

il Medico Pediatria

PERIODICO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

Direttore esecutivo

Pier Luigi Tucci

Direttore responsabile

Luciano Ragno

Comitato direttivo

Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra
Nuccio Giancola
Alfio Raciti Longo
Rinaldo Missaglia
Maria Grazia Catellani

Comitato di redazione

Paolo Becherucci
Antonio Clemente
Valdo Flori
Antonio Improta
Milena Lo Giudice
Giorgio Meneghelli

Comitato dei garanti

Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra

Impaginazione e grafica

Valdo Flori
Fabrizio Sodini

Pubbliche relazioni

Pino Mele

Redazione

Federica Fontini



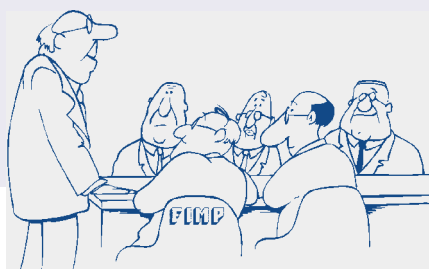
Edizione

Pacini Editore SpA
Via Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
www.pacinionline.it

© **Copyright by**
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Cadore, 18
50142 Firenze

Hanno collaborato a questo numero:

Maurizio Bruni	Medico Legale - Milano
Enrico Solito	Pediatra di Famiglia – Prato
Valdo Flori	Pediatra di Famiglia - Firenze
Sandro Angeloni	Pediatra di Famiglia - Chieti
Pier Luigi Tucci	Pediatra di Famiglia - Firenze - Presidente Nazionale FIMP
Luciana Biancalani	Pediatra di Famiglia - Prato
Daniele Venier	Pediatra di Famiglia – Pordenone
Elisabetta Cappelli	Pediatra di Famiglia - Prato



INDICE

EDITORIALE

Dall'interesse del minore al Diritto del Bambino
Pier Luigi Tucci

pag. 265

LINEE GUIDA

La gestione della sindrome influenzale
Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità

» 271

CLINICA & RICERCA

Il pediatra e i segni di abuso sessuale
E. Solito, M. Bruni

» 276

Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi

» 282

Dal gioco all'attività sportiva nell'età evolutiva: ruolo del pediatra
S. Angeloni

» 290

Decalogo dei diritti del bambino nello sport

» 292

Carie e fluoroprofilassi
Pier Luigi Tucci

» 293

ECM - Formazione e Aggiornamento

Vaccinazioni: Aggiornamento "interprofessionale" Prato e dintorni...
L. Biancalani, E. Cappelli

» 294

ATTUALITÀ

4°Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Comunicato Stampa Eurispes-Telefono Azzurro

» 297



Il Medico Pediatra - Redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche
Via A. Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050/3130262 Fax 050/3130300
Redazione: dott. Federica Fontini
ffontini@pacinieditore.it
<http://www.pacinionline.it>

Dott. Pier Luigi Tucci
Via Cadore, 18
50142 Firenze
Tel. 055 7331094
Fax 055 7333581
ilmedicopediatra@fimp.org

"Il Medico Pediatra"
è il giornale di tutti i
Pediatri di Famiglia Italiani

è aperto a qualsiasi contributo
per ampliare il dibattito sindacale
e per arricchire la cultura
della Pediatria di Famiglia

*Per la pubblicazione degli articoli
contattate la Redazione*

NORME PER LA COLLABORAZIONE

Il Giornale pubblica contributi redatti in forma di editoriali, articoli di carattere sindacale o scientifico, lettere, recensioni (da congressi, lavori, libri...).

La lunghezza dei contributi dovrà essere concordata con la redazione che, nei limiti delle esigenze editoriali, metterà a disposizione tutto lo spazio necessario.

I lavori a carattere scientifico dovranno essere corredati di bibliografia (ove esistente), riassunto e parole chiave.

Le lettere dovranno limitarsi a non più di una pagina.

Coloro che non utilizzano sistemi di videoscrittura sono pregati di inviare i lavori dattiloscritti senza correzioni.

Coloro che utilizzano sistemi di videoscrittura dovranno seguire le seguenti norme:

- **Inviare i testi per posta elettronica o spedire per posta ordinaria i dischetti riportando in edichetta il nome del file e il tipo di word processor usato (sistemi Dos e Macintosh);** al supporto magnetico dovrà essere sempre allegata una copia stampata del lavoro senza correzioni manoscritte e il nome del file
- **I testi forniti dagli autori non devono essere formattati o impaginati**

Il termine ultimo di invio di collaborazioni al Giornale è di 20 giorni prima della sua pubblicazione.

Gli estratti saranno forniti, a pagamento, per trattativa diretta dell'Editore con gli Autori.

Pacini Editore, ai sensi ed in conformità con l'art. 10 Legge 31 dicembre 1996 n. 675, informa che i dati relativi agli indirizzi dei pediatri che ricevono Il Medico Pediatra sono archiviati nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e saranno utilizzati solo per l'invio della rivista.

Gli iscritti che cambiano indirizzo devono comunicare il loro nuovo indirizzo al SEGRETARIO PROVINCIALE che trimestralmente provvederà a fornire l'intero file excel degli iscritti aggiornato direttamente alla Pacini Editore all'indirizzo abbonamenti@pacinieditore.it c.a. Manuela Mori

Il Pediatra e i Diritti del Bambino

Dall'interesse del minore al Diritto del Bambino

Pier Luigi Tucci

Quando mi sono specializzato in pediatria nel 1976 nei contenuti didattici delle scuole di specializzazione. l'attenzione era posta principalmente sulle patologie, in parte sulla prevenzione, in particolare le vaccinazioni, e la formazione si svolgeva solo nei reparti universitari. Anche il mio lavoro di pediatra con le mutue risentiva sia del tipo di formazione che del modello assistenziale: pagamento a notula e a ciclo di malattia.

Negli ultimi 30 anni per motivi complessi che non è possibile delineare nei dettagli vi è stata una drastica riduzione delle patologie medio-gravi anche nell'infanzia, con una riduzione drastica della mortalità infantile e un aumento del livello di benessere generale. Con il cambiamento della struttura sociale e con l'emergere di nuovi bisogni assistenziali con la riforma del 1978 ha preso corpo e dimensione la figura del pediatra di famiglia, legata al bambino e alla famiglia da un rapporto fiduciario e continuativo che lo caratterizza rispetto a tutti gli altri pediatri e agli altri medici, rapporto particolarmente carico di solidarietà.

Negli anni quindi il pediatra di famiglia ha dovuto sempre più delinearsi costruendosi in maniera originale una propria professionalità e una propria cultura.

Il pediatra di famiglia di oggi, inserito in un tessuto sociale altamente complesso e in via di continui cambiamenti anche per quanto riguarda il ruolo della famiglia, della comunità, dell'ambiente e delle scelte politiche, ha quindi sempre più strutturato ruoli diversi da quelli per cui è stato formato, consapevole appunto che la salute e il benessere del suo assistito passa attraverso altri determinanti, soprattutto sociali.

E'per questo che ha imparato anche ad espletare un ruolo di " antenna sociale" in quanto persona sensibile nell'avvertire per tempo i rischi e i problemi ambientali che possono coinvolgere un bambino, o di "avvocato difensore" del bambino e dei suoi diritti, o di "sentinella" particolarmente attenta, ad esempio, allo svolgimento delle attività preventive efficaci, o ancora di "sostegno all'educazione" quando la famiglia si dimostri non sufficiente a svolgere questo ruolo.

La pediatria è perciò diventata, grazie anche alla cultura propria del pediatra di famiglia, la branca della medicina che più si connota di "medical humanities", di pedagogia e di bioetica.



Se appunto prima il medico curava solo la malattia oggi ha a che fare soprattutto con le “nuove morbidità” che sono connesse con le difficoltà nel processo di sviluppo e crescita del bambino e rientrano nell’ambito della problematiche psicosociali.

Difficoltà scolastiche, dell’apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, depressione etc sono molto più frequenti di un tempo, e hanno bisogno di risposte molto complesse, dove il pediatra si trova a lavorare anche in equipe multiprofessionali.

Vediamo alcuni esempi:

1. Il problema dell’**abuso all’infanzia**. La FIMP si riconosce nella definizione di abuso scaturita da un gruppo di lavoro dell’OMS al quale ha partecipato, all’interno del Gruppo Europeo Saint-Vincent di Bioetica e Qualità della Vita:

“ Un bambino viene considerato maltrattato quando i suoi genitori, tutori o persone incaricate della sua vigilanza e custodia approfittano della loro situazione di privilegio e si comportano nei suoi confronti in contrasto a quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del bambino”

Il concetto di abuso quindi, in base a quanto stabilito dalla Convenzione, include:

- violenza fisica (art.12)
- abuso psicologico e privazione affettiva (art.19)
- abuso sessuale (art. 34)
- sfruttamento (art.36)
- negligenza (art.19)
- tortura (art.37)
- somministrazione e induzione all’abuso di droghe e sostanza tossiche (art.33)
- assoggettazione ingiustificata e impropria a procedure terapeutiche e diagnostiche, inclusa la manipolazione genetica (art. 8,24,36)
- coinvolgimento in attività illegali (art.36).

In poche parole: abuso, maltrattamenti e trascuratezza grave sono temi con il quale il pediatra si trova a giocare un ruolo importante, sia perché in grado di cogliere i primi segnali di quanto sta accadendo, sia perché comunque quale pediatra di famiglia può collaborare con gli altri operatori impegnati nella rilevazione, segnalazione e presa in carico di questo gravissimo e sempre più emergente problema

Tra i fattori di rischio di questi eventi che nella maggioranza dei casi si consumano in ambito familiare, grande ruolo hanno le difficoltà sociali della famiglia, economiche, strutturali ed è per questo che molta attenzione meritano le modificazioni sociali a cui è andata incontro la famiglia negli ultimi anni.

2. Un altro campo sempre più pressante è la **gestione dei problemi psicologici** dei bambini che vivono le difficoltà familiari nel periodo di una separazione, quando questa non venga vissuta in maniera consensuale. Sono ben conosciuti i giochi perversi fra ex coniugi che si giocano anche nell’ambulatorio del pediatra di famiglia dove il figlio diventa merce di scambio. O i problemi dei bambini nelle famiglie ricostituite o allargate.

Infatti i dati epidemiologici ci dicono che:

Aumenta l'instabilità coniugale: nel 2000 le separazioni e i divorzi sono aumentati rispetto al 1995 del 37,5 e del 39 per cento. Nel 2000 si registra una separazione ogni quattro matrimoni e un divorzio ogni nove matrimoni. Quasi il 70 per cento delle separazioni e il 60 per cento dei divorzi coinvolge figli nati nel matrimonio. Oltre 85 figli minori su 100 vengono affidati esclusivamente alla madre in seguito sia a una separazione sia a un divorzio.

Sia per le coppie coniugate, sia per le unioni libere, quando in casa sono presenti dei figli, questi sono per lo più il frutto dell'unione attuale: il 35,4 per cento delle coppie ricostituite ha solo figli di entrambi i partner, il 14,1 per cento ha figli nati da precedenti unioni e appena l'8,5 per cento presenta una struttura più complessa, con figli sia della presente, sia della precedente unione. Tuttavia, tra le famiglie ricostituite che coabitano con figli, si nota una tendenza all'aumento della proporzione di quante coabitano con almeno un figlio nato da precedenti unioni (dal 30,2 per cento nel 1993-94, al 39,1 per cento nel 2000-2001 delle ricostituite con figli).

In questo clima sono sempre più frequenti le richieste di certificazioni che i genitori (e talvolta anche gli avvocati) ci chiedono per l'attestazione di problemi del bambino da poter utilizzare a rafforzamento della loro linea procedurale.

In questi casi il pediatra di famiglia deve ovviamente evitare di finire nel giro delle triangolazioni mantenendo il dovuto distacco, producendo solo ciò che è giusto per il bene del bambino. E può capitare anche, come a me pochi mesi fa, di subire minacce da un genitore per un certificato fatto ad un bambino e ritenuto improprio.

3. L'aumento delle adozioni e degli affidamenti, sia di bambini italiani che di bambini stranieri, ci vede coinvolti sia come pediatri per gestire patologie vere di cui spesso questi bambini sono portatori, sia come sostenitori della nuova genitorialità inattesa al fine di aiutare le famiglie a trovare il giusto equilibrio in un problema delicato come questo: difendere i bambini dall'iperprotezione, dall'ansia che spesso accompagna queste scelte sono tutti ambiti di lavoro del nuovo pediatra

Così come emergente un nuovo impegno professionale nella gestione dei bambini non italiani, immigrati o figli di extracomunitari in una società sempre più multietnica, dove molto pesante è ancora la precarietà dell'assistenza e della difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

4. Per non parlare delle famiglie disagiate a rischio sociale, sempre più numerose in proporzione, dove molto presto si verificano abbandoni scolastici e segnali di disadattamento sociale che tanta parte hanno nel determinismo delle nuove patologie degli adolescenti (abuso di sostanze in primis)

Come ha risposto il pediatra in linea generale

La Convenzione Internazionale sui Diritti dell'infanzia ci ha coinvolto come pediatri, specialisti della salute dei bambini, perché molti articoli direttamente o indirettamente riguardano i diritti del bambino connessi alla salute; e ci ha interpellato come pediatri di famiglia, cui è affidata dallo



Stato la tutela della salute del bambino e dell'adolescente, perchè ci chiede conto anche di quali ostacoli soggettivi, normativi o legislativi si frappongano al raggiungimento di questo diritto istituzionale.

Partendo dalla salute intesa oggi come **“uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano”**, e definita come **“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattie o infermità”** abbiamo condiviso un nuovo paradigma della salute vista non solo come stato di benessere cui orientare l'impegno individuale e sociale, ma anche come risorsa per la crescita delle persone e della comunità, sul piano emozionale, intellettuale, economico, etico e spirituale.

Il nostro orientamento culturale rivolto primariamente alla prevenzione delle malattie e il costante impegno nell'educazione sanitaria e nella promozione di corretti stili di vita, la riduzione dei ricoveri ospedalieri pediatrici attraverso il nostro impegno a curare a domicilio patologie che fino a pochi anni fa erano di pertinenza ospedaliera, la durata minore dei ricoveri dove esiste un positivo rapporto di collaborazione con i colleghi ospedalieri e universitari, il miglioramento continuo dello stato di salute della popolazione infantile, sono l'esperienza tangibile del nostro impegno professionale nell'area delle cure primarie e all'interno dell'area pediatrica per garantire il diritto alla salute globale nella dimensione di una medicina preventiva, curativa e riabilitativa

Strutturando accordi sindacali che facessero riferimento costante alla carta dei diritti e al concetto nuovo di salute

La FIMP ha fatto del diritto alla tutela della salute del bambino la sua bandiera e il suo programma, e vuole che sia sempre tenuto ben presente il principio sancito nell'art. 3: In tutte le azioni riguardanti i bambini, ...i maggiori interessi del bambino devono costituire oggetto di primaria considerazione.

Infatti il prendersi cura di un bambino presenta caratteristiche diverse rispetto all'adulto, il quale sempre più nel tempo si trova a contrarre malattie prevalentemente cronico-degenerative. Curare le malattia nell'infanzia non può essere visto come elemento qualificante del prendersi cura, in quanto in questa fascia d'età l'obiettivo primo è ridurre l'incidenza di malattie. Il prendersi cura di un bambino quindi richiede un atteggiamento di tipo tutoriale, dove per tutela si intende la messa in opera di tutte le attitudini umane e professionali indirizzate non solo e non tanto a curare l'evento malattia, quanto ad “assicurare al bambino la protezione e le cure necessarie al suo benessere”. Già in questo si evidenzia l'ulteriore differenza con la medicina degli adulti: “assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse del paziente (difensore clinico)”. Ciò richiede una specificità assistenziale non riconducibile a quella richiesta per l'adulto. Ecco quindi che da un lato abbiamo fatto rientrare nelle premesse dei nostri accordi dei riferimenti alla Convenzione Internazionale quale base etica di riferimento, dall'altro abbiamo fatto riconoscere il pediatra di famiglia quale medico naturale del bambino, la figura professionale alla quale affidare la tutela sanitaria della salute dell'infanzia e dell'età evolutiva, e l'individuazione di modelli organizzativi che rendano coerenti diritti, cultura pediatrica, obiettivi di salute.

- Un pediatra di famiglia che si muove nell'area delle cure primarie, caratterizzate da accesso diretto, continuità dell'assistenza, globalità dell'assistenza, coordinamento dell'assistenza, orientamento delle famiglie

- Un pediatra di famiglia che ha il ruolo di maggior responsabilità all'interno dell'area funzionale pediatrica,
- Un pediatra di famiglia che svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) nei confronti di bambini e adolescenti con particolare attenzione all'integrazione e coordinamento delle cure per patologie acute e croniche, e garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito.
- Un pediatra di famiglia che contribuisce ad attività di *tutela del minore*, progetta e partecipa ad *attività di ricerca* sul Territorio, A) promuove e aderisce a programmi di *formazione professionale*, svolge *attività didattica* nei confronti di personale sanitario, di medici e specialisti in formazione, progetta ed attua programmi di *miglioramento continuo della qualità*.

Integrandosi con altri operatori per dare risposte condivise ad argomenti che non possono vedere il pediatra isolato

La pediatria è una delle aree a più alta integrazione sociosanitaria, conosciamo sempre più i determinanti sociali, economici, ambientali e istituzionali della salute in una popolazione. La povertà ad esempio è considerata dall'OMS come " il singolo fattore più importante che determina cattive condizioni di salute", e si associa a maggiore mortalità infantile, a più malattie, ad una maggior tendenza all'uso di sostanze (alcol, fumo, droga), ad obesità e scarsa attività fisica, ad un minor ricorso ai servizi sanitari specie in ambito preventivo. Questo è particolarmente evidente nella nostra realtà in gruppi selezionati di popolazione (minoranze etniche, immigrati e rifugiati).

Anche il livello di educazione viene oggi tenuto così in considerazione, tanto da essere equiparato al reddito nel determinare i vari gradienti di mortalità e di morbidità e risulta spesso un fattore predittivo positivo per avere maggiori possibilità di star bene.

Le aree di disagio sono aumentate, e la collaborazione con psicologi e assistenti sociali sono sempre più indispensabili.

Facendo prevenzione sulla famiglia

Nella Convenzione alla famiglia sono riconosciute finalità non solo privatistiche, ma pubbliche. E uno degli aspetti che deve essere tenuto presente affinché la famiglia possa assumere pienamente le sue responsabilità all'interno della comunità è il rapporto e il ruolo della famiglia nei confronti della tutela della salute.. Nella famiglia, attraverso la struttura fondamentale della reciprocità, è possibile non solo tutelare la vita, ma prendersi cura di essa. La famiglia inoltre è, specie per i bambini, lo spazio vitale nel quale si svolgono la malattia e la guarigione. Oltre ad altri aspetti già detti, assume sempre più importanza tutta una serie di interventi di supporto che vanno sotto il nome di sostegno alla genitorialità, in particolare la sempre maggiore attenzione agli stili educativi, e a un dialogo-confronto su di essi con i genitori.

Cosa ha fatto la nostra categoria

Far conoscere diffusamente i principi e le norme della Convenzione (art.42) attra-

verso la nostra stampa e i congressi di categoria

Collaborare con l'Unicef

Partecipare a gruppi di lavoro dell'OMS per attuare le previsioni della Convenzione, diffondendone le conclusioni (esempio Linee Guida Saint-Vincent sull'abuso all'infanzia)

Pubblicistica (Etnopediatria)

Usò mass media

Elaborare e diffondere la carta dei diritti del bambino assistito dal pediatra di famiglia, tradotta in più lingue, e che è diventata la base di una prossima carta europea. E' una ufficializzazione dello stile dell'impegno che i pediatri di famiglia mettono in campo quotidianamente nei confronti dei loro assistiti e delle loro famiglie. Un invito alle famiglie a sentirsi anch'esse, in modo più completo, legate a prendere coscienza e promuovere i contenuti di questa Carta. Una sollecitazione alle Istituzioni che vedano nella pediatria, e nel pediatra, un professionista attento a valorizzare il suo ruolo sociale e politico, e quindi da ascoltare sempre più nelle tematiche relative all'infanzia. Un aiuto ai bambini, perché prendano sempre più coscienza dei loro diritti, e sappiano di avere nel loro pediatra un amico, un alleato se opportuno, un genitore se necessario, un avvocato se indispensabile.

Coerentemente con la definizione della Pediatria data dall'OMS nel 1974: Pediatria = Medicina dello sviluppo e dell'educazione, questa può essere definita la nostra **mission**:

B) Un pediatra di famiglia che sia in grado di consegnare alla collettività:

- un adolescente cresciuto nel rispetto di valori importanti riguardanti la sua persona
- una famiglia che abbia acquisito la genitorialità adeguata alle varie fasi di crescita del bambino
- un cittadino consapevole dei suoi diritti e dei suoi doveri nel campo della salute.

Cosa auspichiamo?

- Il bambino, soggetto di diritti, vede il pediatra di famiglia dalla sua parte, e quindi in caso di necessità sia gli avvocati che i giudici, ognuno nella propria posizione dell'iter giudiziario, possono contare anche su un professionista autorevole per avere informazioni, chiarimenti, pareri, cogliere altri aspetti di una verità così complessa da ricercare.



La gestione della sindrome influenzale

Istituto Superiore di Sanità - Novembre 2003: Aggiornamento del Documento 2001

Introduzione

La presente linea guida formula raccomandazioni per la gestione della sindrome influenzale. La prevenzione mediante vaccinazione viene trattata solo per evidenziare il ruolo del vaccino nella sindrome influenzale. Nonostante la sua ubiquità e alta incidenza, diverse sono le incertezze sull'epidemiologia e sulla gestione della sindrome influenzale. Innanzitutto la sindrome influenzale è causata da più di duecento ceppi e specie virali che causano sintomi tipici, ma aspecifici per il singolo agente eziologico. Inoltre non esistono metodi che permettano di identificare in tempo reale il virus responsabile dell'epidemia in atto. Pertanto, anche quando si tratta dei virus influenza A e B, contro cui esistono farmaci specifici, è impossibile utilizzare in tempo utile terapie mirate.

In assenza di precise modalità di diagnosi e terapia, assume particolare importanza il trattamento sintomatico della sindrome. Ma anche in questo caso un'ampia variabilità di comportamenti caratterizza l'utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), antipiretici, antibiotici, antivirali. La comparsa di fenomeni di resistenza di batteri e virus esposti in modo inappropriato ad antibiotici e antivirali renderebbe necessario un uso mirato di questi farmaci, tanto più che diversi dati scientifici mettono in discussione l'utilità della profilassi antinfluenzale. Inoltre la sindrome influenzale ha un notevole impatto economico. Si osserva infatti un aumento:

- delle consultazioni mediche
- dei farmaci su prescrizione e per automedicazione
- delle assenze dal lavoro per malattia
- dei ricoveri ospedalieri
- dei decessi (nel periodo epidemico) riconducibili a una sintomatologia respiratoria di probabile origine influenzale o aggravata dalla patologia virale.

In particolare l'aumento dei ricoveri ospedalieri (soprattutto a causa di polmonite) comporta un notevole aggra-

vio della spesa sanitaria e mette talora in crisi l'intero sistema ospedaliero. I tassi di ospedalizzazione sono fortemente associati all'età. La probabilità di essere ricoverati aumenta di 2-4 volte nei bambini con fattori di rischio e nelle persone anziane e/o in quelle con malattie croniche. I tassi di ospedalizzazione nelle persone di età superiore a 65 anni vanno da 200 a 1.000/100.000 contro i 20-40/100.000 nella popolazione adulta senza fattori di rischio. L'influenza produce inoltre un eccesso di mortalità nella popolazione generale, che nel 95% dei casi riguarda soggetti con età superiore a 65 anni. Infine va considerato che, in caso di pandemia certa da virus influenzale A e/o B, alcune raccomandazioni di questa linea guida andrebbero riviste.

Per un quadro aggiornato della epidemiologia della sindrome influenzale in Italia si consulti il sito: www.flu.iss.it.

Scopi e destinatari

Lo scopo di questa linea guida è selezionare, alla luce delle migliori prove scientifiche disponibili, gli interventi efficaci e sicuri a disposizione per il management della sin-



drome influenzale. I destinatari della linea guida sono i medici di medicina generale e quelli ospedalieri, gli operatori della sanità pubblica, i cittadini e i farmacisti. Per i medici di medicina generale queste raccomandazioni possono essere utili nel trattamento a domicilio dei malati, al fine di limitare i ricoveri ospedalieri ai casi necessari e di promuovere un uso più razionale dei farmaci. Per i medici ospedalieri la linea guida fornisce utili raccomandazioni su cui basare l'indicazione al ricovero.

Metodi

La linea guida è stata elaborata seguendo un metodo che prevede l'identificazione dell'argomento, utilizzando criteri di priorità predefiniti, e la sua suddivisione in una serie di quesiti clinici pratici che richiedono specifiche raccomandazioni. Le raccomandazioni sono il frutto di una revisione sistematica della letteratura scientifica e dell'opinione di esperti e utenti.

In dettaglio, il metodo utilizzato prevede:

- costituzione di un gruppo multidisciplinare di esperti
- identificazione di quesiti clinici per i quali è opportuno fornire raccomandazioni specifiche e loro definizione con il contributo delle società scientifiche
- raccolta della letteratura scientifica sull'argomento, consultando la Cochrane Library e due altre banche dati (Medline ed Embase). L'interrogazione è stata effettuata utilizzando sia parole chiave generiche (influenza) sia parole chiave specifiche a seconda del quesito posto
- formulazione delle raccomandazioni. Per ogni singola raccomandazione la forza delle prove è stata definita utilizzando lo schema di grading sviluppato dal CeVEAS di Modena. Lo schema prevede che la decisione di raccomandare o meno l'esecuzione di una determinata procedura dipenda da diversi fattori: la qualità delle prove scientifiche a favore o contro, il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e praticabilità dell'intervento
- presentazione dei risultati alle società scientifiche e discussione dei quesiti sorti con le figure professionali coinvolte nella gestione del problema
- valutazione della linea guida prodotta da parte di esperti esterni
- presentazione e pubblicazione della versione definitiva della linea guida
- aggiornamento eventuale dopo due anni dalla pubblicazione.

Definizione e impatto della sindrome influenzale

La sindrome influenzale è una malattia virale di solito autolimitante, caratterizzata, negli adulti e negli anziani, da febbre con temperatura al di sopra dei 38,5°C, e da almeno un sintomo respiratorio (tosse e/o dispnea e/o rinorrea) e sintomi generali (cefalea e/o mialgie e/o dolori osteo-articolari); nei bambini è caratterizzata da sintomatologia febbrile associata a segni e sintomi respiratori. È la causa più frequente di malattia respiratoria acuta che richiede l'intervento medico, ha un notevole impatto sulla salute della popolazione e sull'impegno di risorse. Nella stagione 2002/2003 si sono registrati circa 5.400.000 casi di sindrome influenzale in Italia.

Diagnosi

La diagnosi di sindrome influenzale comporta una diagnosi differenziale con infezioni provocate da diversi virus. La disponibilità di trattamenti specifici per l'influenza causata da virus A e B, da utilizzarsi entro 24 ore dall'inizio dei sintomi, rende necessaria una attenta valutazione del profilo rischio/beneficio dei test rapidi. I dati relativi alla valutazione dei test diagnostici derivano da una revisione della letteratura in cui sono stati presi in esame tutti gli studi che confrontavano l'uso dei test rapidi con quello della coltura virale. La qualità degli studi è complessivamente modesta (per esempio possibilità di bias e piccoli denominatori) e il contesto di applicazione dei test è, nella maggior parte dei lavori, quello ospedaliero e riguarda la popolazione prevalentemente pediatrica. Per questo motivo i risultati non sono facilmente trasferibili nell'attività pratica del medico di famiglia. I dati sulla sensibilità e specificità sono molto variabili e dipendono dal tipo di campione biologico preso in esame. Con i tamponi, i campioni che più facilmente si ottengono al letto del malato, si conseguono i risultati peggiori. La capacità predittiva del test, cioè la capacità di discriminare tra chi ha l'influenza e chi un'infezione causata da un altro agente, risente molto anche della prevalenza, in quello specifico momento, della malattia nella popolazione in esame.

È possibile simulare, in periodo epidemico, due possibili scenari di applicazione dei test in medicina di base:

- a) eseguire il test in tutti i pazienti con sindrome influenzale, cioè con bassa probabilità di avere l'influenza: in questo scenario il test dà frequentemente risultati falsi positivi e non funziona meglio della capacità clinica del medico;
- b) eseguire il test in pazienti in cui il medico sospetta l'in-

fluenza, cioè con più alta probabilità di avere la malattia: data la moderata sensibilità del test (65-70%) il suo contributo alla diagnosi è modesto e un risultato negativo non consente di escludere la diagnosi.

Non è raccomandato l'uso di routine del test rapido per la diagnosi di influenza: la capacità predittiva positiva è bassa, un test negativo in casi sospetti non è sufficiente a escludere la diagnosi.

Benefici attesi:

riduzione dell'uso dei kit rapidi.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero di kit acquistati per la diagnosi rapida.

Trattamento farmacologico

La terapia proposta si risolve spesso nella cura dei sintomi associati all'infezione. In Italia esistono molte molecole appartenenti alle classi degli antinfiammatori non steroidei (FANS), antipiretici e analgesici. Inoltre per la sindrome influenzale, in quanto infezione acuta delle vie respiratorie, si prescrivono quantità ingenti di antibiotici. Amantadina e rimantadina, invece, sono preparati antivirali di uso piuttosto limitato, in quanto i dati sulla loro efficacia e sicurezza sono scarsi. È inoltre disponibile una nuova generazione di farmaci antivirali, gli inibitori delle neuroaminidasi, proposti per il trattamento dell'influenza: il loro uso dipenderà in gran parte dai dati di efficacia e sicurezza che verranno pubblicati in futuro.

Antivirali

In assenza di precise modalità di diagnosi, è particolarmente importante decidere sull'opportunità di utilizzare farmaci antivirali specifici. Le informazioni relative all'efficacia e sicurezza di amantadina, rimantadina e inibitori della neuraminidasi nel trattamento della sindrome influenzale, nella popolazione adulta, derivano da revisioni sistematiche di trial clinici (vedi pagine 21 e 22). Come parametri sono stati presi in esame la durata media della febbre, la severità di casi di sindrome influenzale, il numero e la gravità di effetti collaterali e di reazioni avverse. Secondo recenti revisioni sistematiche i farmaci antivirali riducono di circa un giorno la durata della febbre e dei sintomi in corso di infezione con virus influenzale di tipo A (amantadina e rimantadina) e A e B (inibitori della neuraminidasi) ma hanno scarsi effetti sul trattamento della sindrome influenzale causata da altri virus.

Non è raccomandato, in condizioni di routine, l'uso di amantadina e rimantadina

Gli inibitori delle neuroaminidasi per il trattamento sinto-

matico non sono raccomandati per uso di routine. Il loro impiego va valutato caso per caso

Benefici attesi:

riduzione della spesa per i farmaci antivirali; mancata induzione di resistenza virale; riduzione delle reazioni avverse legate all'uso degli antivirali.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero delle dosi definite giornaliere di farmaci antivirali.

Antibiotici

Per la sindrome influenzale, in quanto infezione acuta delle vie respiratorie, si prescrivono ogni anno quantità ingenti di antibiotici con rischio di effetti indesiderati, scarsa efficacia e altissimo costo economico. Le informazioni relative all'uso degli antibiotici nella sindrome influenzale e nel mal di gola derivano da revisioni sistematiche di trial clinici. La somministrazione di antibiotici apporta un beneficio alle persone con mal di gola causato da infezione batterica (per esempio da streptococco beta emolitico), riducendo di circa 16 ore la durata del sintomo; non si osserva nessun beneficio, invece, per i mal di gola di diversa origine.

Non vi sono dati che dimostrino un'efficacia degli antibiotici nel trattamento del raffreddore, ma sono riportati effetti indesiderati. Nel trattamento della bronchite acuta vi sono prove che dimostrano un modesto beneficio sulla durata della tosse, quando il sintomo persiste da almeno una settimana.

Non è raccomandato l'uso di antibiotici nel comune raffreddore e nella sindrome influenzale senza complicanze.

L'uso di antibiotici per la bronchite acuta va preso in considerazione solo nei soggetti con tosse da almeno sette giorni con persistenza della sintomatologia febbrile ed espettorato muco-purulento, tenendo conto del rischio di effetti indesiderati.

Non è raccomandato l'uso di routine degli antibiotici nel mal di gola da sindrome influenzale a meno che vi siano complicazioni di probabile origine batterica.

Benefici attesi:

mancata induzione di resistenza batterica; riduzione delle reazioni avverse legate all'uso degli antibiotici; riduzione della spesa per antibiotici.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero delle dosi definite giornaliere di antibiotici; percentuale di infezioni antibiotico-resistenti; segnalazioni di reazioni avverse legate all'uso di antibiotici.

Antinfiammatori e antipiretici

Per alleviare i sintomi dell'influenza ogni anno sono prescritte e acquistate ingenti quantità di farmaci antinfiammatori e antipiretici. Non esistono revisioni sistematiche della letteratura sull'uso degli antinfiammatori non steroidei nell'influenza, né vi sono studi clinici controllati che sostengono la loro efficacia, nel ridurre la durata e la gravità dei sintomi. Nel trattamento dei sintomi associati, come la febbre, risultano efficaci diverse molecole: antinfiammatori non steroidei e antipiretici. La principale limitazione all'uso degli antinfiammatori deriva dagli effetti indesiderati, rappresentati principalmente da disturbi dermatologici e gastro-duodenali. Il paracetamolo è considerato il farmaco antipiretico meno gastrolesivo. Il paracetamolo e l'ibuprofene sono i farmaci per cui esistono più chiare dimostrazioni di efficacia e sicurezza nella popolazione pediatrica. Il paracetamolo è ritenuto anche il farmaco di scelta nella terapia dei sintomi influenzali in gravidanza. Il giudizio sulle diverse molecole si basa principalmente su studi osservazionali relativi alla tollerabilità degli antipiretici e antinfiammatori non steroidei in individui affetti da malattie croniche, cioè con una lunga storia di esposizione a queste molecole. Non esistono dati che dimostrano che antinfiammatori e antipiretici in associazione tra loro risultino più efficaci nella riduzione dei sintomi della sindrome influenzale.

In assenza di altre condizioni, per il controllo della febbre al di sopra dei 38,5°C e per il sollievo della sintomatologia dolorosa è indicato l'uso di antipiretici e antinfiammatori non steroidei, tenendo conto principalmente della diversa tollerabilità delle singole molecole.

Il paracetamolo e l'ibuprofene sono raccomandati per la loro relativa sicurezza ed efficacia per i soggetti in età pediatrica.

Nei bambini al di sotto dei dodici anni è controindicato l'acido acetilsalicilico, perché vi sono prove di un'associazione tra tale farmaco e la sindrome di Reye.

In gravidanza per il controllo della febbre e della sintomatologia dolorosa è raccomandato l'uso di paracetamolo per la sua relativa sicurezza ed efficacia.

Benefici attesi:

riduzione delle reazioni avverse legate all'uso di antinfiammatori e antipiretici.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero delle dosi definite giornaliere di antinfiammatori antipiretici; segnalazioni di reazioni avverse legate all'uso di antinfiammatori e antipiretici.

Criteria per il ricovero in ospedale

Durante l'epidemia influenzale si produce un'enorme domanda di cure che mette prima in crisi i servizi ambulatoriali e poi provoca un uso non appropriato dei posti letto negli ospedali attraverso un accesso diretto al pronto soccorso. Avere a disposizione criteri, scientificamente provati, per selezionare quali malati affetti da sindrome influenzale ricoverare e quali trattare a domicilio, comporterebbe una riduzione nel numero di ricoveri ospedalieri durante le epidemie influenzali.

Non è stata utilizzata una metodologia formale per individuare negli adulti e nei bambini:

- fattori che aumentano il rischio di complicanze e richiedono attenta osservazione medica
- fattori che frequentemente rappresentano una indicazione al ricovero
- fattori che indicano un ricovero urgente.

Adulti

Per arrivare a raccomandazioni sui criteri di scelta di ospedalizzazione è necessario prendere in considerazione i fattori che aumentano il rischio di complicanze e richiedono una più attenta osservazione medica in soggetti con sindrome influenzale:

- malattie croniche (malattie respiratorie, cardiache, diabete ecc.)
- età superiore a 65 anni
- gravidanza
- immunodeficienze
- condizioni socioeconomiche precarie.

Condizioni aggiuntive, rispetto ai fattori precedenti, che più frequentemente rappresentano una possibile indicazione di ricovero in ospedale per approfondimenti diagnostici e/o necessità di cure sono:

- frequenza respiratoria superiore a 30 atti/minuto
- pressione sistolica <90 mmHg e/o diastolica <60 mmHg
- frequenza cardiaca >125 battiti per minuto
- variazioni dello stato psichico (disorientamento, stupore, coma).

I dati si riferiscono solo a studi osservazionali (LDP = III, IV, V) che indicano quali categorie di pazienti vengono più frequentemente ricoverate in ospedale. Pertanto la qualità delle prove è scarsa.

Quando il decorso clinico dell'influenza è complicato dall'insorgenza di broncopolmonite si raccomanda di considerare i seguenti fattori di rischio per un eventuale ricovero ospedaliero

Tali fattori, in particolare se multipli e correlati allo stato clinico o socioeconomico del paziente, aumentano il ri-

schio di complicanze e mortalità; in ogni caso non si può prescindere dal giudizio clinico globale del medico.

Criteri clinici:

- soggetti di età superiore a 65 anni
- presenza di malattie concomitanti: malattie croniche respiratorie, cardiache, renali, epatiche, tumori, diabete mellito, abuso cronico di alcool, malnutrizione, malattie cerebrovascolari, postsplenectomia, ospedalizzazione nell'ultimo anno
- frequenza respiratoria ≥ 30 atti/minuto, pressione diastolica ≤ 60 mmHg o pressione sistolica < 90 mmHg, polso ≥ 125 /min, temperatura corporea < 35 o ≥ 40 °C, variazioni dello stato mentale (disorientamento, stupore), evidenza di siti extrapolmonari di infezione.

Dati di laboratorio:

- globuli bianchi < 4.000 /ml o > 30.000 /ml o numero assoluto di neutrofili < 1.000 /ml
- $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg o $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg
- evidenza di alterata funzionalità renale: creatinina $> 1,2$ mg/dl
- evoluzione radiografica sfavorevole e/o polmonite con focolai multipli, presenza di cavitazione o versamento pleurico
- ematocrito $< 30\%$ o emoglobina < 9 g/dl,
- evidenza di sepsi o di segni di danno d'organo come l'acidosi metabolica o alterazioni della coagulazione
- pH arterioso $< 7,35$.

Il ricovero è raccomandato in pazienti con condizioni economiche o sociali che non garantiscano l'assistenza a domicilio.

Benefici attesi:

diminuzione dei ricoveri inappropriati.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero di ricoveri per influenza/sindrome influenzale e sue complicanze; numero di dimissioni per DRG 90.

Bambini

In merito ai criteri di ricovero dei bambini con sindrome influenzale mancano studi con disegno adeguato. Gli studi disponibili sono di tipo osservazionale e descrivono le caratteristiche dei pazienti ricoverati

I fattori che aumentano il rischio di complicanze fanno riferimento a malattie croniche preesistenti oppure a segni o sintomi associati a un rischio di evoluzione della malattia. La determinazione della saturazione di O_2 e la O_2 pulsimetria, quando disponibili, sono utili per la valutazione

dell'opportunità di ricovero.

Non ci sono indicazioni assolute al ricovero solo in relazione all'età.

Non si richiede necessariamente il ricovero, ma soltanto una più attenta osservazione medica per individuare eventuali complicanze, quando si è in presenza di una condizione preesistente indicata nell'elenco che segue:

- cardiopatie non cianogene
- asma
- patologia respiratoria cronica
- fibrosi cistica
- insufficienza renale
- diabete
- immunodeficienze congenite e acquisite
- malattie neoplastiche
- terapia steroidea prolungata

Non si richiede necessariamente il ricovero, ma la gestione a livello domiciliare o ambulatoriale da parte del pediatra, quando si è in presenza dei segni o sintomi indicati nell'elenco che segue:

- disidratazione correggibile per via orale
 - basso peso neonatale o prematurità in soggetto di età > 3 mesi
 - lieve distress respiratorio
- Si può considerare il ricovero con le seguenti condizioni:*
- incapacità della famiglia di gestire il problema
 - assenza di condizioni economiche o sociali che garantiscano l'assistenza a domicilio
 - età < 3 mesi associata a uno o più fattori di rischio
 - bronchiolite in età > 3 mesi
 - episodi di convulsioni febbrili successivi al primo e non complicate
 - frequenza respiratoria > 60 /min o saturazione $\text{O}_2 < 95\%$ (NB: la frequenza respiratoria varia con l'età)

È fortemente raccomandato il ricovero immediato nelle seguenti condizioni:

- disidratazione che richiede reidratazione per via endovenosa o altra terapia per via venosa
- frequenza respiratoria > 70 /m o saturazione $\text{O}_2 < 90\%$
- insufficienza respiratoria,
- convulsioni (primo episodio) o sintomi neurologici
- bronchiolite in lattante di età < 3 mesi

Benefici attesi:

diminuzione dei ricoveri inappropriati.

Indicatori di monitoraggio e verifica:

numero di ricoveri per influenza e sue complicanze; numero di dimissioni per DRG 91-98.

Il pediatra e i segni di abuso sessuale

Enrico Solito, Maurizio Bruni

L'abuso sessuale sui minori è una realtà sociale di cui solo da pochi anni si sta comprendendo le dimensioni reali (CENSIS 1998) ma che sembra interessare decine di migliaia di bambini nella sola Italia.

Le notizie che appaiono sulla stampa oscillano continuamente tra Scilla (negazione del problema: "sono tutte esagerazioni") e Cariddi ("è una catastrofe"), provocando continuamente ansia e sospetto tra la gente. Anche gli operatori dell'infanzia - non si parla qui solo dei pediatri - appaiono in grande difficoltà, sbandando di fronte a sospetti anche vaghi; terrorizzati dall'idea di ingigantire il niente, ma anche da quella di ignorare una tragedia davanti ai loro occhi.

Resta il fatto che l'avvertimento alle autorità può venire ovviamente dai genitori che ne abbiano sospetto, ma anche (e questi ultimi sono obbligati a darlo!) dagli educatori, assistenti sociali, medici, che ipotizzino, su elementi concreti, un'ipotesi di tale reato.

Non intendiamo qui aprire la questione del se e quanto occorra approfondire un sospetto, e che cosa voglia dire avere elementi concreti per ipotizzarlo: ricordiamo solo che già il Decalogo di Saint Vincent (1993!) avvertiva che, se una gestione poco accorta del sospetto comunicato alle Autorità da parte degli operatori può provocare grossi danni (si pensi alle terribili storie di abusi mai avvenuti gettati in pasto alla stampa) è anche vero che chiudere gli occhi significa avvallare un comportamento, rendersi complici della violenza e forse della morte del bambino, oltre che essere un comportamento esso stesso perseguibile penalmente.

Ma anche una volta che il sospetto sia sorto, e siano in corso gli accertamenti per accertare la verità, il compito degli operatori resta comunque difficile.

Nella maggior parte dei casi, infatti, non è possibile escludere a priori anche vere pretestazioni da parte del bambino, o enfattizzazione di situazioni magari viste attraverso i media, o semplici meccanismi punitivi ideati contro familiari, amici o conoscenti. Senza parlare poi degli adulti che su questo sospetto si avventano, vuoi per la reale preoccupazione per il bambino, vuoi come "battaglia" all'interno di una guerra che si svolge su molti fronti: è comune ormai osservare genitori in via di separazione che

si rinfacciano l'un l'altro accuse di trascuratezza o di violenza sui figli.

A questa realtà si contrappone peraltro la conoscenza, attraverso i mass media, di sicuri abusi sui minori che finiscono tragicamente.

Un dato interessante, riportato dalla relazione del CENSIS, concerne però la distribuzione dell'abuso: il 90% degli abusi sessuali si svolge all'interno delle mura familiari, un'altra percentuale (circa l'8%) riguarderebbe conoscenze del bambino (educatori, bidelli ecc.) e solo un 2% sarebbe effettuato da estranei.

La diagnosi non può non essere multidisciplinare, venendo dal confronto tra i segni e i sintomi fisici, quando presenti, dalla testimonianza del bambino sapientemente raccolta da personale esperto, dall'analisi psicologica del bambino, dalle indagini ed investigazioni classiche: spesso si arriva alla verità dopo un lungo e difficile percorso. Il medico ed il pediatra hanno un ruolo nel processo, ma non sempre un ruolo determinante.

Anche sotto il profilo medico, limitandosi cioè a quanto rilevabile clinicamente, la diagnosi di abuso è sicuramente difficile, e non va dimenticato che una ampia percentuale (Muram, 1988) di abusi documentati non lascia



traccia di sé: del resto, considerando l'ampia fattispecie di reati previsti dagli articoli del Codice Penale (609 *bis*, *ter*, *quater* e *segg.*), è evidente che moltissimi atti di abuso non possono "per sé" lasciare traccia, mentre appare accettabile che atti anche penetrativi, come appunto indicato da Muram, possono essere non leggibili nemmeno da medici esperti perché esitano in completa guarigione.

Il primo messaggio è appunto questo: paradossalmente non trovare traccia fisica di abuso non esclude l'abuso. Intanto perché atti che non possono portare a danni fisici (esibizionismo, masturbazione eccetera) sono comunque abuso sessuale; poi perché una grande percentuale di abusi anche con penetrazioni NON lascia segni fisici dietro di sé.

È possibile schematizzare gli abusi sessuali come rivolti alla regione genitale (maschile e/o femminile) ed alla regione anale, ovvero ad entrambe le regioni.

La diagnostica, per ognuna delle regioni indicate, non è sicuramente agevole, ed alcuni dati recenti (Berenson, 2000) sembrano rendere ancor più difficile l'interpretazione dei dati che riguardano l'abuso vulvare.

Nell'abuso sessuale che coinvolge la regione anale esiste una indubbia difficoltà semeiologica, poiché il pediatra, ed anche il chirurgo pediatra, hanno un'esperienza generalmente limitata di tale regione, soprattutto perché esistono specifiche metodiche volte allo studio del possibile abuso, che non sono utilizzate nella corrente pratica clinica.

Lo scopo di questo studio, svolto da un pediatra e da un medico legale, preparati uniformemente ed abituati ad una omogenea lettura dei dati semeiologica a seguito di una preparazione specifica, è stato quello di confrontare la semeiotica anale ed i segni presenti in bambini sicuramente abusati, con quella di bambini sui quali l'abuso sessuale non era stato effettuato, con ragionevole sicurezza, e di valutare infine se tali segni avevano una significatività statistica.

DEFINIZIONI e letteratura

I sintomi e segni che vengono via via citati in letteratura come tipici di abuso sessuale (pur ricordando che possono non ritrovarsi anche in presenza di abuso: usando un linguaggio pediatrico, sono dotati di alta specificità e scarsa sensibilità) sono:

Reflex Anal Dilatation (RAD): alla visita, con cauta dilatazione dei glutei, l'ano si dilata fin dai primi secondi, oltre un centimetro di diametro. La RAD è considerata fisiologica se c'è presenza di feci nel canale anale, ma molto sospetta altrimenti.

Congestione Venosa a livello delle pliche anali, sia come singole vene ectasiche (cluster veins), sia come dilatazione massiva ad anello o semianello.

Ragadi, sia come ragadi aperte, sia come cicatrici, sia in presenza di una escrescenza "sentinella", detta Tag.

Funneling: un aspetto "a imbuto" dell'ano legato al rilassamento dello sfintere esterno al momento della cauta tensione sui glutei.

Parte della letteratura segnala tali segni precedenti come assai significativi. Nei dibattimenti in aula le difese ed i loro periti tendono invece a minimizzare questi dati, invocando il fatto che ritrarrebbero in realtà di situazioni assai comuni nei bambini.

METODO

Questo studio ha voluto confrontare un gruppo di bambini in cui l'abuso era escluso (o comunque in cui non vi era traccia di possibile abuso sessuale anche in relazione ad un'analisi della situazione familiare) contro un gruppo di bambini sui quali era stato perpetrato con sicurezza abuso sessuale che coinvolgeva la regione anale.

In quest'ultimo gruppo l'abuso era stato ammesso dal reo in fase di giudizio (sia come confessione, sia come accettazione del patteggiamento), per cui è possibile ritenere che si tratta di un gruppo sufficientemente omogeneo di provato abuso sessuale.

I bambini sottoposti ad abuso sono stati visitati in molteplici regioni del nord e del centro Italia a seguito di disposizioni del magistrato inquirente (Pubblico Ministero). I bambini del gruppo di controllo sono stati visitati successivamente, e senza selezione, nel corso delle normali visite pediatriche di controllo effettuate da un pediatra della provincia di Prato. In luogo di un test preliminare per escludere l'abuso, si è deciso di visitare tutti i bambini in determinati giorni, escludendo dalla valutazione solo quelli con eventuali precedenti di morbo di Crohn, chirurgia anorettale, disturbi comportamentali. Il follow-up di questo gruppo è poi proseguito per oltre 18 mesi, senza evidenze di anomalie comportamentali riferibili appunto ad abuso sessuale: si ritiene provata l'inesistenza in essi di abuso sessuale.

Ogni bambino del gruppo dei controlli è stato visitato previo consenso del genitore o del tutore.

La visita è avvenuta, per tutti i bambini osservati, in posizione laterale sinistra, per ridurre al minimo i possibili errori e le differenze semeiologiche dovute alle differenti posizioni di visita.

La presenza di ragadi è stata studiata sia in fase acuta, sia come cicatrici, che come eventuali tag.

La Reflex Anal Dilatation (RAD) è stata ammessa come presente se comparsa entro i primi 30 – 60 secondi di visita, se la dilatazione anale era pari o superiore a 1 cm, se non vi era presenza chiara di feci in ampolla rettale o nel canale anale.

La Congestione Venosa (VC) è stata ammessa se si presentava entro i primi 30 – 60 secondi di visita.

Il funnelling è stato descritto quando osservato.

In tutti i bambini è stata indagata la presenza, in atto o pregressa, di stipsi severa e di altre possibili patologie in grado di determinare patologia anale, come ad esempio la malattia di Crohn, l'eventuale pregressa chemioterapia, chirurgia anorettale.

Nei casi con ragadi è stato studiato il numero e la sede delle ragadi.

Il confronto statistico fra i due gruppi è stato effettuato

col c^2 test, e correzione di Yates.

Risultati

Sono stati visitati complessivamente 132 bambini così suddivisi: 113 nel gruppo di controllo e 19 nel gruppo dei bambini abusati. L'età media rispettiva è stata sufficientemente omogenea (7,1 anni nei controlli e 7.8 anni negli abusati)

La tabella 1 mostra i dati dei bambini di controllo, divisi per età e sesso e la tabella 2 mostra i dati dei bambini abusati, con le stesse suddivisioni

Tab. 1. Gruppo di controllo e bambini abusati: divisione per età e sesso

<i>Normali</i>					
Numero Maschi	59	Femmine	54	Totale	113
Età media	7.6		6.4		7.1
<i>Abusati</i>					
Numero Maschi	8	Femmine	11	Totale	19
Età media	8.5		7.4		7.8

Nei casi di controllo (non-abuso) i casi di semeiotica anale regolare sono stati 100. Nei bambini abusati 1 è si è rivelato normale alla visita (5.2%), vedi anche tabella 2.

Tab. 2. Semeiotica dei due gruppi (riepilogo)

	Bambini non abusati	Bambini abusati
Numero bambini in totale	113	19
Numero bambini con esame normale	104	1

Nei casi di non-abuso si sono osservati 5 casi di ragadi, nell'età compresa fra 9 mesi e 2 anni.

In quattro casi la ragade si è osservata sulla linea mediana (due ad ore 12, due ad ore 6), in uno ad ore 13. Due di questi bambini hanno presentato due ragadi: in un caso una era obliqua, partendo ad ore 6 dalla profondità dell'ano e giungendo al bordo ad ore 6-7. Nell'altro la seconda ragade era posta ad ore 10.

Le ragadi non si sono presentate associate ad altri segni, Nei bambini abusati le ragadi erano presenti (singole, multiple o associate con altri segni) nel 94.7% dei casi (18 bambini). Si sono osservate complessivamente 38 ragadi, con una media di 2.1 ragade per bambino (considerando solo i 18 casi con semeiotica non normale). Tutti i bambini del gruppo di controllo, portatori di ragadi, avevano storia di stipsi.

La tabella 3 esprime i dati relativi alle ragadi.

Tab. 3. Presenza di ragadi nel gruppo "normali" e nel gruppo "abusati"

	Normali c^2 test	Abusati
n: di bambini con ragadi	5 $p < 0.0001$	18
n. di ragadi complessive	7 $p < 0.0001$	38
Media delle ragadi per bimbo	0.062	2.1

La tabella 4 riporta poi i dati relativi alle altre alterazioni semeiologiche osservate:

Tab. 4. Altri rilievi semeiologici

	Normali	Abusati
Congestione Venosa	4	8
RAD	0	8
Funnelling	0	1

Discussione

I risultati sono per alcuni aspetti differenti da quelli presentati da altri autori citati, per altri confermano invece i dati già acquisiti.

È possibile che le differenze siano dovute alle regole di visita e di registrazione dei dati: la standardizzazione nella posizione ed i limiti temporali per ammettere la presenza dei RAD e VC hanno sicuramente ridotto le possibili osservazioni dei fenomeni a distanza maggiore dall'inizio della visita, come individuato da McCann.

I dati raccolti peraltro si presentano sufficientemente omogenei per proporre almeno una preliminare valutazione statistica.

Indubbiamente la ragade si dimostra il segno più presente nei bambini abusati, nei quali compare nel 94.7% dei casi. In questo gruppo la ragade è presente in ogni fascia d'età. RAD e CV compaiono nel 42 % dei casi, mentre il funnelling è presente solo nel 5.2% dei casi.

La significatività di tali segni è peraltro ancora da esaminare, per il basso numero di casi osservati, mentre per la ragade si è evidenziato, al una significatività elevata con $p < 0.0001$ e un'importanza clinica evidente.

Tale dato in realtà è ancora maggiore se si considerano le classi di età poiché la ragade, nei controlli, si è potuta osservare esclusivamente fra 0.9 anni e 2 anni di vita, in accordo con le osservazioni che la stipsi grave nei bambini è tipica di tali età: Sembra quindi, in questa popolazione, che la presenza di ragadi sia già di per sé, oltre i due anni, un segno sospetto specie se non in presenza di stipsi serrata.

Tale dato conferma l'osservazione di Agnarsson che individuava le ragadi tipicamente nei primi anni di vita del bambino..

Riguardo al numero delle ragadi va detto che nei casi di

abuso si sono osservate da 1 a 4 ragadi per bambino, e che in questi casi non si è potuto trovare precedenti di stipsi grave; nei bambini di controllo la ragade è sempre associata a stipsi significativa, raramente si trova più di una ragade, mai più di due.

La presenza di ragadi multiple sembra quindi difficilmente conciliabile con la normalità quando non vi è storia di stipsi serrata.

La Congestione Venosa, ma anche la Dilatazione Anale Riflessa (RAD), appaiono statisticamente ben differenziate nelle due popolazioni. Per tali segni vi è da dire che, se sono non molto frequenti nei bambini abusati, sono peraltro un segno ben raro nella popolazione normale, e quindi vanno considerati con attenzione quando il bambini riferisca atti di abuso e, soprattutto, quando non pianga durante la visita.

Ma vi è un altro aspetto da considerare: la compresenza di più segni fisici associati. Tra i 13 casi di bambini non abusati, ma portatori di segni fisici riscontrati anche nei casi di abuso (ragadi, congestione venosa) solo uno presenta sia ragadi (2) che congestione venosa, tutti gli altri presentano o l'uno o l'altro segno. La compresenza di vari segni è invece regola (o quasi) nei casi di sicuro abuso (o almeno in quelli in cui i segni erano riscontrabili perché, come abbiamo detto, ci può essere abuso in assenza di segni fisici: nella nostra serie un caso su 19).

Infine appare di assoluto rilievo la rivelazione da parte del minore: nessun sospetto appare giustificato, tranne casi drammatici, quando il minore non esprime, col linguaggio suo proprio quindi anche non verbale, una realtà riconducibile ad atti di abuso.

Conclusioni

La letteratura e l'esperienza dimostrano che la diagnosi di (ipotesi di) abuso sessuale è il risultato di un lavoro attento. Metodico, multidisciplinare, rispettoso delle difficoltà del minore e che comprende aspetti delicati, come la raccolta delle testimonianze e la valutazione psicologica del bambino e della famiglia: la valutazione neuropsichiatrica è comunque un elemento fondamentale in questo itinerario.

È pure noto (e anche nella nostra esperienza appare dimostrato) che perfino in casi nei quali la violenza sia stata espletata con penetrazione possano non essere riscontrabili segni fisici. Peraltro va ricordato che esistono alcuni segni considerati, in parte della letteratura, come dotati di alta specificità nei soggetti ad abuso: ragadi anali e segni derivati (cicatrici, tag anali), congestione venosa perianale, dilatazione anale riflessa. Nella popolazione da noi esaminata che deve essere considerata per le ragio-

ne dette "normale", la percentuale di bambini portatori di questi segni appare drammaticamente più bassa che nella popolazione sicuramente abusata: il numero di ragadi per bambino è drammaticamente inferiore (massimo 2, in genere 1 a ore 6 o 12, di regola associata a stipsi importante). Ma è soprattutto di rilievo l'età: non compaiono mai ragadi oltre il secondo anno di vita. Ma ancor di più va sottolineato che la possibilità di associare due di questi segni (nella nostra casistica) è assolutamente basso (un soggetto su 113 esaminati).

Pur non esistendo un segno, o un insieme di segni, in grado di avere specificità assoluta in materia di abuso anale cronico nella regione anale, possiamo esprimere alcune conclusioni: è raro trovare nella popolazione normale:

1. ragadi oltre il secondo anno di vita
2. ragadi senza storia di stipsi
3. più di due ragadi (ma la regola è la ragade singola)
4. congestione venosa
5. dilatazione anale riflessa
6. la compresenza di più segni descritti

Nella popolazione soggetta ad abuso è frequente trovare tali segni, in particolare ragadi e derivati, non di rado associate alla congestione venosa o alla dilatazione anale riflessa.

Va per ultimo detto e confermato che la visita, nei casi di sospetto abuso sessuale, deve avere per obiettivo primario la salute del bambino ed il suo rispetto, anche nelle modalità di visita.

Fatti salvi tali obiettivi primari la visita deve essere eseguita da persona esperta, in ambienti idonei a mettere a proprio agio il minore, con strumentazione idonea (ad esempio il colposcopio) e con capacità di riprodurre su pellicola le immagini viste.

La stessa "grammatica" semeiologica deve essere coerente con le più moderne concezioni, ed appare preferibile la rinuncia alla visita ed il differirla (quando possibile) ad un collega più esperto, rispetto a visite volonterose ma superficiali ed inidonee.

La rivelazione da parte del minore è quasi sempre l'elemento da cui può, e deve, partire l'ipotesi di reato, e ad essa va rapportato ogni segno fisico.

Va poi ricordato che l'accertamento ha anche finalità medicolegali e forensi per cui deve dare elementi chiari, deve possibilmente essere unico e riproducibile in processo. Per ultimo, ma non è trascurabile, la visita, nei casi di sospetto abuso, non deve dimenticare tutte le diagnosi differenziali (porpora trombocitopenica, neoplasie, patologie locali o sistemiche) che possono dare quadri superficialmente riferibili ad atti di abuso.

Bibliografia

1. AAP – American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 1991;87: 254-260.
2. Adams JA, Harper KE, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:310-7.
3. Adams JA, Harper KE, Knudson S. A Proposed System for the Classification of Anogenital Findings in Children with Suspected Sexual Abuse. *Adolescent Pediatric Gynecology* 1992; 5: 73-5.
4. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001;6, 31-6.
5. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. In: Pokorny SF (Ed), *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Chapman and Hal, New York 1996; 1-14.
6. Agnarsson U, Warde C, McCarthy G, Evans N. Perianal appearances associated with constipation. *Archives of Disease in Childhood* 1990;65(11):1231-4.
7. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady U. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183, No 4:820-34.
8. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM. Appearance of the hymen in Prepubertal girls. *Pediatrics* 1992;89:387-94.
9. Bruni M, Bruni E. Lesività anale nell'abuso cronico sui minori. Dati preliminari. *Minerva Med. Leg* 2000;120:71-7.
10. Bruni M. Anal Findings in old sexual abuse on children (a descriptive study), *J. Forens. Sci.* (in press)
11. Clayden GS. Reflex Anal Dilatation associated with severe chronic constipation in children. *Arch. Dis. in Children* 1988;63: 832-36.
12. De Virgiliis G, Merlini L. L'abuso sessuale sulle bambine. 2002. FrancoAngeli Ed.
13. Edgardh K, von Krog G, Ormstad K. Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci. Int* 1999; 104:1-15
14. Heger A, Emans SJ, Muram D. Evaluation of the Sexually Abused Child. A Medical Textbook and Photographic Atlas. Oxford University Press New York-Oxford 2000;190- 218.
15. Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM.. *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*. Churchill Livingstone Ed.. London 1999.
16. Hobbs CJ, Wynne JM, editors. Physical signs of child abuse. A colour atlas. Saunders 15-16. 1995.
17. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual Abuse of English Boys and Girls: the Importance of Anal Examination. *Child Abuse & Neglect* 1988;13: 195-210.

18. Jewell DP, Parkes M, Mortensen N. Crohn's disease. In Bianchi Porro G (Ed), Gastroenterology and Hepatology. McGraw-Hill, London 1999, 395-415.
19. Lamb EM The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18, No 12: 1021-8.
20. Lauritsen AK, Meldgard K, Charles AV. Medical examination of sexually abused children: medico-legal value.. *J Forensic Sci*, 2000;45(1):115-7.
21. Malacrea M, Lorenzini S. Bambini abusati. 2002. Raffaello Cortina Ed.
22. Martinez-Roig A, Sanchez X. El pediatra, el abuso sexual y las verrugas anogenitales en edad prepuberal. *Child Abuse and Neglect* 1996;20, No 1:55-62.
23. McCann J, Voris J. Perianal injuries resulting from sexual abuse.. 1993; *Pediatrics*, 84:317.
24. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal Findings in Prepubertal Children Selected for Nonabuse: A Descriptive Study. *Child Abuse & Neglect* 1989; 13:179-93.
25. McCann J, Voris J, Simon M. Genital findings in prepubertal females selected for non-abuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990;86(3): 428-439.
26. McCann J. The Appearance of Acute, Healing, and Healed Anogenital Trauma. *Child Abuse & Neglect*. 1998; 22: 605-12.
27. Norman GR, Streiner DL. Biostatistics: the Bare essentials. 1998. BC Decker inc. Hamilton, Ontario, Canada.
28. Paul DM. The pitfalls which may be encountered during an examination for signs of sexual abuse. *Med. Sci, Law* 1980;30,1:3-11.
29. Salvatori A, Salvatori S. L'abuso sessuale al minore e il danno psichico. 2001. Giuffrè Ed.



Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi

REQUISITI E RACCOMANDAZIONI

Il documento presentato è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti italiani afferenti all'area ginecologica, medico-legale e pediatrica.

Coordinatore e referente del gruppo la dott.ssa Maria Rosa Giolito ginecologa, responsabile del progetto

“Cappuccetto Rosso” per la prevenzione e l'intervento sui casi di maltrattamento ed abuso sessuale contro i minori dell'A.S.L.4 di Torino, progetto associato al CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

Componenti del gruppo di lavoro:

Aprile Anna	<i>medico-legale, Istituto di medicina legale dell'Università di Padova</i>
Balboni Roberta	<i>pediatra "Equipe multidisciplinare su maltrattamento e abuso minori" A.S.L.2 Osp. Martini.Torino</i>
Baldini Gianpiero	<i>medico-legale, Servizio di Medicina legale e delle Assicurazioni Sociali AUSL Ravenna</i>
Bellora Maria Grazia	<i>ginecologa, struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità A.S.L.4 Torino.</i>
Baroncini Dante	<i>neonatologo, "Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria". Modena</i>
Borrelli Flavia	<i>ginecologa, reparto OSGI Azienda Sanitaria S.M.delle Croci. Ravenna</i>
Bova Maria Antonietta	<i>ginecologa, responsabile servizio di colposcopia e ginecologia psicosomatica A.S.9 Locri (RC)</i>
Bruni Maurizio	<i>medico-legale, Milano</i>
Cattaneo Cristina	<i>medico legale, Istituto di medicina legale dell'Università degli studi di Milano</i>
Certosino Maria Rosaria	<i>pediatra, salute infanzia, Ferrara</i>
Fadda Nicoletta	<i>medico legale, specialista in criminologia e psichiatria forense, ASL3 Genova</i>
Furani Silvia	<i>ginecologa, Ospedale M. Bufalini Cesena (FO)</i>
Dei Metella	<i>ginecologa, Policlinico Careggi. Firenze</i>
Di Tommaso Mariarosaria	<i>ginecologa, medico-legale, Policlinico Careggi. Firenze</i>
Gabutti Daniela	<i>pediatra, struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità A.S.L. 4 Torino.</i>
Gentilomo Andrea	<i>medico-legale, Istituto di medicina legale dell'Università degli studi di Milano</i>
Giolito Maria Rosa	<i>ginecologa, responsabile struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità. ASL 4 Torino.</i>
Kusterman Alessandra	<i>ginecologa, SVS Clinica Mangiagalli di Milano</i>
Loroni Leonardo	<i>pediatra, Presidio Ospedaliero di Ravenna AUSL Ravenna</i>
Mazzei Attilio	<i>pediatra, responsabile servizio pediatria del consultorio dell'Istituto Toniolo di Studi Superiori. Napoli</i>
Motta Tiziano	<i>ginecologo, Clinica Mangiagalli di Milano</i>
Negro Fulvia	<i>pediatra, "Gruppo di lavoro su abuso e maltrattamento minori". Osp. Infantile Regina Margherita. Torino.</i>
Offidani Caterina	<i>medico-legale, Ospedale Bambino Gesù. Roma</i>
Ragazzon Ferdinando	<i>pediatra di base Muggiò (MI), consulente Centro Bambino Maltrattato Milano</i>
Ruspa Marina	<i>ginecologa, SVS Clinica Mangiagalli di Milano</i>
Vero Ida Gloria	<i>ginecologa, ASL 7 Catanzaro.</i>

PREMESSA

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

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

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

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale dei bambini costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici; ciò rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali. La diagnosi di abuso sessuale è infatti una diagnosi multidisciplinare. Una diagnosi solo medica raramente è possibile: nella letteratura internazionale è riportato che il 50%- 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici. Diventa quindi indispensabile elaborare, tra i diversi professionisti coinvolti, un linguaggio ed una modalità di intervento comuni e condivisibili.

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

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

ambiente adeguato:

la valutazione clinica deve essere effettuata in una stanza che permetta di garantire la riservatezza e la tranquillità durante il corso della visita.

tempo sufficiente:

la valutazione può richiedere tempi lunghi in relazione allo stato emotivo del bambino e alla sua volontà di collaborare. Tempi contingentati possono determinare più facilmente errori nella relazione con il bambino da parte del professionista.

dotazione tecnica:

è necessaria una strumentazione che garantisca una buona effettuazione e documentazione della visita. È necessario ricordare che il dover sottoporre il bambino ad una successiva visita, per una incompleta valutazione della prima, può costituire un inutile trauma psicologico.

rete dei Servizi:

la visita non può essere disgiunta dagli altri accertamenti tesi a valutare l'esistenza o meno di un abuso sessuale. La visita medica non può costituire, salvo pochi casi (vedi classificazione di Adams), l'unico elemento diagnostico.

Tali requisiti sono indispensabili per evitare visite inutili, ripetute e potenzialmente dannose; In assenza di essi è necessario l'accompagnamento del bambino ad un altro collega competente.

Motivo della valutazione clinica

Gli obiettivi della valutazione clinica sono:

- individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extra genitali di natura traumatica o infettiva che necessitano o meno di trattamento;
- rassicurare, quando possibile, il bambino sul suo stato di salute fisica;
- identificare i bisogni medici, che insieme ad una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al processo di recupero della vittima;
- raccogliere eventuali elementi medico-legali che potrebbero essere utili anche in sede giudiziaria;
- rispondere alla richiesta di chi esercita la potestà genitoriale o dell'Autorità Giudiziaria.

Entro quali tempi va condotto l'esame

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

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

È da valutare l'opportunità di ripetere un controllo clinico a distanza dopo la prima visita.

COME EFFETTUARE L'ACCOGLIENZA

È sempre necessario:

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

Bisogna porre la massima attenzione a:

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

COME RACCOGLIERE L'ANAMNESI

- anamnesi patologica remota
con particolare attenzione a: eventuali precedenti osservazioni presso Dipartimenti di Emergenza o ricoveri, sintomi riferibili all'apparato gastrointestinale e genito-urinario, traumatismi e chirurgia della regione genito-ale.
- anamnesi patologica prossima
con particolare attenzione a: traumi della regione genito-ale, corpi estranei, perdite ematiche anali e/o vaginali, flogosi genitali e urinarie, stipsi, enuresi, encopresi, imbrattamento fecale.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla rilevazione di cambiamenti comportamentali.

COME CONDURRE L'ESAME OBIETTIVO GENERALE

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

- tutto il corpo del bambino sia esaminato prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo ma mano che si procede nella visita;
- si descrivano eventuali lesioni (su tutto il corpo) specificando: la sede, le dimensioni ed i caratteri morfologici (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici etc.). È necessario esaminare attentamente l'orofaringe;
- si documenti fotograficamente ogni lesione;

- siano registrati peso, altezza, stadiazione di Tanner e centili di crescita;
- si valuti lo stato igienico generale;
- si osservi l'atteggiamento del bambino durante la visita.

ESAME DELL'AREA GENITO-ANALE

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

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

La **posizione** del minore durante la visita può essere:

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

Nei bimbi molto piccoli può talora essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino).

È fondamentale specificare sempre la sede di ogni segno riferendosi come repere al quadrante dell'orologio.

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

Esame genitale femminile

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

Descrizione sistematica di:

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

Esame genitale maschile

Descrizione sistematica di:

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

Esame della regione anale

Descrizione sistematica di:

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

DIAGNOSI DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

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

Prelievi per coltura:

- per *Neisseria gonorrhoea*: nella bambina a livello vaginale, anale ed orale e nel bambino a livello uretrale, anale ed orale;
- per *Clamidia trachomatis*: nella bambina a livello vaginale ed anale e nel bambino a livello uretrale ed anale;
- per *Trichomonas vaginalis*: nella bambina a livello vaginale.

Prelievi:

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

Prelievo ematico

- per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, C. Trachomatis e sifilide.

ALTRI ESAMI DI LABORATORIO

Ricerca di spermatozoi se l'anamnesi è suggestiva.

DA ESEGUIRE IN STRUTTURE SPECIALISTICHE

Prelievi per la tipizzazione del DNA (permanenza di ma-

teriale biologico del sospetto abusante.)

Raccolta e adeguata conservazione in busta sigillata ed etichettata di eventuale materiale utile all'Autorità Giudiziaria.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Nell'ambito della diagnosi differenziale particolare attenzione deve essere rivolta a:

- Varianti anatomiche e anomalie congenite o acquisite dell'area genito-anale.
- Traumi accidentali.
- Sanguinamenti genito-urinari ed anali da causa non traumatica
- Vulvo-vaginiti e uretriti non correlabili all'abuso.
- Patologie dermatologiche.
- Malattie sistemiche.
- Neoplasie.
- Emangiomi.
- Prolasso uretrale.
- Corpi estranei (tale reperto necessita di particolare valutazione ed approfondimento).

RELAZIONE MEDICA

Il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione della Adams del 2001 (vedi allegato)

Il documento dattiloscritto deve riportare sempre:

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

Riferimenti bibliografici

1. Pediatric and Adolescent Gynecology, Fourth Edition. SJ Emans, MR Laufer, DP Goldstein - Lippincott-Raven, 1998
2. Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. Second Edition. C.J.Hobbs, H.G. Hanks, J.M. Wynne. Churchill Livingstone.1999.
3. Evaluation of the sexually abused child. II Edition. A.H.Heger, S.J. Emans., D.Muram. Oxford University Press. New York U.S.A.2000.
4. Pediatric and Adolescent Gynecology, Second Edition. JS Sanfilippo, D Muram, J Dewhurst, PE Lee - WB Saunders Company, 2001
5. Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. Child maltreatment. J.A.Adams 2001; 6:31-36.

GLOSSARIO

Ano ad imbuto: rilasciamento dello sfintere esterno.

Appiattimento delle pliche anali: riduzione o assenza delle pliche anali quando lo sfintere anale esterno è parzialmente o completamente rilassato.

Arrossamento: iperemia locale più o meno associata ad edema.

Attenuazione dell'imene: riduzione significativa dell'altezza imenale.

Bande periimenali: banderelle che connettono l'imene alla parete vestibolare.

Bande periuretrali: piccole banderelle laterali all'uretra che connettono i tessuti periuretrali alla parete anteriore-laterale del vestibolo.

Bump/Mound: elevazione di tessuto sul margine imenale (convessità).

Cicatrice: tessuto fibroso non vascolarizzato che sostituisce il normale tessuto dopo la guarigione di una ferita o di una ragade.

Dilatazione anale: apertura degli sfinteri interno ed esterno che compare entro 30", con minima trazione dei glutei in decubito laterale o genu-pettorale.

Discromia: variazione circoscritta di pigmentazione.

Ecchimosi: soffiatura emorragica sottoepiteliale.

Escoriazione: perdita di sostanza superficiale dell'epitelio.

Friabilità della forchetta: particolare sottigliezza della cute che determina una estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione.

Incisure imenali: indentature parziali a forma di "U" (notches) oppure a forma di "V" (clefts).

Ipervascolarizzazione: chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero dei vasi e/o dilatazione dei vasi.

Mound: elevazione di tessuto sul margine imenale che ha uno spessore minore della lunghezza

Perdita di sostanza: si intende perdita di sostanza simile all'escoriazione ma che si approfonda fino allo stroma

Ragade/fissurazione: è una soluzione di continuo lineare interessante la mucosa e/o l'epidermide e gli strati più superficiali del derma, determinata dall'aprirsi di una fessura nello spessore del tessuto.

Sinechie: adesione fra superfici mucose ed epiteliali non separabili senza adeguata terapia.

Soluzione di continuo: lesione discontinuativa con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto.

Tags: appendice del tessuto imenale o anale.

Transection: incisione che raggiunge la base di impianto dell'imene.

Twitch anus: rilasciamento e contrazioni ritmiche dell'ano.

Allegato

Classificazione della Adams del 2001 sulla valutazione dei dati fisici, laboratoristici e storici nei casi di sospetto abuso sessuale dei bambini.

PARTE 1: REPERTI ANO-GENITALI ALLA VISITA MEDICA

Categoria 1a: normale (descritta nei neonati)

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

Categoria 1b: varianti normali

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

Categoria 1c: altre condizioni

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

Categoria 2: reperti non specifici (segni che possono essere il risultato di abuso sessuale e che dipendono dal tempo intercorso tra l'abuso e l'esame, ma possono essere dovuti ad altre cause).

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

- incisura nella porzione posteriore dell'imene che si estende non più del 50% dell'altezza del bordo imenale (diagnosticato in ugual misura in bambine da tre a otto anni abusate e non abusate. Berenson et al.2000)

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

- marcata, immediata dilatazione dell'ano, senza feci visibili o palpabili nell'ampolla rettale, quando il bambino viene esaminato nella posizione genu-pettorale, va escluso che ci sia storia di encopresi, stipsi cronica, deficit neurologici o sedazione.
- incisura dell'imene estesa oltre il 50% dell'altezza del bordo nella porzione posteriore (spesso è un artefatto della tecnica di visita, ma se persiste in tutte le posizioni può essere dovuta a precedente trauma contusivo o a trauma penetrante)
- abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto periimenale, del pene, dello scroto o del perineo (può essere per trauma accidentale o conseguenza di maltrattamento fisico).
- segni di morsi o di suzione sui genitali o sull'interno delle cosce.

- cicatrice o lacerazione recente della forchetta che non coinvolgono l'imene (possono essere dovute a traumatismi accidentali)
- cicatrice perianale (rara, può essere dovuta anche ad altre condizioni mediche così come le ragadi o le lesioni della malattia di Crohn o a causa di precedenti procedure mediche).

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

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

PARTE SECONDA

Valutazione globale della probabilità di abuso

Classe 1: nessuna indicazione di abuso

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

Classe 2: possibile abuso

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

Classe 3: probabile abuso

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

Classe 4: chiara evidenza di abuso o di contatto sessuale.

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

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

Dal gioco all'attività sportiva nell'età evolutiva: ruolo del pediatra

Sandro Angeloni

Già dalle prime visite che il pediatra effettua sul neonato valuta l'attività motoria spontanea o la provoca attraverso manovre che evocano riflessi per valutarne lo stato di salute (es. riflesso tonico del collo, marcia automatica, riflesso paracadute, ecc.). Successivamente consiglia di esercitare il bambino al tappeto in posizione prona fin dal 3° mese di vita per farlo andare a "gattoni" fin dai primi cinque o sei mesi, soprattutto ai piccoli più pigri o ipoattivi o ipotonicici. Negli ultimi anni è aumentata la richiesta dei genitori di portare nel primo – secondo anno di vita il bambino in piscina

Per iniziare l'acquaticità e di conseguenza l'attività natatoria in compagnia di un genitore o di un istruttore qualificato. Opinioni contrarie non ce ne sono state tranne quella dell'American Academy of Pediatrics che ha obiettato una confidenza eccessiva e troppo precoce con l'acqua con il rischio di indurre il bambino ad eludere le regole basilari di sicurezza.

Con la crescita il bambino ha il piacere di liberare l'energia attraverso una attività fisica e la molla che fa scattare il bambino verso questo tipo di attività è il gioco. In questo tipo di attività bisogna permettergli di divertirsi "giocando", lasciandolo libero di scegliere come; ciò significa che non bisogna spingere il bambino verso i corsi di nuoto se a lui piace andare in bicicletta, o iscriverlo a una scuola di calcio se alui piace il basket, e viceversa. Fino all'età di 8 – 9 anni, l'apprendimento di differenti schemi di movimento consentirà al bambino uno sviluppo ottimale delle capacità di coordinazione motoria, di mobilità di rapidità e destrezza.

Intorno agli 8 – 10 anni il gusto del divertimento viene affiancato da uno spirito agonistico che cresce sempre di più fino a diventare una delle motivazioni più importanti che spingono il giovane a fare sport.

Questa età, inoltre, è la migliore per acquisire gli automatismi delle tecniche di gioco che verranno completati, solo dopo la pubertà, dalle capacità atletiche. In questo periodo della vita è già presente il rischio della sedentarietà

con conseguenti iniziali malattie ipocinetiche quali: obesità, arteriosclerosi, scarsa capacità aerobica, scarsa coordinazione motoria, valori pressori arteriosi più elevati, ecc... Basta pensare che il numero di bambini praticanti attività motoria regolare, cioè tre volte la settimana, minimo indispensabile per trarne i ben noti vantaggi psicofisici non super ail 50% della popolazione giovanile. Ancora minore è la percentuale di adolescenti a causa del burn out o abbandono dello sport per lo più per disaccordo con l'allenatore o per eccessiva pressione dei genitori o per selezione agonistica selvaggia, che rincorre solamente la vittoria.

Tra gli 11 e i 15 anni i ragazzi sviluppano le doti atletiche di resistenza e di forza, ma anche quelle psicologiche di socializzazione e di controllo emotivo, procedendo nel difficile passaggio dall'età adolescenziale all'età adulta.

Non è fuori luogo ricordare che l'attività motoria ludica espletata in forma abitudinaria è più facile mantenerla in età adolescenziale e da adulto se si inizia presto e che i vantaggi psicofisici acquisibili in giovane età non sono recuperabili se si inizia in età adulta. L'attività sportiva favorisce inoltre la formazione del carattere e della personalità; sviluppando sicurezza nelle proprie capacità; fare programmi a lunga scadenza per ottenere dei risultati, affrontare un impegno continuo, riuscire a superare inevitabili momenti di conforto rendono lo sport capace di influire positivamente nell'evoluzione dell'adolescente.

L'attività fisica quindi costituisce un fattore rilevante nello sviluppo della personalità perché dà una concreta possibilità di conoscersi, di sutovalutarsi, di capire i propri limiti e di comunicare. L'attività fisica pertanto prepara alla vita sociale quando è partecipata in un gruppo o in una squadra. L'abbandono della pratica sportiva rivela difetti di comunicazione; probabilmente l'adolescente vi si è dedicato in modo coatto, mirando al successo, perché ritenuto importante dalla famiglia o dagli amici; oppure per paura di fallire, di confrontarsi e di dimostrare le proprie capacità e la propria autonomia.

Diventa pertanto fondamentale la figura del pediatra nel controllo periodico e costante del bambino che si avvicina allo sport o dell'adolescente che migliora progressivamente le sue performance sportive. Il saper consigliare il tipo di sport in funzione delle condizioni fisiche del bambino e proporre stili di vita sani, diventano fondamentali principi a cui il bambino farà riferimento; ad esempio coricarsi la sera non oltre una certa ora, svolgere l'attività sportiva in modo compatibile con gli altri impegni quotidiani (es. lezioni scolastiche) per evitare una eccessiva fatica psicofisica rendono l'attività sportiva piacevole e gratificante.

Un'attenzione particolare merita l'educazione alimentare soprattutto in età scolare. La prima regola a cui ogni genitore dovrebbe attenersi è: cercare di abituare il bambino ad una colazione abbondante al mattino a base di latte, yogurt, fette biscottate, miele, marmellate di frutta; a questo dovrebbe far seguito uno spuntino a metà mattina mentre si è a scuola (possibilmente un frutto o un panino). Il pranzo dovrebbe prevedere sempre pasta o riso, verdure e frutta e terminare con una fetta di crostata. Non deve essere troppo "impegnativo" se l'attività sportiva si svolge nel primo pomeriggio; viceversa se l'impegno fisico arriva nelle ore del tardo pomeriggio è bene aggiungere del parmigiano, del prosciutto crudo nel pranzo e magari proporre una merenda leggera e digeribile, da consumare almeno due ore prima dell'attività. A cena, al termine della giornata, l'alimentazione dovrà provvedere alla reintegrazione idro-salina, oltre che a quella plastica ed energetica. Sono quindi da preferire: minestrone con pasta o riso, carne o pesce o uova, verdure e frutta.

La certificazione per lo svolgimento di attività sportiva.

Premesso che l'attività ludico-motoria-ricreativa intesa come attività svolta singolarmente o in gruppo per esclusivi fini igienico-ricreativi; praticata in forma occasionale e non continuativa; anche organizzata da Istituzioni, Enti ed Associazioni, non abbisogna di alcuna certificazione specifica da parte del pediatra, che invece è tenuto a certificare le condizioni di buona salute dei propri assistiti, senza richiedere accertamenti, così come il Medico di Medicina Generale per l'attività sportiva non agonistica – intesa come "una pratica in forma organizzata dalle Federazioni sportive, dagli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e dal Ministero della Pubblica Istruzione relativamente alle fasi comunali, provinciali e regionali dei Giochi della Gioventù – tale attività si differenzia da quella agonistica per l'impegno minore, l'aspetto competitivo non mirato al conseguimento di prestazioni sportive di elevato livello, assenza di vincolo di età per intraprendere l'attività sportiva".

Per il rilascio della certificazione è sufficiente la visita clinica generale. Soltanto in caso di dubbio diagnostico che pregiudichi l'idoneità del soggetto, il pediatra potrà richiedere consulenze specialistiche e/o accertamenti sanitari in particolare per soggetti affetti da: epilessia, diabete, asma bronchiale, cardiopatie, aritmie cardiache.

Quando l'attività svolta presso società sportive diventa preagonistica o francamente agonistica, con carichi di lavoro medio – alti sono obbligatori ECG normale e sotto sforzo, spirometria, esame delle urine ed una consulenza di un medico sportivo che rilascerà la certificazione di idoneità e ne farà comunicazione al pediatra curante.

In ogni caso la visita e il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica non agonistica della sport non possono avvenire presso palestre o società sportive, o strutture mobili (camper), né il rilascio può essere effettuato da medici diversi dal proprio medico curante o pediatra, né da specialisti in medicina dello sport non operanti in ambulatori di medicina dello sport pubblici o muniti di autorizzazione regionale per l'attività specifica, accreditati dall'Azienda Sanitaria Locale.

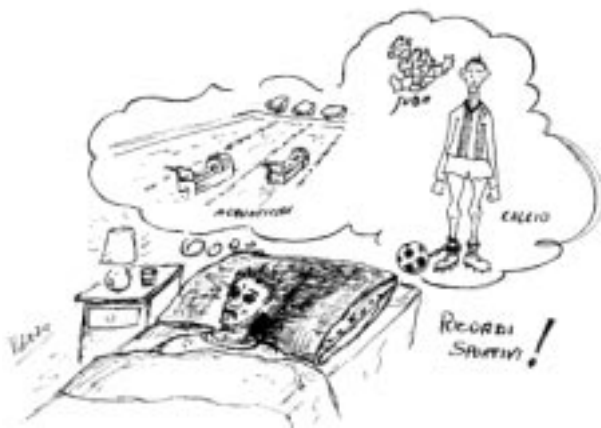
I presidenti delle Società Sportive e i Dirigenti degli Istituti Scolastici verificano che le certificazioni siano rilasciate secondo i criteri suddetti.

In conclusione Vi propongo il decalogo dei diritti del bambino nello sport in modo che tutti i professionisti che si interessano dei soggetti in età evolutiva praticanti lo sport siano a conoscenza dei processi di trasformazione fisica, psichica, emotiva e relazionale, tutelino la crescita e la salute dei loro piccoli pazienti.



DECALOGO DEI DIRITTI DEL BAMBINO NELLO SPORT

- I. Diritto di praticare attività motoria. I genitori devono avviare il bambino all'attività motoria per i ben noti vantaggi psicofisici, che non sono più recuperabili se si inizia tardivamente; il bambino può scegliere, sperimentare, cambiare gli sport che desidera. L'UNESCO raccomanda che almeno un sesto dell'orario scolastico settimanale sia dedicato all'attività motoria, cioè sei ore la settimana.
 - II. Diritto di giocare e divertirsi. L'allenatore deve proporre il divertimento, il miglioramento psicofisico e l'educazione come obiettivo finale e non la vittoria, che crea tensione.
 - III. Diritto di praticare sport in un ambiente sicuro e sano. Cioè igienicamente a norma, con assistenza vicina in caso di infortunio, con a disposizione un telefono in caso di urgenza, senza pressioni agonistiche esagerate o selettive, senza pressioni farmacologiche.
 - IV. Diritto di essere allenato da personale qualificato e adatto a quella fascia di età. Per evitare il rischio di esercizi sbagliati o che arrecano sovraccarico delle strutture in crescita o creano problemi psicologici.
 - V. Diritto di essere trattato con rispetto. Non è raro sentire l'allenatore che urla o ordina degli esercizi fisici pesanti per punizione o osservare un genitore che sgrida il bambino, invece di incoraggiare e fornire il suggerimento tecnico giusto per migliorare e sdrammatizzare l'eventuale errore con una carezza o altro.
 - VI. Diritto del giusto riposo. Lo studio, la malattia, la crescita richiedono dei carichi di attività motoria diversi a seconda dei periodi e le pause giuste, gli allenamenti troppo frequenti vanno ridotti ed i riposi non devono essere ripresi come una colpa.
 - VII. Diritto di controllo della salute. La competizione va riservata ai bambini in perfette condizioni psicofisiche e che lo desiderino, senza pressioni esterne, con il rispetto del trattamento adeguato ed il tempo giusto di guarigione e riabilitazione dai traumi, della gradualità della qualità e quantità del carico di lavoro.
- Obbligatorio il certificato di buona salute fisica per le attività non agonistiche ed il certificato di idoneità agonistica per gli sport agonistici dietro indicazioni delle rispettive Federazioni sportive per quanto riguarda l'età di inizio.
- VIII. Diritto di competere con giovani di pari capacità. Bisogna sforzarsi di praticare attività sportiva fra gruppi non solo omogenei per età cronologica, ma anche per età ossea o maturità puberale, per avere le stesse possibilità di divertimento e di successo. Per gli sport di contatto l'attività deve essere anche in considerazione del peso.
 - IX. Diritto di pari opportunità. Tutti i bambini devono poter giocare, senza fare panchina, senza tenere conto del risultato agonistico, che sarà ricercato più avanti nel tempo.
 - X. Diritto di non essere sempre un campione. Non sempre il bambino può essere un campione o continuare ad esserlo, chi lo è, può esserlo anche solo per un periodo, e deve sapere che pratica sport per i vantaggi che arreca e per divertirsi, perché solo uno su quarantamila sarà un campione anche nella vita futura come professionista.



CARIE E FLUOROPROFILASSI

Tucci Pier Luigi

Tra gli obiettivi di sanità che l'Oms ha fissato per il 2010 nell'ambito della difesa e tutela della salute nel cavo orale c'è il 90 per cento di esenti da carie a 5-6 anni e un indice di carie (DMFT) uguale o inferiore ad 1. In Italia abbiamo ottenuto un buon declino della carie, ma con ulteriori possibili, e doverosi, margini di miglioramento.

Che il fluoro abbia un sicuro effetto protettivo verso la carie è conosciuto da oramai un secolo. così come da quasi 70 anni conosciamo il limite di protezione di 1 mg di fluoro per litro, come funziona (formare la fluoroapatite durante la fase di costruzione dello smalto del dente), la sua sicurezza e tollerabilità in funzione dei livelli di tossicità acuta e cronica.

Il pediatra di famiglia è chiamato ad essere il punto di riferimento delle famiglie per indicare i corretti comportamenti e le più idonee strategie per prevenire la carie. Deve sapere se la madre ha assunto fluoro durante la gravidanza, deve indicare la quantità corretta che il bambino deve assumere globalmente nelle varie età, deve consigliare a che età, e in che quantità, utilizzare dentifrici che contengano fluoro, deve impostare una corretta igiene orale, deve agire sulle abitudini alimentari, e su alcuni comportamenti non corretti sull'addormentamento "dolce" da parte dei genitori.

Una recente Consensus Conference, tenutasi a Milano lo scorso marzo e approvata dalle più importanti associazioni pediatriche, ha confermato l'efficacia, la sicurezza e la

convenienza della fluoroprofilassi sistemica: ha evidenziato anche la necessità di conoscere la quantità di fluoro presente nell'acqua del rubinetto e nelle acque minerali utilizzate dal bambino, oltre che la quantità da lui utilizzata, e di integrarla con fluoro per via orale per arrivare alla quantità protettiva giornaliera.

Tenendo conto che le acque più comunemente usate in pediatria sono a basso contenuto di fluoro e che in Italia sono solo due, l'area vesuviana e quella dell'Etna, le zone dove le falde acquifere sono molto ricche in fluoro, la Consensus Conference Italiana raccomanda un dosaggio diverso da quello consigliato dalle Associazioni Mediche Americane:

- da due settimane a 2 anni 1 compressa da 0,25 mg o l'equivalente in gocce
- da 2 a 4 anni una compressa da 0,50 mg con l'indicazione di usare dentifrici non contenenti fluoro o a basso contenuto
- dai 4 anni in poi 1 compressa da 1 mg.

Con questo schema ci si può aspettare una riduzione del 50% della carie, e un contenimento marcato dei costi per le cure odontoiatriche necessarie.

Riteniamo utile portare all'attenzione dei pediatri questo argomento, e questo schema di dosaggio, per avere una sufficiente omogeneità di comportamento e di strategie educative.



Vaccinazioni

Aggiornamento "interprofessionale" Prato e dintorni...

Luciana Biancalani; Elisabetta Cappelli

A Prato nei giorni 28-29 maggio 2002 si è svolto un corso sulle vaccinazioni rivolto a pediatri di famiglia e operatori (medici e infermieri) del servizio di Igiene pubblica.

Obiettivo generale del corso era l'acquisizione di un linguaggio e di una modalità operativa comuni risultanti da un protocollo d'intesa elaborato all'interno del corso sulla base di dati epidemiologici e scientifici aggiornati. Al termine del corso i partecipanti dovevano dimostrare di aver raggiunto l'obiettivo attraverso la soluzione di un questionario a scelta multipla.

Hanno partecipato 14 infermieri professionali, 2 caposala, 1 assistente sanitaria, 5 medici di cui 2 pediatri del servizio di igiene pubblica dell'ASL 4 e 24 pediatri di famiglia della stessa ASL.

Il team docente era composto dal Prof Paolo Bonanni ordinario dell'Istituto di Igiene dell'Università di Firenze, dal dr. Alberto Tozzi epidemiologo dell'Istituto Superiore di Sanità e da due animatori di formazione dei pediatri di famiglia della stessa ASL.

La realizzazione del corso è stata resa possibile grazie al contributo dell'Azienda Sanitaria che ha messo a disposizione i locali e il servizio di segreteria dell'ufficio formativo, e di uno sponsor esterno che ha sostenuto le spese per i docenti e per la realizzazione del materiale didattico costituito da un CD contenente tutto il materiale presentato durante le ore del corso. Inoltre, per permettere la partecipazione dei pediatri di famiglia al completo, l'Azienda Sanitaria ha organizzato un servizio residenziale di guardia medica pediatrica che ha operato in tre presidi dislocati in tre aree del comprensorio interessato nei due giorni del corso.

L'argomento vaccinazioni è un argomento "caldo" per più motivi:

- a) la produzione e la commercializzazione di nuovi prodotti, sia nel senso di prodotti "polivalenti", combinati, verso agenti infettivi già oggetto di vaccinazione, sia nel senso di vaccini di nuova concezione e formulazione.
- b) il mutare degli scenari epidemiologici,
- c) il diverso atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni (e dell'operato medico in generale) dei genitori, non più soggetti passivi di un obbligo imposto ma co-attori, assieme al medico vaccinatore, di una scelta consapevole di salute.

Ne consegue che:

- a) il calendario vaccinale deve essere considerato uno strumento "in divenire" che si adatta alle diverse offerte e alle diverse situazioni, tenendo conto delle diverse realtà e dei nuovi prodotti offerti dalla ricerca dell'industria.
- b) Informare sulla vaccinazione (non più un "dovere" bensì un "diritto") nell'intento di promuoverla comporta capacità comunicative e padronanza di tecniche relazionali che non necessariamente fanno parte del bagaglio degli operatori addetti a qualche titolo alle vaccinazioni

- c) le diverse professionalità che si occupano delle vaccinazioni debbono avere in comune competenze e modalità per informare, proporre, saper gestire l'eventuale rifiuto.

Spesso, invece, i diversi professionisti (medici del servizio pubblico e pediatri di famiglia) pur avendo gli stessi obiettivi (promuovere le vaccinazioni e aumentare la copertura vaccinale) operano in ambienti separati tra i quali quasi non esiste comunicazione. Succede così che gli uni non conoscano i problemi degli altri e che si possano creare sgradevoli e controproducenti dinamiche fino ai messaggi di disconferma reciproci che quando, come spesso accade, sono rivolti agli utenti o in qualche modo giungono a loro conoscenza, non possono che minare la fiducia di questi nelle vaccinazioni.

Sembrava per questo auspicabile favorire la conoscenza personale di professionisti di diversa estrazione: la composizione mista dei gruppi di lavoro (pediatri di famiglia, pediatri consultoriali, medici e infermieri del servizio di igiene pubblica) doveva servire proprio a favorire un'integrazione dei diversi punti di vista, a far conoscere i problemi specifici di ciascuna categoria e le ragioni di "conflitto" tra professionalità diverse.

Il lavoro di gruppo sulle singole esercitazioni doveva avere anche lo scopo di favorire questi processi di conoscenza, comprensione e integrazione.

L'intenzione di armonizzare l'ottica "necessariamente presbite" della sanità pubblica con quella "necessariamente miope" del pediatra di famiglia (prendendo a prestito la terminologia di Panizon) si è manifestata anche nella scelta dei docenti, un pediatra con competenze epidemiologiche (Alberto Tozzi) e un igienista (Paolo Bonanni).

Il corso ha avuto obiettivi didattici estremamente pratici e le esercitazioni sono state progettate tenendo conto della disomogeneità di conoscenze specifiche dei partecipanti. Dal confronto ai tavoli sono, come speravamo, emerse delle proposte operative che verranno attuate dal tavolo tecnico:

- formulazione di linee guida condivise su approvvigionamento, conservazione dei vaccini
- attivazione di un feed back informativo sulla copertura vaccinale a scadenza semestrale,
- protocollo operativo

Il corso si è articolato in 4 sessioni con lezioni integrate e lavoro a piccoli gruppi.

I risultati sono stati molto buoni, compresa la valutazione sull'apprendimento che ha superato i livelli accettabili. Dal momento che la partecipazione è stata quasi completa si ritiene che nei mesi a venire sarà possibile valutare anche l'efficacia a distanza sul campo. A questo scopo possibili indicatori potrebbero essere:

- l'aumento della copertura vaccinale (maggior rigore nell'inoltro dei certificati e comunicazione di ritorno da parte dell'igiene)
- la diminuzione delle mancate vaccinazioni a causa di false controindicazioni
- la diffusione della pratica del "richiamo attivo" per i suscettibili.

Alcune brevi considerazioni

Esperienze come quella di Prato sono significative per quanto riguarda la possibilità di costruire eventi formativi rivolti non solo a medici appartenenti a diverse specialità (in questo caso pediatri di famiglia e medici dei dipartimenti di prevenzione) ma anche ad operatori appartenenti a diverse categorie professionali (medici da un lato e infermieri ed assistenti sanitarie dall'altro).

Naturalmente questa complessità comporta un maggiore sforzo organizzativo, da un lato per adattare i programmi e il taglio dell'evento alle diverse specificità ed alla diversa formazione di base dei partecipanti, dall'altro (può sembrare secondario ma in assenza di personale espressamente dedicato a ciò, come nella maggior parte di casi avviene, non lo è) per gestire in modo corretto tutte le procedure connesse con l'ECM.

Lo sforzo appare peraltro ampiamente compensato da un doppio ordine di risultati:

- Il primo, più immediato, è rappresentato dalla reciproca conoscenza degli operatori e delle loro specifiche peculiarità e problematiche, tanto più in occasione di eventi che si svolgono con metodiche comprendenti i piccoli gruppi in cui la comunicazione ed il confronto sono primari.*
- Il secondo, meno immediato ma decisamente più importante, dalla possibilità di modificare in modo sensibile il comportamento dei diversi operatori sulla base del superamento delle principali criticità (spesso solo frutto di scarsa comunicazione) e sull'adozione di modelli d'azione (chiamiamoli come vogliamo: protocolli, linee guida, procedure...) discussi e condivisi, e soprattutto finalizzati ad un obiettivo comune.*

In chiusura va segnalato che si sono svolti altri eventi analoghi a quello sopra presentato. Un'esperienza molto simile a quella di Prato si era tenuta nel 2001 nel Friuli Venezia Giulia presso l'ASS 6 "Friuli Occidentale", che

comprende l'intera provincia di Pordenone, e aveva coinvolto anche in questo caso i pediatri di famiglia e gli operatori dei servizi vaccinali: organizzazione congiunta Azienda Sanitaria – FIMP provinciale, modalità didattiche simili, simile anche il team docente (Alberto Tozzi e Marta Ciofi), simile l'ottimo gradimento generale.

Bisogna ammettere che è tanto più facile progettare esperienze di questo tipo quanto più sono già in partenza buoni i rapporti tra i responsabili dei diversi settori e quindi dove forse ci sarebbe meno bisogno di interveni-

re. È però molto importante che si diffondano: dapprima ovviamente dove è più semplice realizzarle; successivamente contando sia sull'inevitabile "effetto trascinamento" provocato dalla conoscenza di quanto avviene in realtà vicine, sia su una più attiva progettazione (come proprio nel campo delle vaccinazioni la FIMP si sta muovendo in questi ultimi mesi), anche nelle altre realtà.

Daniele Venier, responsabile formazione Friuli V.G.



Comunicato stampa
Eurispes-Telefono Azzurro

4° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza

L'obiettivo nettamente primario dei bambini italiani è la famiglia. Lo afferma il 70% di loro. Al secondo posto (21%) si colloca un lavoro che piace, scelta che sottolinea il desiderio da parte dei soggetti, di esprimere nella professione, che immaginano di svolgere in futuro, la propria personalità e le proprie inclinazioni. Minoritaria risulta la scelta degli amici (4,6%), considerati probabilmente importanti ma solo di rado prioritari. Sono decisamente pochi (2%) i bambini che mettono al primo posto fra gli obiettivi il denaro. I dati indicano dunque che i bambini attribuiscono maggiore importanza ai legami famigliari, rispetto all'occupazione, sia pur appagante, e ancor più rispetto agli aspetti materiali come i soldi. Per le femmine la percentuale di risposte che indicano la famiglia come l'obiettivo più importante per il futuro (71,6%) supera solo lievemente la percentuale riscontrata per i maschi (68,8%). Fra i maschi risulta, d'altra parte, leggermente più alta che fra le femmine la quota di chi sceglie i soldi (il 2,7% contro l'1,2%), ma la differenza è decisamente lieve. Nel vissuto degli adolescenti, invece la famiglia assume significati diversi. La più alta percentuale di intervistati ha indicato la famiglia (46,6%), seguita da "un lavoro che mi piace" (35%). Molto meno citati risultano i soldi (7%) e gli amici (6,7%). Emergono dunque, negli obiettivi dei ragazzi, due dimensioni fondamentali: la prima, legata alla sfera affettiva in generale (vita di coppia, figli, parenti), la seconda legata ad un'occupazione appagante. Fra le femmine è più alta che fra i maschi la percentuale di chi sottolinea la priorità della famiglia (49,9% contro 44%); fra i maschi, d'altra parte, è più frequente che fra le femmine la scelta dei soldi come primo obiettivo (9,9%

contro 3,8%). La variabile età si dimostra rilevante ai fini della scelta dell'obiettivo primario per il futuro. I ragazzi più giovani (12-14 anni) individuano nella famiglia la loro meta fondamentale con maggior frequenza (52,1%) rispetto ai ragazzi più grandi (15-19 anni; 42,2%). I più giovani, quindi, appaiono maggiormente chiusi nei legami famigliari; crescendo, invece, i ragazzi sembrano prendere in maggiore considerazione l'importanza di altri aspetti, come il lavoro (33,4% fra i 12 ed i 14 anni e 36,5% fra i 15 ed i 19 anni) e le disponibilità economiche (il 4,6% dei ragazzi più piccoli contro il 9% dei ragazzi più grandi).

Queste sono alcune delle tante cifre contenute nei due Identikit del bambino e dell'adolescente, parte integrante del 4° Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, che si propone di rappresentare nelle intenzioni dell'Eurispes e di Telefono Azzurro una significativa operazione di analisi, in grado di realizzare, attraverso un'azione di monitoraggio territorialmente diffusa, una lettura interpretativa di una realtà dinamica e complessa, ma soprattutto in costante trasformazione, come quella dei bambini e degli adolescenti.

Nel 4° Rapporto, presentato mercoledì 26 novembre 2003, nella Sala delle Conferenze di Palazzo Marini (Camera dei Deputati - Via del Pozzetto, 158), l'impianto della ricerca, oltre ai tradizionali luoghi di indagine (il disagio, l'abuso e lo sfruttamento sessuale sui minori, i diritti violati dei bambini, la devianza e la giustizia minorile), ha esplorato alcune rilevanti aree di analisi, come quelle della sicurezza e della salute dei ragazzi. La ricognizione ha individuato, in particolare, alcuni preoccupanti indica-

tori di rischio relativi alla sicurezza e ai pericoli quotidiani cui sono esposti i minori. Grazie anche all'impegno delle scuole italiane l'Eurispes è riuscito a realizzare uno dei più vasti e approfonditi "identikit" del bambino e dell'adolescente, mai condotto prima d'ora in Italia. L'indagine campionaria, ha infatti sondato un campione più che rappresentativo della popolazione scolastica italiana, per sesso, età, area geografica, tipologia di scuola e di istituto, classe frequentata.

Due sono stati i modelli di questionario utilizzati, destinati rispettivamente all'infanzia e all'adolescenza. Il questionario infanzia è servito a delineare i comportamenti e l'identikit del bambino, ed è stato somministrato a ragazzi di età compresa tra i 7 e gli 11 anni, frequentanti la terza, quarta e quinta classe delle elementari e la prima classe della scuola media. Il questionario adolescenza diretto alla costruzione dell'identikit dell'adolescente, è stato somministrato a ragazzi appartenenti alla fascia di età 12-19 anni, frequentanti la seconda e la terza media o una delle cinque classi degli istituti superiori. La rilevazione sul campo ha riguardato circa 84 scuole di ogni ordine e grado, mentre i questionari pervenuti e analizzati sono stati 5.076 per quanto riguarda l'infanzia e 5.710 per l'adolescenza.

La rilevazione è stata realizzata tramite la somministrazione di un questionario semistrutturato ad alternative fisse predeterminate, composto in prevalenza da domande a risposta chiusa o semichiusa (con possibilità per l'intervistato di aggiungere una propria risposta a quelle già previste). La modalità delle domande chiuse o ad alternativa fissa predeterminata ha consentito di ottenere, oltre ad un elevato tasso di risposta al questionario, una più efficace standardizzazione ed una maggiore facilità di codifica e di analisi delle risposte fornite dagli studenti.

Nella prima parte, l'indagine campionaria ha verificato la percezione dei bambini e degli adolescenti in ordine alle seguenti aree tematiche: obiettivi futuri e miti giovanili (star musicali, personaggi televisivi e divi del cinema preferiti, ecc.); rapporto con le vecchie e nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (modalità e tempi nell'uso di Internet, tempo trascorso davanti alla Tv, modalità d'uso del cellulare, ecc.); associazionismo e modalità prevalenti di partecipazione politica (tipologia di associazione frequentata, attività legate alla politica, ecc.); il multiculturalismo e il rapporto con le persone immigrate. Le sezioni successive del questionario hanno esplorato i rapporti con i genitori e il grado di autonomia in ambito

familiare (tempo trascorso con i genitori, ascolto ricevuto dagli adulti, ecc.), il rapporto con la fede e l'osservanza della pratica religiosa, gli stili di alimentazione prevalenti; il livello di conoscenza della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo del 1989.

Per gli adolescenti è stata prevista anche una specifica sezione sulle principali tendenze e mode giovanili (piercing, tatuaggi, graffitismo, ecc.), e, infine, sui principali comportamenti a rischio (consumo di sostanze alcoliche o di droghe, abuso di alcol e uso di psicofarmaci, ecc.). L'abuso, lo sfruttamento e i diritti violati. Sono sempre più allarmanti i dati che riguardano le vittime di abuso sessuale. Le statistiche del 2003 registrano infatti un dato preoccupante: dopo il picco nell'anno 2000 (700 vittime di abuso) e una generale diminuzione nel 2001 e nel 2002, il dato parziale relativo ai primi sette mesi del 2003 fa registrare un aumento del +17,7% rispetto allo stesso periodo del 2002. Questa variabilità riscontrata negli ultimi quattro anni risulta tuttora di difficile interpretazione. Genitori, zii e conviventi: sono questi i responsabili maggiori degli abusi che avvengono fra le mura domestiche nell'80% circa dei casi. Nello specifico sono comunque i genitori i principali artefici degli abusi: essi rappresentano, nella casistica in esame, la categoria con percentuali più elevate raggiungendo il valore di picco nel 2001 (61,9%). Ma al secondo posto troviamo gli zii con percentuali che vanno dal 12,4% (anno 2001) al 17,4% (anno 2000) seguiti da un convivente del genitore con la percentuale più elevata nel 1999 (15,8%). Mostra allarmanti curve di crescita anche il ripetersi di forme di sfruttamento e di abuso a danno di bambini e adolescenti (comprese quelle consumate in famiglia o a fini commerciali, la prostituzione minorile, la pedofilia, ecc.).



In tema di sfruttamento in Italia, i minori di 15 anni che lavorano corrispondono a 147.285, pari al 3,1% dei ragazzi di quella fascia d'età. I minori sfruttati costituiscono lo 0,66% della popolazione minorile totale, contro il 3,1% di bambini che lavorano, e in valori assoluti, sono pari a 31.500.

Il disagio, la devianza e la giustizia minorile. La rilevazione condotta prendendo in esame la diffusione di modelli e di comportamenti a rischio, ha registrato tra i giovani tra i 12 e i 19 anni un elevato consumo di alcolici (il 26,1% li consuma "spesso" e ben il 45,3% "occasionalmente") e superalcolici (con un uso frequente per il 12,7% e occasionale per il 30,5%). Per quanto riguarda l'assunzione di droghe, si registra una discreta tendenza a consumare hashish e marijuana: usa spesso queste sostanze il 6,5% degli intervistati, più raramente l'11,3%. Segue, con percentuali più contenute, il consumo di cocaina, molto frequente per l'1,8% dei giovani e occasionale per il 2,8%, mentre l'eroina registra un grado di penetrazione minore. Il consumo delle droghe di sintesi tende ad affermarsi prevalentemente in contesti specifici, spesso legati alla vita notturna: ketamine, crystal ed ecstasy vengono utilizzate "spesso" o "occasionalmente" da oltre il 4% del campione. In ogni caso, una delle caratteristiche dei consumatori delle nuove droghe è la poliassunzione, ossia la tendenza ad assumere più sostanze in una stessa serata: negli ultimi anni, a quelle tradizionali si è aggiunta una grande varietà di nuove droghe ed è sempre più frequente il consumo legato al divertimento e al tempo libero. Il fenomeno della devianza minorile, infine, non è facilmente quantificabile per via del cosiddetto numero oscuro, rappresentato da quella quota di reati non conosciuta alle autorità giudiziarie a causa delle mancate denunce. In riferimento alla nazionalità, il collocamento in comunità riguarda nel 57% circa dei casi gli italiani (752 su 1.326), nel 36% gli stranieri (478) e nel 7% i nomadi (96). Ad usufruire della misura del collocamento in comunità sono in prevalenza i maschi (92% circa dei casi).

La comunicazione e la cultura

Fra gli adolescenti è diffusa l'abitudine di avere il televisore in camera propria. Ne possiedono uno il 69,6% dei maschi e il 58,9% delle femmine. Analizzando il consumo televisivo in rapporto alle fasce orarie, è emerso che l'ascolto si concentra principalmente durante le ore serali, dalle 19 alle 23. Se parliamo poi di Internet, sempre secondo l'indagine Eurispes del 2003, condotta su un cam-

pione di 5.076 ragazzi fra gli 8 e gli 11 anni, il 50,9% dichiara di non collegarsi mai alla Rete, il che indica una diffusione non ancora capillare del mezzo nelle famiglie italiane, ma anche in molti casi, una preclusione all'utilizzo imposta dai genitori ai bambini. Il 43,7% degli intervistati si collega ad Internet qualche volta: si tratta probabilmente di chi non dispone della connessione in casa e la utilizza quando può, altrove; ma anche di bambini che ottengono solo in alcuni casi il permesso dei genitori per navigare. Solo il 3,9% dei soggetti si collega ogni giorno. La stessa indagine ha preso in considerazione anche un campione di 5.710 adolescenti tra i 12 e i 19 anni. La maggioranza degli adolescenti (61,8%) si collega ad Internet per cercare cose interessanti; molti (39,7%) dichiarano di usare Internet per studiare. Un numero consistente di ragazzi si collega per comunicare: usare la posta elettronica (35%) e chattare (26,4%). Sono ancora numerosi coloro che usano Internet per giocare (28,3%), ma meno che fra i bambini. Una minoranza infine afferma di navigare per mandare messaggi sui cellulari (15,2%) e per cercare cose proibite (15,3%).

La salute

Questa sezione ha portato in superficie rilevanti nuclei di criticità sul piano della salute, come la reiterazione di modelli di alimentazione errati, tipici delle società opulente occidentali: in Italia resta quasi invariata la percentuale (36%) di ragazzi tra i 6 ed i 17 anni in sovrappeso. È opportuno registrare inoltre la crescita quasi costante dei sofferenti di disturbi allergici, passati dal 6% del 1993 all'8,2% del 2001, da collegarsi in primo luogo a fattori ambientali come la presenza di smog e traffico. In questo senso, l'inquinamento dell'aria può essere considerato tra i principali responsabili dell'incremento dei disturbi allergici nelle aree metropolitane del nostro Paese. Considerando il quadriennio 1997-2001, nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione – ovvero Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania e Cagliari – il fenomeno delle allergie si è intensificato in misura piuttosto rilevante (+2,1%). Nei comuni situati alla periferia delle metropoli, invece, l'incidenza dei disturbi allergici è aumentata, in 4 anni, dello 0,6%; tuttavia, in questi centri il fenomeno ha fatto registrare valori particolarmente elevati (9,1% nel 1997 e 9,7% nel 2001), superiori a quelli rilevati nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione. Il Rapporto di quest'anno segnala, infine, la scarsa si-

curezza e appropriatezza dei farmaci prescritti e somministrati ai bambini: molti nuovi farmaci in commercio non sono stati registrati per l'uso in età pediatrica.

La sicurezza

Come commentare le continue giovani vittime della strada? I dati indicano che nella classe di età dai 15 ai 24 anni sono state 1.224 le vittime, guidatori e passeggeri, con un'incidenza percentuale sul complesso del 18,5%. Le misure repressive, da sole, non sono in grado di cambiare abitudini consolidate nel tempo o per lo meno non a lungo; è all'origine del processo, dove queste si formano e si alimentano, che si può e si deve intervenire con maggiore energia, come del resto tenta di fare da alcuni anni la Polizia Stradale, monitorando il fenomeno e formulando progetti di prevenzione volti a educare le generazioni future alla sicurezza sulle strade. Grazie all'impiego nella vigilanza stradale di ben 471.076 pattuglie nel 2002 sono state accertate complessivamente ben 2.269.936 infrazioni. Sul piano della sicurezza in ambito domestico, inve-

ce, dovrebbe far riflettere il dato sui 300 minori fino a 14 anni che sono rimasti vittime di traumatismi e avvelenamenti, ossia di avvelenamenti accidentali, cadute accidentali, ingestione con soffocamento. Il numero di bambini al di sotto dei sei anni che ha subito un incidente domestico di significativa rilevanza è pari al 22,2%, mentre il valore riscontrato nelle bambine della stessa età è di poco superiore alla metà: 13,6%. Non meno allarmante è lo stato dell'edilizia scolastica pubblica, dove, per esempio, sul piano della prevenzione degli incendi la situazione appare peggiore di quanto si possa immaginare: la media nazionale delle scuole in possesso di certificazione idonea è inferiore al 27%; in valore assoluto si tratta di 11.070 scuole, su oltre 41.000 edifici scolastici statali. Per quanto riguarda gli accessi, in quasi 9 scuole su 10 l'atrio di ingresso non dispone di standard di sicurezza adeguati; nel 91% dei casi non è previsto un accesso facilitato per disabili; nel 70% non esistono gradini antiscivolo; nel 36% è stata installata la chiusura antipánico, che rimane aperta solo nel 13% dei casi anche durante le attività didattiche.

