rapida evoluzione nello sviluppo. La nuova consapevolezza dell'ambiente, degli estranei, si accompagna ad un progresso nello sviluppo motorio. Comincia a mettersi seduto, adora essere tenuto su, riesce ad afferrare con tutte e due le mani e gioca con gli oggetti in modo più efficace: la fase di disorganizzazione ha raggiunto il suo scopo. I genitori capiranno che questo periodo è un naturale precursore di un successivo sviluppo e che non devono forzare il bambino a mangiare ad ogni pasto. Un piccolo pasto, mentre si guarda intorno, sarà sufficiente per tutto il giorno. Due pasti in una stanza buia, tranquilla, saranno sufficienti a stimolare la produzione di latte al seno e a conservare l'allattamento, mentre un bambino nutrito con latte artificiale potrà essere allattato meglio in un ambiente non stimolante. Non è necessario insistere per farlo mangiare in questo breve periodo (14). Quando si manifestano problemi relativi al sonno, la visita può rappresentare un momento per discutere un approccio preventivo. In questa fase mi accerto se il bambino, quando è messo a letto di sera, sa come addormentarsi da solo. Infatti, se si addormenta fra le braccia dei genitori non avrà la possibilità di impararlo e poi durante la notte, nelle fasi di sonno leggero, ogni 3-4 ore, si agiterà, griderà e avrà bisogno dell'intervento dei genitori, per nutrirlo, prenderlo, cercare di riaddormentarlo. Se ha imparato a confortarsi da solo mettendosi a dormire con una modalità

indipendente, per esempio succhiandosi il dito o aggrappandosi alla sua copertina, potrà riaddormentarsi ad ogni risveglio. In questo momento possiamo aiutare i genitori a prendere delle decisioni (se farlo dormire con loro o se andare dal bambino ad ogni risveglio). Possiamo aiutarli a capire il comportamento di addormentamento del bambino cosicché essi faranno le scelte adeguate rispetto alle risposte da dargli. Questo è il primo *touchpoint* che aiuta a prevenire i problemi del sonno.

La discussione e la visita intorno alle interruzioni dei ritmi dell'alimentazione, possono dare ai genitori la comprensione dei loro sentimenti rispetto al rifiuto del cibo. La visita, può durare 20-30 minuti e diventa un'opportunità preziosa per i genitori, per capire questi problemi dal punto di vista dello sviluppo del bambino, offrendoci inoltre importanti indicazioni sulle loro difficoltà. Possiamo tener conto di queste informazioni per aiutarli in futuro e non importa quali saranno le loro decisioni sul come affrontare queste problematiche.

Ci sono ancora tre *touchpoint* nel primo anno di vita. Ciascuno offre delle opportunità per discutere dei problemi che si presenteranno nella vita di genitori e prevenire le tensioni che determinano gli insuccessi. Ogni *touchpoint* precede uno scatto evolutivo in una o più aree (9).

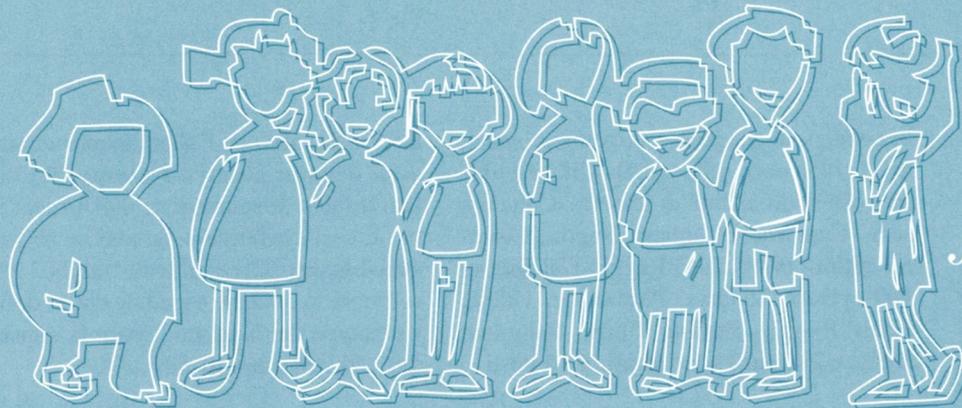
Vi sono altri esempi del tipo di problemi che possono essere affrontati ad ogni controllo. Ma in definitiva i genitori sentiranno che un operatore sanitario si preoccupa dello sviluppo psicologico quanto dei progressi sul piano fisico del bambino. Avranno più fiducia in se stessi e nel loro bambino se avranno il sostegno e l'interesse di una persona che si prende cura di tutti loro.

Questi *touchpoint* possono essere utili e possono essere presentati come opportunità per sostenere i genitori nella comprensione dello sviluppo del loro bambino nel corso di tutta l'infanzia. I tempi possono essere in qualche modo ritardati per il neonato prematuro o fragile, ma rappresentano un'opportunità ancora più importante per sostenere i genitori ansiosi. Pediatri e genitori possono dunque associarsi per realizzare i progressi evolutivi del bambino. ■

#### Bibliografia

- (1) Brazelton TB. Developmental framework of infants and children: A future for pediatric responsibility. *Pediatrics* 1983;102:967
- (2) Brazelton TB. The origins of reciprocity. In: Lewis M. et al. *Effects of the Infant on the Caretaker*, Wiley, New York, 1975
- (3) Als H et al. The behavior of the full-term yet underweight newborn. *Devel Med Child Neurol* 1976;18:590
- (4) Als H et al. The Brazelton Neonatal Assessment Scale (BNAS). In: Osofsky JEd. *Handbook of Infant Development*. Wiley, New York, 1979
- (5) Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Spastic International Medical Publications*. Blackwell Philadelphia, London, 1984
- (6) James St et al. Neurological plasticity. In: Reize H et al. *Advances in Child Development and Behavior*. Academic Press, New York, 1979
- (7) Klein RE et al. Effect of protein calorie malnutrition on mental development. *Adv.Pediatrics* 1971;1:571
- (8) Brazelton TB et al. Neonatal Behavioral Assessment. Wiley, New York, 1987
- (9) Brazelton TB. Touchpoints: Emotional and Behavioral Development. Point Fort. Editions Stock, Paris, 1992
- (10) Brazelton TB. On becoming a family: The growth of Attachment. *Delacorte Press*, New York, 1981
- (11) Fraiberg S. The Magic Years. *Scribner's*, New York, 1959
- (12) Brazelton TB. Touchpoints: Emotional and Behavioral Development. Reading, Addison-Wesley, 1992
- (13) Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics* 1962;29:579
- (14) Brazelton TB. To Listen to a child. Reading, Addison-Wesley, 1984





*ricerca  
attività editoriale  
formazione  
politica sanitaria  
aggiornamento*

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

## **Cos'è l'ACP**

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

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

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

Attualmente ne è presidente il dott. Nicola D'Andrea dell'Unità operativa di Neonatologia e Pediatria dell'Ospedale Civile di Matera.

## **Attività editoriale**

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

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

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

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

## **Formazione ed aggiornamento**

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare), che a quella personale (saper essere), che a quella manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane. L'ACP è iscritta all'albo della formazione professional e presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. L'ACP ha proposto un sistema di accreditamento per le proprie attività formative.

## **Ricerca**

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

L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

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

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

## www.altroconsumo.it

Altroconsumo è un'associazione di consumatori che ha collaborato con il Ministero della sanità nella campagna di informazione per l'utilizzo dei farmaci generici. I servizi offerti comprendono un numero verde (800-001177), cui è possibile richiedere informazioni dalle 9.00 alle 17.00, e una banca dati con un buon motore di ricerca per i farmaci generici. Digitando semplicemente il nome commerciale o il principio attivo è in grado di dare una risposta immediata con l'elenco dei farmaci equivalenti. Precisando dose e confezione si ottiene un elenco di farmaci più ristretto.

*g. m.*

## Evasione scolastica

L'Unesco, l'agenzia dell'Onu per l'istruzione, la scienza e la cultura, ha fornito i dati sull'evasione scolastica. Nel mondo sono 113 milioni i bambini che non frequentano la scuola, il 59% è rappresentato da bambine. Rispetto al censimento del 1990, sempre effettuato dall'Unesco, c'è stato un certo miglioramento, allora i bambini che evadevano la scuola erano 127 milioni. Il 97% dei bambini che evade la scuola risiede nei paesi in via di sviluppo. In particolare, in India meno del 40% delle bambine conclude il ciclo delle elementari e solo l'1% termina gli studi superiori. Può l'occidente ignorare tutto ciò?

*p. s.*

## Scuole... sgarrupate

La terza indagine della Uil scuola sullo stato delle strutture scolastiche in Italia (anno 2000) ha evidenziato una situazione allarmante per molti edifici scolastici, soprattutto al sud. Hanno maggiori problemi gli edifici che ospitano le scuole di secondo grado, il 18% ha problemi di riscaldamento, nel 22% dei casi il tetto non è integro, nel 18% non lo sono i pavimenti. Le scuole materne, invece, sono ospitate in edifici migliori, il 10% ha problemi con il riscaldamento, il 13% con il tetto, il 10% con i pavimenti. Le strutture

in condizioni peggiori si trovano al sud e, nella graduatoria stilata dalla Uil, agli ultimi posti sono le città di Caserta, Caltanissetta, Catanzaro, Cagliari, Napoli, Crotona, ultima in assoluto Reggio Calabria al 100° posto. Sondrio, Pordenone, Udine, Lodi, Reggio Emilia, Forlì, Mantova, Biella e Piacenza sono ai primi 10 posti.

*p. s.*

## Primo "Ospedale amico dei bambini" in Italia

La notizia è veramente "storica": con una lettera del 28 settembre 2001 ai membri del Comitato tecnico di valutazione, il presidente dell'Unicef Italia, Micali, informa che è stato individuato il primo ospedale italiano idoneo ad essere riconosciuto "amico dei bambini". È l'ospedale di Bassano del Grappa.

Per diventare "amico dei bambini" un ospedale deve dimostrare di applicare le dieci regole per l'allattamento al seno stabilite da Unicef/Oms. L'ospedale di Bassano del Grappa è stato oggetto di una valutazione nei giorni 18-19 giugno e 25 settembre da parte dell'équipe formata da Giuseppe Ferrari e Rosalind Nesticò, accompagnati da Elizabeth Hormann e Christoph Baker. Sulla base di interviste alle madri e al personale (e di materiale scritto aggiornato) è stata verificata l'idoneità dell'ospedale. La notizia è stata ufficializzata in occasione della settimana

internazionale per l'allattamento al seno, dopo il parere positivo espresso dal Comitato tecnico di valutazione dell'Unicef Italia. È così confermato, se mai ce ne fosse stato bisogno, che eventuali "targhe" affisse finora in qualche ospedale che si definiva "amico dei bambini" sono da considerare dei veri e propri falsi.

*s. c.n.*

## Cassazione uno La visita domiciliare è d'obbligo?

La Corte di cassazione (sentenza n° 10.389 - 30/07/01), ritenendo corretta la sanzione inflitta dall'Ordine dei medici di Pistoia per il rifiuto di una visita domiciliare, ha respinto il ricorso di un pediatra di famiglia. I fatti si riferiscono al 1998. Ad una richiesta di visita domiciliare per febbre, da parte dei genitori di un bambino di 13 mesi, il pediatra diede solo dei consigli telefonici rendendosi disponibile per ulteriori consultazioni. Seguì un esposto dei genitori all'Ordine dei medici esitato nella sanzione dell'avvertimento per il sanitario. A giudizio dell'Ordine, il medico aveva dimostrato "un'insufficiente capacità di percepire il bisogno di rassicurazione dei genitori del piccolo paziente, interrompendo il rapporto fiduciario medico-paziente, con pregiudizio dell'intera categoria professionale". La Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, cui il medico si era rivolto, rigettava il ricorso ritenendo, a norma dell'articolo 3 del codice deontologico, che tra i doveri del medico vi è anche quello del sollievo della sofferenza, sotto il profilo sia fisico che psichico; in questo caso il pediatra non avrebbe compreso "il bisogno di rassicurazione dei genitori che dalla visita domiciliare sarebbe stato soddisfatto". In Cassazione il pediatra ha sostenuto che l'accordo collettivo nazionale (DPR 613/96) recita all'articolo 33 che la visita domiciliare va espletata "qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del pediatra". Inoltre, a parere del medico, la norma del codice deontologico sul bisogno di rassicurazione riguarda il paziente e non i congiunti, in questo caso i genitori.





La Corte di cassazione non ha condiviso le obiezioni e, precisando che non è stata contestata la violazione della norma che regola i rapporti tra il pediatra e il Servizio sanitario nazionale, ha rigettato il ricorso, ritenendo che avendo il paziente solo 13 mesi il dovere di assicurazione dovesse essere rivolto ai genitori (*Sole 24 Ore - Sanità 7-20/08/01*).

La Cassazione, analizzando problemi di carattere normativo, non poteva che respingere il ricorso del medico attenendosi al codice deontologico. È possibile supporre che l'errore del pediatra sia stato quello di non invitare i genitori in ambulatorio per la visita del bambino

g. m.

## Cassazione due Falso ideologico

Clamore ha suscitato la sentenza (n° 34814/2001) della Corte di cassazione che ha respinto il ricorso di un medico di medicina generale condannato per il reato di falso ideologico, in secondo grado, per aver rilasciato ricette a pazienti non sottoposti a visita. La vicenda, riportata da tutti i media, aveva provocato immediatamente la protesta dei sindacati di categoria e l'autodenuncia di alcuni medici per "aver commesso in passato l'identico reato di falso ideologico e per avere intenzione di continuare a perpetrarlo". Alla lettura della sentenza, la notizia ha assunto però connotati ben diversi. La storia si riferisce a un giovane medico di medicina generale che rilasciava ricette compilate poi da un altro medico, ormai in pensione, intestate a pazienti che non erano a conoscenza



METTERSI DALLA PARTE DEI GENITORI

FRATTO'01

delle prescrizioni. In primo grado il medico era stato condannato anche per truffa continuata perché erano prescritti, in regime di esenzione ticket a pazienti ignari delle prescrizioni, farmaci destinati ad altri soggetti. La Corte di appello, pur confermando il reato di falso ideologico, aveva assolto il medico dal reato di truffa ritenendolo estraneo alla truffa stessa. Il ricorso in Cassazione precisava tra l'altro che le prescrizioni erano state fatte non direttamente, ma dal vecchio medico in pensione e che il titolare aveva solo aderito alle richieste del collega senza sapere dei fini illeciti. La Corte ha ritenuto inammissibile il ricorso e ha confermato il reato di falso ideologico per "il medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale che rilascia ricette, prescrivendo - nella specie, a pazienti sconosciuti, non visitati e a loro insaputa - medicinali attraverso un certificato non veridico". (*Sole 24 Ore - Sanità 9-15/10/01*)

g. m.

## Gli stranieri, il Ssn e la salute

Il 29 maggio scorso il Ministero della sanità ha diffuso un vademecum per gli operatori sanitari per l'assistenza agli stranieri e ai loro familiari (quindi anche ai loro bambini) non appartenenti all'Unione Europea e presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno. Tutti hanno l'obbligo di iscriversi al Ssn, in modo da poter acquisire gli stessi diritti e doveri dei cittadini italiani. Per gli stranieri irregolari, senza permesso di soggiorno, sono comunque assicurate le cure ambulatoriali o ospedaliere urgenti nei presidi pubblici e accreditati. Al cittadino straniero è garantita in particolare la tutela della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, la diagnosi e la cura delle malattie infettive. Lo scopo è di far uscire dalla clandestinità sanitaria queste fasce non piccole di popolazione. Nel caso gli stranieri siano indigenti tutte le prestazioni saranno a carico del Ssn. La legge inoltre vieta alle strutture sanitarie di segnalare alle autorità di polizia la presenza di irregolari (tranne nei casi in cui sia obbligatorio il referto). Se ciò non avvenisse nessun clandestino si rivolgerebbe alle strutture sanitarie ed è proprio quello che questa legge vuole evitare. Si perderebbe la possibilità di verificare le condizioni di salute di cittadini comunque presenti nel nostro territorio e non potrebbe essere tutelata la salute dell'intera collettività.

p. s.

## Lazio: nessun aumento per i manager

Abbiamo riferito su *Quaderni acp* (2001; 3:26) la vicenda degli aumenti ai direttori generali delle aziende sanitarie locali e degli ospedali. Il nuovo stipendio era stato fissato in 300 milioni di lire esclusi gli incentivi: 20% di bonus in base ai risultati e 10 milioni per la formazione. Come era facilmente prevedibile, i manager, dopo la pubblicazione in Gazzetta del contratto, hanno chiesto la retroattività degli aumenti. Un parere legale, richiesto preventivamente da Federsanità Anci, ritiene che gli aumenti debbano decorrere dall'entrata in vigore del decreto lgs 229/1999 e che le Regioni hanno l'obbligo "di procedere all'applicazione retroattiva dei livelli retributivi", corrispondendo la differenza dei due anni intercorsi tra il vecchio e il nuovo contratto (*Sole 24 Ore - Sanità 11-17/09/01*). La Regione Lazio ha deciso addirittura di congelare l'applicazione del nuovo contratto "nell'attesa dei risultati della gestione delle aziende" (*Messaggero 24/09/01*). Nonostante l'adeguamento del compenso sia dovuto per legge, è la seconda volta in pochi mesi che il governo regionale rinvia la decisione di corrispondere le somme dovute.

g. m.



NON C'E' BISOGNO DI DIVENTARE BRAZELTON, BASTA ASSOMIGLIARLI

TRAFD'01

# AFGHANISTAN

## I dati sulla salute

I dati sulla salute del 1999 sono riportati nella *tabella* (*Lancet* 2001;358:1113).

Tabella 1. Afghanistan: i dati sulla salute

Tasso di fertilità	6-7 figli per coppia
Aspettativa di vita	M 43,5 - F 47,2
Mortalità infantile	167/1000
Mortalità 0-5 anni	257/1000
Alfabetizzazione sopra i 15 anni	36/100
Popolazione sottanutrita	70/100
Popolazione che usa acqua potabilizzata	13/100
Popolazione rifugiata	3,4 milioni (Pakistan, Iran)

# CANADA

## Esiste ancora un confine tra farmaco e cibo

Unilever, un'industria alimentare canadese ha commercializzato, nel luglio di quest'anno, un nuovo tipo di margarina a base di steroli vegetali. Il ministro della sanità canadese ne ha sospeso la commercializzazione (*J Bhata, Reuters Health-10/10/2001*) motivando la decisione con il fatto che gli steroli vegetali sono stati approvati come farmaci soltanto per soggetti a rischio e il loro uso in alcune categorie di consumatori, come i bambini e le gravide, non può essere ancora considerato sicuro. Gli steroli vegetali sono presenti in analoghi prodotti commercializzati in Europa senza alcun intervento da parte dell'autorità sanitaria. È questo, probabilmente, uno degli aspetti più controversi della legislazione europea che non riesce a distinguere tra farmaci e cibo, se non sulla base delle decisioni dell'industria e, paradossalmente, si riesce a commercializzare più facilmente lo stesso prodotto come cibo piuttosto che come farmaco. Forse sarebbe ora che ci si cominciasse ad

occupare di alimentazione anche quando in discussione non sono gli ogm (cibi geneticamente modificati). Purtroppo le ferree regole imposte dalla WTO impediscono anche alla FDA degli USA di occuparsi di casi come questo. Il Canada è quindi una singolare eccezione.

s. f.

# UE

## Una nuova (falsa) politica per i cibi contenenti ogm

Si profila uno scontro tra Unione europea (Ue) e World Trade Organization (WTO) sui cibi contenenti organismi geneticamente modificati (ogm). L'Ue, per bocca del suo commissario David Byrne (*T. Zwillich, Reuters Health-10/10/2001*), sostiene la necessità di segnalare sulle etichette alimentari la presenza di ogm superiori all'1% e assicura che, entro la fine del prossimo anno, la legislazione europea renderà obbligatoria questa segnalazione. I produttori americani sostengono l'impossibilità di distinguere tra materie prime contenenti ogm e materie prime prive di ogm e minacciano un'azione contro l'Ue in sede di WTO. In realtà, l'Ue si trova a dover fronteggiare la crescente preoccupazione dei consumatori verso gli ogm e dopo aver firmato il protocollo del WTO, che prevede la libera circolazione degli ogm in tutti i paesi firmatari, tenta la soluzione della "etichetta informativa" per placare l'aggressiva campagna dei verdi. Mentre il dibattito politico sugli ogm mantiene la posizione di stallo, sul versante scientifico si registrano alcune interessanti posizioni, scrive Meningaud (*Med Law 2001;20:133*): "se i farmaci possono determinare effetti collaterali che superano gli effetti benefici per i quali sono stati introdotti, perché lo stesso non potrebbe accadere per i cibi che derivano dalle nuove biotecnologie, dal momento che tutti sono d'accordo che un rischio del tutto assente non è ammissibile?". Perché? Ci chiediamo anche noi.

Ma, se i produttori non sono più in grado di distinguere materie prime contenenti

ogm da materie prime non contenenti ogm, come attuare quella politica di sorveglianza post-marketing che tutti dicono di essere pronti a realizzare?

Se non è possibile, per ragioni economiche, attuare il principio di precauzione che prevede la non immissione nel mercato di cibi contenenti ogm, come rinuncia-re a quella che Meningaud descrive come "la terza via": rendere obbligatoria anche per i cibi contenenti ogm protocolli di valutazione e sperimentazione del tutto analoghi a quelli previsti per i farmaci. Ci sembra proprio il minimo da assicurare al consumatore, altrimenti vorrebbe dire che il progresso scientifico e le biotecnologie vogliono far ripiombare l'umanità agli albori della sperimentazione scientifica, o forse sarebbe meglio dire nella notte oscura dell'era pre-scientifica.

Di diverso avviso è la prestigiosa American Medical Association (AMA) che, nell'ottobre 2001, ha esaltato senza riserve gli ogm (*BMJ 2001;323:828*) organizzando un convegno in cui tutti i relatori erano scienziati alle dipendenze di industrie biotech. Certo però alcune delle argomentazioni utilizzate dagli scienziati americani non possono lasciare indifferenti: gli agricoltori europei usano più insetticidi (30 volte più ogni 4 kmq di superficie coltivata rispetto ai colleghi americani) e questo consente loro una produzione anche 10 volte maggiore. È questa la strada da consigliare ai paesi poveri che hanno bisogno di aumentare la loro produzione?

s. f.

# UK

## In netto aumento gli "stupri per appuntamento"

Nel linguaggio comune sono noti come "date rape" ovvero "stupri per appuntamento". Si tratta degli stupri in cui la vittima conosce già il violentatore e lo stupro è attuato in un contesto "amichevole". Le donne hanno subito da sempre questo genere di violenza anche se il numero di denunce inglesi mostra un'impressionante escalation: nel 1980 i casi di "date rape" erano 56, nel 1999 sono saliti a 759. È difficile sapere se questa crescita nel



numero di denunce è dovuta soltanto alla crescente volontà delle donne di denunciare gli stupratori. È certo però che il fenomeno sta assumendo una particolare gravità per le adolescenti inglesi: la ragazza ha un appuntamento per trascorrere una serata piacevole e finisce stuprata.

Una recente review fa la descrizione tipo del "date rape" di un'adolescente inglese (*Clin Fam Pract* 2000;2:883): "la ragazza si ricorda di un consumo di alcool minimo, ma non ha alcun ricordo dei fatti di sabato notte, ha un vuoto di memoria di diverse ore". I "date rape" sono infatti associati sempre più all'uso di psicofarmaci che assolvono la duplice funzione di "disinibire" la vittima e "cancellare la memoria" dell'episodio. Uno di questi psicofarmaci, il Roipnol della Hoffman La Roche, ha avuto particolare popolarità tra gli stupratori, non solo per l'efficacia e la rapidità di azione (causa sedazione o euforia entro 20 minuti dalla somministrazione), ma anche perché inodore, insapore e incolore, quindi facilmente "mimetizzabile" in una normale bevanda senza destare alcun sospetto nella vittima. Proprio per questo, recentemente la casa produttrice ne ha modificato la formulazione per trasformare qualunque bevanda cui è aggiunto il farmaco in un liquido di colore blu. Purtroppo, le vecchie formulazioni sono ancora disponibili nel mercato nero di tutta Europa (*Hagan P, Reuter Health, 10/10/2001*). Un'industria inglese, la SureScreen Diagnostic ha recentemente messo in produzione delle strisce reattive in grado di svelare la presenza di Roipnol in qualunque liquido (anche nelle urine del giorno dopo). Un pacchetto di tre strisce costa 5 sterline e c'è da giurare che i

programmi di educazione sessuale del Regno Unito prevederanno presto la loro diffusione.

s. f.

## UK E USA

### Poco per prevenire migliaia di morti neonatali

L'associazione britannica Women and Children First, l'Institute of Child Health (UK) e Save the Children (USA) hanno pubblicato un rapporto, *State of the World's Newborns*, nel quale sottolineano come alcune semplici misure potrebbero salvare la vita a migliaia di neonati. Tra queste evidenziano l'allattamento materno esclusivo, il mantenimento della temperatura del neonato nel post-parto e la possibilità di avere nel luogo del parto personale esperto. Sono circa 4 milioni i bambini che ogni anno nascono morti e altrettanti muoiono entro il primo mese di vita (*BMJ* 2001;323:652).

s. c.n.

## USA

### Una legge per i bambini

Irwn Redlener, pediatra del Children's Hospital di New York e presidente del Children's Health Fund, ha denunciato l'assoluta inadeguatezza di piani per arginare l'esposizione dei bambini americani agli agenti chimici e batteriologici. La senatrice Hillary Clinton, riprendendo la denuncia del dottor Redlener, ha presentato una legge speciale per la protezione dei bambini in cui chiede l'istituzione di una "National Task Force on Children and Terrorism", con un finanziamento di 20 milioni di dollari da investire nella ricerca su medicine specifiche per i bambini, 50 milioni di dollari per addestrare il personale sanitario a riconoscere e curare i sintomi di un eventuale attacco bioterroristico e altri 50 milioni di dollari per garantire che le riserve nazionali comprendano antidoti specifici per i bambini. (*La Stampa* 14/10/01). Ci auguriamo che la sena-

trice Clinton si impegni a proteggere tutti i bambini, anche quelli afgani.

p. s.

## USA

### Corte suprema e marijuana come farmaco

La Corte suprema esaminerà la legalità degli atti degli Stati che hanno deliberato l'uso farmacologico della marijuana, soprattutto per il controllo della nausea e del vomito, in corso di trattamento chemioterapico. Il successo sembra superiore a quello della morfina, specialmente nel recupero dell'appetito, dovuto al blocco dell'azione della leptina a livello ipotalamico: la leptina sopprime l'attività dei peptidi che stimolano l'appetito (*Nature* 2001;410:613 e 763).

g.c. b.

## INDIA

### Inquinamento atmosferico

I bambini indiani che vivono in aree urbane ad alto inquinamento atmosferico sono a rischio di sviluppare un rachitismo da carenza di vitamina D. A Delhi, infatti, è stato dimostrato che lo smog riesce a ridurre il passaggio di radiazione ultravioletta B a livelli insufficienti a stimolare la produzione cutanea di vitamina D, rendendo perciò necessaria una supplementazione (*Arch Dis Child* 2001;84S1:A43).

l. p.

## USA

### Boicottiamo le riviste avare

La Federazione delle Società Americane di Biologia Sperimentale (60.000 iscritti) ha invitato al boicottaggio delle pubblicazioni della Public Library of Science che si è rifiutata di concedere un accesso on line free per gli articoli entro 6 mesi dalla data di pubblicazione.

g.c. b.



FRATO'01

# Bambini e adolescenti del 2000. Non solo sfruttati o violenti

Paolo Siani

28° Divisione Pediatria A. O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 30-31

*I bambini e gli adolescenti del 2000 appaiono difficili da "governare". Hanno più libertà e sono precocemente adulti. La relazione sulla condizione dell'infanzia ci parla di loro.*

La relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia realizzata dal dipartimento degli affari sociali della Presidenza del consiglio, e dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza ha come titolo "non solo sfruttati o violenti, bambini e adolescenti del 2000". Nella premessa viene esplicitamente chiarito che, fuori dalle visioni apocalittiche spesso proposte dai mass media, i nostri bambini vivono in condizioni tutto sommato molto buone. Esistono ovviamente episodi di violenza, abusi, sfruttamenti e trascuratezza che segnano l'esistenza di alcuni ragazzi, ma queste situazioni sono tutt'altro che generalizzate e frequenti. Non c'è solo il ragazzo delle baby gang, ma anche quello impegnato nel volontariato, non solo il bambino straniero che lava i vetri delle auto ai semafori, ma anche quello bene integrato e che va regolarmente a scuola, non solo il bambino "problema", ma anche quello "normale", non solo il bambino sfruttato, ma anche quello che serenamente studia e gioca ed è amato e stimolato dalla sua famiglia.

Premessa giusta che ci sentiamo di condividere e che senza negare che sono pochi i bambini che vivono in condizioni di disagio, alcuni però anche grave, serve a dimensionare e a mettere nella giusta luce il problema. L'unico rischio è che si cada nell'errore opposto, negare l'esistenza di bambini che in alcune realtà (prevalentemente il sud e le periferie urbane delle grandi città del nord) vivono in condizioni di grave svantaggio.

I nostri lettori ricorderanno le due precedenti relazioni del '96 e del '97 che puntavano l'attenzione sulle situazioni di difficoltà e di disagio dei nostri bambini la prima e verso le normali situazioni di vita la seconda. Questa del 2000 viene dopo un'importante legge

emanata nel nostro Paese nel 1997, la legge 285, che ha consentito la realizzazione di numerosissimi progetti a favore dell'infanzia e dell'adolescenza con un importante stanziamento di fondi.

Tutto questo per dire che è necessario ormai dedicarsi ad una politica dello sviluppo della normalità, della promozione benessere e non solo più alla politica dell'emergenza, dell'assistenza e della protezione.

I bambini e gli adolescenti del 2000 appaiono nel complesso difficili da governare, hanno più libertà, e vivono una precoce "adulterizzazione". Sono bambini che "hanno attraversato il mondo prima di aver avuto il permesso dai genitori di attraversare la strada". La relazione è costruita pensando ai bambini come risorse dell'oggi e non come spesso accade nel tentativo di proteggerli, come risorse del domani.

La relazione è suddivisa in più parti: la condizione dei minori, a partire dalla famiglia e dalla scuola per occuparsi, della violenza sui bambini, della loro salute e dei loro diritti. La seconda parte dal titolo "un forte impegno collettivo" illustra tutte le attività realizzate negli ultimi anni da istituzioni, terzo settore e quanti altri si sono occupati di bambini. Infine nella terza parte vengono delineate possibili linee strategiche per attuare una migliore promozione e una più significativa tutela dei diritti dei bambini soffermandosi su alcuni campi specifici, tipo un welfare state a misura dei bambini, l'educazione interculturale, un ambiente amico dei bambini.

In questa prima parte ci occuperemo della famiglia.

La crescita e lo sviluppo dei ragazzi è fortemente condizionato dall'ambiente familiare in cui il ragazzo vive, dalle capacità della famiglia di costruire quell'autostima che nel

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [pasiani@tin.it](mailto:pasiani@tin.it)

ragazzo è indispensabile per crescere, dall'effettiva attitudine della famiglia all'ascolto, dalla sua idoneità a sorreggere il difficile cammino del ragazzo nella vita.

Da oltre due decenni in Italia si assiste a un forte invecchiamento della popolazione dovuto al combinarsi di due fattori: l'aumento della vita media e la contrazione delle nascite. Nel 1999 (ultimo anno di cui si dispone dei dati) la popolazione infantile (0/14 anni) rappresentava il 14,5% della popolazione residente e quella minorile (0/17 anni) il 17,7%. Con questi valori l'Italia si colloca all'ultimo posto nel panorama europeo e molto lontana dalla media europea (*tabella 1*)

Nel 1999 i nati vivi sono stati 537.087 con un quoziente di natalità (nati per mille abitanti) di 9,3. Nel 1998 era stato di 9 per mille. L'Italia ha un livello di fecondità tra i più bassi al mondo, 1,2 figli per donna.

L'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione uguale e >65 anni e la popolazione 0/14 anni per cento) è in Italia di 122 (ci

sono cioè 122 anziani per ogni 100 minori). In Europa nello stesso anno l'indice è di 94, in Francia di 83,1, in Germania 110,7, in Gran Bretagna 81,6, in Spagna 107,2. Le famiglie stanno diventando sempre più piccole, essendo il numero medio dei componenti della famiglia di fatto diminuito da 2,9 del 1988 a 2,7 del 1998, nonostante che il numero assoluto delle famiglie sia passato dai 19 milioni e 872 mila del 1988 ai 21 milioni e 210 mila del 1998 con un incremento percentuale del 6,7%. Questo sta ovviamente a significare che un numero sempre maggiore di coppie non ha figli e, tra quelle che scelgono di averne, la maggioranza ne ha soltanto uno. Le coppie senza figli sono aumentate da 3 milioni e 700 mila dell'88 a 4 milioni e 500 mila del '98; viceversa le coppie con figli sono diminuite da 10 milioni e 500 mila dell'88 a 10 milioni del '98. La Toscana, l'Emilia Romagna, la Liguria e il Piemonte superano il valore medio nazionale di coppie senza figli che

è del 27%. Le coppie con un solo figlio erano nel 1988 il 41,2% mentre nel '98 sono arrivate al 45,2%. Viceversa le coppie con 3 e più figli rappresentavano nel 1988 il 16,2 % delle coppie mentre nel '98 sono scese al 12,1%. C'è stato un aumento di oltre 200 mila coppie con 1 figlio e una contemporanea diminuzione di ben 500 mila coppie con 3 o più figli. Tutto ciò si traduce in una drastica riduzione del numero di fratelli e cugini (*tabella 2*).

Il numero di matrimoni ha toccato nel 1998 il minimo storico con 276.570 matrimoni, con un trend in discesa costante rispetto ai primi anni '70 in cui erano più di 400 mila. Le separazioni sono aumentate arrivando a oltre 62mila e i divorzi sono giunti a circa 6.000 con un notevole aumento di figli affidati.

Esiste nel nostro paese una relazione inversa tra separazioni e divorzi da un lato e natalità e fecondità dall'altro che determina nelle regioni del nord una grande instabilità delle coppie e una minima natalità, mentre al sud invece si assiste ad una grande natalità e una minima instabilità delle coppie (*tabella 3*)

I figli naturali cioè nati al di fuori del matrimonio sono passati da 31.375 del 1985 a 44.095 del 1996 con un incremento del 41% e con un'incidenza sul totale dei nati dell'8,3% contro una media europea del 25,1% (*tabella 4*)

Anche i figli non riconosciuti oggi non rimangono privi di famiglia poiché tutti trovano una famiglia sostitutiva attraverso l'adozione. I minori in Italia in stato di adottabilità sono poco più di un migliaio l'anno. Erano 1.231 nel 1993, sono 1.246 nel 1999. Nel periodo 1993-1999 a fronte di 59.000 domande di adozione nazionale sono stati emanati 6.074 decreti di adozione, mentre alle 44.000 domande di adozione internazionale hanno corrisposto 14.607 decreti di adozione. Ogni 100 domande di adozione nazionale si hanno 10,1 decreti, mentre ogni 100 domande di adozione internazionale si hanno 32,9 decreti di adozione di bambini stranieri.

Invece i bambini e gli adolescenti in affidamento familiare risultano essere 10.200 al 30 giugno 1999. Considerando che a quell'epoca la popolazione minorile era di poco superiore a 10 milioni, l'incidenza di affidi è pari a 1 affidato ogni 1000 abitanti di età inferiore a 18 anni. ■

Tabella 1. Popolazione infantile (%)

Classi di età	UE	Francia	Germania	UK	Spagna	Italia
0/14 anni	17	19	15,8	19,2	15,3	14,5
0/17anni	20,6	23	19,2	22,9	19,3	17,7

Tabella 2. Italia (% e v.a x1000) Coppie con figli per numero di figli

Numero di figli	v.a. '88	%	v.a. '93-'94	%	v.a. '98	%
Uno	4.348	41,2	4.434	43,8	4.555	45,2
Due	4.496	42,6	4.303	42,5	4.306	42,7
Tre	1.310	12,4	1.116	11,0	1.006	10,0
Quattro o più	396	3,8	276	2,7	214	2,1
Totale (v.a. x 1000)	10.550	100	10.129	100	10.081	100

Tabella 3. Divorzi per 100 matrimoni per nazionalità (1997)

	UE	Francia	Germania	UK	Spagna	Italia
Divorzi/100 matrimoni	36	40,9	44,4	51,9	17,4	12,2

Tabella 4. Nati vivi naturali per 100 nati vivi (1996)

	UE	Francia	Germania	UK	Spagna	Italia
Nati vivi naturali per 100 nati vivi	25,1	38,9	17,1	35,5	11,7	8,3

# Dipartimento e strutture materno-infantili nelle regioni

Giancarlo Biasini

Centro per la salute del bambino - Trieste, Napoli, Palermo

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 32-35

*Pubblichiamo alcuni stralci della relazione presentata da Giancarlo Biasini al convegno di Todi del settembre 2001 sullo stato di attuazione dei Dipartimenti materno-infantili e delle altre strutture di assistenza all'infanzia in Italia.*

La situazione delle strutture materno-infantili fino a qualche anno fa, prima della riforma ter, era assai precisa ed omogenea su tutto il territorio, almeno in alcune regioni: Emilia-Romagna, Veneto, Lazio, Friuli Venezia Giulia. Altre regioni non avevano definite ed omogenee strutture materno-infantili, ma le hanno realizzate successivamente; si tratta del Piemonte, della Basilicata e dell'Umbria. Esiste poi una serie di regioni nelle quali l'inserimento del dipartimento nel Piano sanitario o in disposizioni regionali esiste, ma è talmente tenue e burocratico (trasposizione o richiamo al Progetto obiettivo materno-infantile per ottemperare, in qualche modo, agli obblighi del decreto) da credere che non avrà alcun esito nei fatti. Altre regioni non hanno mai realizzato strutture materno-infantili. Cercheremo di analizzare le diverse situazioni regionali.

- La struttura assistenziale dell'*Emilia Romagna* è estremamente strutturata e prescrittiva; il Dipartimento materno-infantile (Dmi) non esiste. La scelta regionale è stata di trasferire le competenze dell'area delle cure primarie al distretto che è il principale erogatore di prestazioni e di valutazione dei bisogni. I pediatri di base fanno parte, insieme con i medici di medicina generale, del Dipartimento territoriale delle cure primarie e di una Unità operativa (Uo) di pediatria di comunità, con responsabili diversi. Non vi sono collegamenti funzionali permanenti fra Uo territoriali e Uo ospedaliere, se non sulla base di definiti Programmi di attività consolidati, attraverso accordi fra direttore di distretto e responsabile di presidio ospedaliero. Del Dmi si nega l'importanza ai fini di una efficace assistenza e lo si definisce, nei colloqui con i responsabili della sanità, "concezione arretrata" per una regione che ha risolto gran parte dei problemi assistenziali

ai bambini che non siano quelli risolvibili nell'area distrettuale. L'area salute della donna è separata in gran parte delle sedi. In 2 o 3 sedi esiste un Dipartimento "infantile", con vari tipi di competenza. La soluzione "integrale" materno-infantile è limitata ad una sola esperienza nella regione.

- Neppure in *Veneto* è stato attuato il Dmi. Esiste un responsabile per l'area materno-infantile che non ha potenzialità e funzioni identiche in ogni Asl. In alcune aziende, non moltissime, sono previsti i pediatri di comunità che si interessano prevalentemente di screening. A livello distrettuale operano delle Uo con personale che dipende amministrativamente dal dirigente di distretto e collabora alla realizzazione dei progetti obiettivo definiti dal referente per l'area materno-infantile.

- In *Friuli Venezia Giulia* è mancata una indicazione precisa per il Dmi. È stato realizzato in una parte della regione (Udine, Gorizia, Pordenone dove è interaziendale) con la neuropsichiatria infantile (Npi) al suo interno. Il Piano sanitario regionale (in bozza) prevede che la rete assistenziale materno-infantile (Pdf, Consultori familiari, Dipartimento di prevenzione, Npi - Riabilitazione, Uo ospedaliere) sia coordinata attraverso la realizzazione di un "Progetto della salute della donna e del bambino" che definisce priorità, funzioni, compiti, strumenti di coordinamento e di valutazione. Il programma è definito a livello di area con il contributo di tutti i soggetti interessati, compresi i non sanitari. Vi è comunque quasi sempre nei modelli locali una separazione fra salute della donna e dell'infanzia.

- La "Proposta" di Piano sanitario regionale (Ppsr) della regione *Lazio* (il Psr non è stato approvato, la "Proposta" è della giunta precedente) è articolata in obiettivi di salute in

risposta a problemi di salute. Per ognuno di questi si definiscono il ruolo del servizio sanitario regionale, gli obiettivi della regione e gli interventi. Tra i problemi di salute individuati in ambito materno-infantile vi sono: la salute del neonato e della donna in gravidanza, fertilità e fecondità assistita, handicap in età pediatrica e giovanile, salute mentale, malattie trasmissibili, tumori. Il Dmi, che pure nella regione Lazio esiste come erede dei Servizi materno-infantili, non viene ricordato (non si riporta nemmeno nell'elenco degli acronimi) né si definisce quali sono i servizi che se ne occupano.

- Il Psr 1997-99 della Regione *Piemonte* prevedeva l'attivazione dei Dmi funzionali e trasversali in ciascuna delle 22 Asl; non è certo che il Psr, attualmente in fase di elaborazione, confermi la situazione anche se, con la definizione dell'Atto aziendale, l'assessorato ripropone i dipartimenti come organizzazione strutturale. Nel Dmi convergono attualmente, su obiettivi specifici, tutte le Uo ospedaliere e territoriali dell'area funzionale materno-infantile, compresa la Npi. I progetti obiettivo che costituivano l'elemento aggregante delle varie componenti del Dmi erano: percorso nascita e controlli di salute in età pediatrica (screening ambliopia, bilanci di salute, linee guida per la gravidanza fisiologica) e progetto adolescenti. Attualmente, nel Dmi confluiscono tutte le strutture complesse e semplici che operano in via esclusiva o prevalente nell'area materno-infantile: pediatria, neonatologia, Tin, Npi, ostetricia e ginecologia. Nelle Asl sul cui territorio insistono Aziende ospedaliere il Dmi doveva essere costituito come dipartimento interaziendale. Si sono venuti configurando, nelle diverse Asl, modelli differenti di Dmi, a seconda della funzionalità dimostrata dal Dmi e delle prospettive aziendali. Il nuovo Psr sembra però prevedere la separazione degli ospedali dalle Asl, secondo il modello lombardo, in almeno una parte del territorio regionale, ma anche l'istituzione di aziende sanitarie integrate (Asi) che riguarderà il restante territorio. È possibile che la componente territoriale venga aggregata al Dmi in forma funzionale in alcune aree, con accordi di programma fra Aso ed Asl in altre.

- Una strutturazione simile a quella del Piemonte ha, in *Umbria*, il Dmi della Asl di Perugia (oltre metà della regione). In ambito ospedaliero c'è nella regione una certa confusione: esistono Dmi universitari e ospedalieri con nessuna integrazione territoriale.

- Anche il piano sanitario regionale della *Basilicata* individua nel Dipartimento materno-infantile - che è strutturale - la "centrale organizzativa" delle cure alla mamma e al bambino, elencando in maniera dettagliata tutte le attività previste: dai controlli in gravidanza alla disponibilità del consiglio genetico con annessa attività diagnostica, dal puerperio alla menopausa, al parto, al neonato patologico. Sottolinea gli aspetti promozionali spettanti agli operatori per le vaccinazioni, monitorizza i bilanci di salute dei pediatri di famiglia convenzionati, inserisce nel Dmi la neuropsichiatria infantile e la riabilitazione pediatrica. In particolare stabilisce che il Dmi "definisce le forme di collaborazione e individua idonei strumenti di collegamento tra i servizi ospedalieri, i pediatri di libera scelta e i servizi distrettuali, in particolare nella gestione delle attività consultoriali, sviluppando il percorso ospedale-territorio (deospedalizzazione) e riducendo la centralizzazione ospedaliera per tutti i servizi effettuabili sul territorio".

- Il Piano sociosanitario regionale 2000-2002 della *Lombardia* (in via di approvazione) affida le attività sanitarie e socio-assistenziali territoriali a 15 Asl articolate in 106 distretti di oltre 100.000 abitanti. La medicina generale e la pediatria di libera scelta, i consultori e l'educazione sanitaria sono parte delle 11 funzioni svolte a livello del distretto sociosanitario e coordinate dai dipartimenti. L'ultima bozza (Agosto 2001) prevede una possibilità per il Dipartimento materno-infantile ospedaliero e una priorità per il percorso nascita. Ovviamente, la netta separazione fra aziende ospedaliere e territoriali non permette, in Lombardia, l'istituzione del Dmi così come è enunciato nel decreto ministeriale. È indicata nel Psr la necessità di una integrazione fra Dmi e territorio per tutte le attività e quindi anche per le materno infantili. Nel territorio il referente da integrare con l'ospedale sembra

essere un "Gruppo delle cure primarie" collocato nel distretto che opererebbe con "protocolli di intervento" concordati fra ospedale, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Purtroppo la debolezza del distretto lombardo, ammessa dal documento, e per ora solo rete di decentramento di attività dei dipartimenti ospedalieri, sembra rendere difficile questa impresa per la mancata definizione delle strutture distrettuali. La possibile attribuzione al privato anche dei servizi di prevenzione e in particolare delle vaccinazioni pare al momento (dopo l'11 settembre) abbastanza incauta, mentre ha sollevato obiezioni da parte della Fimm l'ipotesi di affidare i pazienti per cure ambulatoriali, per un intero anno, a strutture specialistiche private accreditate (pensiamo alla celiachia, all'epilessia, alla fibrosi cistica, alla cefalea) che escluderebbero il medico generalista da qualsiasi attribuzione in questo campo specialistico. Incerta nel distretto anche la relazione della Npi con le altre strutture materno infantili.

- Caso del tutto particolare è quello della *Toscana* che si è occupata del settore prima degli altri, ma si è fermata ad un livello di completezza del tutto insoddisfacente. Il Psr della Toscana prevede "l'area funzionale materno infantile". Le aree funzionali omogenee erano uno degli obblighi della legge 412/1991, precedente al decreto sul Progetto obiettivo materno-infantile (Pomi). Al fine di organizzare e integrare le funzioni ospedaliere relative al settore materno infantile, le aziende UsI istituirono le Aree funzionali materno infantili, che coordinano le attività del settore presenti nel presidio ospedaliero di zona o nell'ospedale sovrazonale di riferimento. Dipartimenti di soli ospedali quindi. Analogamente l'area funzionale materno-infantile è istituita presso le aziende ospedaliere. Il regolamento aziendale definisce il numero e la composizione delle aree funzionali e le strutture organizzative che ne fanno parte. Il responsabile dell'area funzionale gestisce il budget e la programmazione operativa dell'area, assicura la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse e la fruizione degli spazi e delle attrezzature comuni, promuove l'integrazione tra le

attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo di gruppi di lavoro orientati a progetti specifici, assicura l'accessibilità ai servizi e la corretta conduzione del percorso assistenziale, promuove l'applicazione di metodologie e protocolli comuni, collabora con il direttore del presidio mediante la forma prevista dal regolamento aziendale. A livello aziendale ad uno dei responsabili delle aree funzionali materno infantili è attribuito il coordinamento delle stesse al fine di assicurare il funzionamento in rete dei presidi ospedalieri per i settori di competenza. Il coordinatore delle aree funzionali materno infantili partecipa al comitato direttivo dei presidi ospedalieri dell'azienda Usl. Di fatto, questa è la realtà prevalente (Lucca, Livorno, Pistoia, Arezzo) con aree funzionali ospedaliere che comprendono l'Uo pediatria e l'Uo ostetricia e ginecologia. Soltanto in una Usl della costa (Pietrasanta - Viareggio) è stato istituito un Dipartimento materno-infantile ospedale-territorio cioè del tipo di quello del Pomi. Nell'area metropolitana fiorentina, l'area funzionale materno-infantile è sostituita dal Dipartimento operativo interaziendale materno-infantile. La responsabilità dell'area materno-infantile è attribuita dal direttore generale ad uno dei direttori delle unità operative afferenti all'area. Il Psr prevede poi "l'area funzionale salute mentale infanzia e adolescenza". Le aziende Usl costituiscono in ogni zona un'aposta unità funzionale multiprofessionale per l'infanzia e l'adolescenza (neuropsichiatri infantili, psicologi, personale dell'unità operativa di riabilitazione professionale, assistenti sociali) con competenze di prevenzione, diagnosi, cura, presa in carico, riabilitazione ed integrazione sociale nei confronti dei soggetti dell'età infantile e adolescenziale. Il responsabile definisce la programmazione operativa dei servizi, assicura la direzione del personale assegnato, è responsabile del budget assegnato all'unità funzionale dal responsabile di zona, opera al fine di garantire l'integrazione con gli altri servizi territoriali di zona, collabora con il responsabile dell'area funzionale ospedaliera materno-infantile e con il responsabile dell'unità funzionale salute mentale adulti".

- Il Piano sanitario regionale della regione *Marche* prevede due ambiti di attuazione dei servizi. L'ambito distrettuale provvede alle cure primarie con i consultori familiari, le Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (assistenza di base e specialistica), i servizi di prevenzione (vaccinazioni, screening). L'ambito funzionale omogeneo materno-infantile ospedaliero comprende le neonatologie, le pediatrie, le neuropsichiatrie infantili e le ostetricie. Il collegamento fra i due ambiti avviene attraverso il Dipartimento materno-infantile.

- Anche l'*Abruzzo*, come le Marche, prevede una area funzionale omogenea materno-infantile, ma l'area materno-infantile territoriale è assai poco definita e molto fluida; la Npi fa parte strutturalmente del Dipartimento di salute mentale, ma è funzionalmente collegata al Dipartimento materno-infantile che è menzionato solo una volta nel Psr.

- La *Sicilia* ha varato alla fine del 2000 un Piano sanitario 2000-2002. Ha tra gli obiettivi di salute quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli. Si propone di intervenire sull'area materno-infantile con l'istituzione del Dipartimento materno-infantile (Dimi). Il Dimi è una struttura tecnica che, in ogni azienda Usl, deve perseguire il raggiungimento degli obiettivi del Psn 1998-2000 e del Psr per l'area materno-infantile. Integra organizzativamente tutte le Unità operative ospedaliere e territoriali. Per l'organizzazione e le attività si rimanda direttamente al Progetto obiettivo materno-infantile nazionale senza provare a localizzarlo e capirlo, senza provare a fissare obiettivi precisi raggiungibili. Nel piano si individuano poi degli "obiettivi strategici" da raggiungere nel triennio: riduzione della mortalità perinatale, percorso nascita adeguato, promozione della salute del neonato e diagnosi precoce delle anomalie congenite e delle malattie genetiche e/o rare per prevenire gli handicap. Ai consultori si attribuiscono funzioni d'intervento nell'area dell'adolescenza, nell'abuso e maltrattamento. Quello della Sicilia è un progetto talmente ambizioso che si può prevedere rimarrà carta su carta.

- Del Psr della *Calabria* è circolata una bozza, preparata da "esperti" con nessun

impegno delle forze locali, che in ambito programmatico pure esistono. Mancano indicazioni circa la metodologia di tutela della salute materno-infantile. È possibile che il piano si limiti ad una filosofia di piani "leggeri" per lasciare tutto ad iniziative tendenti al risparmio. (il deficit sanitario della Calabria ha raggiunto la cifra di 1200 miliardi!). Le Asl e le Ao hanno presentato i loro piani attuativi, che dovevano essere approvati dalla regione entro l'estate. La costituzione dei Dmi è prevista in questi piani, ma i relativi regolamenti e programmi verranno dopo.

- Ci mancano notizie sui Psr di Puglia, Sardegna e Campania, se qualche nostro lettore ne ha saremo lieti di pubblicarle.

### Conclusioni

Contrariamente all'attesa, l'impatto dell'emanazione del decreto sul Progetto obiettivo materno-infantile sulle strutture assistenziali è stato modestissimo, forse nullo. Le regioni che hanno attuato il Dmi lo avevano già fatto prima della emanazione del Progetto obiettivo materno-infantile (Basilicata; Piemonte, parte dell'Umbria e forse Lazio). Le regioni che avevano scelto un'altra strada per i servizi materno-infantili hanno continuato sulla stessa scelta (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna). Le regioni che lo hanno inserito nei loro Psr lo hanno fatto come indicazione generica per ottemperare stancamente agli obblighi del decreto. La strada da seguire per il futuro (ancor più in epoca di devoluzione) sembra quindi essere quella di influenzare e sensibilizzare gli assessorati regionali e le aziende sanitarie locali, portando ad esempio i risultati ottenuti nelle Asl che hanno istituito i Dmi. Occorre fare più attenzione che in passato ai problemi assistenziali invece che ai nominalismi delle strutture, pur rimanendo intatta la preferenza dell'Acp per la realizzazione, la conservazione, il rafforzamento del Dmi nelle regioni ove ciò sia possibile, in realtà molte. In queste regioni, o in alcune di esse, si sta commettendo l'errore di pensare se ci si debba concentrare sulle strutture materno-infantili di distretto o sul Dipartimento, dimenticando che l'importante è avere una visione programmatica d'insieme dei problemi e che quindi l'area da tenere

sotto controllo è quella che consente questa visione d'insieme e che permette di entrare nei processi decisionali dell'azienda. Anche nelle regioni dove il Dmi è stato attuato esiste, di fatto, una separazione irragionevole fra settore materno e settore infantile: si pensi al percorso nascita.

Esiste, immanente, il rischio che l'istituzione del Dmi si riduca ad un rinnovamento di targhe senza modificare il contenuto. Questo anche perché lo stesso è successo in tutto il processo di dipartimentalizzazione all'interno delle Asl in gran parte del paese, come rileva *Management* di ottobre 2001. Si sta cercando, in alcune aree, di applicare il Progetto obiettivo localmente senza costruire le premesse perché il cambiamento organizzativo possa realizzarsi, sicché la struttura deve ancora oggi, e ancora domani, superare i limiti di una dimensione formale e superare i punti critici posti in essere dalle difficoltà di funzionamento. Si è tenuto poco conto, del valore sperimentale di altre esperienze consolidate che potevano offrire modelli di riferimento tali da offrire risposte per esempio sulla funzione del responsabile e sulle modalità di coordinamento. Si è dovuto registrare il potere di una cultura organizzativa, specie (ma non solo) negli ambiti ospedalieri, che porta a vedere il Dipartimento come una minaccia invece che come un'opportunità e privilegia l'ottimizzazione del consenso piuttosto che l'attenzione a modelli organizzativi tendenti all'efficacia. ■

Si ringraziano per la collaborazione Maurizio Bonati, Paola Ghiotti, Pino La Gamba, Gaetano Milioto, Vitalia Murgia, Monica Pierattelli, Stefania Sani, M. Edoarda Trillò.



## ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI ASSOCIAZIONE PEDIATRIA DI COMUNITÀ

### CORSO ITINERANTE DI PEDIATRIA DI COMUNITÀ

“Come si organizza ...”

4 MODULI RESIDENZIALI PER UN TOTALE DI 85 ORE DI LEZIONI ED ESERCITAZIONI

#### Partecipanti

25/30 persone

#### Metodologia didattica

Brevi introduzioni metodologiche e di approfondimento specifico dei temi trattati seguite da lavori in piccoli gruppi con tutor. Ogni modulo termina con la presentazione da parte di uno dei relatori della sua esperienza specifica presso la propria AUSL sul tema trattato.

#### 1° Modulo 25/26 febbraio 2002 (Ferrara)

Come si organizza una rete di promozione e sostegno all'allattamento al seno

Come si organizza un intervento di profilassi delle malattie infettive in comunità

#### 2° Modulo 21/23 marzo 2002 (Bologna)

Come si organizza una strategia vaccinale

Come si organizza l'ambulatorio vaccinale

Come si organizza la raccolta dati informatizzata per un servizio vaccinale

#### 3° Modulo 15/16 aprile 2002 (Cesena)

Come si organizza lo screening dell'ambliopia

Come si organizza un registro aziendale per le malattie croniche

#### 4° Modulo 15/17 maggio 2002 (Cesena)

Come si organizza un servizio di dietetica di comunità

Come si organizza un progetto di educazione alla salute

Come si organizza la raccolta dati per la relazione annuale di servizio

#### Tassa di Iscrizione

Medici Soci ACP Lit. 800.000 Euro 413

Non soci ACP Lit. 1.000.000 Euro 516

Infermieri e specializzandi Soci ACP Lit. 600.000 Euro 310

Non soci ACP Lit. 800.000 Euro 413

È possibile l'iscrizione anche ad un solo modulo con le seguenti tasse di iscrizione:

Medici Soci ACP Lit. 250.000 Euro 129

Non soci ACP Lit. 300.000 Euro 155

Infermieri e specializzandi Lit. 250.000 Euro 129

La quota non comprende le spese alberghiere e le cene che sono a carico di ogni partecipante.

Le iscrizioni si chiuderanno il 20/01/02

#### Per informazioni e/o iscrizioni

Chiara Cuoghi fax 0532235502 e-mail ccuoghi@libero.it

Massimo Farneti fax 0547352142 e-mail mfarneri@ausl-cesena.emr.it

#### Direttore del corso

Prof. Giancarlo Biasini



## Considerazioni a margine del Congresso Acp di Torino

Al congresso Acp di Torino, tra i vari materiali che ho raccolto nella sede del convegno, vi è la pubblicazione "Il Codice violato" a cura della coalizione italiana per il monitoraggio del codice (ottobre 2001).

Concordo sull'importanza che cittadini e associazioni, in accordo a quanto sostenuto da Oms, Unicef, AAP, prendano coscienza del ruolo preminente dell'allattamento materno esclusivo fino a 6 mesi (nel senso anche di non necessità di integrazione neppure con bevande più o meno a base vegetale) e di un giusto sostegno a protrarre l'allattamento materno fino all'anno di vita e anche oltre se possibile, lasciando alla coppia madre/bambino la decisione naturale di smettere, così come della necessità di una adeguata introduzione e di un corretto utilizzo di alimenti complementari nella dieta del bambino dai 6 mesi in poi.

Condivido la necessità di una attenta sorveglianza, perché le regole del mercato non prendano il sopravvento, svuotando di significato queste pratiche derivanti da scelte culturali, ma ritengo anche sia necessario evitare un atteggiamento di eccessiva pedanteria e forzatura nel dare importanza negativa a qualsiasi forma di pubblicità di prodotti che riguardino l'alimentazione del bambino, finanche il biberon.

Voglio dire: possibile che dobbiamo in tal modo avvallare l'idea che le mamme siano tutte incapaci di pensare con la propria testa e di operare le scelte migliori per i propri bambini? Certo, una responsabilità grossa in questo orientamento all'autonomia culturale dei genitori dei nostri piccoli pazienti spetta a noi pediatri, (di famiglia, di comunità, ospedalieri, universitari) e bisognerà che prima o poi riusciamo a metterci tutti di fronte a tale responsabilità.

Esprimo, tuttavia, la mia perplessità nel rilevare (seconda pagina di copertina di detta pubblicazione) la presenza, tra le varie associazioni che risultano sostenere la pubblicazione stessa, della Vacci-

network di Modena, con sito web e indirizzo di posta elettronica attivi. Tale associazione, come ho avuto modo di conoscere recentemente, durante la preparazione a livello regionale, del corso Fimp sulla promozione delle vaccinazioni, pur presentandosi sotto una veste scientifica, svolge in realtà attività di informazione contraria alle vaccinazioni.

Pur riconoscendo il ruolo importante svolto dalle varie associazioni (organizzazioni non governative, no-profit, ecc.) nella denuncia e sensibilizzazione dell'opinione pubblica e degli operatori sanitari, rispetto al grave problema della violazione del codice internazionale Oms/Unicef per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, quanto sopra segnalato appare in evidente contrasto con le finalità culturali e sociali dell'Acp, che deve in tal senso verificare le proprie scelte operative e di supporto e dare un segnale di chiarezza, per non rischiare che l'attività propria e delle stesse associazioni sopra citate, sia svuotata di significato.

Tali considerazioni desiderano essere inoltre un invito alla coalizione italiana per il monitoraggio del codice, a scegliere in modo attento i propri sostenitori, in base a criteri di credibilità scientifica delle posizioni che essi assumono e dell'attività che svolgono.

Grazie per l'attenzione e cordiali saluti.

Paolo Schievano

*Ringraziamo il dott. Schievano per la lettera che ci consente di tornare a parlare del codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e, se possibile, chiarirne alcuni aspetti. L'art. 2 del codice include chiaramente biberon e tettarelle tra i prodotti la cui commercializzazione deve essere regolata; questi prodotti sono stati invece omessi dalla legislazione del nostro paese, che pure ha sottoscritto il codice.*

*Le pubblicità di biberon e tettarelle tendenti a darne un'immagine positiva o ad equipararli addirittura al seno materno sono una chiara violazione del codice. Tale violazione viene appropriatamente denunciata nel "codice violato" da parte della coalizione italiana per il monitoraggio del codice (Icmc). Non crediamo si possano mettere in discussione il codice*

*internazionale e le successive risoluzioni dell'assemblea mondiale della sanità, tutte approvate, lo ricordiamo, dai vari governi che dal 1981 ad oggi si sono succeduti in Italia. Il libretto vuole solo mostrare come e quanto il codice sia tuttora, a venti anni dalla sua promulgazione, sistematicamente violato. Crediamo che esuli dagli scopi del libretto stabilire se medici e madri siano capaci di avere opinioni indipendenti una volta "colpiti" dalla pubblicità; il nostro pensiero, comunque, è che "sulle scelte migliori per il proprio bambino" incidano tutta una serie di fattori, tra i quali la pubblicità (anche di prodotti non utili e, a volte, dannosi) gioca un ruolo preminente, a volte superiore a quello dei pediatri.*

*Riguardo al secondo punto (sull'opportunità che la Vaccinetwork di Modena abbia aderito al documento) possiamo rispondere solo parzialmente: sul merito della questione; difatti, non può che esprimersi la Icmc. Ma per quel che concerne un eventuale offuscamento d'immagine dell'Acp, siamo quasi al "volo pindarico": non crediamo che un'associazione che permette la diffusione di un opuscolo, di cui condivide i contenuti, debba prima chiedersi se tutti quelli che vi hanno aderito condividano tutto della propria politica, altrimenti non sarebbero due entità diverse, ci sarebbe una totale omologazione, forse anche noiosa.*

s. c.n.

## I tragici fatti di Modena e la realtà dell'autismo

Siamo genitori di un bambino autistico e cogliamo l'occasione dei dolorosi fatti avvenuti in provincia di Modena per una riflessione. Troppe delle cose che abbiamo letto sui giornali o sentito in televisione su questo tragico avvenimento ci porta a pensare che molte persone, compresi insegnanti, giornalisti, psicologi, ignorino le condizioni di vita delle famiglie che vivono l'esperienza di un figlio autistico e con questa nostra lettera vogliamo porvi un piccolo rimedio. La persona affetta da autismo pervade, come se fosse un virus, la vita dei suoi familiari fino a portarli al disorientamento e spesso alla frammenta-



zione, perché bisogna viverla per capire che questa grave e poco conosciuta patologia dalle cause ancora purtroppo sconosciute, comporta uno stile di vita al limite delle umane possibilità. I genitori che il più delle volte ricevono questa diagnosi, spesso quando il bambino ha già compiuto i tre anni e a volte anche più tardi, si trovano con un bambino ingestibile che ha gravi problemi di comunicazione e di interazione sociale, per dirla in parole povere il bimbo non capisce l'ambiente circostante e si richiude sempre più in un mondo fatto di stereotipie e di rituali esasperanti; i cambiamenti seppur minimi dell'ambiente lo portano a crisi d'ansia e ad atteggiamenti socialmente inaccettabili; il contatto fisico spesso è rifiutato e il suo sguardo è sfuggente.

I disturbi del sonno e le lunghe veglie notturne non aiutano certo chi deve gestire queste difficoltà; il mondo della persona autistica è un mondo avulso dalla nostra realtà e toglie a noi genitori ogni illusione di contatto, con un bambino che ci usa come protesi per i suoi bisogni e con cui non si riesce a stabilire un rapporto di scambio.

Socialmente la famiglia si trova in un isolamento disperato, perché gli atteggiamenti del figlio non vengono accettati dalla comunità che non ha mai avuto informazioni adeguate per capirli e tollerarli. L'uomo è un essere sociale e la nostra società si è costruita su questo presupposto; vivere in una reclusione forzata può minacciare la stabilità mentale anche della persona più forte. Quando una persona decide di uscire con il proprio figlio spesso si trova qualche sapientone che ti spiega come fare a gestire un bambino così difficile che urla e scappa in continuazione; altre volte persone più comprensive accettano la difficoltà del tuo bambino e il desiderio dei genitori di ampliare i limitati interessi del figlio. Ma quante umiliazioni e quanta colpa viene fatta soffrire ai genitori ed è difficile vedere un futuro migliore quando per 24 ore al giorno, tutti i giorni, una persona deve continuamente ripiegarsi su se stessa. Poi la neuropsichiatria infantile per venirti in aiuto ti dà un sostegno psicologico, ma forse questi genitori non potrebbero trarre più giovamento dal fatto di avere qualche ora alla settimana libera per

una vita sociale normale: vedere un film, mangiare una pizza, o bere un caffè con qualche amico? Le vacanze poi sono un "tour de force" e quando parti non vedi l'ora di ritornare per lo sfinimento che questo cambiamento provoca alla persona affetta da autismo perché sai in partenza che tutti ti saranno nemici, dai vicini di camera perché devono dormire e tuo figlio urla, dal bagnino che non ti lascia portare il bambino in piscina perché può sporcarla e... tante altre cose simili. E allora stendiamo un velo pietoso su una vicenda di tanto dolore. E quale sarebbe la punizione esemplare per un simile delitto? Se l'inferno si sconta vivendo, quale pena più grande può avere una persona? Non giudichiamo, ma riflettiamo su questa società che esclude egoisticamente l'autismo.

Altri paesi danno servizi efficienti e persone competenti per sostenere le famiglie, aiutandole ad avere una qualità di vita dignitosa, attivandosi con diagnosi precoci che aiutano con interventi tempestivi, per sviluppare in queste persone autistiche abilità e competenze per un inserimento adeguato. Una corretta informazione rende questo vivere caotico, un po' più ordinato e apre orizzonti meno bui, che aiutano le famiglie ad avere delle speranze e delle gratificazioni dal figlio altrimenti insperate. Abbiamo letto che il bambino di Modena non era abbandonato perché aveva due insegnanti di sostegno a scuola, ma a cosa servono se non vengono formati sulla gestione di un autistico? Così l'inserimento nella scuola è nella maggioranza dei casi un parcheggio forzato, con ragazzi urlanti a spasso nei corridoi, a parte in quei rari casi in cui i genitori si sono attivati con programmi specifici per l'autismo.

Ma tutto questo è lontano da una realtà generalizzata, e spesso dei genitori si rinchiodano nel loro isolamento e vivono questa condizione con angoscia. E noi non vogliamo ergerci a giudici, ma svegliare chi dorme da troppo tempo, lasciando le famiglie allo sbando, come una mosaica punizione a chissà quale peccato. Non dobbiamo rassegnarci ma chiedere pari opportunità per coloro che non hanno voce per farlo e con fermezza chiediamo misericordia a coloro che sono crollati e l'abbandono li ha portati ad altre

soluzioni estreme. Per troppo tempo i servizi hanno deliberatamente ignorato queste famiglie; negandogli gli strumenti e la corretta informazione, queste persone autistiche non sono dei mostri da isolare, ma devono essere sostenute con esperti che aiutino le famiglie, con una corretta informazione e sui percorsi educativi specializzati che portino a miglioramenti sostanziali della persona colpita e, soprattutto, bisogna dare alle famiglie aiuti competenti e metodi riabilitativi nuovi e validati scientificamente e non obbligare i genitori a doversi pagare tutto di tasca propria per operare con medici stranieri perché i nostri arretrati servizi ci offrono solo ridicole e superate psicoterapie e psicomotricità.

Si può e si deve avere una risposta concreta.

*Sonia e Roberto Rusticali*

*Ringraziamo i coniugi Rusticali per la loro testimonianza. Ai nostri lettori ricordiamo che la famiglia Rusticali è attivamente impegnata nell'Associazione nazionale genitori soggetti autistici, un utilissimo punto di riferimento per tutte le famiglie che hanno un figlio affetto da autismo infantile. Il sito internet dell'Associazione è [www.autismo.inews.it](http://www.autismo.inews.it)*

*m. b.*



**LiBeR: un altro "vantaggio" per i soci Acp**

LiBeR è una rivista trimestrale che si occupa esclusivamente di libri per bambini e ragazzi; è nata dalla lunga esperienza della biblioteca "Gianni Rodari" di Campi Bisenzio ed è pubblicata da Idest (Via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio - FI, tel 0558966577, fax 0558953344, liber@idest.net). LiBeR pubblica in ogni numero articoli su argomenti di letteratura per bambini e ragazzi e una scelta di recensioni di libri, indicando la fascia di età consigliata per la lettura. È quindi uno strumento essenziale per chi voglia applicare nella pratica il progetto *Nati per leggere*. Le pagine per numero sono 112. Il formato è cm 28,5 x 19. Il costo dell'abbonamento è di 41,32, ma agli iscritti Acp viene offerto al prezzo di 33,57. Per ottenere lo sconto è sufficiente segnalare "socio Acp" sul retro del bollettino. La nostra segreteria provvederà ad inviare l'elenco aggiornato dei soci. Questo il n° di c/c postale: 15192503 intestato a Idest, Via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio - FI.

f. d.

**A Paderno ricerca sotto la lente**

Il 20 ottobre si è tenuto a Paderno del Grappa (TV) il secondo Convegno veneto sulla ricerca in pediatria di famiglia organizzato dall'Acp Asolo in collaborazione con il Cesper. Erano presenti tutte le associazioni culturali pediatriche della regione. La prima parte della giornata, incentrata sull'ormai imminente tema della sperimentazione clinica controllata nel territorio (G.U. del 18 giugno 2001) ha visto il confronto fra tutte le strutture interessate dal decreto legge. Alla presentazione dei suoi punti salienti (R. Joppi, del servizio farmaceutico dell'Asl di Verona) hanno fatto seguito interventi dell'azienda pubblica (A. Pedrini, della Sifo) e di quella privata (C. Cordaro, della Bracco, in rappresentanza di Farindustria), e dell'Acp (M. Gangemi). Infine Maurizio Bonati, con un intervento discretamente provocatorio ha dato il via ad un'intensa discussione in cui sono state toccate le più importanti zone d'ombra del decreto, dalla formazione degli sperimentatori al tipo ed eticità delle ricerche possibili. Abbiamo così avuto il sentore dell'intensa attività che si sta già svolgendo in Veneto per rendere attuativo nella pratica il decreto legge. Il pomeriggio è proseguito con la presentazione da parte dei gruppi locali delle proprie esperienze di ricerca sul

campo. Ha aperto l'Aprel sottolineando le criticità emerse nel gruppo nel condurre ricerche. Sono stati comunicati i dati preliminari della ricerca nazionale sull'oma, i risultati del progetto SPES, i risultati di una ricerca del gruppo di Bassano sulla possibilità per i ragazzi di muoversi senza rischi anche "senza motore", i risultati dell'esperienza del gruppo di Vicenza sulla ricerca dei casi paucisintomatici di celiachia. Da tutti sono stati evidenziati oltre ai risultati, in parte già noti, soprattutto le problematiche e le difficoltà insite nel fare ricerca sul territorio, con proposte di correttivi e di nuovi stimoli per il seguito di questa attività, anche alla luce delle novità portate dal succitato decreto.

m. g.

**Gruppo pediatri per il terzo mondo**

Da poco più di un anno un gruppo di pediatri italiani aderenti all'Acp con interesse e/o esperienza nei paesi in via di sviluppo (PVS) ha iniziato a ritrovarsi allo scopo di condividere e scambiare strumenti e strategie di lavoro.

Il primo incontro formale si è svolto a Monza nel settembre 2000, con la partecipazione di Giuseppe Masera, da tempo impegnato in progetti oncologici nei paesi dell'America centrale, e di Giorgio Tamburlini, impegnato in programmi Oms in diversi paesi. Sono stati identificati tre punti di lavoro comune:

1. la necessità di creare una rete informativa tra pediatri (singoli, associazioni, ecc.) che lavorano per "il terzo mondo";
2. la possibilità di far conoscere ed estendere un nuovo programma Oms per gli ospedali con scarse risorse nei PVS;
3. la creazione di riferimenti-contatti per sviluppare l'invio di specializzandi italiani all'estero.

L'incontro successivo si è svolto a Monza, nel marzo 2001, nell'ambito del Congresso nazionale del Gruppo di pediatria ospedaliera dove, all'interno di un seminario su "La pediatria italiana per il terzo mondo", più pediatri hanno avuto la possibilità di scambiare le loro esperienze di formazione e sviluppo di risorse umane in diverse parti del mondo, dall'Africa, all'Albania, al Vietnam. Il Congresso di pediatria ospedaliera, grazie alla sensibilità dei suoi organizzatori, per la terza volta quest'anno ha organizzato un seminario di questo genere e rimarrà un appuntamento annuale valido come scambio di esperienze e confronto metodologico e tecnico-professionale.

Nel giugno 2001 presso il Centro per la salute del bambino di Trieste si è tenuto il corso "Le

cure pediatriche nei paesi in via di sviluppo" che ha avuto la partecipazione degli specializzandi delle Cliniche pediatriche di Trieste e Monza e di alcuni pediatri esperti di cooperazione. Obiettivo principale del corso era la presentazione e formazione sulle linee guida Oms sulle cure pediatriche ospedaliere nei paesi in via di sviluppo. Il confronto tra specializzandi e persone esperte è stato considerato, nella valutazione finale del corso, da una parte un utile mezzo per promuovere tra i medici italiani una cultura pediatrica a favore del terzo mondo, dall'altra un supporto e stimolo reciproco per una crescita professionale nel campo. Dato il successo ottenuto è intenzione degli organizzatori mantenere tale appuntamento con cadenza annuale. È interesse del gruppo che ha iniziato e promosso questi primi incontri proseguire nel percorso iniziato e formare una mailing list tra coloro che sono interessati a tenersi in contatto e scambiarsi risorse, opportunità, strumenti di lavoro. Per questo motivo proponiamo un censimento di pediatri con interesse per i PVS attraverso un questionario inserito sulle riviste pediatriche italiane.

Lucia Castelli  
Giorgio Tamburlini

*Il questionario sottostante va fotocopiato e inviato a CSB, via dei Burlo 1, 34123 Trieste Fax: 0403224842*

1. *Ti sei mai occupato/a di interventi pediatrici in un paese in via di sviluppo?*

.....

2. *Di quali campi di intervento ti sei occupato/a?*

.....

3. *In quali aree geografiche?*

.....

4. *Che tipo di rapporto di lavoro hai avuto? (volontario, cooperante, rapporto continuativo, saltuario)*

.....

5. *L'ultimo progetto in cui sei stato coinvolto*

.....

6. *Sei interessato/a a partecipare (indicativamente giugno 2002, indicativamente a Trieste) ad un incontro di aggiornamento? o di confronto di esperienze? sì/no?*

.....

*Se sei interessato a ricevere informazioni, proposte su possibili progetti futuri, così come a mettere in comune strumenti, strategie, linee guida di lavoro scrivi il tuo indirizzo, telefono ed e-mail*

.....

.....

.....

.....

# ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**  
Disturbi del comportamento alimentare  
Eritromicina e rischio di stenosi ipertrofica del piloro  
Spray nasale di alfa streptococchi per le otiti  
Significatività statistica e valori di P
- **Esperienze**  
Un percorso formativo per la ricerca dei celiaci ignoti
- **Aggiornamento avanzato**  
La nuova famiglia fa nuovi bambini (seconda parte)
- **Un po' per gioco**  
Tre medici e una gamba

# Disturbi del comportamento alimentare

Luigi Gualtieri

Psicologo, AUSL Cesena

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 40-41

*Nella prima metà del maggio 2001 il Ministero della sanità ha emanato le "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare". Il testo è stato elaborato da una Commissione ministeriale istituita con decreto ministeriale del marzo 1997. Questo documento aggiorna un'altra pubblicazione del Servizio studi e documentazione del Ministero della sanità pubblicato dal Poligrafico dello stato nel 1996. Nel documento sono riportati dati epidemiologici, criteri diagnostici, strategie d'intervento, proposta di un modello organizzativo e consigli per le famiglie.*

## Dati epidemiologici

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata e i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati) colpiscono soprattutto donne (il rapporto con gli uomini è di 10/1) in età compresa tra i 12 e i 25 anni, appartenenti ad ogni classe sociale. Ultimamente sono in aumento i casi ad insorgenza precoce (in età prepuberale) e le cronicizzazioni del disturbo, soprattutto dell'anoressia nervosa (il 30-40% dei casi). La prevalenza in Italia è dello 0,3-0,5% per l'anoressia nervosa (AN), dell'1-3% per la bulimia nervosa (BN), del 6% per i DCA non altrimenti specificati. L'incidenza è di 15/100.000. Attualmente 65.400 donne comprese fra i 15 e i 24 anni soffrono di anoressia o bulimia (il numero cresce a 485.000 se si considerano altre forme di DCA più o meno gravi) con una stima di 8.500 nuovi casi all'anno. La mortalità per suicidio o per complicanze cliniche nell'AN è del 10% a 10 anni dall'esordio, del 20% a 20 anni.

## Criteri diagnostici

Segni precoci dell'anoressia nervosa:

- rapida e costante perdita di peso ottenuta con restrizione alimentare
- ossessione per il peso, la dieta, le forme corporee
- paura intensa e ingiustificata di diventare grassi e di perdere il controllo
- depressione, irritabilità, mancanza di concentrazione, apatia, isolamento sociale
- amenorrea
- comportamento alimentare anomalo (rituali a tavola, alimentazione vicaria, ecc.).

Segni precoci della bulimia nervosa:

- assunzione di grandi quantità di cibo non associata ad aumento di peso
- ingurgitare il cibo in modo vorace senza tenere conto dei sapori

- rigonfiamento delle ghiandole salivari, problemi dentari, crampi muscolari, ecc.
- alzarsi subito dopo aver mangiato per andare in bagno.

## Strategie di intervento

- Prevenzione primaria: informazioni e ricerche sulle tematiche adolescenziali (legate soprattutto all'alimentazione e al corpo) e sulle dinamiche familiari da attuarsi nell'ambito della scuola, da parte degli operatori sociosanitari, dei gruppi di incontro.

- Prevenzione secondaria: programma di formazione-informazione a diversi livelli per i medici di base e per gli operatori coinvolti nel settore (psichiatri, psicoterapeuti, internisti, endocrinologi, nutrizionisti) attraverso la convergenza di Università (corsi di studi, Scuole di specializzazione) e strutture sanitarie (corsi di aggiornamento, collaborazione con Consultori familiari, Dipartimenti materno-infantili, Dipartimenti di salute mentale, Dipartimenti di igiene e prevenzione, ecc.).

- Ospedalizzazione, necessaria in caso di:

- a) indice di massa corporea (BMI) <18,5 associato ad incapacità di aumentare il peso non dovuta ad altre patologie cliniche
  - b) gravi complicazioni cardiache, metaboliche, psichiatriche
  - c) ambiente familiare nocivo o che comunque inibisce il trattamento.
- Riabilitazione nutrizionale: essenziale nei casi di AN, deve essere accompagnata da un costante monitoraggio fisico e psicologico (per risolvere problemi di accettazione e di immagine corporea).

- Psicoterapie: indipendenti e mirate per i casi meno gravi, inserite in un contesto di trattamento multidisciplinare per i casi più gravi. Esse devono comunque essere differenziate secondo il tipo di disturbo, o le caratteristiche del caso individuale, i differenti stadi della malattia.

La terapia familiare ha dato buoni risultati nel trattamento dell'AN in pazienti molto giovani, viene associata e/o seguita da una terapia individuale. La terapia cognitivo-comportamentale agisce attraverso la ristrutturazione cognitiva e metacognitiva del paziente e sul concetto di motivazione personale. Nata per la cura della BN, risulta oggi il trattamento più efficace anche per l'AN. Date le difficoltà relazionali connesse ai DCA, sarebbero auspicabili sedute psicoterapeutiche di gruppo da integrare al trattamento individuale, oltreché gruppi psico-attitudinali rivolti ai genitori per offrire loro informazioni e supporto.

- Farmaci: gli antidepressivi, efficaci nel trattamento iniziale in molti casi di bulimia, non dovrebbero mai essere somministrati a pazienti denutrite nella fase di riabilitazione nutrizionale, ma, eventualmente, per trattare stati di depressione che persistono anche dopo il recupero del peso.

#### Proposta di un modello organizzativo

Tenuto conto dei dati di prevalenza ed incidenza, la rete assistenziale nazionale dovrebbe comprendere almeno le seguenti strutture.

- 75 Unità ambulatoriali comprendenti: 1 responsabile, 2 psichiatri psicoterapeuti, 2 psicologi clinici, 2 dietisti, 1 turno diurno di personale infermieristico.

- 50 Centri diurni/day hospital (per 4.400 posti di degenza l'anno, con 2 mesi di durata media di ricovero) composti da: 1 responsabile, 4 operatori (psichiatra, psicologo, internista), 2 dietisti, 1 terapeuta psicomotorio.

- 39 Servizi di degenza riabilitativi residenziali (per 120 posti di degenza l'anno, con 3 mesi di durata media di degenza) composti da: 1 responsabile, 5 operatori (psichiatra, psicologo, internista), 2 dietisti, 1 terapeuta psicomotorio, 1 turno diurno di personale infermieristico.

- 1 Servizio per provincia che includa un ambulatorio specializzato.

- 1 Centro regionale interdipartimentale per prevenzione, epidemiologia, ricerca, formazione.

Una rete di assistenza coordinata tra servizi ambulatoriali, ospedalieri e riabilitativi dovrebbe permettere un trattamento multi-

disciplinare finalizzato ad ottimizzare i costi delle cure di queste patologie e ad abbassare il rischio di ricoveri. ■

## ERITROMICINA e rischio di stenosi ipertrofica del piloro

Rosario Ferracane

**Background** Recentemente è stato segnalato un cluster di casi di stenosi ipertrofica del piloro (SIP) fra lattanti che erano stati trattati con eritromicina come profilassi dopo esposizione a pertosse presso una neonatologia ospedaliera (*Lancet* 1999; 354:2101). È quindi importante esaminare l'associazione fra eritromicina e SIP e, se confermata, quantificare il rischio. Non è stato finora indagato se il rischio di SIP può essere aumentato in lattanti trattati con pomata oftalmica a base di eritromicina o figli di donne trattate in gravidanza con macrolidi.

**Obiettivi** Gli autori hanno condotto uno studio di coorte storico in una popolazione di lattanti nata presso un ospedale in 6 anni e mezzo. Hanno esaminato il rischio di SIP in 3 gruppi: lattanti trattati per via sistemica con eritromicina o azitromicina o claritromicina, lattanti trattati con eritromicina pomata oftalmica e lattanti le cui madri erano state trattate in gravidanza con eritromicina o azitromicina o claritromicina.

**Setting** Studio condotto presso il Wishard Hospital, un grosso ospedale urbano, da ricercatori delle Sections of Adolescent Medicine and Infectious Disease, Department of Pediatrics and Regenstrief Institute, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, USA.

**Metodi Partecipanti** Lo studio ha incluso 14.876 lattanti dei 16.411 nati al Wishard Hospital dal 1° giugno 1993 al 31 dicembre 1999 in conformità ai criteri di esclusione.

**Criteri di esclusione** Lattanti di cui non

c'era documentazione di visita ambulatoriale presso l'ospedale o uno degli ambulatori collegati durante i primi 3 mesi di vita per minimizzare la possibilità che avessero ricevuto una prescrizione di antibiotici o la diagnosi di SIP al di fuori della rete ospedaliera oggetto dello studio. Inoltre i lattanti deceduti prima del compimento dei 3 mesi.

**Coorte degli esposti** Coloro ai quali è stato prescritto il macrolide. È stata divisa in 3 gruppi.

- Trattati con macrolide sistemico. L'esposizione era determinata sulla base delle prescrizioni di eritromicina o azitromicina o claritromicina nei primi 3 mesi di vita. Veniva registrata l'età in cui era avvenuta la prescrizione, la formulazione, la dose, la durata della terapia e il numero dei giorni di trattamento in ricovero.

- Trattati con eritromicina pomata oftalmica. Lattanti con prescrizione di un ciclo terapeutico, non di una singola dose profilattica, nei primi 3 mesi di vita.

- Figli di donne trattate in gravidanza con macrolide sistemico. L'esposizione al macrolide era determinata sulla base delle prescrizioni di eritromicina o azitromicina o claritromicina.

**Esito valutato** La diagnosi di SIP nei primi 3 mesi di vita, che veniva accettata solo in presenza di conferma operatoria.

**Risultati** Eritromicina sistemica (orale e/o parenterale) è stata prescritta a 469 lattanti. La SIP è stata diagnosticata in 43 (0,29%) lattanti dei 14.876 dello studio. Non c'era differenza significativa nel peso alla nascita e nell'età gestazionale fra i lattanti con SIP e senza SIP.

- Trattati con macrolide sistemico. La SIP è stata diagnosticata in 6 lattanti dei 469 trattati con eritromicina sistemica (1,28%) e in 37 dei 14.407 non trattati (0,26%). Rischio relativo (RR) 4,98; intervallo di confidenza 95% (IC 95%) 2,1 - 11,7. Nessuno dei 243 lattanti con prescrizione di eritromicina dopo le 2 settimane di vita ha avuto diagnosi di SIP.

Considerando solo le prescrizioni di eritromicina riguardanti le prime 2 settimane di vita abbiamo: 6 lattanti con SIP dei 226 trattati (2,65%) e 37 lattanti con SIP dei 14.650 non trattati (0,25%) (RR 10,51; IC 95% 4,5 - 24,7).

Fra i 416 lattanti di cui era specificata la durata del trattamento la prescrizione di un periodo più lungo di terapia era associata a un più alto rischio: 6 (3%) dei 201 lattanti con prescrizione di trattamento >13 giorni hanno sviluppato SIP contro nessuno dei 215 lattanti con prescrizioni per periodi più brevi ( $P < 0,05$ ).

Solo 6 lattanti hanno avuto prescrizioni di azitromicina e nessuno ha sviluppato SIP. La claritromicina non è stata prescritta ad alcun lattante.

- Trattati con eritromicina pomata oftalmica. Un ciclo terapeutico di eritromicina pomata oftalmica è stato prescritto per congiuntivite a 1.243 lattanti, 108 dei quali avevano pure una prescrizione di eritromicina sistemica. Non c'era aumentato rischio di SIP nei lattanti in trattamento con terapia oftalmica, indipendentemente dalla prescrizione di terapia sistemica (RR 1,12; IC 95% 0,31 - 2,69).

- Figli di donne trattate in gravidanza con macrolide sistemico. Un macrolide era prescritto in gravidanza a 3.346 madri; 198 dei loro figli avevano pure una prescrizione di eritromicina sistemica. La prescrizione in gravidanza, considerando tutto il periodo, non si associava ad aumentato rischio di SIP nei lattanti. Se consideriamo invece solo le prescrizioni nelle ultime 10 settimane di gravidanza, c'era "l'accenno di un possibile aumento di rischio" (RR 1,76; IC 95% 0,7 - 4,2).

**Conclusioni** Questo studio di un'ampia coorte di nati conferma l'associazione fra terapia con eritromicina per via sistemica nei lattanti, in particolare nelle prime 2 settimane di vita, e SIP. Dato che il rischio negli esposti all'eritromicina nelle prime 2 settimane di vita è 2,65% e il rischio nei non esposti è 0,25%, è necessario trattare 42 lattanti con eritromicina per avere un caso in più di SIP (number needed to harm [NNH] è 42).

Non è stata trovata un'associazione fra ciclo terapeutico con pomata oftalmica di eritromicina e SIP. Una interessante, benché non statisticamente significativa,

osservazione è che la prescrizione di un macrolide alle madri durante le ultime 10 settimane di gravidanza può essere associato a un maggior rischio di SIP.

I risultati consigliano prudenza nell'uso di eritromicina per via sistemica nei piccoli lattanti, in particolare nelle prime 2 settimane. Dovrebbe essere prescritta per il tempo più breve di efficacia, dato il rischio più alto per le prescrizioni >13 giorni. Non si possono trarre conclusioni su un eventuale rischio associato all'azitromicina e alla claritromicina poiché pochi lattanti sono stati trattati con questi antibiotici.

**Commento** Lo studio effettuato su un'ampia coorte storica di lattanti fornisce alcune evidenze sull'associazione fra la terapia sistemica con eritromicina e SIP. Se consideriamo l'intera durata dello studio (3 mesi) il rischio negli esposti all'eritromicina è  $6/469 = 0,0128$  (1,28%) (6 casi di SIP nei trattati); il rischio nei non esposti è  $37/14.407 = 0,0026$  (0,26%) (37 casi di SIP nei non trattati); l'incremento assoluto del rischio (IAR) è  $0,0128 - 0,0026 = 0,0102$  (1,02%); il NNH  $1/0,0102 = 98$  (IC 95% 40 - 309) (*Quaderni acp* 2001;2:40). Se consideriamo invece le prescrizioni delle prime 2 settimane di vita il rischio negli esposti è  $6/226 = 0,0265$  (2,65%); il rischio nei non esposti è  $37/14.650 = 0,0025$  (0,25%); l'IAR è  $0,0265 - 0,0025 = 0,024$  (2,4%); il NNH è 42 (IC 95% 18 - 103).

Il rischio di SIP nei nati da madre che ha assunto un macrolide nelle ultime 10 settimane di gravidanza è 1,76 volte più alto (RR) che nei figli di donne non trattate. Tuttavia l'intervallo di confidenza 95% è compreso tra 0,7 e 4,2; ripetendo diverse volte lo studio il RR potrebbe essere <1 e quindi il rischio negli esposti potrebbe essere minore del rischio nei non esposti. Come affermano gli aa, la possibile associazione necessita di ulteriori studi che possano confermarla.

*Mahon BE et al. Maternal and infant use of erythromycin and other macrolide antibiotics as risk factors for infantile hypertrophic pyloric stenosis. J Pediatr* 2001; 139:380

**Parole chiave** Stenosi ipertrofica del piloro, Eritromicina

## SPRAY NASALE di alfa streptococchi per la cura delle otiti

Caterina Lo Presti

**Background** Il 5% dei bambini presenta otiti ricorrenti (5 o più episodi in un anno). L'otite media essudativa è la più comune sequela dell'otite media acuta. L'uso degli antibiotici, in terapia o in profilassi, pone il problema dell'aumento delle resistenze batteriche e interagisce con la normale flora saprofitica presente nelle prime vie aeree, considerata importante nel contrastare la proliferazione di agenti patogeni. La scarsa presenza nel nasofaringe di batteri saprofiti, in particolare streptococchi alfa emolitici con azione di "interferenza" (capaci di inibire la crescita di batteri patogeni), è stata associata con una alta incidenza di reinfezioni nelle faringotonsilliti streptococciche; inoltre un più basso numero di streptococchi alfa emolitici è stato trovato nel nasofaringe di bambini con otiti ricorrenti o con otiti essudative rispetto ai bambini sani.

**Obiettivi** Gli autori si sono proposti di valutare l'effetto della colonizzazione del nasofaringe con streptococchi alfa emolitici sulle ricadute di otite media acuta e sulla frequenza delle otiti medie essudative.

**Setting** Dipartimento di otorinolaringoiatria dell'Ospedale Lundby di Goteborg, Svezia.

**Metodi** Si tratta di un trial randomizzato in doppio cieco realizzato tra il 1996 e il 1999.

**Partecipanti** Centotrenta bambini, di età compresa tra 6 mesi e 6 anni, affetti da otite ricorrente (almeno 2 episodi negli ultimi 6 mesi o almeno 5 episodi nell'ultimo anno): sono inviati dai loro medici oppure si recavano direttamente alla visita specialistica per otalgia. Sono stati inclusi quelli che alla visita presentavano la membrana timpanica estroflessa e ispessita. Sono stati esclusi i bambini con allergia alla penicillina, difetti cardiaci valvolari, deficienze immunitarie,

anomalie anatomiche di orecchio, naso o bocca e i bambini con otite cronica. È stato fatto un follow-up di 3 mesi.

**Interventi** Tutti i bambini ammessi allo studio sono stati sottoposti a trattamento antibiotico per 10 giorni. Poi sono stati randomizzati in 2 gruppi: il gruppo intervento ha ricevuto uno spray nasale contenente 5 ceppi di streptococchi alfa emolitici, il gruppo controllo uno spray nasale di placebo. I 2 gruppi erano omogenei per età, numero di fratelli, allergie, durata dell'allattamento al seno, fumo dei familiari. I genitori somministravano lo spray 2 volte al giorno per 10 giorni. Dopo 2 mesi i bambini venivano ricontrollati e ricevevano lo spray per altri 10 giorni. L'ultima visita era effettuata dopo un altro mese (circa 3 mesi dopo l'inizio del trattamento).

**Esiti valutati** Assenza di recidiva di otite media acuta durante il follow-up e normale membrana timpanica all'ultima visita di controllo.

**Risultati** Dei 130 bambini inclusi nello studio 108 (53 nel gruppo intervento e 55 nel gruppo controllo) sono stati analizzati per la valutazione di efficacia. Nei bambini trattati con lo spray il numero di recidive di otite media durante i 3 mesi del follow-up era significativamente più basso rispetto ai bambini trattati con placebo. Nel gruppo intervento 22 bambini (42%) erano guariti (non avevano presentato otite media acuta e avevano una normale membrana timpanica all'ultima visita) contro 12 bambini (22%) nel gruppo controllo (**tabella 1**). Inoltre l'otite media essudativa è stata diagnosticata all'ultima visita a 10 bambini del gruppo trattamento e a 15 bambini del gruppo controllo.

**Conclusioni** La colonizzazione con alfa streptococchi con attività inibitoria contro i comuni patogeni dell'otite media diminuisce le ricadute di questa patologia in bambini suscettibili. Questo si può applicare anche alla presenza di otite media essudativa, frequente complicanza dell'otite media acuta.

Benché il numero di insuccessi è ancora alto, il trattamento con alfa streptococchi potrebbe essere di considerevole importanza per l'alta incidenza di otite media acuta e di otite media essudativa nei bam-

bini. Tale trattamento, inoltre, potrebbe ridurre il consumo di antibiotici.

**Commento** Questo studio merita attenzione perché propone un'idea interessante, quella di combattere i batteri patogeni usando dei batteri normalmente presenti nel cavo nasofaringeo: in questo modo si ottiene il risultato di ridurre gli episodi di otite media, di rispettare l'equilibrio "ecologico" dell'organismo e di diminuire la selezione di ceppi resistenti.

Tuttavia le evidenze che emergono dai dati dello studio non sono "forti". Se cominciamo col valutare l'effetto complessivo del trattamento, e quindi consideriamo l'effetto sulla riduzione delle otiti ricorrenti ed essudative (cioè i guariti), possiamo calcolare il "number needed to treat" (NNT) (*Quaderni acp* 2001;5:43) nel seguente modo. I guariti erano 22 su 53 trattati cioè 0,42 (42%) e 12 su 55 non trattati (gruppo placebo) cioè 0,22 (22%). L'incremento assoluto del beneficio (beneficio nei trattati meno beneficio nei non trattati) è  $0,42 - 0,22 = 0,2$  (20%). Il NNT è  $1/0,2$  cioè 5 con un intervallo di confidenza 95% tra 3 e 47. Quindi è necessario trattare 5 bambini con alfa streptococchi per avere un guarito in più rispetto al trattamento con placebo e se ripetessimo molte volte lo studio il numero di bambini da trattare per avere un vantaggio potrebbe oscillare 95 volte su 100 tra 3 e 47.

Se però consideriamo solo l'effetto sulla riduzione delle ricadute di otite e calcoliamo al solito il NNT abbiamo (**tabella 1**): ricadute nei trattati 21 su 53 cioè 0,4 (40%) e ricadute nei non trattati 28 su 55 cioè 0,51 (51%). La riduzione assoluta del rischio (differenza aritmetica assoluta tra il rischio dei trattati e il rischio dei non trattati) è  $0,4 - 0,51 = 0,11$  (11%). Il NNT

è  $1/0,11$  cioè 9 (IC 95% 4 - infinito). Quindi è necessario trattare 9 bambini con alfa streptococchi per avere una ricaduta di otite in meno rispetto al trattamento con placebo e se ripetessimo molte volte lo studio il numero di bambini da trattare per avere una ricaduta in meno potrebbe essere elevatissimo (infinito). Detto in altre parole non c'è una differenza significativa tra il gruppo trattamento e il gruppo placebo riguardo alla riduzione delle ricadute di otite. D'altronde, come si nota nella **tabella 1**, gli aa hanno trovato un valore di *P* di 0,04 che è appena sotto la soglia della significatività (che è 0,05). Lo stesso discorso vale per l'effetto sulla presenza di otite essudativa: il NNT è 12 (IC 4 - infinito). Gli aa indicano una *P* di 0,05 (esattamente il valore soglia della significatività).

In conclusione uno studio interessante che merita conferme che possono venire da studi con campioni più numerosi.

*Roos K et al.* Effect of recolonisation with "interfering" alfa streptococci on recurrences of acute and secretory otitis media in children: randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2001;322:210

**Parole chiave** Alfa streptococchi, Otite media ricorrente, Otite media essudativa

**Tabella 1.** Percentuale di guarigione in bambini con otite ricorrente trattati con alfa streptococchi o placebo

	Streptococchi (n=53)	Placebo (n=55)	Valore di <i>P</i>
Guariti	22 (42%)	12 (22%)	0,002
Ricadute di otite media durante il follow-up	21 (40%)	28 (51%)	0,04
Otite media essudativa all'ultima visita	10	15	0,05

## Significatività statistica e valori di P

Nei giornali medici poche frasi evocano più autorità di questa: "le differenze osservate erano statisticamente significative". Purtroppo i lettori danno spesso troppa importanza a questa affermazione non prendendo in considerazione problematiche più importanti.

### Valutare il ruolo del caso

Consideriamo uno studio riguardante un nuovo programma di perdita di peso per obesi:

un gruppo A riceve l'intervento e perde in media 10 kg, mentre un gruppo B serve come controllo e perde in media 3 kg. Il principale effetto del programma di perdita di peso è quindi una perdita media di peso tra i due gruppi di 7 kg.

La maggior perdita media di peso del gruppo A potrebbe essere dovuta al caso?

Ci sono due metodi statistici per valutare il ruolo del caso: il test

delle ipotesi e gli intervalli di confidenza.

Il test dell'ipotesi prende in considerazione la condizione (ipotesi nulla) in cui non esiste differenza. Nel nostro esempio l'ipotesi nulla è che la media del cambiamento di peso nei due gruppi sia la stessa.

"Se la condizione vera è la non differenza (cioè l'ipotesi nulla è vera), qual è la probabilità di osservare la differenza riscontrata (7 kg) o una più marcata (8 kg, 9 kg, ecc.)?"

Questa probabilità è chiamata P e può essere definita approssimativamente come "la probabilità che il risultato osservato sia dovuto al caso".

Se il valore di P è inferiore al 5% i ricercatori tipicamente asseriscono che il risultato è "statisticamente significativo". Nel caso del programma di perdita di peso, se la probabilità dovuta al caso di osservare una differenza di 7 kg o più

(quando in realtà non esiste differenza) è inferiore a 5 su 100, si può presumere che l'effetto è reale.

La **tabella 1** mostra come il linguaggio comune si rapporta al linguaggio statistico del test dell'ipotesi.

### Fattori che influenzano i valori di P

La significatività statistica (quindi un basso valore di P) dipende da tre fattori: l'effetto principale di per sé e due fattori che costituiscono la varianza.

1. *La grandezza dell'effetto principale.* Una differenza di 7 kg ha un più basso valore di P (cioè sarà più statisticamente significativa) che una differenza di 1 kg.

2. *Il numero delle osservazioni.* Una differenza di 7 kg osservata in uno studio con 500 pazienti in ciascun gruppo ha un più basso valore di P (cioè ci ripetiamo, ha maggiore significatività) che una differenza di 7 kg osservata in uno studio con 25 pazienti in ciascun gruppo.

3. *La dispersione dei dati (comunemente misurata come deviazione standard).* Se ciascuno nel gruppo A perde circa 10 kg e ciascuno nel gruppo B perde circa 3 kg, il valore di P è più basso di quando si verifica un'ampia variazione nei cambiamenti individuali del peso nei due gruppi (anche se le perdite medie

**Le ipotesi di ricerca sono le congetture o le supposizioni che motivano la ricerca.**

**L'analisi statistica si basa sulla ipotesi nulla chiamata anche ipotesi di nessuna differenza.**

**Nel processo di verifica statistica se l'ipotesi nulla viene rifiutata come improbabile ( $P < 0,05$ ) diremo che i dati sono compatibili con qualche altra ipotesi.**

**Questa ipotesi può essere ad esempio l'ipotesi della ricerca.**

# abc del leg

nei gruppi rimangono di 10 kg e 3 kg).

### Avvertenze circa

#### l'importanza dei valori di P

Purtroppo ai valori di P e alla significatività statistica viene spesso attribuito troppo peso. Bisognerebbe tener in mente tre fatti.

1. *La soglia  $P < 0,05$  è del tutto arbitraria.* Non c'è nulla di magico circa una probabilità casuale del 5%: è semplicemente un'utile convenzione e potrebbe essere il 10% o l'1%. L'arbitrarietà della soglia 0,05 è molto ovvia quando i valori di P sono prossimi a questo valore. Chiamare un risultato significativo quando il valore di P è 0,04 e un altro non significativo quando il valore è 0,06 sovrastima ampiamente la differenza fra i due risultati.

Ci si rende conto inoltre che classificare i valori di P semplicemente in "significativo" e "non significativo" fa perdere informazioni allo stesso modo che classificare un esame di laboratorio in "normale" e "anormale". Benché livelli di sodio nel siero di 115 e 132 sono entrambi sotto la norma, il primo è causa di maggiore preoccupazione dell'ultimo. Allo stesso modo, benché entrambi significativi, un valore di P di 0,001 è molto più "significativo" che un valore di P di 0,04.

2. *Significatività statistica non*

*equivale a importanza clinica.* Per essere clinicamente importante è necessario che il risultato di uno studio riporti un sostanziale cambiamento nell'esito valutato, che deve essere clinicamente rilevante. Tuttavia variazioni statisticamente significative si possono osservare in esiti di scarso significato clinico. Inoltre, poiché la significatività è fortemente influenzata dal numero delle osservazioni, possono essere statisticamente significative differenze clinicamente irrilevanti di esiti osservate in studi con campioni molto grandi. Nel nostro esempio una differenza media di 1 kg fra i due gruppi può essere statisticamente significativa, se i due gruppi studiati sono abbastanza numerosi, ciò non toglie però che questa differenza osservata è clinicamente del tutto irrilevante.

3. *La significatività statistica è raramente il problema più pres-*

*sante.* Poiché i valori di P sono quantificabili e apparentemente oggettivi, è facile enfatizzare l'importanza della significatività statistica. Nella maggior parte degli studi il rischio più grosso per la validità delle conclusioni non è costituito dall'errore random (significatività), ma dall'errore sistematico ("bias"). Bisogna focalizzare i più difficili problemi qualitativi: sono stati scelti i pazienti giusti? gli esiti scelti sono adeguati? ci sono errori di misurazione? si sono osservate associazioni confondenti con altri fattori? Problema grosso da trattare in poche righe. Cercheremo di parlarne nei prossimi numeri di *Quaderni acp*.

*Traduzione e adattamento a cura della redazione, da Effective Clinical Practice, July/August 2001*

Tabella 1. Relazione fra linguaggio comune e test dell'ipotesi

Linguaggio comune	Affermazione statistica	Test soglia convenzionale
"Statisticamente significativo"		
"Verosimilmente non dovuto al caso"	L'ipotesi nulla è respinta	$P < 0,05$
"Non significativo"		
"Dovuto al caso"	L'ipotesi nulla non può essere respinta	$P > 0,05$

# gere e fare

# Un percorso formativo per la ricerca dei celiaci ignoti

Mario Narducci\*, Laura Mauri\*, Lucia Castelli\*\*

\*Pediatri di famiglia della provincia di Milano

\*\*Pediatra Ospedale Predabissi - Vizzolo (MI)

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 46-48

*Quest'articolo è la descrizione di un progetto del gruppo Acp di Milano e provincia che, oltre a puntualizzare alcuni aspetti più o meno noti della malattia celiaca, permette di rilevare come il passaggio dalla teoria alla pratica produce buoni risultati in termini assistenziali. Inoltre rappresenta un valido esempio per altri contributi di altri gruppi Acp.*

## Le domande di partenza

Il motivo della pubblicazione di quest'esperienza nasce dall'opportunità di descrivere un percorso formativo, scaturito dall'osservazione di una discrepanza fra i dati della letteratura, sulla prevalenza della celiachia (1:200) e il riscontro di un numero di celiaci assai più modesto dell'atteso nella pratica professionale (1). La prima spiegazione data è stata relativa ad una probabile scarsa efficienza diagnostica della pratica corrente e ad una sottovalutazione dei sintomi classici. I recenti approfondimenti degli aspetti clinici della celiachia, che ne hanno messo in luce la presentazione multiforme con il coinvolgimento dei più diversi organi ed apparati, ci hanno indirizzato verso un'ipotesi di spiegazione della discrepanza fra clinica e ricerca: la celiachia come un iceberg, ove la parte visibile è la forma classica e la parte sommersa, di dimensioni ben superiori (2,3), comprende le forme atipiche. Quest'ultima ipotesi ci ha spinto comunque a non recedere dal tentativo di fare diagnosi nel maggior numero possibile di casi al fine di migliorare la qualità della vita del paziente e prevenire le complicanze a distanza: osteopenie, infertilità, malattie autoimmuni e tumorali.

Per queste considerazioni, dal 1995 l'Associazione culturale pediatri di Milano e provincia (Acpm) ha proposto di iniziare un iter formativo per la diagnosi di celiachia. È stata scelta la collaborazione con il Centro di gastroenterologia della Clinica pediatrica II di Milano (prof.ssa A.M. Giunta) e si è dato inizio ad un progetto di formazione - pratica - ricerca (7).

Si è cominciato con una prima indagine, dal luglio 1995 al giugno 1996, volta a valutare la correlazione fra celiachia e difetti dello smalto dentario dato che, all'epoca, l'ipotesi del sintomo tracciante è stato argomento assai discusso; ma, nonostante l'elevato numero di pediatri partecipanti e di pazienti

osservati, l'indagine si è conclusa senza alcuna nuova diagnosi (4). Il fallimento ci ha indotto a procedere individuando una costellazione di sintomi e segni tipici e a sottoporre i sospetti ad accertamento sierologico. Questo secondo tentativo è stato chiamato "Alla ricerca dei celiaci ignoti". Un obiettivo secondario è stato quello di stimare la predittività dei singoli sintomi e dei segni suggestivi di malattia celiaca riconosciuti in letteratura (8,9).

## Il progetto

Al progetto hanno aderito 34 pediatri di famiglia (25% circa degli iscritti dell'Acpm) delle seguenti sei aree: Milano nord, Lecco, Brianza, Vimercate, Monza e Legnano. È stato costituito un gruppo per ogni area e per ogni gruppo un responsabile della raccolta dati da inviare trimestralmente a due coordinatori centrali per l'elaborazione.

Il setting della ricerca ha corrisposto al totale degli assistiti (0-13 anni) di ciascun pediatra, esclusi i pazienti celiaci già noti all'inizio dello studio. Ogni partecipante allo studio ha avuto il compito di valutare la presenza di una o più voci della griglia, di cui si dirà più avanti, in ogni bambino giunto spontaneamente alla sua osservazione nel periodo luglio 1998 - giugno 1999.

I sintomi e i segni da collocare nella griglia e su cui focalizzare l'attenzione sono stati scelti con un'ampia consultazione della letteratura. Sono stati elencati tutti ed è stato individuato un criterio per ordinarli costruendo in tal modo una griglia informatizzata (che può essere inviata su richiesta) comprendente tutti gli item che suggerivano elementi da sottoporre ad indagine. Gli item venivano ricercati sequenzialmente nello schema classico della visita medica: sintomi, segni, patologie note, dati strumentali (*tabella 1*).

La griglia, una volta costruita, è stata con-

Per corrispondenza:  
Laura Mauri  
e-mail: maurilaur@tin.it

frontata con quella di altri gruppi che stavano svolgendo un lavoro almeno in parte analogo al nostro (5); è stata discussa nel corso di diversi incontri tra i partecipanti alla ricerca, in modo da renderne il più possibile omogenea l'interpretazione e la

compilazione.

I bambini/ragazzi con sintomi sospetti (5,6) sarebbero stati sottoposti all'esame sierologico individuato come lo strumento per passare dal sospetto, basato su sintomi e segni, alla conferma diagnostica. Lo

screening sierologico ha compreso il dosaggio di IgA totali, anticorpi antigliadina (AGA) di tipo IgA, anticorpi antiendomio (EMA) (10). Tale panel di esami è stato scelto utilizzando il criterio "parere degli esperti". Per quanto riguarda il

Tabella 1. Criteri d'inclusione e risultati

Gruppo	Criteri d'inclusione	Associazioni sintomatologiche significative	Casi	Celiaci	%	
1. Sintomi (A1-A5)	Anoressia >1 mese		37	1		
	Diarrea >1 mese		16			
	DAR >1anno		78			
	Stipsi cronica		10			
	Disturbi comportamento		6			
		Anoressia >1 mese + DAR > 1 anno	13	1		
		Anoressia >1 mese + Crescita stat-pond. inferiore al terzo centile	15			
		Anoressia >1 mese + Rallent. della crescita >2 curve dei centili	36	1		
		Anoressia >1 mese + altri	32	2		
		Diarrea >1 mese + altri	22			
	DAR >1 anno + altri	26				
	Stipsi cronica + altri	11	1			
	Disturbi comportamento + altri	7				
<b>Totale gruppo 1</b>			<b>309</b>	<b>6</b>	<b>1.9</b>	
2. Segni	Crescita stat-pond <3° centile		69			
	Rallent. della crescita >di 2 curve dei centili		53	1		
	Lesioni smalto dei denti		4			
	Ritardo guarigione infezioni comuni		6	1		
	Perdita di peso inattesa durante la conval. di malattie infettive		4			
	Addome globoso		6			
	Affe recidivanti		19	1		
		Crescita stat-pond <3° centile + Rallent. della crescita >di 2 curve dei centili	7			
	Crescita stat-pond <3° centile + altri	5				
	Rallent. della crescita >di 2 curve dei centili + altri	10				
	Ritardo guarigione infezioni comuni + altri	11	1			
<b>Totale gruppo 2</b>			<b>194</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	
3. Malattie note	Dermatite di Dühring		3			
	Dermatiti carenziali		1			
	Psoriasi		1			
	Psicosi sine materia		1			
	S. di Down		10	1		
	Dermatite atopica		1			
	M. di Shonlein - Henoch		1			
	DMID		1			
	Tiroidite autoimmune		1	1		
	Altre		24			
	<b>Totale gruppo 3</b>			<b>44</b>	<b>2</b>	<b>4.5</b>
	4. Dati strumentali	Anemia sideropenica		14	3	
Anemie carenziali			2			
Deficit IgA			3			
<b>Totale gruppo 4</b>			<b>19</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	
5. Familiarità	Familiarità fratello o sorella		6			
	Familiarità padre o madre		5			
<b>Totale gruppo 5</b>			<b>11</b>			
<b>Totale generale</b>			<b>577</b>	<b>15</b>	<b>2.5</b>	

dosaggio degli AGA, dato il basso costo e la costante presenza del dosaggio degli AGA in tutti i lavori precedenti, il parere è stato favorevole all'inclusione. I risultati stessi del nostro lavoro ci avrebbero dato l'opportunità di valutarne l'utilità per il futuro.

Gli accertamenti sono stati eseguiti obbligatoriamente presso i laboratori di sei centri ospedalieri predefiniti (corrispondenti alle sei zone geografiche identificate); un'indagine preventiva ha accertato l'accuratezza e la riproducibilità della metodica di laboratorio utilizzata.

I pazienti risultati positivi allo screening sierologico sarebbero stati avviati ad un secondo livello (Centro di gastroenterologia della Clinica pediatrica II dell'Università di Milano) per un prelievo di conferma e successiva biopsia digiunale. In alcuni casi si è convenuto di ritenere valida la diagnosi posta presso altri servizi ospedalieri di gastroenterologia pediatrica, previa rilettura del preparato istologico presso il centro di riferimento.

### I risultati

L'attuazione del progetto ha permesso di osservare, almeno una volta, 20.985 bambini su 25.806 arruolabili, pari all'81,3%.

L'utilizzo della griglia ha condotto a identificare e a sottoporre a screening sierologico 577 bambini/ragazzi (2,7%). Di essi 15 sono risultati EMA positivi (di cui 13 AGA IgA positivi, 2 negativi). La biopsia digiunale ha confermato in tutti i 15 casi la diagnosi di celiachia. L'età media alla diagnosi è stata 7 anni e 4 mesi. Nessuno dei nuovi casi è rientrato nella definizione di celiachia classica; essi pertanto ci sono "ragionevolmente" sfuggiti.

La **tabella 1** mostra quante volte sono stati riscontrati i criteri di inclusione nei bambini sottoposti a screening e quante volte il criterio è stato capace di individuare la malattia.

I sintomi più osservati sono stati i gastroenterologici (95%), fra i segni il difetto di crescita (63%), fra i dati

strumentali l'anemia sideropenica resistente a terapia marziale per os (73%). I criteri che hanno permesso di porre diagnosi sono stati:

- le malattie autoimmuni per 2/8 screenati per quel sintomo
- l'anemia sideropenica 3/14
- il ritardo di guarigione dalle infezioni comuni 2/17
- il difetto di crescita 1/122
- i sintomi gastrointestinali 6/309.



### Le conclusioni

La valutazione interna al gruppo del processo formativo percorso ha portato all'ovvia conclusione che il lavoro svolto ha migliorato la nostra capacità diagnostica per la celiachia portandoci a valutare con sistematicità, nel processo diagnostico, sintomi noti, ma in precedenza trascurati e a comprendere che l'importanza usualmente attribuita ai segni gastroenterologici e al difetto di crescita (dimostrata dall'elevata percentuale di soggetti scree-

nati per questi segni: 309/577), era priva di fondamento; infatti la probabilità di trovare tali segni, nei celiaci rispetto ai soggetti sani, risulta molto bassa. Al contrario le malattie autoimmuni, l'anemia sideropenica ed il ritardo di guarigione da comuni malattie si sono rivelati gli indici più predittivi.

Il nostro obiettivo di ridurre la discrepanza fra dati della letteratura e pratica corrente ha avuto un risultato parziale: partendo da una prevalenza di 1:1.122 abbiamo raggiunto nel nostro campione una prevalenza di 1:679; pur riducendo il gap della metà siamo rimasti lontani dalla prevalenza attesa di 1:200. Un risultato che, benché lontano dalla prevalenza teorica, ci ha permesso di conseguire un buon risultato sia sul piano professionale sia assistenziale. ■

### Bibliografia

- (1) Greco L et al. Epidemiology of celiac disease in Europe and the Mediterranean area. In: Auricchio S et al. Common food intolerances: epidemiology of celiac disease. Karger, Basel 1992.
- (2) Raitsh IM et al. Celiac disease in the year 2000: exploring the iceberg. *Lancet* 1994;343:200
- (3) Bottaro G et al. I casi tipici di malattia celiaca del bambino: risultati di uno studio multicentrico nazionale. *Riv Ital Ped* 1995;3:21
- (4) Narducci M et al. Diagnosi di celiachia atipica. *Quaderni acp* 1997;2:11
- (5) Andreotti F et al. Cercare la celiachia dentro e fuori l'intestino. *Medico e Bambino* 1999;4:253
- (6) Detecting celiac disease in your patients. *American family physician* 1998
- (7) Collin P et al. Celiac disease associated disorders and survival. *Gut* 1994;35:1215
- (8) Greco L. Celiachia in cielo, in terra, in mare. *Quaderni acp* 1997;3:40
- (9) Ventura A et al. Il big bang della celiachia. *Medico e Bambino* 1996;2:17
- (10) Cataldo F et al. Antendomysium and anti gliadin antibodies: solved and unsolved questions. *Acta Pediatrica* 1995;84:1125

### Ringraziamenti

Si ringraziano per il prezioso contributo: la sezione lombarda dell'Associazione italiana celiachia (AIC), la prof.ssa A.M. Giunta, la d.ssa L. Prampolini e la d.ssa G. Vassallo.

Pediatri partecipanti alla ricerca: Battilana MP, Bianco P, Biolchini A, Biondelli G, Brivio L, Cajani MR, Centonze B, Clerici MA, Colombo M, Crespi L, Curto S, D'Orazio T, De Poli D, Di Pietro ME, Doro G, Fomia L, Mantegazza M, Marcolini C, Mauri L, Mazzoleni V, Monolo A, Narducci M, Nova A, Offredi ML, Rabbone L, Sala E, Saleri L, Sciascia T, Scotti L, Spinelli B, Terenghi A, Torrieri MG, Vignati B, Zanetto F.



# La nuova famiglia fa nuovi bambini

A. Lazartigues

Servizio di Psichiatria Infantile, CHU Brest, Ospedale di Bohars, Francia (Traduzione di F. Ciotti)

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 6: 49-53

*Nella prima parte dell'articolo, pubblicata sul numero precedente di Quaderni acp, l'autore ha esaminato gli effetti nei paesi occidentali della nuova coniugalità sui figli. Ha descritto le caratteristiche proprie della nuova coniugalità e della famiglia contemporanea rispetto a quelle della famiglia tradizionale rinascimentale e della famiglia moderna nata dalla rivoluzione francese. Tra queste caratteristiche la principale è il cambiamento del concetto di matrimonio da vincolo istituzionale indissolubile a vincolo d'affetti dissolubile quando questi vanno in crisi. Ne deriva il fenomeno nuovo ed in continua crescita della separazione genitoriale e degli effetti di questa sui figli nelle sue diverse fasi: dalla famiglia monogenitoriale alla famiglia ricostituita.*

Negli ultimi trent'anni le pratiche genitoriali sono cambiate considerevolmente, sia per la nuova coniugalità di cui abbiamo parlato, sia per un nuovo rapporto col bambino e per un nuovo contesto socioeconomico e culturale. Sul bambino, diventato un bene raro e durevole, si focalizzano vincoli importanti (es. dover nascere senza difetti) e aspettative molto alte.

## Le nuove relazioni genitori-figli

Nelle relazioni genitori-figli il diritto romano accordava al padre tutti i diritti, compreso quello di vita e di morte sul figlio, e imponeva alla prole obbedienza stretta e rispetto al padre, mentre la moglie era sottomessa al marito. Il diritto canonico del Medio Evo riaffermava la predominanza del padre.

Nella Rivoluzione francese il dibattito culturale e giuridico risente di una nuova concezione dell'infanzia. Il padre severo se non tirannico del seicento cedeva il passo ad un padre amorevole che doveva riconoscere i diritti dell'infanzia. Nel 1793 Azèma dice: "non c'è privazione più grande per l'uomo che quella di non avere bambini e non c'è gioia e soddisfazione più grandi che di averne". Il padre e la madre devono assicurare la protezione del bambino. Il Codice civile napoleonico del 1803 cerca una sintesi tra apporti rivoluzionari e tradizione e ristabilisce l'autorità paterna nel quadro giuridico della famiglia moderna.

Ma nel novecento il ruolo del padre nella famiglia subisce un'erosione continua con un'intrusione sempre più grande dello Stato nel funzionamento della famiglia e una progressiva scomparsa delle prerogative regali del capo-famiglia: 1889, legge sul decadimento della patria potestà; 1898, legge che permette di affidare i bambini all'Assistenza pubblica; 1935, soppressione delle punizioni paterne; 1970, soppressione del potere paterno sostituito dall'autorità genitoriale. Paral-

lamente il movimento femminista è stato irresistibile: 1965, fine dell'obbedienza al marito da parte della sposa; 1975, legge sul divorzio per reciproco consenso; 1985, eguaglianza di diritto in tutti gli atti tra uomo e donna; 1987, i conviventi possono esercitare insieme l'autorità genitoriale; 1990, l'autorità genitoriale comune può essere conservata dopo il divorzio.

Gli anni sessanta segnano una flessione dei dati demografici di fecondità, nuzialità e l'inquadramento istituzionale delle unioni e del rapporto genitori-figli con la legge del 1972 che riconosce l'eguaglianza del bambino figlio naturale e figlio legittimo. In questo contesto sociale di profondi cambiamenti compare la famiglia contemporanea, un nuovo modello familiare che coabita per il momento con la famiglia moderna, il modello nato dalla Rivoluzione francese.

I considerevoli cambiamenti delle rappresentazioni del bambino, della coppia e del ruolo del bambino nella nostra cultura hanno organizzato diversamente i rapporti genitori-figli e hanno generato nuove pratiche genitoriali.

Per comprendere queste trasformazioni proponiamo un modello in tre tappe successive.

- In primo luogo l'arrivo dei *baby-boomers* allevati negli anni 1950-1960 in un quadro di famiglia moderna (rispetto dovuto ai genitori, accettazione dell'autorità e dell'ordine, riferimento ad una gerarchia di valori, valore del lavoro, rispetto delle convenzioni sociali, ecc.). Sono cresciuti nel dopoguerra nel fascino del consumismo scoperto dai loro genitori, hanno conosciuto un grande progresso economico e l'integrazione di tutta la popolazione nella società dei consumi.

- Poi il movimento del 1968, anno simbolo di un cambiamento già cominciato alcuni anni prima, ha contribuito a cambiare le pratiche genitoriali. L'autorità si è sgretolata e sarà progressivamente espulsa dalla sfera familiare. I rapporti sono così regolati in fun-

Per corrispondenza:

A. Lazartigues

Ospedale di Bohars BP 17,  
29820 Bohars, Francia

zione dell'affettività e del consenso. Quando il consenso è impossibile i rapporti di forza, spesso mascherati da gioco familiare, ma svelati dal conflitto aperto, si impongono. I figli dei *baby-boomers*, nati dopo gli anni settanta, allevati nel principio del mutuo rispetto, in una simmetrizzazione delle relazioni genitori-figli, con l'edonismo come valore centrale, avranno sotto gli occhi il modello dei genitori integrati nella vita sociale, portatori ordinariamente di valori classici, leggermente in ritardo rispetto ad un discorso familiare in cui rifiutano l'autorità, l'istituzione e il matrimonio. È una cultura familiare mista che associa all'esterno comportamenti sociali relativamente classici, e all'interno un dire e un fare contrari all'autorità fondati sul consenso e su relazioni che negano la differenza di generazioni.

- Questi giovani, ora che entrano nell'età adulta, trovano una società affatto diversa da quella conosciuta dai loro genitori: nuovi rapporti di lavoro, ruolo centrale dell'individualismo e dell'edonismo, soppressione dell'autorità. A questa modificazione del contesto sociale si associa un nuovo rapporto di questi giovani e col mondo sociale e col proprio mondo interno. Più abituati all'esercizio dell'edonismo quotidiano che ai doveri e ai vincoli, meno segnati dai valori trasmessi dai loro genitori, eserciteranno una genitorialità "molle", basata essenzialmente sui modelli proposti dai media consumistici, in nulla mediati o contrastati da valori forti provenienti dalla famiglia, dalla scuola o dalla cultura. I loro figli, i figli della famiglia contemporanea, sono così allevati in un universo sociale e culturale estremamente diverso da quello dei bambini della famiglia moderna.

### Conseguenze delle nuove relazioni

A modificazioni della genitorialità seguono modificazioni di sviluppo del bambino. L'edonismo, come ricerca del piacere rapidamente raggiunto, ha preso il posto dei doveri all'interno dei valori trasmessi al bambino, e gli obblighi di formazione del futuro cittadino e dell'adulto responsabile della propria vita sono messi in secondo piano. La ricerca del piacere ha una temporalità fondata sull'immediato (principio del piacere), mentre la durata

nel tempo è propria del principio di realtà. Quest'ultima non sembra più essere la preoccupazione primaria dei genitori che per lo più delegano alla scuola questa funzione. Nella famiglia contemporanea il "fa quel che vuoi" sembra essere la risposta finale di molti genitori ad un bambino quando questi vuole fare qualcosa che essi disapprovano. È questo anche uno dei risultati del credo nello sviluppo spontaneo del bambino al quale molti genitori sembrano dar retta. L'elogio del piacere immediato e la stimolazione dei nostri desideri consumistici, di cui i media sono infaticabili ambasciatori, passano di peso nella cultura di queste famiglie che prendono in gran conto le incitazioni provenienti dallo spirito mercantile delle multinazionali, che promuovono i loro prodotti e difendono i loro interessi con l'alibi generoso di soddisfare in primo luogo i desideri dei consumatori. È sottintesa anche un'ideologia alla Rousseau secondo cui il bambino ricco, sin dall'inizio di tutte le sue potenzialità, si svilupperà tanto meglio quanto più non sarà ostacolato dall'ambiente. A questa ideologia si uniscono alcune idee del movimento del 1968 e di certe correnti pedagogiche o pseudopedagogiche moderne.

L'installarsi dell'edonismo individuale al centro dell'economia familiare comporta alcune conseguenze.

- Una riduzione della capacità di sopportare l'attesa. Aumentano le difficoltà nelle relazioni sociali, poiché queste ultime richiedono un alternarsi dei turni nell'interazione sociale che questi bambini non sopportano. Il bambino aumenta anche la sua dipendenza dall'ambiente, che deve rispondere subito ai suoi bisogni, altrimenti il soggetto è messo in difficoltà.

- Una riduzione della tolleranza alla frustrazione. Capacità di attesa e tolleranza alla frustrazione implicano la costruzione di sistemi psichici elaborati, che si sviluppano tanto meglio quanto più i bambini si trovano in un ambiente sicuro e attento alle loro competenze sociali, ciò che è estraneo alle famiglie centrate sull'edonismo.

- Un disagio forte in caso di frustrazione che appare del tutto sproporzionato alla causa.

- Un rischio di comportamenti autoaggressivi come ad es. tentativi di suicidio in un giovane adolescente dopo una rottura sentimentale o un insuccesso scolastico; eteroaggressivi, diretti verso la fonte della frustrazione vissuta in modo persecutorio, come ad es. la rabbia espressa verso un professore "cattivo"; di evitamento e fuga, come ad es. l'abbandono scolastico.

Sul piano propriamente psicopatologico possiamo rilevare con elevata frequenza quanto segue:

- I meccanismi di difesa sono insufficienti per proteggere l'individuo dalla sua angoscia.

- Il processo di sublimazione è ostacolato dallo scarso sostegno dell'ambiente in cui vive.

- I processi di spostamento del desiderio da oggetti irraggiungibili ad oggetti meno valorizzati ma più accessibili non sono sviluppati nei primi anni di vita.

- Il senso morale non viene integrato per lo stridente contrasto tra il fine del piacere, legittimato dalla cultura familiare e dei media, e i limiti imposti dagli altri e dalle regole sociali.

I processi di spostamento, che permettono di trovare un oggetto in sostituzione degli oggetti irraggiungibili inizialmente desiderati, la possibilità di utilizzare strategie realistiche per raggiungere il proprio scopo, il ricorso agli spazi immaginari e fantastici per tenere a freno le delusioni derivanti dal confronto desiderio-realtà, tutti questi strumenti sembrano in via di estinzione. Ne deriva una grande fragilità narcisistica, che rende questi pazienti estremamente dipendenti dall'ambiente e favorisce il ricorso all'abuso di sostanze, che serve a reintrodurre un comando temporaneo sulle sensazioni del corpo e della psiche, così labile.



Il passaggio dal funzionamento familiare fondato sull'autorità a quello centrato sul consenso è un'altra conseguenza.

L'autorità, da non confondere con l'autoritarismo, comporta una chiara divisione dei ruoli familiari associata a diritti e doveri precisi, un'accettazione delle regole e delle sanzioni per chi le trasgredisce secondo una certa misura. Allora gli adulti sono diversi dai bambini e fra i compiti dei primi vi è ad esempio quello di decidere che i secondi si devono lavare le mani prima di mangiare o devono coricarsi ad una certa ora, e i secondi devono rispettare le ingiunzioni parentali, anche se con un certo margine di negoziazione. Il legame fra adulto e bambino è un legame asimmetrico. Il sistema fondato sull'autorità favorisce la sottomissione/passività del bambino di fronte alle decisioni parentali e l'interiorizzazione di punti di riferimento stabili fra i quali le regole e i divieti.

Nel sistema basato sul consenso le posizioni sono paritarie e le decisioni collettive, come ad esempio per la scelta dei programmi televisivi. Il legame adulto-bambino diventa simmetrico e la risoluzione dei conflitti resistenti all'approccio consensuale si fa con un rapporto di forza, tanto più frequente quanto più i genitori possiedono uno scarso controllo di se stessi ed un basso livello culturale. Se i rapporti di forza sono frequenti, il bambino assume nel suo repertorio sociale comportamenti violenti che si svilupperanno poi nella scuola materna e dell'obbligo. La modalità consensuale può favorire la riflessione, l'iniziativa dei bambini, la capacità di rendersi conto delle posizioni dell'altro. Ma in termini di tempo ed energia è costoso soprattutto per i genitori, le cui rinunce possono investire momenti importanti come quello dei pasti o del dormire, sì da determinare un aumento delle tensioni e del ricorso ai rapporti di forza.

Nello sviluppo del bambino si rilevano alcune conseguenze:

- Un aumento dell'aggressività come soluzione all'impasse.
- Un aumento della dipendenza del bambino dalle pratiche familiari concrete.
- Una mancata elaborazione del Super - Io a partire da modelli ideali dei genitori, perché questi non si pongono coi loro

valori come modelli ideali da assumere ed interiorizzare.

- Una diminuzione della trasmissione verticale del sapere e del saper fare.

Infatti, il bambino apprende nel momento in cui da un lato valuta ciò che gli manca e dall'altro ciò che l'adulto gli offre in una relazione asimmetrica. La simmetrizzazione della relazione delegittima il genitore quando deve chiedere al figlio di fare uno sforzo, passaggio necessario ad ogni apprendimento, tanto più che anche la cultura attuale squalifica i saperi genitoriali. Come possono i genitori imporre le esigenze necessarie ad una trasmissione verticale del sapere quando la nostra cultura mediatica non fa che ripetere che i genitori non sanno nulla di quello che sarà utile ai loro figli per il futuro? Inoltre il bambino, che si misura con genitori concreti e non idealizzati, percepisce meglio i limiti dei suoi genitori ed anche questo toglie loro la forza di dire al bambino "fai questo, impara bene quello!" Così le neomamme nei reparti di ostetricia sembrano non sapere che cosa è un bambino, di cosa ha bisogno per nutrirsi, per calmarsi.

In conclusione la simmetrizzazione della relazione può favorire le seguenti conseguenze:

- L'iper maturità dei bambini.
- L'autonomia e la presa di iniziative.
- La deidealizzazione precoce dei genitori.
- Il ricorso ai rapporti di forza quando fallisce il consenso.
- La diminuzione della trasmissione verticale e della relazione di tutela negli apprendimenti e un aumento della trasmissione orizzontale per esempio coi pari.



### Un diverso orizzonte temporale

L'orizzonte temporale della nostra società si riduce al presente, guardando al passato come a qualcosa di alieno ed estraneo ed al futuro come a qualcosa d'incerto e confuso. Questa focalizzazione sul presente è già intervenuta in momenti storici particolari come alla fine dell'impero romano o nel rinascimento, ma la nostra epoca ha la particolarità di far vivere i suoi figli in un eterno presente, dato che i genitori introducono concretamente il futuro e l'esigenza di prepararsi ad affrontarlo solo molto tardivamente, all'ingresso in prima elementare o addirittura in prima media quando dicono "ora devi lavorare per avere buoni voti, andare a dormire presto per andare a scuola, non uscire il pomeriggio per fare i compiti, stare attento fuori perché puoi fare brutti incontri". Questa focalizzazione sul presente è opposta a uno dei compiti di ogni cultura che è quello di introdurre ogni nuovo venuto al *tempo direzionale o tempo irreversibile*, un tempo sociale che inserisce il momento presente tra un passato e un futuro che lega nella continuità di un flusso la successione delle esperienze che si susseguono.

L'accento portato invece solo sul valore del momento presente sul bambino ha per conseguenza di privarlo dell'apprendimento della durata, in particolare a causa del principio secondo cui ogni adulto deve soddisfare rapidamente i bisogni e i desideri del bambino. Il bambino non può costruirsi una cornice temporale ordinata che gli consenta il futuro orientamento al tempo direzionale e che lo aiuterebbe ad anticipare le differenti tappe della vita che lo aspetta. Questo tempo direzionale è un tempo per certi versi opposto al *tempo ciclico* della ripetizione che domina i primi anni di vita del bambino. Il tempo della ricerca del piacere è un tempo particolare, omogeneo al principio del piacere e ai processi primari. Questo tempo breve centrato sull'immediato diventa vincolante e tiranno nella nostra società specie coi bambini e con gli adolescenti anche

attraverso i media. Questo tempo breve è ancora un tempo ciclico come appare nella dinamica del desiderio o del bisogno: aumento dell'eccitazione, sua soddisfazione e risoluzione, fase di assenza del desiderio o del bisogno, inizio di un nuovo ciclo. Il tempo della ripetizione è il tempo dell'istante eterno, la vita non è che una successione di istanti presenti che si ripetono senza nesso tra loro, senza progetto e senza storia.

Una delle funzioni della cultura è d'introdurre gradualmente i bambini che nascono nella dimensione sociale, ciò che comporta anche di aprirli ad una temporalità organizzata con un inizio, un intermezzo e una fine. Attraverso questo apprendimento la cultura permette all'individuo di organizzare la propria vita prendendo in considerazione tra l'altro la temporalità dei vincoli e delle tappe biologiche, la temporalità delle pratiche e dei ritmi sociali. È un modo di aprire il bambino alla nascita e alla morte delle specie, delle civiltà, dei propri genitori, di se stesso. Il lavoro di integrazione del tempo direzionale è lungo e passa attraverso l'incontro con la nascita che apre la questione delle origini e il grande dominio della storia, quella della famiglia, del paese, del mondo, e della filiazione rispetto alle generazioni precedenti, ma anche attraverso l'incontro con la morte e con le diverse età della vita. È il tempo del progetto di vita e dell'anticipazione, il tempo dell'azione sul mondo che si arricchisce di esperienze e di sogni individuali e delle comunità intere. Questo tempo direzionale nella nostra società sembra dimenticato per lasciar spazio all'onnipresenza dell'immediato e alla felicità dell'istante decantata dalla pubblicità.

Con l'orizzonte temporale ridotto al presente si possono osservare alcune ricadute:

- La scarsa considerazione della dimensione temporale contribuisce ad aumentare le difficoltà di questi bambini e di questi adolescenti nelle relazioni sociali.

- Ogni insuccesso diventa drammatico nei suoi effetti perché non c'è futuro in cui ci si possa pensare di rifarsi. Le emozioni connesse al successo e all'insuccesso si intensificano a tal punto che gli abituali meccanismi di difesa di tipo nevrotico sono inadeguati e lasciano il posto a meccanismi di difesa poco mentali e molto

arcaici e primitivi come la negazione o l'azione.

### L'accessibilità alle immagini sessuali

La nuova coniugalità confronta il bambino con stimolazioni sessuali più elevate che in passato per diversi motivi:

- Una stimolazione importante del bambino per la funzione deficitaria di difesa dall'eccitazione da parte dei genitori, in rapporto anche con le vicende amorose e sessuali della loro vita.

- Una minore distanza se non una confusione tra sessualità infantile e sessualità adulta, favorita dalla simmetria relazionale.

- Una maggiore problematicità del tabù dell'incesto che nelle famiglie ricostituite presenta delle zone ambigue per i bambini ma anche per gli adulti.

Parallelamente i genitori vivono in un universo sociale nel quale narrazione e rappresentazione della sessualità diventano sempre più visibili ed espliciti. Erotismo, pornografia, biologia della riproduzione, parate gay, compaiono in tutti i media; educazione sessuale e prevenzione dell'AIDS al liceo, azioni di prevenzione degli abusi sessuali sui bambini nella scuola dell'obbligo e altrove, emissioni televisive sugli abusi sessuali sui bambini e informazioni sulla pedofilia si vedono e si ascoltano massicciamente. Tutti i mezzi di comunicazione informano sui diversi modi di vivere la sessualità nella nostra cultura e alimentano la fantasia infantile. Gli stessi mezzi rendono accessibili le diverse rappresentazioni di questi ambiti con un gran numero di immagini a valenza sessuale. Queste immagini offerte a

iosa dai messaggi pubblicitari utilizzano gli interessi umani per ogni tematica sessuale e sfruttano la psicosessualità degli spettatori grandi e piccoli per vendere il prodotto.

Questa evoluzione è percettibile anche nell'universo familiare, come si può constatare tra l'altro da una certa banalizzazione della vista di video erotici o pornografici da parte di bambini attenti che vi hanno accesso anche nel loro ambiente familiare. La sorpresa del clinico è durante il colloquio quando il bambino gli racconta che i video erotici o pornografici sono visti in famiglia la sera, talvolta nella camera dei genitori, con genitori e bambino stesi nel lettone. Dove andrà a finire il problema dell'elaborazione psichica della "scena primitiva"? Certo gli storici ci dicono che non è la prima volta che il bambino è confrontato in maniera importante con la sessualità adulta, specie dei suoi genitori. La promiscuità sessuale era la regola prima del novecento, dato che adulti e bambini dormivano nella stessa stanza e spesso nello stesso letto. Ma la cultura dell'epoca proponeva dei punti di riferimento che favorivano l'interiorizzazione dei divieti e sostenevano la repressione della sessualità o almeno un suo controllo stretto sul momento scelto dai genitori per farlo. La situazione attuale è molto diversa, perché la cultura asseconda le pulsioni e punta a stimolare i desideri e a moltiplicarli nell'atmosfera di coppia e nei bambini, la cui curiosità ed eccitazione sessuale sono stimolati senza posa dalle immagini sessuali veicolate dentro le case.

### Conclusioni

Le trasformazioni familiari sono importanti e investono un numero crescente di famiglie contemporanee, che coabitano nella nostra società col modello più tradizionale della famiglia moderna. I parametri di sviluppo del bambino sono molto diversi e pongono la domanda se noi non siamo i testimoni della comparsa di "nuovi bambini". Nuovi da più punti di vista: un'assenza del senso di colpa, ciò che ci fa dubitare della loro capacità di interiorizzare i divieti ed elaborare istanze di Super-Io adeguate; delle difficoltà a controllare i loro comportamenti, con un'impulsività e un'intolleranza alla fru-



strazione che ne rendono difficile la vita sociale; una dipendenza accresciuta dall'ambiente circostante; una ricerca forte di stimolazioni che rende il bambino molto instabile.

A partire da questi nuovi bambini non si costruiranno anche nuovi adulti? Facciamo l'ipotesi di personalità di base nuove che prenderanno il posto delle personalità di base di tipo nevrotico che costituivano la maggior parte delle personalità normalmente presenti nel nostro lavoro clinico. Queste nuove personalità di base fanno pensare al registro narcisistico, caratterizzato da un adulto integrato socialmente, molto dipendente dall'ambiente e dalle persone circostanti nel senso che si interessa all'altro solo nella misura in cui questo gli può essere di qualche utilità. ■

*Lectures consigliate*

- (1) Ariès P. Padri e figli nell'Europa medievale e moderna. Laterza, Bari, 1968
- (2) Bergeret J. Psicologia patologica. Masson, Milano, 1979
- (3) Rousseau JJ. Emilio o dell'Educazione. La Nuova Italia, Firenze, 1995

**APPENDICE**

Breve Glossario Psicoanalitico a cura di F. Ciotti

**Principio del Piacere e Principio di Realtà**

La ricerca del piacere e l'evitamento del dolore costituiscono un'esigenza fondamentale dell'uomo nella psicologia freudiana: l'eros o istinto di vita si propone di salvaguardare e conservare la vita e di arrivare alla gratificazione immediata del bisogno sotto l'influenza condizionante del principio del piacere e del dolore. Tuttavia fuori dell'individuo sta il mondo esterno che rappresenta il principio di realtà. Questo, entrando in

un'interazione dinamica con il principio del piacere, via via attraverso la maturazione dell'individuo impone la rinuncia parziale o totale o la dilazione dell'appagamento in un adattamento continuo delle forze istintuali o libidiche alle esigenze esterne.

**Paraeccitazione**

Il sistema di paraeccitazione o di parastimoli si pone al confine tra il mondo esterno e la superficie dell'apparato psichico ed evita l'irruzione all'interno dello psichismo di stimoli troppo violenti che non potrebbero essere dominati. Per il bambino questa funzione è svolta in gran parte dai genitori e poi con la sua maturazione dall'individuo stesso.

**Super-Io**

È una struttura dell'inconscio che si può paragonare ad un codice personale, discriminante il bene dal male, il lecito dall'illecito, il merito dalla colpa, una specie di coscienza morale individuale. Si formerebbe precocemente nella vita dell'individuo attraverso l'assimilazione di un modello costituito da un personaggio importante ed autorevole con cui il bambino tende ad identificarsi e che si riconosce prevalentemente nella figura del padre.

**Complesso di Edipo**

Nella psicanalisi si ritiene che ogni bambino attraversi una fase di fantastica attrazione incestuosa per la madre. Lo stesso accade anche per la bambina nei confronti del padre ove più propriamente si parla di complesso di Elettra. Questa fase è vissuta con intensi sentimenti di gelosia, di colpa e di paura di ritorsioni nei confronti del genitore dello stesso sesso. Per Freud il complesso di Edipo è un punto culminante della sessualità infantile e il modo in cui viene vissuto e risolto, influenza irrevocabilmente il carattere e la sessualità dell'adulto. Un complesso edipico non risolto rappresenterebbe il nucleo di un'ampia gamma di disturbi psicopatologici di tipo nevrotico.

**Meccanismi di Difesa**

La teoria analitica sostiene che nell'inconscio si annidano cariche istintuali e pulsionali, spesso incompatibili con la realtà del soggetto e con il suo Super-Io e che quindi divengono insopportabili alla coscienza e motivo di angoscia. Esse sono allora inconsapevolmente represses, respinte o mascherate dall'Io per renderle in tal modo sopportabili alla coscienza. L'Io che, nel suo ruolo di adattamento dell'individuo alla realtà, si colloca tra essa e l'inconscio e che deve anche tener conto degli imperativi del Super-Io, si difende da tutti questi contenuti inconsci con i meccanismi di difesa. La loro caratteristica fondamentale è quella di svilupparsi e quindi di funzionare fuori dalla consapevolezza del soggetto e per loro stessa funzione di tendere sempre a

negare, falsificare o deformare la realtà. Essi si strutturano nel progressivo sviluppo dello psichismo e comprendono meccanismi primitivi ed arcaici tra i quali la negazione, e meccanismi di difesa più evoluti quali lo spostamento, la sublimazione, etc.

**Negazione**

La negazione tende a ridurre l'ansia rifiutando il riconoscimento di realtà esterne spiacevoli fino nei casi estremi al disconoscimento della stessa esperienza percettiva visiva o uditiva.

**Spostamento**

Con esso l'individuo trasferisce inconsapevolmente una sua pulsione, che se affiorasse alla coscienza provocherebbe una situazione di ansia mal tollerata, verso motivazioni o fantasie diverse ma consapevolmente accettabili e che in qualche modo somigliano a quelle primitive negate. In questo modo la motivazione sostitutiva risulta emotivamente sopportata. Frequenti gli spostamenti nel sogno dove ad esempio la madre vera può essere rappresentata da una donna sconosciuta, con la quale un comportamento erotico perde il suo significato incestuoso.

**Sublimazione**

Tramite la sublimazione le energie legate all'appagamento di un impulso profondo, che può essere di natura sessuale o aggressiva, vengono distolte dalla soddisfazione dell'impulso stesso qualora essa non trovi approvazione nel sistema di valori dell'individuo. Queste energie vengono invece mobilitate per una motivazione diversa, rappresentata da una finalità liberamente accettata e voluta dal soggetto e consona con i suoi codici etici e sociali. Ad esempio vi può essere sublimazione di impulsi sessuali nella castità di certe scelte religiose o di impulsi aggressivi nelle competizioni sportive.



FRATO'OI

## Tre medici e una gamba

Lucio Piermarini

- E pensare che ero così contenta che aveva incominciato a camminare da solo. Non ne potevo più di sostenerlo per le braccia. Avevo la schiena a pezzi. E era contento anche lui! Avesse visto come zampettava e che festa aveva fatto quando siamo andati a comprare le scarpe, anzi un pandemonio. Apriva tutte le scatole; le scarpe prima le assaggiava e poi le lanciava di qua e di là. Lei lo sa dottor Tiravia, Pierino è sempre stato un bambino molto vivace, e ora vederlo così. È una pena dottore. Prima pensavo che fosse solo una mia impressione, ma ora lo ha visto anche lei.

- Non c'è dubbio, cara signora Candida, che il bambino zoppichi: A sinistra, vero? E glielo dico subito francamente, e non c'è neanche bisogno di visitarlo, questo tipo di disturbo a quest'età non ha mai una causa banale. Mai vista una zoppia per un sassolino nella scarpa, come dicono i sacri testi. Mi ricordi un po' lei, l'ecografia com'era?

- Veramente all'inizio dicevano che c'era qualcosa, una cosina da poco ma non mi chieda cosa. Io mi ricordo solo una risposta con una specie di formula algebrica. Poi dopo la sesta ecografia e un TIR di pannolini è andato tutto a posto, grazie a Dio. Anche la radiografia a sei mesi era normale, comunque le ho portato tutto.

- No, no, lasci stare. Il caso è serio e è meglio non perdere tempo prezioso. Qui ci vuole un approfondimento immediato con uno specialista ortopedico per bambini. Questa è la richiesta per visita urgente e, mi raccomando, vada subito.

- Oh Dio mio! Tante grazie dottor Tiravia.

- Così lei è la signora che ha mosso mari e monti per avere subito un appuntamento.

- Sì, e mi scusi dottor Stragedossi, ma vede il mio pediatra, sì Tiravia, appena ha visto camminare il mio Pierino mi ha immediatamente mandato da lei. Ecco... vede..., guardi, guardi come zoppica. E così all'improvviso. Appena me ne sono accorta poi non l'ho fatto più camminare. Che mai potrà avere? Mi dica.

- Eh! Signora, non vorrà mica che faccia le cose superficialmente come il suo pediatra..., sì, come si chiama? Ah già! Be' di cognome io non faccio Tiravia, io faccio Stragedossi, e ne ho gli armadi pieni, di casi come il suo. So bene io cosa fare. Apparentemente la diagnosi è fin troppo evidente, ma io non mi accontento, sfrondo il superfluo, scarnifico, mi concentro sull'osso fino a che non esiste che lui e infine azzanno il problema e non lo mollo più. Per questo non sbaglio mai.

- E, mi scusi sa, ma se non fosse un problema di ossa? Se ne sentono tante in giro.

- Eh, benedette tutte le mamme! Proprio non vi accontentate mai. Ma io ascolto le mamme sa? Su, mi dica. Di cosa ha paura?

- Ma, non so. Un reumatismo, una cosa brutta...

- Ehi, ma che esagerazione! Eppure voglio dimostrarle che sono dalla sua parte fino in fondo. Guardi lei da brava mi fa queste analisi..., queste lastre..., la TAC, questa visita reumatologica, e poi ci rivediamo.

- Ecco questo è tutto quello che mi hanno detto il dottor Tiravia e il dottor Stragedossi, però devo ancora fare le analisi e gli altri esami, ma ero talmente preoccupata che ho preferito venire subito da lei.

- Capisco, capisco...

- Il bambino continua a zoppicare, lo ha visto anche lei. Io sono proprio preoccupata.

- Vedo, vedo...

- E poi, sente? Comincia a lamentarsi per il dolore.

- Sento, sento...

- Insomma che avrà dottor Pezzacalda?

- Che avrà, che avrà. Se è qui non può avere che un problema reumatico, è ovvio.

- E allora? Lo visita? Che mi dice?

- Che dico, che dico, dico che lei signora non si rende conto della vastità della patologia reumatologica. Che vuole che serva visitare? Una volta c'era solo il reumatismo delle tonsille; giù penicillina, giù cortisone e via. Ora il reumatismo si nasconde ovunque, tutto è reumatismo, e giù penicillina, giù cortisone e via. Non ci si può accontentare dei metodi tradizionali. Prima di sottoporre un bambino a una terapia così impegnativa dobbiamo sapere tutto. Per cui lei mi farà questi approfondimenti sierologici..., e immunologici..., e scintigrafici..., e cardiologici..., e dermatologici..., e ...ologici, e ...ologici, e...

- Ciao papà

- Ciao Candida. Allora fatto tutto?

- Sì, fatto tutto, e Pierino?

- Pierino sta bene, almeno sembra. Me l'hai mollato in fretta e furia senza spiegarmi nulla. Ora dorme, si è stancato molto.

- Scusami ma ero molto preoccupata e volevo fare in tempo a prenotare tutti gli appuntamenti per le analisi. Ma perché si è stancato? Ti avevo detto...

- Sì ma io non sono riuscito a farlo stare a letto come mi avevi raccomandato. E poi sembrava così in buona salute.

- Sì, tu sei sempre pronto a minimizzare. Lo so io che ho passato in questi due giorni. Lo so io che mi aspetta. Anzi, non lo so affatto, perché di tre medici che ho sentito, uno, dico uno, che mi abbia detto qualcosa di comprensibile. In compenso sono riusciti tutti e tre a farmi preoccupare. E ho tante analisi da fargli fare che alla fine ci vorrà una trasfusione.

- Scusami, mi dispiace..., non volevo... Me lo spiegherai un'altra volta. Comunque fatti coraggio, vedrai che finirà tutto bene. I dottori oggi ne sanno molto di più che ai miei tempi e con tutti i mezzi moderni che hanno una soluzione la troveranno di sicuro. Ciao Candida. Ah! Un'ultima cosa e poi ti lascio. Sai, lì al negozio dove abbiamo comprato le scarpe per Pierino l'altro giorno, ci hanno dato due scarpe destre. Tu non ti eri accorta che zoppicava? Appena gliel'ho tolte, vedessi! Andava come un treno.

## ACP News

L'assemblea dei soci dell'ACP a Vicenza ECM: a che punto siamo?	1	36	<i>Siracusano F.</i>
Consiglio direttivo	2	36	<i>Siracusano F.</i>
"Nati per leggere" sulla stampa	3	36	<i>Red.</i>
Invito del Presidente a tutti i referenti dei gruppi locali ACP	3	36	<i>D'Andrea N.</i>
Verbale del direttivo del 20 e 21 Aprile a Roma	3	36	<i>Siracusano F.</i>
Nati per Leggere alla Fiera del Libro	4	36	<i>Manetti S.</i>
Corso ACP su metodologie formative	4	36	<i>Siracusano F.</i>
Iscritti dell'ACP	5	38	<i>Dessi F.</i>
Riunione dei gruppi locali	5	38	<i>Dessi F.</i>
LiBeR: un altro "vantaggio" per i soci Acp	6	38	<i>Dessi F.</i>
A Paderno ricerca sotto la lente	6	38	<i>Gangemi M.</i>
Gruppo pediatri per il terzo mondo	6	38	<i>Castelli L. et al.</i>

## ACP Nazionale

Sperimentazione clinica in pediatria territoriale: le nostre proposte	4	20	<i>Direttivo ACP</i>
---	---	----	----------------------

## Editoriale

La mucca pazza. Un problema anche di organizzazione dei servizi	1	6	<i>Biasini G.C.</i>
Progetto sperimentazione dei farmaci. Parecchi difetti	2	6	<i>Conti Nibali S.</i>
Brevetare la vita?	3	6	<i>Biasini G.C.</i>
In Italia c'è una politica per la salute?	4	6	<i>Biasini G.C.</i>
Mia figlia nel mondo dei grandi	5	6	<i>Clerici A.</i>
Sicurezze e insicurezze di genitori, bambini e pediatri	6	6	<i>D'Andrea N.</i>

## Ricerca

Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base	1	10	<i>Cazzato T.</i>
Corsi di preparazione al parto e allattamento al seno: esperienza di un distretto sanitario	2	12	<i>Piermarini L.</i>
I minori ospiti delle strutture socio-assistenziali in Calabria	3	12	<i>La Gamba P.</i>
Prevalenza dell'allattamento al seno nella Regione Emilia Romagna	4	12	<i>Cuoghi C. et al.</i>
I ragazzi e lo sport	5	12	<i>Toffol G.</i>

## Congressi Controluce

Napoli - Dalla ricerca alla clinica, seconda edizione	1	8	<i>Siani P.</i>
Noverato - Gli indicatori di salute della regione Calabria	1	8	<i>Biasini G.C.</i>
Nestlè al congresso nazionale ACP	2	8	<i>Conti Nibali S.</i>
Napoli - Seminari per operatori del progetto adozione sociale	2	9	<i>Siani P.</i>
Firenze - Corso Brazelton	3	8	<i>Red.</i>
Londra: Un metaregistro internazionale per gli RCT	3	8	<i>Red.</i>
Bassano - Il bambino e la sua città	3	9	<i>Red.</i>
Milano - Contro lo sfruttamento minorile	4	8	<i>Red.</i>
Parigi - Farmaci per i bambini d'Europa	4	9	<i>Red.</i>
Castellaneta - Pediatri meridionali: anno secondo post Copanellum	4	9	<i>Red.</i>
Verona - La sperimentazione clinica in medicina territoriale	5	9	<i>Biasini G.C.</i>

Verona - Centro Cochrane e pediatri	5	9	<i>Buzzetti R.</i>
Todi - Dipatimenti? No purtroppo	5	10	<i>Biasini G.C.</i>
Torino - XIII congresso Acp: un congresso d'avanguardia	6	9	<i>Siani P.</i>
Ginevra - Gap 10/90	6	10	<i>Lo Presti C.</i>

## Film per ragazzi

Dolce e mostruoso cartoon	1	20	<i>Spada I.</i>
Billy Elliot: la danza come metafora di vita	2	24	<i>Spada I.</i>
L'intolleranza degli adulti e l'amicizia dei bambini	3	24	<i>Spada I.</i>
La stanza del figlio	4	24	<i>Spada I.</i>
Voglia di affetto in "Luce dei miei occhi"	5	16	<i>Spada I.</i>
Bimbi robot e bimbi veri	6	19	<i>Spada I.</i>

## Esperienze

Gaspere Cocuzza nel favoloso Nord	1	30	<i>Cirillo G. et al.</i>
Io Nicole, convivio con la sindrome di Usher	3	22	<i>Henderson N.</i>
Un percorso formativo per la ricerca dei celiaci ignoti	6	46	<i>Narducci M.</i>

## Letture

L'immagine dell'infanzia di oggi e di ieri	1	14	<i>Gianotti A.M.</i>
Notti arabe	2	16	<i>Giannakakis I.</i>
Raccontare storie ai bambini o scriverle	2	22	<i>Biasini G.C.</i>
Ancora troppi minori nelle strutture socio-assistenziali	3	16	<i>Calabrese B.</i>
L'interpretazione popolare delle malattie infantili (prima parte)	4	16	<i>Cerasoli G.C.</i>
L'interpretazione popolare delle malattie infantili (seconda parte)	5	30	<i>Cerasoli G.C.</i>

## Libri

Anne Fine: Qualcosa in comune	1	17	<i>Conti Nibali S.</i>
Arthur Schnitzler: Geronimo il cieco e suo fratello	1	17	<i>Conti Nibali S.</i>
Roberto Denti: I bambini leggono	1	16	<i>Crupi I.</i>
Robert Mairon: Il bambino che non sentiva dolore	1	16	<i>Cerasoli G.C.</i>
Asha Philips: I no cha aiutano a crescere	1	16	<i>Dessi F.</i>
Bambini e bambine della Comunità Cristiana di base di S. Paolo - Roma Il Giubileone; storia a fumetti con la collaborazione di Francesco Tonucci	2	18	<i>Conti Nibali S.</i>
Rocco Fortunato: Fabbricato in Italia	2	18	<i>D'Andrea N.</i>
Jean C. D'avec: Il corruttore di bozze	2	19	<i>D'Andrea N.</i>
Sandro Onofri: Registro di classe	2	19	<i>Siracusano F.</i>
Cesare Cases: Confessioni di un ottuagenario	3	18	<i>Biasini G.C.</i>
Anne Fine: Bambini di farina	3	18	<i>Ronzoni E.</i>
Informatore Anonimo: La Mala Ricetta	3	19	<i>D'Andrea N.</i>
Paola Zannoner: Il vento di Santiago	3	19	<i>Giulianelli A.G.</i>
Amato Lamberti, Geppino Fiorenza, Siani P.: Giancarlo Siani giornalista per la verità	4	18	<i>Biasini G.C.</i>
Bianca Pitzorno: Tornatras	4	19	<i>Giulianelli A.G.</i>
Henry Roth: Chiamalo sonno	4	19	<i>D'Andrea N.</i>
David Grossman: Un bambino e il suo papà	5	18	<i>Ronzoni E.</i>
Bjorn Larsson: Il porto dei sogni incrociati	5	18	<i>D'Andrea N.</i>

Giovanna Giordano. Un volo magico	5	19	<i>Biasini G.C.</i>	Andamento della spesa in Italia e OCSE	2	26	<i>Biasini G.C.</i>
Nicola Siciliani De Cumis: Zavattini e i bambini	5	19	<i>Biasini G.C.</i>	Come calcolare i costi di malattia	2	26	<i>Biasini G.C.</i>
Roberto Volpi: I bambini inventati	6	16	<i>D'Andrea N.</i>	Abbiamo clienti o pazienti?	2	27	<i>Biasini G.C.</i>
David Grossman: Qualcuno con cui correre	6	16	<i>D'Andrea N.</i>	ECM: attenti allo sponsor	2	27	<i>Conti Nibali S.</i>
Arto Paasilinna: Lo smemorato di Tapiola	6	17	<i>D'Andrea N.</i>	Arrivano i RUG	2	27	<i>Biasini G.C.</i>
Marcus Pfister: Gaia e l'isola dalle bacche rosse	6	17	<i>Giulianelli A.G.</i>	Aumentano le ospedalizzazioni	2	27	<i>Biasini G.C.</i>
<b>NPL News</b>				La privacy nell'ospedale	3	26	<i>Biasini G.C.</i>
Nati per leggere a Secondigliano	6	18	<i>Manetti S.</i>	FNOMCeO: cento giorni al presidente	3	26	<i>Biasini G.C.</i>
Nati per leggere a Roma	6	18	<i>Dessi F.</i>	Ai direttori generali 370 milioni annui	3	26	<i>Milioto G.</i>
Nati per leggere a Ferrara	6	18	<i>Dessi F.</i>	L'occhio del padrone ingrassa il cavallo	3	27	<i>Piermarini L.</i>
Nati per leggere a Milano	6	18	<i>Zanetto F.</i>	Le quote di mercato dei galenici	3	27	<i>Biasini G.C.</i>
<b>Organizzazione sanitaria</b>				Il valore del DRG nelle regioni	3	27	<i>Biasini G.C.</i>
Ancora su accreditamento e qualità	1	7	<i>Biasini G.C.</i>	Il nuovo ministero del Welfare	3	27	<i>Milioto G.</i>
Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato	1	12	<i>Rapisardi G.</i>	Accessi alle strutture di Pronto Soccorso	4	26	<i>Milioto G.</i>
La riforma dell'assistenza sociale	1	32	<i>Cirillo G. et al.</i>	Dipartimenti fragili	4	26	<i>Red.</i>
Il pediatra associato.	2	20	<i>Calia V. et al.</i>	Le dosi di radiazioni degli esami	4	26	<i>Red.</i>
Breve glossario del "lavorare insieme"	2	20	<i>Calia V. et al.</i>	Libri per ragazzi: nomination 2000	4	27	<i>Red.</i>
La legislatura trascorsa e i bambini	2	14	<i>Biasini G.C.</i>	Terapie sbagliate per i bambini	4	27	<i>Red.</i>
Federalismo fiscale e livello di assistenza	2	23	<i>Biasini G.C.</i>	Cala l'uso del GH in Piemonte	4	27	<i>Red.</i>
Gli accordi di programma tra comuni e ASL	3	20	<i>Cirillo G. et al.</i>	Troppi raggi ai bambini con la TAC	4	27	<i>Biasini G.C.</i>
I Piani per la salute in Emilia Romagna	5	23	<i>Stefanini A.</i>	"Botte" ai pediatri	4	27	<i>Biasini G.C.</i>
Il federalismo fiscale: una riforma sconosciuta	6	12	<i>Dirindin N.</i>	Laura Bush per "Nati per Leggere"	4	27	<i>Red.</i>
Dipartimento e strutture materne-infantili nelle regioni	6	32	<i>Biasini G.C.</i>	Farmacovigilanza: la spesa in statine	5	26	<i>Red.</i>
<b>Osservatorio Internazionale</b>				Farmacovigilanza: effetti secondari	5	26	<i>Red.</i>
Villaggio globale, digitale, virtuale e... realtà	1	18	<i>Bonati M.</i>	Uso di farmaci in Italia: primo rapporto nazionale	5	26	<i>Siani P.</i>
Il Wall Street Journal attacca l'UNICEF	4	22	<i>Spaccini M.</i>	Gli italiani non sperperano farmaci e servizi	5	26	<i>Biasini G.C.</i>
Un'estate con molti eventi	5	20	<i>Bonati M.</i>	Galenici: le quote di mercato	5	27	<i>Red.</i>
<b>Statistiche Correnti</b>				Basta il 5%	5	27	<i>Red.</i>
La mortalità infantile nel 1996	1	26	<i>Corchia C. et al.</i>	Conflitti di interesse	5	27	<i>Biasini G.C.</i>
Bambini adolescenti del 2000.	6	30	<i>Siani P.</i>	Un prete della bassa	5	27	<i>Biasini G.C.</i>
Non solo sfruttati o violenti				Abbandonare lo screening "autopalpazione del seno"	5	27	<i>Biasini G.C.</i>
<b>Info</b>				www.altroconsumo.it	6	26	<i>Milioto G.</i>
In pista a Courmayeur: formazione alle 16.00	1	22	<i>Red.</i>	Evasione scolastica	6	26	<i>Siani P.</i>
Guerra agli ordini dei medici	1	22	<i>Biasini G.C.</i>	Scuole sgarrupate	6	26	<i>Siani P.</i>
Le carte dei servizi: servono agli utenti	1	22	<i>Red.</i>	Primo "Ospedale Amico dei Bambini" in Italia	6	26	<i>Conti Nibali S.</i>
Un po' di guerra sulla formazione dei generalisti	1	22	<i>Biasini G.C.</i>	Cassazione uno. La visita domiciliare è d'obbligo?	6	26	<i>Milioto G.</i>
Credit formativi	1	22	<i>Red.</i>	Cassazione due. Falso ideologico	6	27	<i>Milioto G.</i>
I medici di famiglia e la privacy	1	23	<i>Milioto G.</i>	Gli stranieri, il Ssn e la salute	6	27	<i>Siani P.</i>
Virus e obesità	1	23	<i>Conti Nibali S.</i>	Lazio: nessun aumento per i manager	6	27	<i>Milioto G.</i>
Spendiamo troppo in farmaci? Forse non è vero	1	23	<i>Biasini G.C.</i>	<b>World-info</b>			
Allattamento senza commento	1	23	<i>Red.</i>	UE - Morti per inquinazione	1	24	<i>Biasini G.C.</i>
Progetto del MURST per il terzo mondo	2	26	<i>Conti Nibali S.</i>	OMS - Lobbying su quando divezzare	1	24	<i>Red.</i>
I bisogni di salute secondo l'ISTAT. Mahl	2	26	<i>Biasini G.C.</i>	UE - Malattie rare	1	24	<i>Biasini G.C.</i>
Workshop SPES	2	27	<i>Milioto G.</i>	FRANCIA - Abuso di farmaci in gravidanza	1	24	<i>Conti Nibali S.</i>
				GRAN BRETAGNA - Scienza amica	1	24	<i>Biasini G.C.</i>
				SVEZIA - Il premio Nobel per la medicina	1	25	<i>Biasini G.C.</i>
				CANADA - Concessa la marijuana per uso analgesico	1	25	<i>Biasini G.C.</i>
				USA - Nasce Pub Med Central	1	25	<i>Conti Nibali S.</i>
				SVEZIA - Il premio IG Nobel per la medicina	1	25	<i>Red.</i>

USA - È morto Avedis Donabedian	1	25	Biasini G.C.	UE - Una nuova (falsa) politica per i cibi contenenti ogm	6	28	Fedele S.
USA: Cancro in viaggio verso Marte	1	25	Red.	UK - In netto aumento gli "stupri per appuntamento"	6	28	Fedele S.
OMS - Polio-risparmi	1	25	Red.	UK e USA - Poco per prevenire migliaia di morti neonatali	6	29	Conti Nibali S.
FINLANDIA - Modificata la dichiarazione di Helsinki	1	25	Conti Nibali S.	USA - Una legge per i bambini	6	29	Siani P.
GLOBO - Abuso e infanticidio	2	28	Biasini G.C.	USA - Corte suprema e marijuana come farmaco	6	29	Biasini G.C.
SCOZIA - Si torna indietro sulla separazione ospedali/unità locali	2	28	Biasini G.C.	INDIA - Inquinamento atmosferico	6	29	Piermarini L.
UK - Mass media e scienza: rapporti difficili 1	2	28	Biasini G.C.	USA - Boicottiamo le riviste avare	6	29	Biasini G.C.
UK - Mass media e scienza: rapporti difficili 2	2	28	Conti Nibali S.				
USA - Virus contro virus	2	28	Corpora E.	<b>Salute Pubblica</b>			
UK - Gorgoglii o parole?	2	29	Biasini G.C.	Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva	2	30	Tamburlini G.
UK - Il terzo mondo di casa nostra	2	29	Biasini G.C.	Globalizzazione e salute	3	30	Tamburini G.
GRECIA - Non era re Filippo	2	29	Biasini G.C.	Globalizzazione e salute	4	30	Tamburini G.
UK - Bambini sempre più obesi, un'altra conferma	2	29	Conti Nibali S.	I touchpoint: prevenire i problemi nella relazione genitore-bambino	6	20	Brazelton B.
GERMANIA - Il regalo di Hitler	2	29	Biasini G.C.				
UK: Abuso di alcool	3	28	Piermarini L.	<b>Un po' per gioco</b>			
UK: Meno morti per meningite	3	28	Piermarini L.	Patata & Carota, studio pediatrico associato	4	52	Piermarini L.
MONDO: OGM a fin di bene?	3	28	Biasini G.C.	Curare con il calcio	5	51	Piermarini L.
UK: Medicina alternativa	3	28	Piermarini L.	Tre medici e una gamba	6	53	Piermarini L.
KENIA: Presto per cantare vittoria	3	28	Conti Nibali S.				
SVIZZERA: Il riso transgenico fa cilecca	3	28	Biasini G.C.	<b>Lettere</b>			
UK: Nhs Direct	3	29	Milioto G.	Diceva un tale "La solitudine raramente migliora gli uomini"	1	34	Venturelli L.
UK: Lacrime d'oro	3	29	Piermarini L.	Bronchiolite: dentro o fuori l'EBM?	1	34	Causa P.
USA: Cancellare i termini razza ed etnia	3	29	Piermarini L.	Ancora sulle cellule staminali	2	34	Moravigli A.
AFRICA: Nuovi farmaci e malaria	3	29	Conti Nibali S.	E se fossero i medici?	2	34	Marri E.
USA: Bush: vieni avanti!	3	29	Conti Nibali S.	Io vorrei molti congressi	3	34	Baio A.
USA - Assicurazioni e salute pubblica	4	28	Milioto G.	EBM e informazione ai genitori di bambini affetti da convulsioni febbrili	2	35	Marchetti F.
USA - I primi atti di Bush sulla salute	4	28	Biasini G.C.	Allattamento in ospedale	3	35	Cosentino R.
USA - L'Antitrust e i cartelli dei farmaci	4	28	Milioto G.	Malatìvù	3	35	Montini M.
BRASILE - Grazie per le firme	4	29	Red.	Alcune precisazioni su accreditamento e pediatri	4	34	Venturelli L.
USA - Medicina alternativa e MICI	4	28	Piermarini L.	Screening neonatale della sordità: in Liguria si ricomincia	4	35	Durand P.
EUROPA - Forza Italia, Forza Scienza!	4	29	Biasini G.C.	Malastampa	4	35	Cartocci A.
G8 - AIDS e bombardieri B2	4	29	Red.	Troppi bambini nelle strutture socio-assistenziali	5	34	Attisani I.
UK - Traumi cranici minori	4	29	Piermarini L.	Rapporti tra gruppi locali e ACP nazionale	5	35	Bonin P.
UK - Streptococco	4	29	Piermarini L.	Una varicella trascurata.	5	35	Casillo T.
USA - Le sottrazioni di Bush	4	29	Biasini G.C.	Discussione tre anni dopo	6	36	Schievano P.
TIBET - Un'endemia ignorata	5	28	Piermarini L.	Considerazioni a margine del Congresso Acp di Torino (ottobre 2001)	6	36	Rusticani S. e R.
USA - L'AMA promuove una campagna etica	5	28	Fedele S.	I tragici fatti di Modena e la realtà dell'autismo	6	36	
USA - Polvere assassina	5	28	Piermarini L.				
USA - Aggiunta di acido folico nella farina	5	28	Conti Nibali S.	<b>Il punto su</b>			
UK - Rischi-benefici dell'adrenalina	5	28	Piermarini L.	Novità sullo screening della sordità	1	44	Rapisardi G.
SVIZZERA - Perché fa cilecca	5	29	Red.	Il sostegno domiciliare come fattore protettivo	2	56	Ciotti F.
CANADA - La Monsanto perde la causa	5	29	Biasini G.C.	Un nuovo vaccino contro le infezioni da Pneumococco	3	56	Grandori L.
UK - Sotto controllo le prescrizioni di GH	5	29	Piermarini L.	La polio nel mondo e in Italia oggi	4	50	Grandori L.
ONU - Conferenza sulle armi biologiche	5	29	Red.	Al chirurgo leghiamo le mani?	5	48	Peratoner L.
UK - Cesarei in aumento	5	29	Conti Nibali S.				
UE - Fondi per la ricerca ed allargamento ad est	5	29	Biasini G.C.				
SPAGNA - Trial clinico sulla somministrazione di eroina	5	29	Biasini G.C.				
AFGHANISTAN - I dati della salute	6	28	Red.				
CANADA - Esiste ancora un confine tra farmaco e cibo	6	28	Fedele S.				

## Leggere e fare

Streptococco di gruppo B: trattiamolo bene	1	38	Piermarini L.
Croup: terapia orale e terapia intramuscolare con steroidi a confronto	1	39	Biasini G.C.
Benzina senza zucchero	1	41	Piermarini L.
SIDS al nido: le tate non sanno che...	1	41	Biasini G.C.
Allattamento e mass media	1	41	Conti Nibali S.
Alimentazione neonatale e pressione arteriosa	2	38	Piermarini L.
Malformazioni congenite: rapporto causale con gravi eventi psicosociali	2	39	Lunetta M.G.
Ininfluenza la carica elettrostatica nei distanziatori	2	39	Piermarini L.
Sindrome HHE	2	41	Piermarini L.
Ceftriaxone: aumenta le resistenze	2	41	Biasini G.C.
Le industrie dei farmaci antiAIDS contro il Sud-Africa	3	38	Siracusano F.
Febbre Intraparto. Relazione con eventi avversi nel neonato	3	41	Enrico Corpora
Il trattamento dell'influenza	3	43	Conti Nibali S.
Stagioni della genetica, stagioni dell'etica	4	38	Spinsanti S.
L'esame delle urine. Quale affidabilità?	4	39	Ferracane R.
"Malastampa": si può valutare	5	40	Biasini G.C.
L'Evidence Based Medicine nella diagnosi differenziale	5	41	Biasini G.C.
Intelligenza di ferro	5	42	Piermarini L.
Terapia mirata per l'Helicobacter	5	42	Piermarini L.
Screening dell'udito su base territoriale	5	44	Piermarini L.
Disturbi del linguaggio: terapia non convincente	5	44	Piermarini L.
Vaccino anti HB: efficace anche con due dosi	5	45	Piermarini L.
Disturbi del comportamento alimentare	6	40	Gualtieri L.
Eritromicina e rischio di stenosi ipertrofica del piloro	6	41	Ferracane R.
Spray nasale di alfa streptococchi per la cura delle otiti	6	42	Lo Presti C.
Significatività statistica e valori di P	6	44	Ef. Cl. Practice

## Il Caso che insegna

Un bambino rosso ciliegia	1	47	Belluzzi A. et al.
Una bambina con gli anticorpi contro il virus della Mononucleosi	2	44	Aschettino M.
Due lattanti con torpore e stipsi ostinata	3	44	Leone V. et al.
Crisi di assenza in una bambina con gastroenterite	3	56	Caponetto A.

## Educazione Medica Continua

FNOMCeO e Società scientifiche. A Roma un difficile incontro	3	46	Biasini G.C.
--	---	----	--------------

## ABC in pratica

Una ricerca sulla diarrea	1	51	Biasini G.C.
Carioprofilassi con applicazione di sealant	1	53	Napolano F.

## Saper fare

L'esame con luce di Wood	2	50	Arcangeli F.
Quando utilizzare il test genetico per la diagnosi di fibrosi cistica	4	47	Borgo G.

## Buona TV

Anna dai capelli rossi	2	53	Vitali L.
Un TG 2 dedicato ai ragazzi	3	58	Vitali L.

## Aggiornamento avanzato

Encefalopatie spongiformi trasmissibili umane	3	50	Giangaspero F.
Fattori genetici e patologie del neonato	4	42	Pergola M.
La nuova famiglia fa nuovi bambini (prima parte)	5	54	Lazartigues A.
La nuova famiglia fa nuovi i bambini? (seconda parte)	6	49	Lazartigues A.

## Bambini con bisogni speciali

I fattori protettivi di carattere ambientale	1	55	Semprini R.
--	---	----	-------------

## Informazioni per genitori e pazienti

Come usare il tiralatte	2	48	Cosentino R.
Le otiti: cosa si deve sapere	3	48	Conti Nibali S.
Per i bambini in bicicletta	4	58	Conti Nibali S.



# Delicata, efficace... nel tempo



LICHTENA® A.I.

0-8

PRODOTTO DERMOCOSMETICO

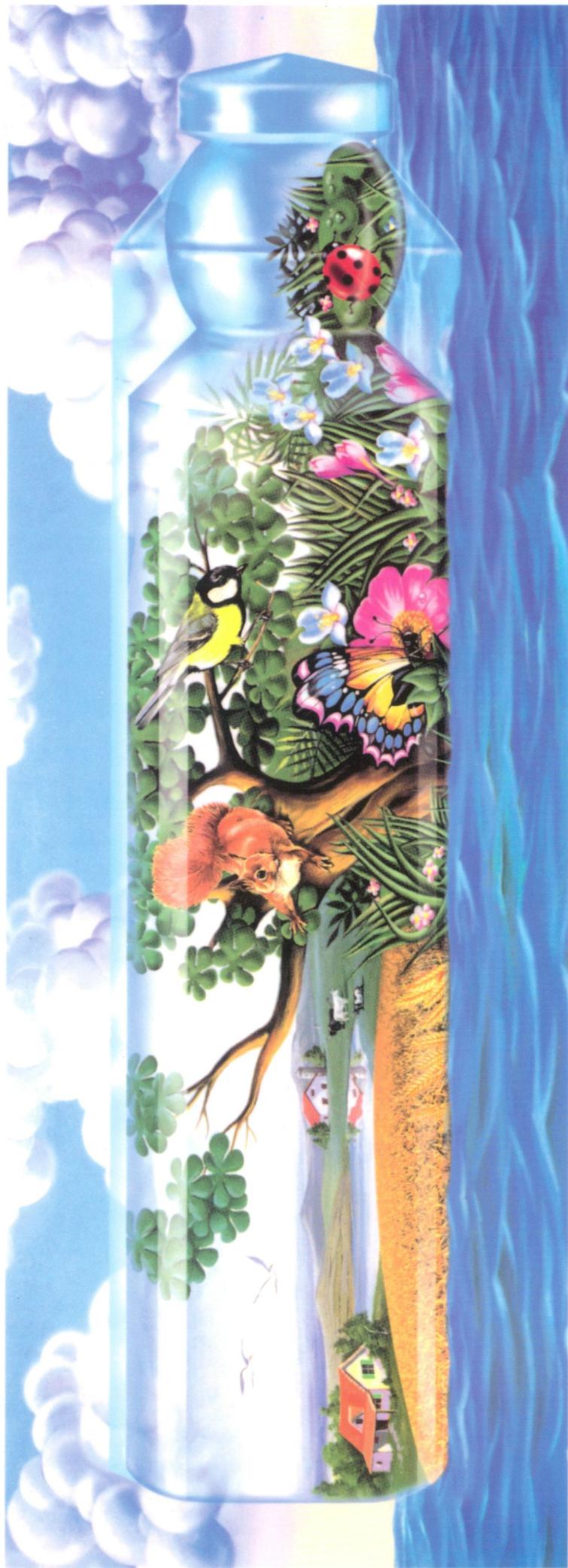
Emulsione  
Baby  
150ml

DIVISIONE  
DERMOCOSMETICI



Laboratori Fitocosmesi e Farmaceutici S.r.l. - Milano  
Concessionaria alla vendita: UCB Pharma S.p.A. Pianezza (TO)

*L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.*



**ENTEROGERMINA<sup>®</sup>**

*lo recupera e lo mantiene.*

  
sanofi~synthelabo  
otc