

# Quaderni acp

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

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

**A tutti i lettori molti AUGURI per il 2004**



**6** Il Presidente ai soci **7** Il Piano Sanitario 2003-2005 **9** Sulla violenza in TV aspettando dati **10** L'impronta ecologica e sociale **11** Film: Il ritorno di Andrey Zvyagintsev **13** Novità in medicina procreativa **15** Cancun e oltre **16** Rischio sociale a Napoli **16** Il counselling in età evolutiva **16** Troppi errori terapeutici nei reparti pediatrici inglesi. E in Italia? **18** "Muoversi senza motore". Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi **22** Libri **24** Nati per leggere: Piemonte, Abruzzo **25** Quando si smise di leggere ad alta voce **25** Nostro fratello Bookstart **25** Libri per bambini piccoli **26** L'OMS sullo stato vaccinale nel mondo **26** Vaccini: priorità al morbillo **26** I rischi dell'antivaricella **26** Il governo clinico secondo gli inglesi **26** Musica e scienza **26** Alan Milburn ministro della Sanità torna a casa **27** Mala malissima stampa **27** Nuovo Presidente della SIP **27** Autopsie per la SIDS **27** I cesarei nel 2001 **28** Rapporto sul progetto "Mare di Aral" **29** La Fiera del libro, questa sconosciuta **29** Pro e contro l'esame dei genitali **30** Medici e letteratura **32** È utile la terapia antibiotica nella sinusite acuta non complicata? **34** Il glucosio per bocca seda il dolore della puntura venosa? **35** Dottore, mia figlia ha le coliche! **37** Un bambino con una gran tosse **40** Irene con le transaminasi alte **42** Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie **47** La vaccinazione contro l'influenza

**novembre-dicembre 2003 vol X n° 6**

spedizione in abb postale - 45% Art 2, Comma 20/B L. 662/96 filiale di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

## Speciale

- 6 Il Presidente ai soci  
*Michele Gangemi*

## Editoriale

- 7 Il Piano Sanitario 2003-2005,  
con un'occhiata a quello 1998-2000  
*Giancarlo Biasini*

## Attualità

- 9 Sulla violenza in TV aspettando dati  
*Giancarlo Biasini*

## Salute pubblica

- 10 L'impronta ecologica e sociale  
*Pio Russo Krauss*

## Film

- 11 Il ritorno di Andrey Zvyagintsev  
Amore o timore  
*Italo Spada*

## Letture

- 13 Novità in medicina procreativa:  
quali conseguenze su chi nasce oggi?  
*Carlo Valerio Bellieni*

## Osservatorio internazionale

- 15 Cancun e oltre: nessun accordo  
è meglio di un cattivo accordo  
*Angelo Stefanini*

## Congressi controlloce

- 16 Rischio sociale a Napoli *g.c. p.s.*  
16 Il counselling in età evolutiva *m.g.*  
16 Troppi errori terapeutici nei reparti  
pediatrici inglesi. E in Italia? *m.b.*

## Esperienze

- 18 "Muoversi senza motore".  
Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi  
*Laura Todesco, Patrizia Bonin,  
Renata Scala, Mirella Finco,  
Marzia Marcadella*

## Libri

- 22 Maloca Maloca, una pediatra in Amazzonia  
*Michela Sonogo*  
22 Essere senza destino *Imre Kertész*  
23 La traduttrice *John Crowley*  
23 Fiabe e leggende del mondo islamico  
*Anonimo*

## Nati per leggere

- 24 Piemonte, Abruzzo  
25 Quando si smise di leggere ad alta voce  
25 Nostro fratello Bookstart  
25 Libri per bambini piccoli *Livia Vitali*

## Info

- 26 L'OMS sullo stato vaccinale nel mondo

- 26 Vaccini: priorità al morbillo

- 26 Vaccini: rischi dell'antivaricella

- 26 Il governo clinico secondo gli inglesi

- 26 Musica e scienza

- 26 A. Milburn ministro della Sanità torna a casa

- 27 Mala malissima stampa

- 27 Nuovo presidente della SIP

- 27 Autopsie per la SIDS

- 27 Prove di salute in Argentina

- 27 I cesarei nel 2001

## ACP News

- 28 Rapporto sul progetto "Mare di Aral"  
*Oral Atanyazova*

## Lettere

- 29 La Fiera del libro, questa sconosciuta  
*Livia Vitali*

- 29 Pro e contro l'esame dei genitali  
*Luisella Grandori*

## Medici e letteratura

- 30 Cosa succede là dentro *Martin Winckler*  
30 Mitigare il dolore *Abraham B. Yehoshua*

## 31 Ausili Didattici

## Leggere e fare

- 32 È utile la terapia antibiotica  
nella sinusite acuta non complicata?  
*Giacomo Toffol, Maria Luisa Zoccolo,  
Marisa Callegari*

- 34 Il glucosio per bocca seda il dolore  
della puntura venosa?  
*Isodiana Crupi*

## Medicina narrativa

- 35 Dottore, mia figlia ha le coliche!  
*Isodiana Crupi, Michele Gangemi*

## Il caso che insegna

- 37 Un bambino con una gran tosse  
*Chiara Locatelli, Licia Raimondi,  
Mauro Pocecco*

- 40 Irene con le transaminasi alte: un caso  
che mi fa pensare *Federico Marolla*

## Il punto su

- 42 Evidenze degli effetti della promozione  
della lettura nelle cure primarie  
*Pasquale Causa, Stefania Manetti*

## Informazioni per i genitori

- 47 La vaccinazione contro l'influenza  
*Luisella Grandori*

## 49 Indice generale anno 2003

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Comitato editoriale

Maurizio Bonati  
Antonella Brunelli  
Sergio Conti Nibali  
Nicola D'Andrea  
Luciano De Seta  
Michele Gangemi  
Stefania Manetti  
Paolo Siani  
Francesca Siracusano  
Federica Zanetto

## Collaboratori

Giancarlo Cerasoli  
Francesco Ciotti  
Giuseppe Cirillo  
Luisella Grandori  
Luigi Gualtieri  
Manuela Pasini  
Italo Spada  
Antonella Stazzoni

## Organizzazione

Giovanna Benzi

## Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

## Progetto grafico

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## La copertina

L'immagine rappresenta un particolare de "Il re beve" di J. Jordaens (1593-1678). Olio su tela. Bruxelles, Museo d'arte Antica.

## Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito  
<http://www.quaderniacp.it>  
e-mail: [red@quaderniacp.it](mailto:red@quaderniacp.it)

## Indirizzi

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

## Direttore

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

## Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari  
Tel. 3332562649, Fax 0792594096  
e-mail: [notes@tiscali.it](mailto:notes@tiscali.it)

## Stampa

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

La rivista è suddivisa in due sezioni. La prima pubblica, oltre a notizie sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie. La seconda, di ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

## Abbonamenti: € 75

**Quaderni acp è pubblicazione iscritta nel Registro Nazionale della Stampa n° 8949**

© Associazione Culturale Pediatri  
ACP edizioni No Profit

## Norme redazionali

Su **Quaderni acp** possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra di ausili didattici, di ricerca nell'area delle cure primarie. Tutti i lavori saranno sottoposti al giudizio di almeno un revisore.

Il commento dei revisori sarà risottoposto agli AA. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata.

Si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano.

Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori, le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione.

Chi non accetta la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, all'area delle cure primarie e all'attività di base delle

unità operative ospedaliere.

I testi dovranno essere strutturati in obiettivi, metodi, risultati, discussione e conclusioni; non dovranno superare le 13.000 battute; in casi eccezionali, da concordare con la direzione, il numero di battute può superare le 13.000, con un massimo di tre tabelle o figure.

Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo.

Gli AA dovranno fornire anche un riassunto di massimo 400 battute.

Il riassunto deve essere strutturato in obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni.

Devono essere indicate da due a sei parole chiave.

La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus.

Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette.

La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

**Speciale****6 Il presidente ai soci: "una vita da mediano"**

Viene pubblicato il saluto del nuovo Presidente dell'ACP, Michele Gangemi, che ribadisce i punti programmatici del triennio della sua Presidenza.

**Editoriale****7 Il piano sanitario 2003-2005 con un'occhiata a quello 1998-2000**

Viene esaminato, specialmente per la parte che riguarda le indicazioni materno-infantili, lo schema del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Il nuovo piano riprende tutti gli obiettivi di quello precedente, senza tenere conto di quelli che non sono stati raggiunti (un esempio: l'obiettivo di ridurre al di sotto dell'8/1000 in tutte le regioni la mortalità perinatale) e senza chiedersi i motivi per i quali non siano stati raggiunti.

**Attualità****9 Sulla violenza in TV aspettando dati**

Gli studi a disposizione sugli effetti delle scene violente in TV sui bambini sono riferiti come se in grandissima parte fossero a favore di un effetto diretto che influenza la violenza dei bambini. In realtà non è così. Gli studi a favore di un effetto diretto sono pochi ed equivoci. È nato pertanto il New Harvard Center on Media and Child Health (CMCH) allo scopo di raccogliere e standardizzare questo tipo di studi nel tentativo di fare chiarezza.

**Salute pubblica****10 L'impronta ecologica e sociale**

L'"impronta ecologica" è la superficie che occorre per produrre le risorse e depurare gli inquinanti di una comunità, di singole persone o di particolari processi produttivi. Ogni abitante della Terra in media consuma risorse e produce rifiuti pari alla capacità produttiva e depurativa di 2,3 ettari. Purtroppo la Terra dispone solo di 1,8 ettari per ciascuno dei 6 miliardi di abitanti del pianeta. Quindi abbiamo già superato il limite di sostenibilità. Sono necessari profondi cambiamenti del nostro sistema economico e del nostro stile di vita. Bisogna ridurre le produzioni e i consumi inutili, adottare processi produttivi a basso impatto ambientale, soddisfare i bisogni umani con prodotti e servizi ecocompatibili, distribuire equamente il lavoro (e la ricchezza). Un'utopia? No, oggi è una necessità.

**Film****11 Il ritorno di Andrey Zvyagintsev**

Amore, o timore? Assenza positiva, o presenza negativa? Le domande senza risposte nel film vincitore del Leone d'oro 2003

**Lecture****13 Novità in medicina procreativa: quali conseguenze su chi nasce oggi?**

I recenti progressi nel campo della medicina procreativa hanno aumentato le possibilità per la coppia, ma a questi progressi è corrisposto un miglioramento nella salute dei concepiti trattati con queste tecniche? Vari studi recenti su amniocentesi e fecondazione in vitro sollevano dei dubbi.

**Osservatorio internazionale****15 Cancun e oltre: nessun accordo è meglio di un cattivo accordo**

È triste essere costretti a sostenere che il fallimento di un vertice internazionale è buona cosa. Però il fallimento della V Conferenza internazionale della Organizzazione mondiale del commercio (WTO)

di Cancun è stato meglio di un accordo che avrebbe significato una sconfitta dei Paesi in via di sviluppo.

**Congressi controlloce****16 Napoli, Milano, Derby (GB)**

Riferimenti sul Congresso sul rischio sociale a Napoli, su una riunione sul counselling a Milano e su una riunione sugli errori terapeutici negli ospedali inglesi a Derby.

**Esperienze****18 "Muoversi senza motore" Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi**

Per sensibilizzare amministratori locali, genitori, bambini sulla pericolosità dell'attuale viabilità per l'utente debole della strada, è stata effettuata una indagine conoscitiva, condotta nelle sale d'attesa di 21 ambulatori della ASL n°3 del Veneto. Sono state raccolte 984 segnalazioni: il 60% riguarda l'assenza o l'inadeguatezza dei marciapiedi e la pericolosità dei mezzi a motore. Vi sono state 782 proposte di possibili soluzioni. Non si sono evidenziate differenze rilevanti tra ragazzi e adulti nelle proposte di miglioramento.

**Libri****22 Vengono recensiti quattro libri**

Di Michela Sonego Maloca Maloca, una pediatra in Amazzonia; di Imre Kertész Essere senza destino; di John Crowley La traduttrice; e infine Fiabe e leggende del mondo islamico di un Anonimo

**Nati per leggere****24 La diffusione del progetto**

In questo numero pubblichiamo notizie dalle regioni in cui il progetto si sta diffondendo. In particolare in Piemonte e Abruzzo. Vengono date notizie sul progetto inglese Bookstart e vengono recensiti 2 libri per bambini molto piccoli.

**Info****26 Notizie sulla salute in Italia e nel mondo**

Vengono presentate notizie sui problemi vaccinali nel mondo secondo l'OMS e le criticità delle vaccinazioni in Italia (la criticità principale rimane il morbillo); vengono inoltre presentati dati sulla frequenza dei cesarei in Italia nel 2001, sul cambio di guardia al Ministero della Sanità inglese e sulle distorsioni che la stampa opera nel riportare notizie sulla salute.

**ACP News****28 Rapporto sul progetto "Mare di Aral"**

Viene riportato il rapporto sull'utilizzo dei fondi raccolti dall'ACP in favore di una iniziativa formativa per i pediatri operanti nell'area del Mare di Aral.

**Lettere****29 Corrispondenza con i lettori**

Due contributi dei lettori riguardano la cattiva informazione che la TV ha fatto in occasione della Fiera del Libro di Torino e un articolo pubblicato sull'esame dei genitali nel numero di aprile 2003.

**Medici e letteratura****30 Martin Winckler, Abraham B. Yehoshua**

Vengono riportati due brani di racconti di Martin Winckler (Cosa succede là dentro) e di Abraham B. Yehoshua (Mitigare il dolore)

**ausili didattici****31 Tutti gli abstract di Ausili Didattici**



# IL PRESIDENTE AI SOCI

## “Una vita da mediano”

Michele Gangemi, Presidente ACP

Riprendo una metafora calcistica per aprire questo saluto e per riassumere il senso che intendo dare alla mia presidenza.

Prima di tutto un ringraziamento per l'elezione e per il bel clima respirato al congresso di Varese.

Vorrei partire proprio dalla considerazione che al XV congresso ACP vi è stata una vera saldatura tra centro e periferia. Il gruppo di Milano ha saputo interpretare il mandato del Direttivo nazionale nel migliore dei modi, dando vita ad un convegno che rifletteva le peculiarità dell'ACP e dell'ACPM.

Questo è proprio il primo nodo del futuro dell'Associazione e, come già espresso nel programma, rappresenta una priorità per tutti noi. I gruppi andranno aiutati sia per la formazione che per la ricerca e dovranno costituire la cinghia di transizione tra centro e singoli associati. In questo momento di confusione provocato dalla devoluzione, la rappresentanza dell'ACP a livello regionale dovrebbe essere particolarmente rinforzata per portare il necessario contributo culturale.

Dall'assemblea sono state sottolineate altre criticità che andranno affrontate.

### Formazione

Vi sono varie proposte da sviluppare e alcune sono state presentate sia durante l'Assemblea ACP sia durante lo spazio dedicato a *Quaderni acp*. Il buon gradimento della rivista risulta parziale per il numero ancora basso delle risposte al questionario. I gruppi dovranno promuovere l'indagine per aiutare a capire cosa funziona e cosa può essere migliorato.

*Quaderni* e lo sviluppo del sito Web potranno rappresentare un importante passo in avanti per la formazione dei gruppi e di tutti gli iscritti. Nella formazione l'alleanza con il CSB appare fondamentale e non solo per l'ECM. Basti pensare al coordinamento di "Nati per leggere" e ai progetti di sostegno alla genitorialità.

Il CSB potrebbe attivare un servizio bibliografico basico per i soci, ma si attendono contributi per capire che cosa l'ACP dovrebbe chiedere e finanziare (bisogni dei singoli soci e dei gruppi locali).

Nel campo della formazione una particolare attenzione va posta all'applicazione della *Evidence Based Medicine*. L'esperienza di Messina, con il coinvolgimento degli specializzandi potrebbe costituire un punto di partenza. Lo spazio dedicato al problema degli specializzandi durante il convegno è stato significativo e un collegamento con l'Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria (ONSP) appare necessario.

### Ricerca

Vi sono evidenti difficoltà a concretizzare progetti di ricerca, nonostante vari sforzi compiuti. Nel programma avevo cercato di analizzare le possibili cause e sarà compito della Segreteria riorganizzata di sviluppare alleanze per saldare la ricerca alla pratica.

Ritengo fondamentale che la ricerca ospedaliera e la ricerca nell'area delle cure primarie non viaggino su binari separati, ma

sappiano confrontarsi. La ricerca è inoltre strettamente connessa con la formazione di cui si è parlato precedentemente.

### Apertura dell'Associazione ad altre figure dell'ambito pediatrico

Questo è nel DNA dell'Associazione e, come dimostrato dal congresso infermieristico del giorno precedente il congresso, i tempi sono maturi.

Ricordiamo che Sirmione nasce in ACP come momento formativo per il lavoro di équipe e la medicina di gruppo rappresenta una favorevole situazione di possibile trasposizione di questi modelli organizzativi sul territorio.

L'iniziativa "Nati per leggere", con il suo preciso obiettivo di suggerire la lettura ai genitori fin dai primi mesi di vita, rappresenta una straordinaria occasione d'incontro col mondo della scuola e delle biblioteche.

Vanno inoltre ricercate alleanze col mondo del volontariato e con le associazioni dei genitori.

### Codice

L'assemblea ha espresso il bisogno di riaffrontare il problema del codice di autoregolamentazione con l'Industria. L'ACP è stata l'unica Associazione pediatrica a dotarsi di un suo regolamento interno e riteniamo che ragionare sul conflitto di interessi sia fondamentale per tutti noi. L'obiettivo del codice è di far riflettere e non ha compiti di giudizio. Mi sembra necessario creare un gruppetto dedicato che lo riveda e lo riproponga nell'ottica di una condivisione allargata.

### Scarsa visibilità dell'Associazione

Non c'è dubbio che l'ACP abbia fatto molto per la pediatria, ma la mancanza di un addetto stampa ha determinato scarsa visibilità in problemi importanti per la sanità e per tutti i cittadini (*vedi* mancata presa di posizione sulla strategia della vaccinazione influenzale). Sono già stati avviati contatti per ovviare a questo problema. Per cercare di realizzare i buoni propositi ho bisogno del contributo di tutti e, riprendendo la metafora iniziale, della squadra votata per affiancarmi (Direttivo).

Sono molto contento di lavorare a fianco dei nuovi eletti e dei "vecchi" che costituiscono una grande équipe. Il compito del mediano è di dare i tempi del gioco e di favorire il gioco di squadra senza risparmiarsi. Cercherò di giocare questa partita al meglio e sicuramente con grande generosità e spirito di servizio.

### Il nuovo direttivo dell'ACP

Michele Gangemi *Presidente*; \* Paolo Fiammengo *Consigliere*; \* Luisella Grandori *Consigliere*; Stefania Manetti *Consigliere*; Pier Paolo Mastroiacovo *Consigliere*; Anna Maria Moschetti *Consigliere*; \* Laura Reali *Consigliere*; Giacomo Toffol *Consigliere*; \* Federica Zanetto *Consigliere*; Arturo Alberti *Revisore*; Franco Dessì *Tesoriere*.

\*nuovi eletti

# Il piano sanitario 2003-2005 con un'occhiata a quello 1998-2000

Giancarlo Biasini  
Direttore di Quaderni acp

In un Paese bene ordinato il PSN è cosa "comunitaria e condivisa", ai cui obiettivi dovrebbe ispirarsi quotidianamente l'attività delle professioni sanitarie. Ogni piano, infatti, presuppone la presenza di tre elementi: una serie di obiettivi assunti come fini dell'attività presa in considerazione (la salute nel nostro caso), un insieme di mezzi che dovrebbero permettere il raggiungimento degli obiettivi (il finanziamento dei servizi regionali), le persone o i gruppi che devono realizzare gli obiettivi (il personale del SSN). Senza la presenza di questi elementi ogni piano è destinato al fallimento.

Il primo punto da cui bisognerebbe partire per elaborare un PSN dovrebbe essere la definizione degli obiettivi raggiunti o mancati dal piano precedente; per noi quello 1998-2000.

Nel PSN 2003-2005 c'è, a tale proposito, un accenno che ci riguarda: dice il nuovo PSN che "il Progetto Materno-Infantile del PSN 1998-2000 non ha avuto ancora piena attuazione, pur conservando in linea di massima la sua validità". Noi lo abbiamo scritto da tempo, ma il PSN avrebbe dovuto andare oltre, affrontando le cause per le quali questa "non attuazione" è avvenuta; non c'è nulla di tutto questo.

E che significa che "conserva la sua validità"? In quali parti? Anche nel suggerimento di attuare i DMI?

Vediamo, allora, quali obiettivi materno-infantili del piano precedente, quello del governo di centro-sinistra, sono stati raggiunti, limitandoci agli obiettivi per i quali erano fissati indicatori "numerici".

## Fumo

- Deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza
- Deve ridursi la frequenza dei fumatori fra gli adolescenti

## Diagnosi precoce

- Deve essere esteso a tutto il territorio nazionale lo screening biennale per le donne fra 50 e 64 anni per il carcinoma mammario e lo screening triennale con il Pap-test per le donne fra 25 e 64 anni per il carcinoma del collo dell'utero

## Malattie infettive

- La copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi dovrà raggiungere il 95% per Poliomielite, Difterite, Tetano, Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, *Haemophilus influenzae*
- Dovrà ridursi del 25% l'incidenza delle infezioni ospedaliere

## Mortalità

- Si dovrà ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8/1000 in tutte le Regioni e a tale scopo il PSN si impegna a predisporre linee guida per la gravidanza e il parto

È abbastanza chiaro che **nessuno** di questi obiettivi è stato ottenuto. Non abbiamo i dati della mortalità perinatale e infantile per il 2000, limite di validità del piano, ma quelli che abbiamo pubblicato sul numero 4 del 2002 di *Quaderni*, a pagina 11, dimostrano che almeno 4 Regioni sono ben lontane dall'aver raggiunto il limite per la mortalità perinatale indicati dal piano.

Nel piano 2003-2005 non si fa alcuna riflessione su perché ciò sia accaduto; se è accaduto, potrebbe riaccadere. E questo è veramente strano e inspiegabile; non approfondendo, si rischia di ripetere il *flop*. Il nuovo piano, o meglio lo schema di PSN approvato dal Consiglio dei Ministri, deve tenere conto delle modificazioni legislative intervenute: la modifica del titolo V della Costituzione varata dal governo di centro-sinistra e l'appro-

vazione da parte del governo della devoluzione, che porterà a una ulteriore modifica della Costituzione che avrà sostanzialmente tutti i poteri in materia di salute o sanità in capo alle amministrazioni regionali.

Scrive, infatti, il ministro che il nuovo PSN "si trasformerà da atto programmatico **per** le Regioni in progetto di salute condiviso e attuato **con** le Regioni in modo sinergico e interattivo".

Verrebbe da dire: "parole, solo parole". Neanche per il passato il PSN è mai stato un atto cogente **per** le Regioni. Per limitarci a questioni che ci hanno interessato: il Progetto Materno-Infantile varato come DPR e facente parte del precedente piano non è stato attuato da nessuna Regione (forse la Basilicata?). Ogni Regione ha varato un suo modello indipendente dalle indicazioni del Progetto Materno-Infantile; sono mancate persino indicazioni sulle modalità organizzative che le singole Regioni adottavano per l'organizzazione delle cure materno-infantili. La politica vaccinale è stata affidata, nelle Regioni, alla più pura improvvisazione.

Abbiamo l'impressione che il nuovo PSN non avrà migliore fortuna proprio perché dichiara la sua "levità" ("sarà attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo" non vuol dire nulla).

È ben vero che il Ministro se ne rende conto; infatti, per tentare il coordinamento fra Stato e Regioni, ha ritenuto di proporre alle Regioni quattro dimensioni collaborative: 1) stringere accordi specifici su singoli punti per realizzare sinergie fra funzioni statali e funzioni regionali (ma le funzioni rimaste allo Stato sono oramai pressoché nulle); 2) individuazione da parte delle Regioni di linee guida meglio attuabili con il concorso dello Stato; 3) definizione di aree di spe-

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale

**Abstract**

*The Public Health Programme for the years 2003-2005 is analysed considering mainly the parts regarding maternal and child's indications. The new programme resumes all the previous aims without considering the ones not yet reached (for example: the reduction of perinatal mortality rate under 8/1000 in all Italian regions), and leaving unanswered the reasons underlying it.*

**Giancarlo Biasini. Public Health Programme 2003-2005: and a look backward. Quaderni acp 2003, vol. X n° 6; 7-8**

rimentazione organizzativa da proporre - una volta sperimentate - alle altre Regioni; 4) individuazione di campi di competizione dei sistemi regionali con i sistemi sanitari europei.

Per quanto riguarda gli obiettivi del PSN dobbiamo dire che sono gli stessi soliti obiettivi del piano precedente: malati cronici, stili di vita salutari, fumo, alimentazione, tumori femminili, corretto impiego dei farmaci, qualità, malattie rare, emergenze, territorio al centro del sistema, livelli essenziali di assistenza.

Per le vaccinazioni (che Iddio perdoni al ministro la confusione sulle vaccinazioni antinfluenzali del mese di ottobre) c'è una semplice descrizione delle esistenti possibilità e l'avviso che l'OMS chiede che per il 2007 il morbillo sia eliminato e che per il 2010 tutti i Paesi abbiano una incidenza inferiore a 1/100.000 per pertosse, parotite e malattie invasive da *Haemophilus influenzae*.

Per la mortalità si fa cenno solo a quella neonatale con l'obiettivo di "avvicinare la media nazionale a quella della regione con indice di mortalità più basso"; si fa cenno all'indicazione dell'OMS per l'anno 2020 di collocare la media dei bambini sottopeso a una prevalenza del 3.8%; di ridurre il tasso di ospedalizzazione dell'età 0-14 anni, che è attualmente del 119/1000 (in realtà per l'anno 2001 il tasso è del 111/1000), oltre il doppio di quello del Regno Unito. La riduzione richiesta è del 10% per anno (cioè di passare in 3 anni dal 119 all'87/1000!). Altra richiesta è quella di ridurre il numero dei parti cesarei al 20% (si veda a pag. 24 la situazione attuale). Questi due sono i soli obiettivi numerici del Piano.

Contrasta con la levità degli impegni del PSN la prosa didascalica (Giorgio Tamburlini su *Medico e Bambino* ha scritto: "più da libro bianco che da documenti di indirizzo programmatico") di moltissime sue parti e qualche svarione come i "consultori-ambulatori che operano sul territorio e in ospedale"; il capitolo su ambiente e salute ha aspetti di carattere tecnico probabilmente eccessivi in un PSN, mentre tutta la parte che

riguarda i fattori protettivi, che sembrano essere l'aspetto più nuovo del passaggio dalla vita del bambino a quella adolescenziale, sono del tutto ignorati, come ignorata è la concezione del capitale sociale, e - come ha ancora fatto notare Giorgio Tamburlini - il peso delle prime epoche della vita nel determinare salute in età adulta.

Altro punto (questo al di fuori del PSN) che ha bisogno di essere compreso sono le funzioni dell'*Azienda Territoriale Convenzionata* che è contenuta nel DPEF 2004-7 e che dovrebbe servire soprattutto a frenare l'uso improprio dei ricoveri ospedalieri e a garantire la presenza ininterrotta, nelle 24 ore, dei servizi assistenziali richiesti dai cittadini. L'*Azienda* sarà costruita e gestita dai medici di medicina generale, pediatri di base, specialisti ambulatoriali; sarà incaricata di "gestire un budget generale e di governare la domanda".

Esperienze di questo tipo sono state fatte con la riforma laburista del 1999 e con la costituzione dei *Primary Care Group* in Gran Bretagna, ed ancora più specificamente con le *Aree Basiche di Salute* in Catalogna che sono vere e proprie "imprese" convenzionate; o meglio «potrebbero essere» vista la difficoltà con la quale si realizzano. Una soluzione di questo tipo era stata ipotizzata, tempo fa, all'interno del "modello lombardo", nel quale si era prospettata la possibilità di convenzioni con privati per la medicina preventiva: le vaccinazioni in particolare. Viste le difficoltà operative di una soluzione del genere (la formazione dell'*Azienda* convenzionata), è difficile pensare che si tratti di una ipotesi vicina alla realizzazione. Non si capisce bene, poi, se la *Unità territoriale di assistenza primaria* che verrà proposta alla medicina e pediatria di base in occasione del prossimo rinnovo della convenzione è un prologo dell'*Azienda territoriale convenzionata* o è cosa diversa. È anche difficile ritenere che modificazioni così rilevanti della somministrazione dell'assistenza possano semplicemente passare attraverso accordi sindacali.

**PROSPETTIVE IN PEDIATRIA****Dalle frontiere della ricerca alla pratica clinica**

Nel numero 130 del 2003 di *Prospettive in Pediatria* vengono discusse le ultime novità in gastroenterologia e cardiologia. Nella sezione «Frontiere» un articolo ci illustra gli approcci epidemiologici utilizzati per la definizione della componente genetica dei tratti fenotipici, i metodi genetici disponibili per la ricerca delle mutazioni coinvolte nelle patologie monogeniche e complesse e l'importanza dell'analisi dei polimorfismi nucleotidici semplici (SNP). Nella sezione di «Pediatria Sociale», tre articoli fanno il punto da varie angolazioni, sulla SARS.

**GASTROENTEROLOGIA (S. Auricchio)**

- **Recenti acquisizioni in Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica**  
S. Auricchio
- **Novità in epatologia pediatrica: basi genetiche delle colestasi familiari intraepatiche progressive e terapia dell'epatite cronica virale B.**  
A. Meneghini, P. Vajro
- **Novità in tema di malattia da reflusso gastroesofageo nel bambino**  
O. Borrelli, V. Mancini, A. Ambrosini e S. Cucchiara
- **Novità in tema di diagnosi e terapia nella stipsi cronica**  
G. Boccia, P. Coccorullo e A. Staiano

**CARDIOLOGIA (B. Marino)**

- **Cosa c'è di nuovo in cardiologia pediatrica? Una analisi della letteratura 2000-2002**  
B. Marino, F. Mileto e G. Calcagni
- **La malattia di Kawasaki**  
De Zorzi, B. Leopardi
- **La terapia farmacologica nella disfunzione ventricolare in età pediatrica**  
G. Pacileo, M. D'Alte, R. Calabrò

**FRONTIERE (A. Cao, L. Notarangelo)**

- **Dal fenotipo al genotipo, e viceversa, nell'era postgenomica** G. Pilia

**PEDIATRIA SOCIALE (A. Guarino)**

- **SARS: focus sul bambino**  
V. Giacomet, A. Vigano
- **SARS: il punto di vista della sanità pubblica** R. Pizzuti
- **SARS: la lezione che abbiamo imparato** A. E. Tozzi

**ABBONAMENTI DI PROSPETTIVE IN PEDIATRIA**

Italia € 48,00; Estero € 63,00; Istituzionale € 48,00; Specializzandi € 30,00; Fascicolo singolo € 21,00.

**PROSPETTIVE IN PEDIATRIA**

Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (Pisa)  
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300  
E-mail: abbonamenti@pacineditore.it



# Sulla violenza in TV aspettando dati

Giancarlo Biasini  
Direttore di Quaderni acp

## Abstract

*Studies of violence in the media and its effect on people are clouded by overheated rhetoric and exaggerated claims. More clarity is needed. The intent of New Harvard Center on Media and Child Health (CMCH) to collect and standardize studies of media violence is an important step for the clarity.*

Giancarlo Biasini. *Expecting clarity on the violence in the media*  
Quaderni acp 2003, vol. X n° 6; 9

Su *Nature* (2003;424:355) è comparso un editoriale sulla questione del rapporto fra i media e la violenza. L'articolo è titolato "A calm view of video violence" e fa veramente il punto su quanto si sa e non si sa sul problema. Vediamo.

Ci sono buone ragioni per essere tormentati dalla violenza che ha invaso i media. Film, televisione e videogame sono pieni di giochi fatti con le armi, di scene cruente; ci si può ragionevolmente chiedere che cosa può accadere a una società che presenta giochi e intrattenimenti basati sulla violenza quotidiana.

Certo, anche una volta non si scherzava con gli spettacoli cruenti: basti pensare a *Macbeth* o anche alle botte dei burattini del 1600 delle *Punch and Judy stories* (*Punch* è il nome inglese di *Pulcinella*, o *Punchinella* o *Pollicinella*; *Judy* è sua moglie).

La gente è sempre andata a vedere (si è divertita? con le lacrime agli occhi?) la violenza e il dolore degli altri.

I ricercatori sostengono che le cause di questo amore per la violenza che ha invaso il mondo sono molteplici. Uno studio del 1993 della *U.S. National Academy of Sciences* fece un elenco di fattori biologici, individuali, familiari, amicali, scolastici e comunitari, ognuno dei quali giocherebbe la sua parte nel determinismo della violenza.

Un rapporto del 2001 dell'*U.S. Surgeon General Society* conclude che "le maggiori evidenze sembrano indicare che il comportamento violento talora proviene da una sola causa, ma più frequentemente molti fattori contribuiscono a determinarlo". Il che è oltremodo ragionevole e perfino ovvio, ma contribuisce poco alla spiegazione che stiamo cercando della violenza.

Il problema sul quale si vorrebbe sapere di più è se la somministrazione quotidiana e abbondante di violenza da parte della televisione e dei videogames contribuisce o no a determinare violenza in molte o poche persone e ovviamente nei bambini.

Il problema è serio perché i ricercatori non danno molte vie di uscita: o ci presentano le loro incertezze o sottolineano il rapporto di causalità. E noi non risolviamo il problema.

Ci fu un momento di certezza qualche anno fa. I cittadini, anche quelli più scettici furono spaventati quando un gruppo di società scientifiche americane, fra le quali quella di Pediatria, tentarono di por fine al dibattito con uno statment comune che diceva: "Al momento attuale, ben più di 1000 studi sottolineano che esiste un rapporto causale fra la violenza dei media e il comportamento aggressivo di bambini". 1000 studi!

Il problema sembrava chiuso, ma ci fu chi accusò le Società dello statment di volere influenzare la politica con questa affermazione così netta che riguardava i più di 1000 studi!

Ma negli USA c'è sempre qualcuno che va a vedere.

Quali erano questi "studi"? Molti erano rassegne, molti erano saggi, molti erano articoli su giornali. Jonathan Freedman, uno psicologo sociale pignolo dell'Università di Toronto, in Canada, si ripassò la letteratura e trovò che c'erano "solo" 200 studi che si occupavano propriamente del rapporto spettacolo televisivo e aggressività. Dopodiché egli studiò più approfonditamente quegli studi e dichiarò che "solo" il 28% di quegli studi poteva supportare una ipotesi di connessione "televisione-comportamen-

to aggressivo". Gli studi si riducevano da più di 1000 a 56, ma qualcosa rimaneva. Ma il vero problema di questi studi è il rapporto di causalità. Come si fa a determinarlo?

Gli "allarmisti" dicono che essi hanno provato che il rapporto fra comportamenti aggressivi e media c'è, ma le modalità della dimostrazione sono tutte da discutere. C'è subito un problema di definizione: come si fa a definire sicuramente che uno spettacolo è violento e uno non violento? Quando *Pac-Man* ingoia un fantasma è violento?

C'è poi un problema di causa-effetto: quando gli sperimentatori misurano il tempo nel quale compare l'aggressività cagionata dallo spettacolo sono sicuramente e scientificamente nel giusto? Si tratta di un metodo sperimentalmente provato? Misurano proprio quello che vogliono misurare? Misurano proprio quello che ci interessa?

Per questo va valutato con soddisfazione l'iniziativa del *New Harvard Center of Media and Child Health* (CMCH) di raccogliere e standardizzare studi sulla "media violence" in modo da confrontare le metodologie utilizzate, la loro concordanza, la loro sovrapponibilità, la loro attendibilità, i loro background e le loro conclusioni.

Un altro passo appropriato, in attesa delle conclusioni del CMCH, sarebbe di finirla con le crociate fino a quando non abbiamo buone evidenze. Di finirla con gli sproloqui e la logorrea degli esperti, sia gli allarmisti che i sottovalutatori, che fanno finta di sapere tutto e spesso non sanno nulla. Per un po' dovrebbero rinunciare a questo loro privilegio di "stare sui media".

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: gcbias@tin.it



# L'impronta ecologica e sociale

Pio Russo Krauss

Centro di Documentazione e Ricerca sull'Ambiente e la Salute, ASL Napoli 1

## Abstract

*The earth surface needed to produce resources and depurate polluting substances of a community, of single individuals and of particular industrial processes is called the "ecological footprint". Every single inhabitant of the world uses resources and produces waste equal to a productive and depurative capacity of 2.3 hectares of earth surface. Unfortunately, earth has for each of his 6 thousands of millions of inhabitants only 1.8 hectares available. For this reason, our economy and life styles need profound changes. Useless productions and goods must be reduced; industrial processes with low environmental impact must be adopted; human needs must be satisfied with eco compatible products and services. Work (and wealth) must be equally distributed. An utopia? No, today an essential need.*

*Pio Russo Krauss, The ecological footprint  
Quaderni acp 2003, vol. X n° 6; 10*

Gli ambientalisti ci avvertono che il nostro modello di vita è insostenibile; abbiamo superato la "capacità di carico", avvicinandoci a un punto di non ritorno. Hanno ragione o no? Dobbiamo davvero preoccuparci e cambiare strada o sono allarmismi ingiustificati? Come si fa a sapere se la nostra società è sostenibile o no?

Bisognerebbe avere uno strumento per misurare la sostenibilità, sia della nostra società in genere sia quella dei molteplici elementi che la caratterizzano (consumi, processi produttivi, servizi ecc.). Una équipe guidata da due scienziati americani, Wackernagel e Rees, ha ideato uno strumento del genere.

Il ragionamento che sta alla base del loro metodo è questo: un'attività è sostenibile se, in un dato tempo, preleva un quantitativo di risorse rinnovabili (vegetali, animali ecc.) pari o minore di quello che la natura è capace di riprodurre e nello stesso tempo immette nell'ambiente un quantitativo di rifiuti (solidi, liquidi e gassosi) pari o minore di quello che la natura è capace di depurare. Sia le risorse prelevate dalla natura che i rifiuti immessi possono essere espressi in superficie necessaria per produrre le prime e per depurare i secondi. Infatti un ettaro (di bosco o di un campo agricolo o di un pascolo) produce in un anno un determinato quantitativo di risorse. Lo stesso si può dire per la depurazione: un ettaro di bosco in un anno può depurare non più di un certo quantitativo di anidride carbonica e un chilometro quadrato di mare può depurare non più di un determinato quantitativo di inquinanti.

Su queste basi gli scienziati hanno calco-

lato l'"impronta ecologica", cioè la superficie che occorre per produrre le risorse e depurare gli inquinanti, di una comunità (ad esempio la comunità umana mondiale), di singole persone o di particolari processi produttivi (per esempio l'impronta ecologica della coltivazione in serra di una tonnellata di pomodori rispetto a quella prodotta a cielo aperto d'estate).

Da questi studi risulta che ogni abitante della Terra in media consuma risorse e produce rifiuti pari alla capacità produttiva e depurativa di 2,3 ettari. Ora il problema da porsi è: quanti ettari di ecosistemi produttivi e depurativi ha il nostro pianeta per ognuno dei suoi 6 miliardi di abitanti? Purtroppo la Terra dispone solo di 1,8 ettari per ciascuno dei 6 miliardi di abitanti del pianeta. Quindi abbiamo già superato il limite di sostenibilità.

Ma 2,3 ettari di impronta è un dato medio. In realtà c'è chi inquina molto e chi poco. L'impronta ecologica degli statunitensi è di 12,2 ettari, quella dei tedeschi di 6,3 ettari, degli olandesi di 6,0 ettari, degli italiani di 5,5 ettari, dei cinesi di 1,4 ettari, degli indiani di 1 ettaro, degli eritrei di 0,3 ettari.

Una parte dell'umanità, quella dei Paesi ricchi, si sta appropriando anche della quota di Terra che spetta agli abitanti dei Paesi poveri, sta consumando le loro risorse, sta inquinando il loro ambiente. Negli ultimi anni le popolazioni dei Paesi ricchi sono diventate molto più sensibili alle questioni ambientali, non vogliono più respirare aria inquinata, bere acqua contaminata, fare i bagni in mari sporchi e pieni di petrolio. Questa sensibilità non ha portato a profondi cambiamenti del-

l'economia e degli stili di vita, ma a provvedimenti che limitano i danni o li spostano un poco più lontano nel tempo e nello spazio. Soprattutto si è scaricato il danno ambientale sui Paesi poveri. Lì sono impiantate le industrie inquinanti; lì vengono disboscati milioni di ettari di foresta per fornire ai consumatori dei Paesi ricchi legno, prodotti agricoli e zootecnici; lì vengono prelevate le materie prime; lì vengono coltivati, in latifondi controllati da multinazionali e con tecniche agricole ad alto impatto ambientale, caffè, banane, ananas, cacao, canna da zucchero, cotone, caucciù, nonché cereali e leguminose da utilizzare come mangime per gli allevamenti di bestiame destinato ad alimentare le popolazioni dei Paesi ricchi.

È necessario, invece, smettere di vivere al di sopra delle nostre possibilità, rendersi conto che il nostro è un pianeta "finito", con risorse e capacità di depurazione limitate, che non è possibile crescere sempre di più, produrre sempre di più, consumare sempre di più e che non ci si può affidare fideisticamente alla tecnologia ("Le nuove tecnologie saranno più efficienti e meno inquinanti"). Tra l'altro l'impronta ecologica è uno strumento utile per misurare la reale efficienza (l'efficienza totale, cioè quella "ecologica") delle nuove tecnologie. Per esempio le nuove tecniche agricole industriali non sono così efficienti come sembrano: la resa per ettaro aumenta, ma l'impronta ecologica per chilogrammo di prodotto può anche essere 10 volte maggiore di

*continua a pag. 48*

Per corrispondenza:

Pio Russo Krauss

e-mail: [piorussokrauss@tiscalinet.it](mailto:piorussokrauss@tiscalinet.it)

salute pubblica

*In una delle tante nostre città la cui bellezza è sopraffatta dalla speculazione e dal degrado, assistiamo a quello che lo stesso regista ha definito "un miracolo laico"; provocato da piccoli gesti d'amore di un ragazzo. E i due giovani protagonisti, con la loro capacità di amore, si contrappongono ad adulti litigiosi e immaturi, e all'invadenza dei media interessati a creare un "bambino guaritore" che faccia audience.*

## Il ritorno di Andrey Zvyagintsev Amore, o timore?

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Andrey Zvyagintsev: chi era costui? Chi era, intendo, prima di Venezia 2003? Di lui, nel catalogo ufficiale della Mostra, si legge: "Nasce a Novosibirsk nel 1964. Dal 1986 vive a Mosca. Dopo essersi diplomato presso l'Università Statale di arte drammatica, inizia a lavorare come attore in alcune realizzazioni di teatro indipendente. Nel 2000 debutta in televisione come regista, dirigendo alcuni cortometraggi per la serie televisiva russa "La stanza nera", un thriller psicologico. *Il ritorno* è il suo debutto come regista nel lungometraggio.

Tutto qui. Pochino, in verità, per pronosticare che avrebbe vinto il "Leone d'oro", mettendo nei pasticci la Giuria - con il presidente Mario Monicelli in testa, reo di non avere saputo difendere i prodotti italiani - e suscitando un coro di proteste, soprattutto tra quanti davano come certa la vittoria di *Buongiorno, notte* di Marco Bellocchio.

Mentre scrivo, *Il ritorno* non è ancora arrivato nelle sale. Immagino che vi arriverà prima della pubblicazione di questo "pezzo"; e immagino pure che, per quella data, si siano già placate le polemiche. Se questo film meritava o meno di vincere un concorso così importante come quello di Venezia, mi sembra, infatti, una notizia di cronaca che non può andare al di là dei giorni immediatamente successivi alla conclusione della Mostra. Un po' come la commovente dedica del premio a uno dei due ragazzi protagonisti, morto appena due mesi dopo la conclusione delle riprese. Ora è il caso di parlare d'altro, del film in sé, della tecnica (che, a mio avviso, ha notevolmente influenzato il giudizio della giuria), dei riferimenti al cinema di Tarkovskij, l'ultimo regista russo premiato a Venezia nel 1962 con *L'infanzia di Ivan*, di Antonioni e dei registi russi del "disgelo", della colta citazione pittorica del Cristo del Mantegna, dell'incantevole fotografia e dell'afflato poetico che anima alcune sequenze, dell'interpretazione dei ragazzi, del tema che propone e del modo con il quale sviluppa la storia.

Già: la storia. Raccontiamola.

La vita di Andrei e Ivan, ancora adolescenti, è improvvisamente sconvolta dall'arrivo, dopo oltre 10 anni di assenza, del loro padre. I ricordi dei ragazzi sono legati a una vecchia foto e, nel ritrovarselo in casa da un giorno all'altro, burbero, inflessibile, dominatore, diametralmente opposto alla dolce e tenera madre con la quale sono cresciuti, non possono fare a meno di chiedersi: ma quest'uomo è veramente nostro padre? A questa prima domanda ne seguiranno altre: Dov'è stato per tutto questo tempo? Perché è tornato? Che razza di educazione vuole imporre a figli mai visti? Domande senza risposte che accompagneranno anche gli spettatori lungo i 105 minuti della proiezione, buona parte dei quali spesi a descrivere le tappe di un viaggio che l'uomo intraprende con i suoi figli nella bellezza selvaggia di boschi, laghi e paesi di una Russia fuori dal mondo, fino all'approdo in un'isola deserta per recuperare una scatola dal contenuto misterioso. Uno strano viaggio che vuole essere un premio e diventa un castigo, perché alterna e contrappone momenti di distensione a punizioni, lezioni di vita e incomprensibili segreti, loquacità a silenzi, libertà di azione a riti di iniziazione, serenità a tragedia.

Come finisce? È buona regola non anticipare la conclusione di un film per non privare gli spettatori del piacere della scoperta; in questo caso, tuttavia, conviene attenersi alla regola soprattutto per un altro motivo: perché, a film finito, la vicenda passa in secondo piano e acquista maggiore interesse l'analisi del rapporto tra i due ragazzi e il loro padre. Di fronte a un uomo che, riapparso dal nulla, pretende di modellare i suoi figli a sua immagine e somiglianza - duri, forti, sicuri, maschi... - i due fratelli reagiscono in modo diverso, del tutto contrario al loro carattere.

Il maggiore, coraggioso nelle gare dei tuffi e sicuro di sé, si sottomette ai voleri del genitore, resta soggiogato dalla per-

sonalità di un padre-padrone che non sorride mai e ne diventa il servo ubbidiente; il minore, timido e pauroso con i compagni, si ribella e trova la forza di rimproverare al genitore i difetti e le colpe che sicuramente nasconde a se stesso e agli altri. "Perché sei tornato?" - gli grida - "Avrei potuto amarti e invece ti odio!". Tra i tanti interrogativi che il film di Zvyagintsev pone, eccolo, a mio avviso, quello più importante: fino a che punto la presenza di un padre che non sa educare è migliore della sua assenza? La contrapposizione tra la figura materna e quella paterna è volutamente netta. Alla dolcezza della donna (che dopo una rapida apparizione nelle prime bellissime sequenze si eclissa, impotente e rassegnata al suo ruolo di educatrice di riserva, che deve farsi da parte quando il padrone torna a casa) si contrappone il pugno di ferro dell'uomo. Se quest'ultimo fosse stato meno inflessibile e duro di cuore, probabilmente avremmo potuto ancora una volta dibattere, per dirla con Machiavelli, "s'elli è meglio essere amato che temuto, o più tosto temuto che amato", ma qui siamo di fronte a un genitore quasi sadico che non riesce a espiare i suoi errori nemmeno con la morte. Ecco, l'ho detto: il genitore muore. Ho svelato il finale con un senso di liberazione; lo stesso senso di liberazione che piglia gli spettatori quando vedono sparire il cadavere del cattivo in fondo al mare. Lo riconosco: è un sentimento che va oltre la partecipazione affettiva alle sofferenze dei due ragazzi (i quali con il loro inatteso, disperato, angoscioso e amorevole grido finiscono con il farci vergognare per il nostro inflessibile senso di giustizia), ma è un dato di fatto che, solo dopo la partenza senza ritorno del capofamiglia, rivediamo con piacere la famigliola serena.

Per corrispondenza:

Italo Spada

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

# Novità in medicina procreativa: quali conseguenze su chi nasce oggi?

Carlo Valerio Bellieni

UO di Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico "Le Scotte", Siena

Il pediatra, in particolare chi si occupa di neonati negli ultimi anni, ha avuto a che fare con un incremento di nascite gemellari o premature o con vari altri problemi del neonato che lavori recenti mettono in relazione con le nuove pratiche nel campo della procreazione. Nel 2002 vari articoli su riviste pediatriche e non (*Archives of Disease in Childhood, Pediatrics, Lancet, British Medical Journal*) hanno manifestato con articoli ed editoriali preoccupazione riguardo a questo argomento. Quali siano queste novità in campo procreativo lo sappiamo tutti, ma vogliamo vedere i rischi per i bambini, legati a quelle più diffuse?

Negli ultimi anni si sono affermati nuovi stili di vita riguardanti il concepimento e la gravidanza. L'età media della prima gravidanza si è innalzata da 25 anni nel 1989 a 27 anni nel 1999 (31,5 anni in alcuni centri italiani nel 2002); le indagini prenatali si sono in pratica estese a tutta la popolazione; le tecniche di fecondazione assistita sono diventate accessibili a tutti.

A queste nuove tendenze è corrisposto un miglioramento della salute dei bambini?

Vari studi recenti sollevano dei dubbi a proposito: vediamo nel dettaglio.

## Età materna

I rischi connessi con l'età materna sono ben noti. Recentemente è stato segnalato che "il recente aumento di nascite di bambini di basso peso (<2500 g) e di parti prematuri è in parte legato al fenomeno del concepimento in età avanzata (>35 anni)" (1); altri riportano come effetti dell'età materna avanzata: natalità, aborto spontaneo, gravidanza ectopica o plurigemellarità, malformazioni congenite. Questi dati contrastano con la tendenza a posporre l'età del

primo concepimento, che si avvale di ricerche che sostengono che i nati da genitori "adulti" avrebbero una performance scolastica migliore di quella dei nati da genitori giovani.

## Ecografie e amniocentesi

Per quanto riguarda le ecografie, ricordiamo uno studio dettagliato e ampio che porta risultati interessanti (2): in questo studio 2834 donne vennero suddivise in due gruppi a caso per ricevere 1 sola o 5 sedute di ultrasuoni fetali. La crescita fetale era statisticamente inferiore nel gruppo con 5 amniocentesi. Questi dati sono stati replicati nel 1996, seppur con effetti meno chiari. Ricordiamo un altro studio fatto su un campione di donne che in gravidanza ha fatto solo due ecografie, che dimostra che due ecografie in gravidanza non influiscono sul benessere del neonato.

Greenough e collaboratori hanno dimostrato nel 1997 su *Lancet* che i nati dopo amniocentesi sono a rischio aumentato di ingresso in TIN, spesso per un'associazione tra amniocentesi e problemi respiratori alla nascita; va comunque ricordato che amniocentesi e prelievo di villi coriali (CVS) non sono tecniche scevre da rischi: *Lancet* nel 1998 riporta: "C'è un aumento significativo di piede equino varo nel gruppo dell'amniocentesi precoce in confronto al gruppo di amniocentesi al secondo trimestre (1.3% vs 0.1%) (3). Non bisogna poi dimenticare il rischio di morte fetale in seguito a queste procedure.

## Ricerca della perfezione, o paura?

È opportuno inoltre ricordare che l'accanimento diagnostico prenatale può svelare o provocare problemi di ordine psicologico: "Ogni esplorazione fetale, in particolare la realizzazione del cariotipo,

provoca soprattutto nella madre una vera "interruzione" della relazione con il bambino, che riprenderà solo dopo il risultato di normalità. Alla minima anomalia, il sospetto portato sulla qualità del bambino induce nei genitori una reazione di rigetto totalmente sproporzionata alla gravità reale", scrive Mme Vial, direttrice della Puericultura del maggior ospedale di Parigi. Sappiamo che il feto può risentire di questo stato di ansia materna, perché è stato descritto che, in caso di depressione o ansia materna (4), egli modifica i parametri fisiologici (movimenti, frequenza cardiaca). Ansia materna che si manifesta talora in rifiuto, nel caso di esito della diagnosi prenatale non conforme a quanto desiderato: "una proporzione significativa della popolazione nei Paesi sviluppati e in via di sviluppo è in favore di diagnosi prenatale e aborto selettivo in condizioni quali mancanza di due dita, bassa statura, obesità" (5); talvolta il figlio viene rifiutato paradossalmente nel caso si preveda che nascerà indenne da un'anomalia (ad esempio la sordità) presente nei genitori. L'OMS invoca una privacy fetale per non rivelare, durante gli esami prenatali di routine, dati quali il sesso o la statura prevista, che potrebbero portare a interruzioni eugenetiche della gravidanza.

## Fecondazione in vitro (FIV)

La fecondazione medico-assistita è già stata oggetto di segnalazioni riguardo alla sua non innocuità (6). Taluni legano questo non solo alla gemellarità spesso prodotta da questa tecnica, ma anche a un'alterazione intrinseca del normale sviluppo dello zigote, che al momento del concepimento non si trova a contatto delle proteine prodotte dalla mucosa tubarica (7), con possibili effetti anche sulle gravidanze singole (8). Healy e

Per corrispondenza:  
Carlo Bellieni  
e-mail: c.bellieni@tin.it

letture



**Abstract**

*Recent progresses in reproductive medicine have improved the chances for the parents, but did an effective improvement in these babies' health correspond to that? Various studies on amniocentesis and in vitro fertilization raise some doubts.*

**Carlo Valerio Bellieni. Recent progress in reproductive medicine. Is effective improvement?**  
*Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 13-14*

Saunders su *Lancet* del febbraio 2002 scrivono: "Bo Stromberg e collaboratori riportano in questo numero del *Lancet* che i bambini nati in Svezia dopo FIV hanno 3 volte il tasso di paralisi cerebrali confrontato con quello della popolazione generale. Questo rischio maggiore di paralisi cerebrale è stato trovato non solo tra i bambini nati da gravidanze multiple indotte da FIV, ma anche tra le gravidanze singole".

Nel caso della tecnica ICSI sono riportati ulteriori rischi (9). La fecondazione medico-assistita è anche causa di aumento di ingresso dei bambini nelle rianimazioni neonatali: in Francia questo tasso è in ascesa dal 1995 al 2001 del 20% (10).

**Come c'entra il pediatra?**

Il pediatra si trova allora ad affrontare una situazione paradossale: tutta la scienza d'avanguardia è stata coinvolta nel tentativo di soddisfare un desiderio di genitorialità, ma forse ci troviamo di fronte a qualche eccesso, anche a sentire le recenti dichiarazioni del Ministro della Sanità francese, Jean François Mattei, che parla di accanimento procreativo.

Talora infatti si può collegare una patologia alla nascita, che richiede l'intervento pediatrico, con le tecniche sopra riportate. Questo comporta nei genitori una ferita narcisistica e lo scatenarsi di sensi di colpa e di rifiuto. Di fronte alla mancata accettazione dei bambini con patologia, P. Maroteaux, uno dei padri degli studi sul nanismo, annotava nel 1996: "Questo ci porta a parlare dei comportamenti delle nostre società che sono schiave delle norme che si sono forgiate. -Mio figlio misurerà 1,70 m? - mi domanda la madre di un bambino perfettamente normale. Nell'ottica attuale del nostro mondo occidentale, è impossibile riuscire nella vita se certi criteri di statura, peso, non sono raggiunti. Grave è il rifiuto verso coloro che non rispondono a questi criteri". In Francia hanno forgiato il termine di *handiphobie* (fobia dell'handicap) per descrivere questo fenomeno della ricerca accanita della perfezione prima della nascita e del rifiuto del

figlio "non perfetto". Quante volte in sala parto ci capita di sentire un genitore domandare come prima cosa: "È normale?", "Ha tutto?", ma anche: "È perfetto?": segno di una gravidanza vissuta con angoscia. Ora, anche il progresso medico non garantisce la riuscita di questo "prodotto". E nascono drammi. Ormai si parla di "consumismo riproduttivo" (5). I dati riportati mostrano che occorre un'opera di educazione nella popolazione per far sì che certi comportamenti apparentemente innocui, ma che invece comportano rischi per la salute del nascituro, vengano modificati. In particolare è importante che venga fornito sempre alla donna in età feconda, e in particolare alla donna in stato di gravidanza, un quadro delle possibili opzioni riguardo alla gravidanza secondo i dettami del "consenso informato": è fondamentale spiegare i rischi di una gravidanza in età avanzata, la reale importanza e controindicazioni della diagnosi prenatale, i rischi della fecondazione medicalmente assistita.

Pertanto è importantissimo il ruolo del pediatra, che spesso è il tramite perché il figlio con patologia che si svela alla nascita venga accettato. Per diventare genitori in condizioni critiche occorre un accompagnamento del processo di accettazione del figlio. L'inizio dell'accettazione passa attraverso lo sguardo che i genitori vedono nel medico: l'ansia di quel momento sa comunque ben distinguere se il bambino viene guardato come un "caso clinico", come un "prodotto", oppure come un bambino e basta, con un nome, con una storia, con un valore che è superiore alla sua patologia. "In ogni nascita c'è uno iato tra il bébé immaginato durante la gravidanza e il bébé reale presente alla nascita. Questo iato si colma nelle prime ore grazie allo sguardo degli altri sul bambino, alle felicitazioni che vengono a colmare il narcisismo dei genitori. Bisogna sottolineare l'effetto di transizionalità delle parole di chi si rivolge al bambino. Questo permetterà ai genitori, quando potranno rivolgersi a lui, di prendere una certa distanza in rapporto all'emozione che

suscita la sua vista, di rivolgersi a lui e considerarlo come una persona" (2). "Le madri descrivono spesso questo momento esatto in cui sono state aiutate a prendere contatto fisicamente col loro bambino come il vero inizio della loro accettazione... Il loro bambino è davvero umano perché loro hanno potuto occuparsene come qualunque altro neonato. Diventano davvero madri, soprattutto quando hanno potuto affrontare lo sguardo del bambino".

C'è un contrasto stridente tra la facilità con cui si ricorre a tecniche che possono avere qualche rischio per la salute del neonato con l'affetto con cui invece molte famiglie si rivolgono al bambino una volta nato anche se con problemi. È il grande passo dell'accettazione...e quanto è importante in questo la figura del pediatra che vive i primi momenti con i genitori!

**Bibliografia**

- (1) Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW, Svenson LW, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics* 2002;109:399-403
- (2) Newham JP, Evans SF, Michael CA, Stanley FJ, Landau LI. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993;342(8876):887-91
- (3) The Canadian early and mid-trimester amniocentesis trial (CEMAT) Group. Randomised trial to assess safety and fetal outcome of early and mid trimester amniocentesis. *Lancet* 1998;351:242-7
- (4) Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsal K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Hum Dev* 2002 Apr;67(1-2):87-100
- (5) Henn W. Consumerism in prenatal diagnosis: a challenge for ethical guidelines. *J Med Ethics*. 2000 Dec;26(6):444-6
- (6) Mitchell AA. Infertility treatment: more risks and challenges. *N Engl J Med* 2002;346:769-70
- (7) Relier JP. Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biol Neonate* 2001;79:168-71
- (8) Stromberg B, Dahlquist G, Ericson A, Finnstrom O, Koster M, Stjernqvist K. Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study. *Lancet* 2002;359:4615
- (9) Cox GF, Burger J, Lip V, Mau UA, Sperling K, Wu BL, Horsthemke B. Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *Am J Hum Genet* 2002;71(1):162-4
- (10) Mamelle N. Conclusion du rapport AUDIPOG "Santé périnatale 2001". Paris, 5 août 2002



# Cancun e oltre: nessun accordo è meglio di un cattivo accordo

Angelo Stefanini

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

## Abstract

*Is rather sad considering the failure of an international summit as a good thing. Nevertheless the failure of the 5° WTO International Summit in Cancun is at the end far better than an agreement leading to a defeat for developing countries.*

*Angelo Stefanini. Cancun and beyond: no agreement is better than a bad agreement  
Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 15*

“Il collasso della Conferenza Ministeriale, che fa seguito a quello di Seattle nel 1999 per ragioni simili, dovrebbe insegnare ai ricchi e potenti Paesi del sistema commerciale internazionale che il tempo dei loro angusti interessi sul resto del mondo sta finendo. Dovrebbe segnalare l’inizio di un nuovo modo di interagire negli affari internazionali, basato su un rapporto di autentico e mutuo rispetto.”

Così si è espressa l’organizzazione *Africa Trade Network* a commento del fallimento della V Conferenza Ministeriale della Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO-World Trade Organisation) che si è tenuta a Cancun (Messico) dal 10 al 14 settembre 2003. Le ragioni principali del mancato accordo vanno probabilmente ricercate, primo, nella incapacità della WTO di riconoscere che i bisogni dei Paesi poveri sono diversi da quelli dei più ricchi e industrializzati, e, secondo, nel metodo non democratico utilizzato dalla WTO per raggiungere il consenso. I Paesi in via di sviluppo (PVS) hanno capito che l’unione (basata su interessi comuni e non su ideologie) fa la forza anche quando gli avversari sono potenze come gli Stati Uniti o l’Unione Europea.

Ma vediamo allora che cosa era in palio alla Conferenza e quali nuove regole i Paesi poveri avrebbero dovuto accettare.

## Agricoltura e cibo

Le imprese agro-alimentari del Nord America e dell’Europa, grazie agli enormi sussidi (300 miliardi di dollari all’anno) che ricevono dai propri governi, continuano a esportare prodotti agricoli a prezzi molto inferiori del loro costo di produzione, talvolta fino al 50% in meno. Questa pratica, chiamata *dumping*, sta impoverendo i contadini di molte parti del mondo, riducendo la produzione agricola e distruggendo in molti Paesi le speranze di una autosufficienza alimentare a lungo termine. Viene inoltre visto con grande preoccupazione

il tentativo di utilizzare la WTO come un meccanismo per abbassare gli standard di sicurezza dei prodotti alimentari.

## Servizi

Negli anni recenti, in molti Paesi, sempre più servizi pubblici (come acqua, sanità, energia e istruzione) sono passati in mani private, mettendo spesso a rischio la loro accessibilità a tutta la popolazione. Le regole proposte nel nuovo GATS (l’Accordo generale sul commercio in servizi) prevedono che il governo sia legalmente obbligato a liberalizzare il commercio di questi servizi, a prescindere dall’impatto che ciò avrebbe sulla salute della popolazione.

## Diritti di proprietà intellettuale

Il dibattito sul TRIPs (Accordo generale sui diritti di proprietà intellettuale) è estremamente acceso soprattutto in due aree, la brevettabilità delle forme viventi e il lungo periodo (20 anni) di monopolio su farmaci salvavita, e quindi di prezzi spesso per molti insostenibili, imposto dall’Accordo. La Conferenza di Doha (Qatar), tenutasi nel 2001, aveva prodotto una speciale “Dichiarazione su TRIPs e salute pubblica” che affermava il diritto dei governi a proteggere la salute pubblica, evitando le imposizioni dovute al brevetto, e a fornire farmaci a basso prezzo in caso di crisi sanitaria. Tuttavia questa speciale dichiarazione non affronta i problemi dei Paesi privi di industrie nel settore farmaceutico e non dà garanzie di accesso a tutti i farmaci essenziali.

## Investimenti

Anziché rafforzare i poteri di controllo pubblico sugli investimenti privati, le regole proposte verrebbero a concedere alle imprese straniere il diritto di citare in giudizio per profitti mancati un governo che adotti leggi a protezione della salute umana o dell’ambiente. La stessa facoltà invece non sarebbe concessa al singolo

cittadino che intendesse proteggersi contro eventuali pratiche dannose da parte delle imprese.

## Concorrenza

Le nuove regole sulla concorrenza spianerebbero la strada alle società multinazionali per entrare nei mercati nazionali, eliminando la possibilità per un governo nazionale di riservare un trattamento speciale ad aziende medie e piccole basate sul proprio territorio.

## Acquisti pubblici

Si sta tentando di utilizzare la WTO come un veicolo per capovolgere o limitare i diritti dei governi nazionali e locali di decidere come investire i propri soldi. Alcuni governi, sotto l’egida della WTO, intendono creare delle regole che costringano i comuni e gli altri governi locali a rinunciare alle proprie preferenze nell’acquisto di beni e servizi che promuovano lo sviluppo locale o altre cause sociali.

## Concludendo

È evidente l’impatto negativo che l’attuazione pratica di molti di questi accordi avrebbero sia direttamente sulla salute umana (come ad esempio un diminuito accesso ai farmaci essenziali, un abbassamento degli standard internazionali di sicurezza degli alimenti, una ridotta autosufficienza alimentare ecc.) che sulla capacità di governi democraticamente eletti di salvaguardare l’accesso equo e universale ai servizi sanitari. Nonostante, in linea di principio, sia triste inneggiare al fallimento di un vertice internazionale, il pericolo scampato dai PVS e la loro ritrovata unità di intenti fanno ben sperare per il prossimo futuro. Non resta che augurarci che le proposte di giustizia globale dei movimenti “altromondisti” possano essere incorporate in una nuova WTO trasformata nell’organismo democratico che avrebbe dovuto essere fin dalla sua nascita.

Per corrispondenza:  
Angelo Stefanini  
e-mail: stefanin@alma.unibo.it

## Rischio sociale a Napoli

Il coro di Handel dei ragazzi della scuola media Enrico Berlinguer di Secondigliano ha aperto il III Convegno sul disagio sociale organizzato di nuovo a Napoli, il 30 e 31 maggio, dal Centro Studi Interistituzionale per l'integrazione socio-sanitaria del Comune di Napoli e dell'ASL Napoli 1, dall'ACP e dal CSB, otto anni dopo il primo. È stata una introduzione commovente e ricca di ottimismo, finendo con il dare un senso a tutto il convegno: la salute e il benessere di ragazzi ha tante componenti, tutte importanti, ed è necessario che si attivino tutte le risorse territoriali e le responsabilità degli adulti, per migliorare la qualità di vita dei bambini e delle famiglie. Gli occhi, le voci di quei ragazzi di Secondigliano e del loro Professore hanno davvero parlato al cuore dei circa 200 partecipanti (pediatri, psicologi, sociologi, operatori della scuola, operatori sociali), creando un'atmosfera "magica" che ha coinvolto davvero tutti.

Il convegno aveva i seguenti obiettivi: riaffermare i diritti di cittadinanza dei bambini e delle famiglie a rischio di non inclusione sociale, valutare la persistenza e l'entità di disuguaglianze nella salute a livello nazionale e locale, riflettere sui meccanismi di produzione delle disuguaglianze, offrire un panorama critico delle esperienze locali di integrazione socio-sanitaria, di presa in carico di bambini e famiglie con bisogni complessi, in riferimento soprattutto al percorso di sostegno genitoriale precoce, e infine proporre le linee generali di sviluppo delle politiche regionali e napoletane per i bambini e le loro famiglie.

Complessivamente è sembrato un ottimo convegno sia per i contenuti che per la qualità degli interventi, forse troppo denso di proposte e problematiche; e questo ha di molto ristretto gli spazi di confronto.

L'analisi critica del lavoro iniziato a Napoli otto anni fa e culminato con il Progetto «Adozione sociale» ha rappresentato uno degli esempi meglio riusciti (con tutte le sue criticità) di integrazione socio-sanitaria.

È risultato comunque chiaro ed evidente a tutti i partecipanti che una visione "pediatrocentrica" della salute dei bambini è assolutamente dentro di noi, l'integrazione socio-sanitaria, socio-educativa, rappresentano non più lo sforzo illuminato dell'ACP e del CSB, ma una realtà obbligata di lavoro, un confronto indispensabile e non occasionale, a cui i pediatri non sono ancora compiutamente formati: "dalla prestazione alla presa in carico" rappresenta ancora una sfida da affrontare.

*g.c. p.s.*

## Il counselling in età evolutiva

Si è tenuto a Milano il 15/2/2003 il convegno dedicato al counselling in età evolutiva, promosso da I.Co.S. (Istituto di Counselling Sistemico di Milano) che fa parte della Società Italiana di Counselling Sistemico (SICIS).

Il convegno era rivolto a tutti coloro che operano con il modello di counselling sistemico nel trattare situazioni di difficoltà in ambito sanitario, educativo, scolastico e giuridico. La presenza pediatrica era piuttosto nutrita e questo a riprova dell'interesse al counselling e al modello sistemico in ambito sanitario in età evolutiva.

La pediatria di famiglia ha presentato le esperienze sul campo attraverso l'approfondimento di colloqui ambulatoriali audio registrati e in particolare si è evidenziata la differenza di clima e di relazione tra un colloquio centrato sul medico e un colloquio centrato sul paziente (Elli, Zanetto).

Gangemi si è intrattenuto su come le abilità di counselling aiutino il pediatra a migliorare la relazione col bambino e la sua famiglia e sul ruolo della formazione per ottenere questo cambiamento. Baronciani ha presentato una riflessione sulle prassi ospedaliere nelle comunicazioni difficili. L'attenzione della comunicazione-relazione con i genitori in questi momenti critici presenta aspetti organizzativi, ma anche attenzione agli aspetti di comunicazione verbale e non verbale. L'impatto dell'intervento, sia nei con-

tenuti che sul piano emotivo, è risultato di notevole efficacia. Scuratti (psicologa del S. Gerardo di Monza) ha presentato alcune esperienze nel punto nascita lombardo, che hanno confermato la necessità di sostegno ai genitori, ponendo in risalto l'importanza di ascoltare e di entrare in empatia da parte dell'operatore del punto nascita.

Il convegno si è concluso con una tavola rotonda che ha fatto il punto sullo stato dell'arte del counselling in Italia. La figura di counsellor professionale è stata riconosciuta ufficialmente e il ruolo delle società accreditate sarà quello di vigilare sulla formazione e sulla eticità di queste nuove figure. È stato ribadito che in età evolutiva è necessario che gli operatori acquisiscano abilità di counselling da innestare sulle loro diverse professionalità.

*m.g.*

## Troppi errori terapeutici nei reparti pediatrici inglesi! E in Italia?

Gli errori terapeutici: è questo uno dei principali temi discussi a Derby (GB) il 15-16 giugno, nel corso del primo incontro internazionale su "Paediatric and perinatal drug therapy and paediatric clinical trials".

Sono stati 1675 gli errori terapeutici (eventi prevenibili causati da un uso inappropriato dei farmaci che mettono a rischio la salute del paziente) subiti dai bambini ospedalizzati in Inghilterra nel corso del 2001. 85 di questi hanno avuto esiti moderati o gravi che hanno prolungato l'ospedalizzazione e, ovviamente, i costi assistenziali. Si tratta comunque solo degli errori spontaneamente segnalati alla *National Patient Safety Agency* ([www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)), quindi, ampiamente sottostimati rispetto alla totalità degli eventi verificatisi. In considerazione dell'entità del fenomeno il governo inglese ha lanciato un'iniziativa nazionale per ridurre del 40% entro il 2005 la frequenza di questa *malpractice*, in particolare

# controluce

nei bambini. Il piano, che coinvolgerà medici, farmacisti ospedalieri e infermieri, prevede, inizialmente, un periodo di monitoraggio intensivo con la segnalazione centralizzata degli errori che si verificheranno. In base alla frequenza, tipo e gravità di tali eventi verranno pianificati interventi informativi e di riorganizzazione delle procedure terapeutiche mirati per reparto, ospedale e condizioni patologiche. Seguirà quindi una fase di valutazione per verificare il successo atteso (riduzione degli errori) dell'iniziativa. Gli interventi ipotizzati, la cui prio-

rità e rilevanza andranno stabilite, mireranno a disporre di confezioni di farmaci appropriate per l'età pediatrica, così da ridurre gli errori da diluizione, di preparazioni univoche per singolo farmaco (p.es., non le stesse confezioni, di dimensioni e colore, per farmaci diversi), di confezioni con scritte semplici ed esplicite sia del contenuto sia delle modalità di preparazione e somministrazione, ecc. Un'iniziativa analoga è stata intrapresa da alcuni anni in modo formale solo negli Stati Uniti, mentre in altre nazioni, come l'Italia, la problematica degli erro-

ri terapeutici è rimasta a tutt'oggi confinata al dibattito medico-legale per l'attribuzione di responsabilità e non di prevenzione del rischio.

Si tratta della prima iniziativa europea rivolta al miglioramento delle terapie pediatriche, in cui si sono approfonditi anche i temi della sperimentazione clinica diretta ai in/con/perbambini, degli aspetti etici, dei bisogni terapeutici ancora inevasi e dell'attivazione di un registro di tutte le sperimentazioni cliniche europee a cui partecipano i bambini.

*m.b.*

# "Muoversi senza motore"

## Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi

Laura Todesco, Patrizia Bonin, Renata Scala, Mirella Finco, Marzia Marcadella  
ACP Jacopo da Ponte, Bassano del Grappa

### Introduzione

Il punto di partenza di "Muoversi senza motore" è stato una delle raccomandazioni conclusive dell'intervento educativo per i bambini asmatici e le loro famiglie: esercitare attività fisica all'aria aperta, utilizzando i percorsi obbligati quotidiani (1). Dare questo consiglio risulta difficile, perché è una raccomandazione che esula dal percorso formativo e dalla routine del pediatra e si scontra con l'innegabile pericolosità dell'attuale sistema viario e con l'abitudine di utilizzare l'auto anche per i tragitti più brevi. Effettuare un intervento di sensibilizzazione attraverso indagini conoscitive, nel contesto territoriale dell'ASL n°3 Veneto, sembrava necessario per dare voce a una esigenza dell'infanzia poco considerata, per ampliare conoscenze e intervento del pediatra, per disporre di dati con cui richiamare l'attenzione delle amministrazioni locali sugli aspetti critici della viabilità per bambini e adolescenti.

Una prima indagine conoscitiva sulla mobilità urbana svolta fra i dodicenni della ASL di Bassano nel maggio 1999 (2) ha messo in evidenza che il 44,2% dei ragazzi si reca a scuola in macchina, ma il 61,2% di questi userebbe un altro mezzo, in particolare la bicicletta. Ma chi si muove autonomamente a piedi o in bicicletta dichiara di aver paura degli automobilisti, degli incroci, delle strade poco illuminate, dei camion. Il 35,9% ha subito episodi di paura e il 20,7% incidenti stradali. Contemporaneamente a questa è iniziata una seconda indagine conoscitiva, durata un anno e svolta nello stesso ambito territoriale.

Dal 1999, quando sono state condotte le due indagini conoscitive nei 28 comuni della ASL, poco è cambiato; negli ultimi due anni alcuni dei comuni dell'immediata periferia di Bassano hanno dotato di marciapiedi ciclabili alcuni percorsi dei propri centri.

In Bassano qualche frammentario intervento appare nel centro storico, ma le segnalazioni di disagio sono concentrate nei percorsi che portano dalle mura della città alle zone residenziali, e non vi è alcun segnale che faccia pensare a qualcosa di nuovo nell'immediato futuro.

### Gli obiettivi

1. Sensibilizzare amministratori locali, genitori, bambini, ragazzi sulla necessità per i bambini e i ragazzi di muoversi senza pericolo in città con mezzi non motorizzati.
2. Utilizzare dati raccolti attraverso indagini conoscitive per richiamare l'attenzione delle amministrazioni locali sugli aspetti critici della viabilità per bambini e adolescenti.

### L'indagine

L'indagine conoscitiva si è svolta dall'aprile 1999 al marzo 2000 nelle sale d'attesa degli ambulatori di 16 pediatri di famiglia, di un medico di medicina generale (10.650 bambini assistiti) e delle sedi vaccinali dei quattro distretti della ASL n° 3 del Veneto. I medici partecipanti hanno illustrato l'iniziativa e consegnato una lettera esplicativa a genitori, bambini e ragazzi afferenti agli ambulatori. È stato chiesto di segnalare, su appositi biglietti prestampati contenuti in una bacheca, posizionata in sala d'attesa, ostacoli o pericoli nel "muoversi senza motore", la loro ubicazione, i suggerimenti per far fronte a tali problemi.

Vi erano quattro tipi di biglietti per i genitori, distinti per l'età dei figli: 0-2, 3-6, 7-10, 11-14 anni. Le domande erano aperte; in ogni biglietto vi era lo spazio per tre segnalazioni e rispettivi suggerimenti; non c'era alcun limite massimo individuale. Un quinto tipo di biglietto era riservato ai bambini e ai ragazzi, ai quali si chiedeva anche l'età.

Un poster, affisso in prossimità della bacheca, illustrava finalità e modalità dell'intervento.

Le segnalazioni e i suggerimenti sono stati raccolti, elaborati, comunicati alle rispettive amministrazioni locali.

### I risultati e la loro interpretazione

#### Le segnalazioni

Sono state raccolte 984 segnalazioni riportate in 578 biglietti: 440 biglietti compilati dai genitori e 138 dai bambini. Il numero di segnalazioni è così ripartito nei 5 gruppi di utenti: 167 per la fascia 0-2 anni, 187 per quella 3-6, 181 per quella 7-10,

221 per quella 11-14 e 228 per i bambini. Queste fasce di età sono rappresentate in maniera numericamente omogenea nelle segnalazioni relative ai diversi comuni di residenza. La maggior parte di queste si riferisce al comune più popoloso, Bassano (615), seguito da Cassola (103) e Romano d'Ezzelino (80). L'abitato di questi tre comuni, procedendo da Bassano verso est, si espande senza soluzione di continuità.

Gli ostacoli segnalati sono stati raggruppati in 5 categorie: in *tabella 1* viene riportata la loro distribuzione di frequenza.

Sono stati segnalati con maggior frequenza gli ostacoli del tipo 1 e 4, che da soli costituiscono oltre il 60% del totale. Alcuni biglietti (0,4%), pur riportando il suggerimento, non segnalano l'ostacolo.

La distribuzione di frequenza degli ostacoli segnalati dai genitori, confrontata con quella dei bambini, evidenzia come in quest'ultimo gruppo (età media 10 anni, range 5-14 anni) sia maggiormente indicato il pericolo della presenza di mezzi a motore e, in misura leggermente minore, venga segnalata la mancanza/inadeguatezza dei marciapiedi e/o delle piste ciclabili. A differenza degli adulti, i bambini segnalano maggiormente problemi strutturali di limitata estensione (*tabella 1*,  $\chi^2 < 0.001$ ).

Esistono comunque differenze significative, nella distribuzione degli ostacoli segnalati dai genitori, per classe di età: le segnalazioni relative alla mancanza/inadeguatezza di marciapiedi e/o piste ciclabili diminuiscono con l'aumentare dell'età dei bambini, mentre aumentano le segnalazioni di problemi strutturali di limitata estensione con l'aumentare dell'età dei figli (*tabella 2*,  $\chi^2 < 0.0001$ ).

Abbiamo confrontato le segnalazioni delle diverse località del territorio, secondo la numerosità degli abitanti. Il comune di Bassano, con gli oltre 38.000 residenti, è l'unico a superare la soglia dei 15.000 abitanti; per i comuni con meno di 5000 abitanti vi è stato un numero esiguo di segnalazioni. Abbiamo quindi considerato Bassano da un lato e tutte le altre località dall'altro. Indipendentemente dalla numerosità, sono sempre gli ostacoli di tipo 1 e

Per corrispondenza:

Laura Todesco

e-mail: [lauratodesco@virgilio.it](mailto:lauratodesco@virgilio.it)

esperienze



**Abstract**

It is a cognitive investigation done in 21 waiting rooms of the Health District n.3 in Veneto in order to make aware local administrators, parents and children of the hazards due to the present road system especially for "frail" people. 984 recommendations were collected; 60% regarded the inadequacy or the total absence of sidewalks and the dangers due to motor engines. 782 possible suggestions were made. There were no differences in the suggestions made by youngsters and adults regarding the improvements necessary.

Laura Todesco et al., "Moving around without engines". Obstacles and hazards for children and youngsters"  
Quaderni acp 2003 vol. X n° 6; 18-20

**TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEGLI OSTACOLI SEGNALATI: CONFRONTO GENITORI-BAMBINI**

TIPOLOGIA OSTACOLO	GENITORI	BAMBINI
1. Mancanza/inadeguatezza di marciapiedi e/o piste ciclabili	39.7 (%)	28.9 (%)
2. Problemi strutturali di limitata estensione: incrocio pericoloso, mancanza di attraversamento pedonale e/o attraversamento pedonale pericoloso, visibilità limitata da cartelloni/muri/siepi/recinzioni e poca illuminazione	13.9	25.9
3. Problemi strutturali estesi: inadeguatezza del manto stradale, strade strette, curve pericolose, segnaletica incompleta e/o maldisposta	11.2	9.6
4. Pericolosità per la presenza di mezzi a motore	29.4	32.5
5. Altro	5.4	3.1
Non indicato	0.4	0.0
<b>Totale</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**TABELLA 2: DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEGLI OSTACOLI SEGNALATI PER CLASSE DI ETÀ DEI BAMBINI**

TIPOLOGIA OSTACOLO	Genitori di bambini 0-2 anni (%)	Genitori di bambini 3-6 anni (%)	Genitori di bambini 7-10 anni (%)	Genitori di bambini 11-14 anni (%)	Genitori di bambini Bambini (%)
1. Mancanza/inadeguatezza di marciapiedi e/o piste ciclabili	58.1	40.1	31.5	32.1	28.9
2. Problemi strutturali di facile risoluzione	7.2	13.9	14.9	18.1	25.9
3. Problemi strutturali di difficile risoluzione	8.4	11.2	12.7	12.2	9.6
4. Pericolosità per presenza di mezzi a motore	18.0	27.8	35.4	34.4	32.5
5. Altro	8.4	6.4	4.4	3.2	3.1
Non indicato	0.0	0.5	1.1	0.0	0.0
<b>Totale</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

4 i più segnalati, con maggiore evidenza per Bassano; rispetto a quest'ultima le altre località riferiscono più problemi legati alla componente strutturale del sistema della viabilità; tali differenze sono significative ( $\chi^2 < 0.01$ ).

**I suggerimenti**

Vi sono state 782 proposte di possibili soluzioni, 602 riportate dai genitori e 180 dai bambini; il 20.5% di coloro che hanno segnalato gli ostacoli non riporta alcun suggerimento. Anche queste sono state raggruppate in 5 categorie:

1. costruzione/miglioramento di marciapiedi e/o piste ciclabili (32.9%);
2. soluzioni strutturali di limitata estensione: installazione e/o miglioramento del-

- l'impianto semaforico, fare segnaletica dei posti auto, sistemazione della segnaletica, rimozione degli ostacoli (14.5%);
3. soluzioni strutturali complesse: costruzione di infrastrutture stradali quali ponti, cavalcavia, sottopassi (6.6%);
4. interventi volti alla limitazione del traffico (20.4%);
5. altro (5.0%).

Non si sono evidenziate differenze rilevanti tra ragazzi e adulti nell'avanzare proposte di miglioramento.

Esiste corrispondenza fra la tipologia degli ostacoli segnalati e i suggerimenti proposti: coloro che segnalano ostacoli di tipo 1 nel 55.2% dei casi suggeriscono proposte di tipo 1; coloro che segnalano ostacoli di tipo 2 nel 51.8% propongono soluzioni di tipo

2; per gli ostacoli di tipo 3 nel 26.2% c'è concordanza con i suggerimenti; nel caso di segnalazione di ostacoli di tipo 4 si ha concordanza nel 40.2% dei casi; il gruppo di segnalazioni di tipo 5 concorda con i suggerimenti nel 33.3% dei casi. Per i primi 4 gruppi di segnalazioni la proposta più frequentemente indicata concorda con la segnalazione; per il gruppo "altro", il numero più elevato di biglietti non indica suggerimenti (39.6%). Per lo stesso tipo di ostacolo vengono proposte quindi soluzioni diverse.

Anche per i suggerimenti abbiamo confrontato i dati di Bassano da un lato con le altre località dall'altro; le differenze rilevate sono ugualmente evidenti e direttamente collegate alle diversità evidenziate per

**TABELLA 3: DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEI SUGGERIMENTI PROPOSTI PER LOCALITÀ DI RIFERIMENTO**

TIPOLOGIA OSTACOLO	BASSANO (%)	ALTRE LOCALITÀ (%)
1. Costruzione/miglioramento di marciapiedi e/o piste ciclabili	36.2	27.4
2. Soluzioni strutturali di limitata estensione: "installazione e/o miglioramento dell'impianto semaforico", "fare segnaletica dei posti auto", "sistemazione della segnaletica", "rimozione degli ostacoli"...	11.5	19.6
3. Soluzioni strutturali complesse: "costruzione di infrastrutture stradali" quali ponti, cavalcavia, sottopassi"	5.4	8.7
4. Interventi volti alla limitazione del traffico	22.4	17.1
5. Altro	5.4	4.3
Non indicato	19.2	22.8
<b>Totale</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

quanto riguarda la segnalazione degli ostacoli (tabella 3,  $\chi^2 < 0.001$ ).

Dal punto di vista metodologico non si tratta di una indagine che segue i criteri statistici propri della teoria del campionamento, in quanto la partecipazione all'indagine era di carattere volontario: non ha senso quindi, a questo proposito, parlare di significatività del campione; va tuttavia sottolineato come, stante il carattere volontario della segnalazione, l'adesione all'iniziativa si sia attestata su livelli particolarmente elevati.

Le segnalazioni e i suggerimenti dei genitori e dei ragazzi sono stati molto numerosi e precisi; l'enfasi descrittiva, in alcuni casi evidenziata graficamente, è segno che è stata data voce a un problema non altrimenti espresso.

A partire da quanto indicato è stata fatta una prima classificazione in un numero abbastanza elevato di categorie; da questa prima classificazione sono state elaborate le cinque tipologie espresse (tabella 1, tabella 3).

La differenza di numero di segnalazioni nelle diverse località è dovuta in parte alla maggior partecipazione dei pediatri di alcune zone all'iniziativa, ma anche alla diversa sensibilità degli utenti degli ambulatori ai quesiti posti.

Bassano rappresenta un centro di dimensioni medio-grandi; il numero elevato di segnalazioni e la loro tipologia sono espressione di pianificazioni viarie che non hanno considerato la mobilità lenta come modo possibile per percorrere le brevi distanze cittadine o intercomunali. Come conseguenza, nel tempo, si è assistito a una

progressiva invasione di spazi da parte di auto e altri mezzi a motore (3,4), che ha interessato maggiormente le aree esterne al centro storico. Questa considerazione è confermata dall'elevata numerosità delle segnalazioni che si riferiscono alla percorrenza delle principali vie che collegano tali zone con il centro storico di Bassano e con i comuni limitrofi.

Le segnalazioni di mancanza/inadeguatezza di marciapiedi sono state formulate più frequentemente da genitori di bambini più piccoli, a testimoniare la necessità di tutelarli con percorsi protetti (5); quelle relative alla pericolosità derivante dalla presenza di mezzi a motore seguono invece l'andamento opposto, aumentando con l'età.

I suggerimenti più frequentemente proposti, coerentemente agli ostacoli segnalati, riguardano le tipologie "costruzione/miglioramento di piste ciclabili e/o marciapiedi" e "interventi volti alla limitazione del traffico". Considerando la distribuzione dei suggerimenti proposti per classe di età dei bambini, si rileva un unico trend significativo che riguarda le proposte a favore delle soluzioni strutturali di limitata estensione, che aumentano con il crescere dell'età dei bambini. Questo può essere inteso come la richiesta di garantire un minimo livello di sicurezza per chi ha appena iniziato a muoversi autonomamente.

### Conclusioni

La promozione di uno stile di vita più salubre, che preveda di esercitare attività fisica all'aria aperta, implica l'attuazione di cambiamenti strutturali e organizzativi in molte

città italiane (6). La sensibilizzazione degli amministratori locali e dei cittadini crea le premesse affinché siano salvaguardate le esigenze degli "utenti deboli" della strada. Intervenire per sviluppare una città sana rappresenta un aspetto rilevante nel processo di promozione della salute dei suoi abitanti (7,8).

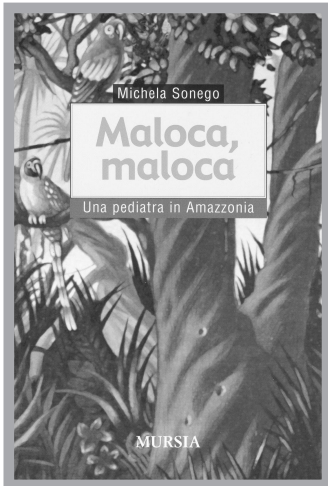
### Bibliografia

- (1) Bonin P, Scala R, Todesco L. Valutazione di un intervento educativo per i bambini asmatici e le loro famiglie. *Quaderni acp 1998; vol V, n° 2:10-4*
- (2) Todesco L, Bonin P, Scala R. Muoversi senza motore, adolescenti nel traffico cittadino. *Quaderni acp 2002; vol IX n° 1; 10-2*
- (3) Palamenghi M. Un progetto di analisi della mobilità degli studenti e delle loro famiglie. In: AAVV "Vivere e camminare in città". *Brussels European Commission, 1997*
- (4) Gandino B, Manuetti D. La città possibile. Como: Red Edizioni, 1998
- (5) Frera F, Busi R. La sicurezza dei bambini sulle strade. In: AAVV "Vivere e camminare in città". *Brussels European Commission, 1997*
- (6) Lombardo S (a cura di). La guida alle città sostenibili delle bambine e dei bambini. Firenze: Ministero dell'Ambiente, 1998
- (7) Third Ministerial Conference on Environment and Health. Transport, environment and health. In: *Declaration. London, 16-18 June 1999* (<http://www.ifeh.org/london-declaration.html>)
- (8) Martincigh L. Il percorso urbano a misura di bambino. In: AAVV "Vivere e camminare in città". *Brussels European Commission, 1997*

### Gruppo dei rilevatori

R. Badocco, P. Bonin, F. Cadore, F. Camonico, T. Centomo, N. Ferri, M. Finco, N. Grassi, M.L. Lazzaretto, M. Marcadella, M. Mele, M. Menara, F. Rossi, R. Scala, L. Todesco, ACP Jacopo da Ponte

# Libri: occasioni per una



“Cerchiamo con urgenza un medico per il Brasile, stato di Roraima, programma di salute comunitaria tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica. Partenza il più presto possibile”. Così inizia la storia di Michela, pediatra presso l’Ospedale di Belluno, in cerca di un modo per rendersi più utile. L’avventura dura un anno ed è raccontata benissimo, con semplicità, efficacia e anche molta delicatezza. È un’avventura di conoscenza di un popolo la cui civiltà è molto lontana dalla nostra (forse la più lontana e meno contaminata tra le culture indigene sopravvissute). Ed è su questa lontananza, ma anche su una riscoperta vicinanza tra esseri umani, che si muove l’altra avventura, quella di una pediatra alle prese con una versione nuova (e assieme più antica) del proprio lavoro. Tra mille difficoltà ambientali e cento dubbi filosofico-esistenziali.

Un’avventura che avrà poi seguito, come in tanti altri casi, in una scelta professionale forse definitiva (ora Michela lavora per Medecins sans Frontières). Raccomandiamo il libro a tutti quelli che ci hanno pensato almeno una volta, a far quello che ha fatto Michela. Cioè, a quanto consta, a tutti i pediatri.

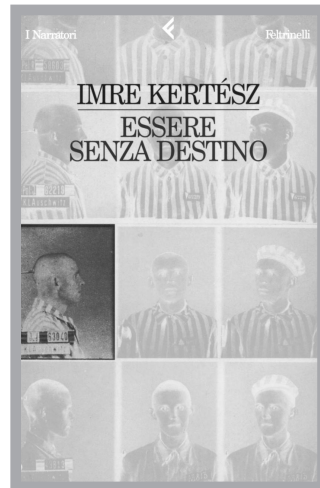
*Giorgio Tamburlini*

**Michela Sonogo**

*Maloca maloca:*

*una pediatra in Amazzonia*

Mursia Ed. 2003, pp 219, Euro 12,60



Il libro racconta la storia, autobiografica, di Gyurka che, quando ancora non ha 15 anni, deve salutare suo padre che parte per il campo di lavoro dal quale non tornerà. La vita del giovanetto ebreo Gyurka non è felice; genitori divorziati e in contrasto continuo, la matrigna non amata ed affettivamente lontana, la noia in una Budapest provinciale quasi sconosciuta, in una comunità ebraica di cui non comprende i valori; probabilmente perché il padre è troppo “laico” per averglielo insegnato. Il ragazzo soprattutto non accetta quel che qualcuno all’improvviso, alla partenza del padre, gli chiede: “che tutto accada per volere di Dio” e che gli ebrei ne debbano dare testimonianza. Perché? La ragione del ragazzo rifiuta questa congerie di ragionamenti e di fatalismi. Poi il ragazzo viene arruolato dai tedeschi in lavoro forzato nella stessa Budapest e da lì un giorno, senza alcuna spiegazione, viene avviato ad Auschwitz e poi a Buchenwald e qui la ragione (o la speranza?) lo induce a cercare di comprendere quel che gli accade e a giustificare il corso degli eventi: i tedeschi sono guardati con l’ammirazione che si sono conquistati di uomini ordinati e capaci (come gli ebrei nell’immaginario); i prigionieri dei campi sono visti come “detenuti” e le case di legno che li ospitano sono perfino graziose, e Gyurka cerca di immaginare quali delitti possano avere mai commesso per essere lì. Gli stessi ebrei, e il loro

yiddish, sono guardati con un misto di fastidio e di incomprendimento che tarderà a cadere; i forni crematori più come strumento per disfarsi di cadaveri di una moria cui in qualche modo si deve far fronte che come strumento della eliminazione dei popoli. E poi comincia la fatale abitudine all’orrore che ogni giorno cresce, ma alla quale un poco ogni giorno ci si abitua, tanto che ci si abitua ad obbedire a ordini senza senso prima di averli compresi e la cosa discende da un principio molto semplice: quello di obbedire senza giudicare per non provare dolore o ribrezzo.

Questo conduce a un’accettazione di quel mondo e di quel tempo e contribuisce a sopravvivere.

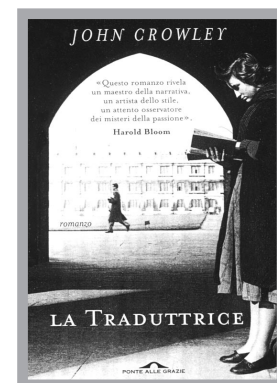
Alla fine quando, malato zoppicante, irri-conoscibile, sarà tornato a Budapest, si accorgerà che il campo di concentramento è così penetrato nella sua carne da poterne avere persino nostalgia e di pensare ai suoi compagni di sofferenza con un certo affettuoso rancore perché non sono sopravvissuti. Si può immaginare come sia intenso un libro così, in cui l’uomo viene presentato nella sua cruda essenzialità. Questo contribuisce a comprendere perché questo libro abbia atteso 10 anni per essere pubblicato in Ungheria, non abbia avuto grande fortuna in patria e ne abbia atteso altri 18 per varcare le frontiere ungheresi.

*Giancarlo Biasini*

**Imre Kertész**

*Essere senza destino*

Feltrinelli 2002, pp 222, Euro 15,49



# buona lettura

La traduttrice dell'americano John Crowley è Christa Malone, che incontra, traduce e ama, riamata, il famoso ed enigmatico poeta russo Innokentij Isaevic Falin, esule negli Stati Uniti dalla gelida Russia brezneviana.

Nel 1961 Christa, detta Kit, ha diciannove anni, è già stata premiata dal presidente Kennedy in persona e approda (al secondo semestre però) in un immenso campus con ferite di cui non sa parlare. "Si rese conto di essere arrivata davanti all'uomo che leggeva alla luce della finestra: percepì i suoi capelli, nerissimi e dritti ma così sottili che parevano muoversi all'aria della stanza, come alghe sottomarine". Falin l'ha già attirata a sé come una falena, gli basterà chiederle di recitargli una poesia (cosa che lì per lì non sa fare) per farla capitolare.

Il suo corso di "Lettura e scrittura di poesia" non prevede matricole ma lei, dopo avergli fatto avere per iscritto quel brano che non era riuscita a dirgli, viene subito accettata.

Mentre frequenta spensieratamente il bello, asessuato ma infido Jackie, che ha amici membri della "Lega della Gioventù Socialista" e fa amicizia con la sua compagna di stanza, Fran, che suona la viola, Kit si ritrova a leggere qualche poesia di Falin. "Era una poesia che gli somigliava?", e arriva a inseguirlo di nascosto, finché lui non si fa trovare. Si confidano dolori, segreti.

Lei gli regala *Alice e Il Mago di Oz*, lui le parla di Puskin e Pasternak. Kit ha un fratello troppo amato, Ben, che si arruola nei Berretti Verdi per sfuggirle.

Morirà in Vietnam, e Kit tenterà il suicidio. Falin è stato abbandonato, è stato uno di quei milioni di Bezsprizornyi, bambini senza casa, dolorosa vergogna di cui si è macchiata la storia russa. Ma l'unica cosa che importa davvero sono le parole: "È una cattiva traduzione? Non saprei (?), non ci sono le rime, e la mia poesia era in rima e aveva un certo metro". E Kit, che si mette a studiare il russo, durante una torrida estate lo aiuterà non a tradurre ma a riscrivere in inglese le sue poesie.

"Quel lento sondare e lavorare la sua lingua, afferrandola o aggrappandovisi; le

parole di lui, la vita di lui, nel suo cuore, anche nella sua bocca". Subito dopo, la storia disperde le loro vite.

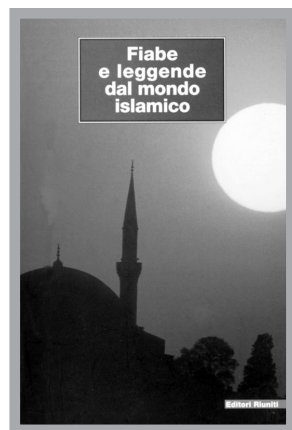
Il governo americano è sulle tracce di Falin che scompare misteriosamente, Kennedy sta per bombardare Cuba, gli studenti manifestano a favore della pace e molti, molti anni dopo, Kit è invitata a San Pietroburgo a parlare con trasporto, nostalgia e rimpianto di Falin. "Oggi lei è la poetessa più nota d'America".

Nicola D'Andrea

## John Crowley

La traduttrice

Ponte alle Grazie 2003, pp 335, Euro 15



Abbiamo un'idea precisa, o meno imprecisa di qualche anno fa, sulla cultura del mondo islamico? La guerra al terrorismo ci ha aiutati in questo "compito"? Ha aiutato noi pediatri che siamo, insieme con gli imprenditori i professionisti più a contatto con le persone che hanno questa cultura? E la recente polemica sulla superiorità della cultura occidentale su quella islamica (quando disse questo il presidente del consiglio pronunciò un'ipotesi condivisa da molti italiani) ci ha spinto a saperne di più, dato che è difficile ridurre il problema del rapporto con le culture in termini di inferiorità o superiorità.

Attraverso il mondo delle fiabe abbiamo cominciato a capire meglio molte altre culture: le fiabe irlandesi, i racconti magici islandesi pubblicati da Arcana

hanno contribuito a farci comprendere il mondo dei Troll e il loro significato "storico".

Scopo del libro che recensiamo, e che è naturalmente di facile lettura, è proprio quello di proporre un approccio alla comprensione dell'Islam attraverso la fiaba: le fiabe rappresentano il cuore della cultura popolare, il senso della vita delle persone comuni che capitano nei nostri ambulatori e che non si riferisce tanto ai dogmi (ce ne sono?) dell'islamismo quanto alla loro anima popolare che tende a sfondare il confine fra realtà e fantasia. Un anno fa, nel numero 4 di *Quaderni*, abbiamo recensito tre storie fantastiche della Byatt, anche questa una storia di fiabe, stavolta orientali, in cui il confine fra storia e realtà tende a sfumare.

Le fiabe della raccolta islamica derivano da aree dove il conflitto attuale ora tace ora infuria: Iran, Iraq, Siria, Palestina, Arabia Saudita, Turkmenistan, Kazakistan, Uzbekistan, Tagikistan.

Ci sono storie della furberia popolare (che per disprezzo chiamiamo "levantina"), del cavarsela d'impiccio con una battuta, la voglia di conoscere il mondo con esito in trionfi o sberleffi, la protezione e le guerre fra sceicchi e protettori, animali che vivono da uomini e uomini che vivono da animali.

Molte fiabe ricordano storie e fiabe della nostra terra, altre sono assolutamente diverse. Ci sono molte favole brevi, una pagina-una pagina e mezzo, che potrebbero essere lette ai bambini, anche nostri, o potrebbero ricordare ai bambini islamici che qui sono nati un mondo che non hanno conosciuto.

Storie che liberano la fiaba - dice il curatore - "dagli angusti schemi del mondo dell'infanzia"; ma sono proprio così angusti i mondi delle prime età della vita che determineranno i mondi e la "salute" intesa nel più vasto senso del mondo di domani?

Giancarlo Biasini

## Anonimo

*Fiabe e leggende dal mondo islamico*

Editori Riuniti 2001, pp 225, Euro 15





## Piemonte

Nel 2002 il Comune di Casale Monferrato ha aderito al progetto "Nati per leggere". Nel novembre 2002 è stato organizzato un incontro di presentazione del progetto locale rivolto a tutta la cittadinanza con la partecipazione di esperti di letteratura per l'infanzia, dei pediatri, del neuropsichiatra infantile e di insegnanti. Dal 1° gennaio 2003 è stata avviata la distribuzione di libri di filastrocche e ninne-nanne al momento della dimissione dal Centro Neonatale dell'Ospedale "S. Spirito" di Casale Monferrato. Secondo gli operatori questo gesto, unitamente alla promozione dell'allattamento al seno, potrebbe favorire un buon avvio della relazione tra madre e bambino. Il 28 marzo 2003 ha avuto luogo il Convegno "Un libro nella culla" organizzato dall'Assessorato per la Cultura del Comune di Casale Monferrato, in collaborazione con le Scuole Medie "Hughes-Alighieri-Trevigi", con il patrocinio della Regione Piemonte.

Hanno partecipato, oltre al Sindaco, le stesse figure professionali già coinvolte nella presentazione del progetto. Il progetto triennale "Nati per leggere", oltre alla già citata distribuzione dei libri, prevede l'organizzazione di corsi di lettura ad alta voce per i genitori dei piccoli nati, l'allestimento di laboratori per la costruzione di un libro presso le Scuole Materne ed Elementari, l'ampliamento della sezione 0-3 anni presso il Settore Ragazzi della Biblioteca Civica e l'apertura di una Biblioteca in un Asilo Nido.

Durante i corsi di preparazione al parto, gli Operatori Sanitari spiegano alle future mamme l'importanza della lettura nei primi mesi di vita. Durante le visite mediche di controllo, il Pediatra di famiglia rinforza questo messaggio, consegnando ai genitori schede predisposte dalla Bibliote-

ca Civica di Casale, contenenti proposte di lettura adatte alle diverse fasce di età.

I librai cittadini praticano uno sconto speciale alle neo-mamme per i libri dei loro piccoli. Viene sottolineato nelle operazioni del progetto che studi recenti con sempre maggior enfasi sottolineano quanto sia importante leggere ad alta voce, non solo per il piacere della relazione che si crea durante la lettura, ma anche per l'apprendimento e l'arricchimento del linguaggio e delle capacità cognitive che la lettura a voce alta è in grado di stimolare nel bambino: l'incapacità di leggere a scuola è causa di disagio, frustrazione e riduzione dell'autostima e contribuisce ad aumentare il rischio di abbandono scolastico, di disagio adolescenziale e disoccupazione. Non si tratta di insegnare ai bambini a leggere precocemente, bensì di trasmettere agli adulti l'importanza della lettura sganciata dal peso di finalità educative e didattiche immediate.

Viene ancora sottolineato che un bambino a cui viene letta una storia ad alta voce, in modo interattivo, sarà un bambino più sereno, più felice, più curioso, più in grado di capire il mondo che gli sta intorno.

Il pediatra spiega che fornire libri alle famiglie può non solo ribadire questi concetti, ma anche e soprattutto dare concretamente i mezzi per affrontare la lettura; per questo "prescrive" la lettura ad alta voce sin dalle primissime settimane di vita dopo il parto, per promuovere e sostenere nelle madri, e in generale nei genitori, una buona immagine della loro capacità di far fronte ai problemi della crescita e dell'educazione dei loro figli, più che trasmettere contenuti. Nella realtà casalese, poi, con una percentuale elevata di nati da genitori extracomunitari, con non rari problemi concreti di integrazione, il progetto è parso particolarmente allettante come mezzo di integrazione culturale sulla linea del progetto statunitense.

A tale proposito ci siamo chiesti quale potesse essere il modo migliore per centrare l'obiettivo: un libro nella lingua di origine? Un libro bi-lingue? Un libro solo illustrato? Siamo orientati a seguire quest'ultima opzione, avendo fatto tesoro del competente parere di Roberto Denti, esperto di letteratura per l'infanzia della Libreria dei Ragazzi di Milano, il quale sostiene che è l'immagine a suscitare la prima curiosità

nel bambino, che dall'immagine ne costruisce una fiaba. La parola viene dopo. Per ora però continuiamo a distribuire testi (illustrati in modo allegro e fantasioso) di filastrocche, testi piacevoli, non impegnativi, per far scoprire il piacere delle rime e la musicalità delle parole della nostra bella lingua italiana a grandi e piccoli.

*Maria Elena Liverani*

## Abruzzo

A Moscufo, un paese della provincia di Pescara, il 24 maggio si è svolto un convegno dal titolo "Leggere ai bambini fa leggere i bambini". Il convegno è stato interamente sponsorizzato dal Comune di Moscufo ed è stato organizzato da Lucio Basile, pediatra di base. L'argomento trattato si ispirava al progetto "Nati per leggere" e, come questo, aveva la finalità di promuovere tra i genitori l'attività di "lettura ad alta voce" ai propri bambini, sin da piccoli. A differenza di NPL (che è nato per i pediatri, perché sensibilizzino i genitori a leggere ai propri figli) il convegno di Moscufo si rivolgeva non solo ai pediatri, ma anche a genitori, amministratori, a tutti coloro, insomma, che potrebbero contribuire a cambiare l'atteggiamento della popolazione rispetto al problema della non-lettura.

La sala del convegno era colma di persone: un centinaio di genitori, una ventina di insegnanti, 15 pediatri di base, tutta l'amministrazione comunale e naturalmente un non piccolo numero di bambini.

Hanno parlato del progetto il prof. Giancarlo Biasini, che ha introdotto il tema curandosi anche di trarre conclusioni e raccomandazioni; Rita Valentino Merletti, che ha ribadito l'importanza della lettura ai bambini, apportando la sua esperienza di studiosa dell'argomento e saggista; Guido Quarzo, che ha una esperienza di insegnante di scuola elementare e attualmente scrive libri per ragazzi, che ha catturato l'attenzione del pubblico con l'abilità di chi ha fatto dell'affabulazione lo scopo della vita. Infine, Mario Massari, attore, ha letto in un clima di assoluto silenzio delle storie per bambini a bambini e non.

Una bella atmosfera, un bel convegno, dei bravi relatori, un pubblico numeroso e attento dovrebbero essere i giusti ingredienti per una ciambella col buco.

*Lucio Basile*

# nati

# per leggere

## Quando si smise di leggere ad alta voce

Roger Fisher (*A History of Reading*, Reaktion Ed 2003, pp 384) sostiene che fino a 1500 anni fa il leggere era comunque un esercizio "vocalized"; si leggeva cioè pronunciando, ad alta voce o, i più esperti, sottovoce, le parole scritte. Il "silent reading" venne dopo e produsse un modo di leggere più efficace perché più rapido (non dovendosi pronunciare le parole). Il "silent reading" cambiò la natura del leggere, istituendo una nuova facoltà mentale che molto contò nel processo evolutivo della mente umana (*Nature* 2003;423:588).

## Nostro fratello Bookstart

Bookstart è un programma nazionale per la promozione della lettura in Gran Bretagna. È cominciato nel 1992 per opera di una fondazione privata: Booktrust. Ora è diventato un "progetto interagenzie" che coinvolge librai, biblioteche e i servizi sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e fa parte del progetto *Sure Start*. Attualmente le assistenti sanitarie visitatrici del Servizio Sanitario, che visitano i bambini all'età di 6-7 mesi, portano in regalo a loro e alla loro famiglia un pacco che contiene 2 libri e materiale che consiglia la lettura fin dai primi mesi di vita. Le Nurse suggeriscono ai genitori di leggere i libri insieme ai loro bambini e leggono insieme alle madri il materiale informativo. In alcune aree il programma è stato esteso ai bambini di 18 mesi fino a 2-3 anni. Dal 1992 più di un milione di bambini hanno beneficiato di questo schema di progetto di aiuto alla lettura. Il progetto nasce dalla stessa convinzione che è alla base di "Nati per leggere" e cioè che la "fidelizzazione alla lettura non è una lotteria e non è obbligatoriamente una conseguenza di chi nasce in una famiglia che già legge". Cominciare a leggere ai bambini e abituarli a "vivere con i libri" determina una grande differenza nello sviluppo e nella comprensione del linguaggio, nella capacità di leggere e scrivere correttamente negli anni successivi.

La lettera estiva 2003 di Bookstart ci fornisce informazioni sullo stato del progetto di promozione della lettura nel Regno Unito che fa ora stabilmente parte del progetto del Servizio Sanitario Nazionale *Sure Start* (SS), che è un programma che significa

partenza sicura per i bambini inglesi e di cui abbiamo dato notizia su *Quaderni* dell'ottobre 2000. In sintesi l'obiettivo di SS è quello di prevenire l'esclusione sociale che è foriera di cattivo destino sociale per il futuro cittadino. Le sedi di attuazione sono le aree svantaggiate e a rischio sociale,

Il sistema di funzionamento di SS è community based. I bambini coperti dalle prime iniziative dovrebbero essere 150.000 in 250 progetti locali, finanziati con 280.000 euro fino al 2002, cui si possono aggiungere risorse locali. In sostanza qualcosa di simile alla legge 285, ma con un finanziamento quasi doppio del nostro. Gli obiettivi sono quelli di migliorare il capitale sociale, il successo scolastico (o meglio la capacità di trarre vantaggio dalla scolarizzazione), la salute (obiettivo abbastanza difficile da raggiungere: riduzione del 5% dei neonati di basso peso!). SS si propone di aumentare la produttività degli impieghi sociali garantendo che, entro 2 mesi dalla nascita, il bambino a rischio sociale deve entrare in contatto con il programma del quale, ancora prima di avviarlo, deve essere documentata la potenziale efficacia: una specie di *Evidence Based Social Care*.

La diffusione di Bookstart, nonostante l'adozione da parte del SSN inglese, non è omogenea. La lettera estiva di Bookstart discute anzitutto il problema del finanziamento del progetto sempre difficile da ottenere proprio, mentre la forza e la diffusione del progetto sono sempre maggiori. Problema che gli inglesi hanno in comune con noi, perché dice sempre la lettera, se si vuole che il progetto proceda c'è bisogno di "secure funding".

Nelle varie aree del Regno Unito, la Scozia sta prendendo in esame l'ipotesi di un budget per Bookstart orientato al regalo di un libro sui rapporti con la malattia ("*Topsy e Tim dal dottore*", e "*Freddy dal dentista*"; il Galles, come l'Irlanda del Nord, è un poco più indietro ed è alla fase di presentazione del progetto, L'England ha assicurato un grant di 500 sterline per anno; abbastanza poco se si pensa che il pacco con i libri che viene regalato alle famiglie costa 5,50 sterline. Le manifestazioni di Bookstart sono ora organizzate su scala regionale mediante presentazione in Power point di un testo offerto in formato tascabile ai presenti e con parties a base di letture di testi e di rime. La conferenza nazionale per

il 2003 di Bookstart si è tenuta a Londra il 30 settembre 2003, preceduta da numerose manifestazioni locali, da corsi di formazione per lettori, per le nurses che distribuiscono i pacchi dei libri. Valutazioni di efficacia ne sono state fatte: si veda l'articolo a pagina 44. In alcune aree (Croydon, Devon, Kent) si sta facendo una valutazione di efficacia continua.

Informazioni: Book Trust 45 East Hill, London SW18 2QZ.

## Libri per bambini piccoli

Cerca e trova

di **Debi Ani**

Emme edizioni 2000, Euro 11,90

Si tratta di un libro con pagine a specchio cartonate, particolarmente grosse e quindi adatte ad essere usate dai bambini molto piccoli, anche prima dell'anno di età. Le pagine sono facilmente girabili sia a mano piena che con il pollice. Contengono finestre con tendina sollevabile, anche questa, sia a mano piena che con l'indice o il pollice. Sotto la tendina sta una figura riprodotta nella pagina accanto. Appena dopo l'anno di età il bambino viene invitato a cercare nella pagina a fianco l'immagine che ha scoperto sotto la tendina. Purtroppo alcune figure sono troppo tenui e non attirano l'attenzione del bambino piccolo. Ma è complessivamente un buon libro per cominciare: un buon primo libro; costoso però.

Livia Vitali

Voglio il mio vasino

di **Tony Ross**

Mondadori Editore 1998, Euro 9

Leda, la principessa protagonista del libro, ha imparato ad usare il suo vasino, e fa cacca e pipì lì dentro. All'inizio neppure per Leda è stato semplice, anche se tutti le dicevano che quello era il posto giusto e anche se spesso non c'era quando Leda doveva usarlo. E oramai quando a Palazzo Leda grida, come nel titolo, "Voglio il mio vasino", tutti si mettono a correre per trovarlo; qualche volta tardano e il vasino non arriva in tempo. Senza esagerare il libro può essere occasione per suggerire di usare il vasino nei momenti giusti, sfruttando più propriamente i numerosi momenti del libro fatti per sorridere.

Livia Vitali

# info: notizie

## L'OMS sullo stato vaccinale nel mondo

“La salute mondiale è messa in pericolo dallo scarso investimento sull'immunizzazione” è il titolo del comunicato stampa del 20 novembre 2002 con cui l'OMS ha annunciato la pubblicazione del report mondiale sullo stato vaccinale nel mondo. Nel rapporto vengono evidenziate le ragioni per le quali si rende necessario un intervento che miri a migliorare lo stato di salute dei bambini di tutto il mondo.

Gli studiosi dell'OMS ritengono che gli interventi più efficaci di salute pubblica per i bambini di tutto il mondo siano le immunizzazioni; infatti attualmente le vaccinazioni da sole sono state in grado di salvare tre milioni di vite umane e potrebbero salvarne altrettante in futuro.

Da questa ricerca è scaturito inoltre che, se non si prenderanno misure e strategie d'intervento urgenti, riappariranno nel mondo malattie considerate estinte e nuove forme di infezioni.

Il Direttore generale dell'OMS, Gro Harlem Brundtland, sostiene che si tende a dar per scontato che certe malattie siano assenti, ma in realtà in molti regioni del mondo i bambini continuano a morire a causa delle comuni malattie dell'infanzia come il morbillo, che da solo è responsabile di circa 700.000 morti all'anno. Si è dimostrato anche che ogni anno il virus dell'epatite B causa circa 520.000 morti e che l'*Haemophilus influenzae* tipo b causa la morte di 450.000 bambini nei Paesi in via di sviluppo, mentre si è osservato un incremento dei casi di tubercolosi tra il 1997 e il 2000, pari al 9% (*NIV Newslwttter* 23 12 2002).

## Vaccini: priorità al morbillo

Anche in questa primavera-estate si sono registrati focolai epidemici di morbillo. Il primo riguarda una epidemia di morbillo ad Avezzano, nel marzo 2003, attribuibile alla scarsa copertura vaccinale. Nel 2001 la copertura a 24 mesi nella area di Avezzano era del 57%, ma nel 1999 solo il 21% dei bambini risultava vaccinato contro il morbillo. Il secondo riguarda una epidemia a Paduli (BN) fra aprile e giugno 2003. Qui le coperture vaccinali contro Morbillo Parotite e Rosolia erano buone nei bambini fino a 6 anni. Ma tra quelli nati prima del

1996 la percentuale di bambini protetti calava a livelli attorno al 30%. ([www.epi-centro.ISS.it](http://www.epi-centro.ISS.it))

## Vaccini: rischi dell'antivaricella

Per analizzare l'impatto di estesi programmi di immunizzazione infantile contro la varicella in Italia è stato sviluppato un modello matematico che riproduce la dinamica di infezione e di immunizzazione della varicella e permette la valutazione comparata dell'effetto, in termini di incidenza della malattia e distribuzione per età dei nuovi casi attesi, di diverse strategie vaccinali. Vengono qui presentati cinque possibili scenari di vaccinazione diversi sia per età, target dei programmi sia per proporzione di soggetti immunizzati.

In tutti gli scenari considerati il modello mette in luce un iniziale decremento dei casi nei primi 3-5 anni successivi all'introduzione della vaccinazione, seguito da una serie di picchi epidemici variabile per numerosità e dimensione tra i vari scenari. In generale, il decremento del numero di casi nelle età infantili è accompagnato da un aumento di casi tra gli adulti; tale evenienza non viene riscontrata solo nel caso di coperture vaccinali molto elevate (80% nel primo anno di vita e 50% a 12 anni).

Affinché l'introduzione del vaccino possa migliorare l'impatto della malattia nella popolazione è necessario quindi raggiungere e mantenere elevati livelli di copertura vaccinale. In caso contrario si verificherebbero effetti indesiderati, quali lo spostamento in avanti dell'età dei casi. (*Epidemiologia e Prevenzione*, 2003; 27: 154-160)

## Il governo clinico secondo gli inglesi

Un documento del Servizio Sanitario Nazionale inglese “*A first class Service. Quality in the new National Health Service*” tratta del governo clinico (*Clinical Governance*). Viene definito semplicemente così: “è l'ambito in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono qualitativamente elevati i livelli delle prestazioni”. In “*Clinical Governance Making it happen. Royal Society Medicine Prss.2000*” di M.

Lugon e J. Secker-Walker il governo clinico è definito come una delle attività con la quale ogni parte del Servizio Sanitario risponde, attraverso programmi definiti, della appropriatezza della propria attività clinica misurata sulle prove di evidenza e di efficacia reale sul campo: l'effectiveness (*BMJ* 2003;326:759). Il governo clinico è quindi molto imparentato con la EBM.

red

## Musica e scienza

La vita di Robert Oppenheimer, il fisico che diede un contributo decisivo alla costruzione dell'atomica e che poi si oppose alla costruzione della bomba all'idrogeno, diventerà un'opera lirica: *Doctor Atomic*. Sarà rappresentato a S. Francisco nel 2005. Albert Einstein sarà invece celebrato, sempre nel 2005 e nel centenario della pubblicazione della teoria della relatività, in un balletto dalla *Rambert Dance Company* a Londra. (*Nature* 2003;423: 911).

fd

## Alan Milburn: ministro della Sanità torna a casa

Alan Milburn segretario (in pratica ministro) del Servizio Sanitario Nazionale inglese si è dimesso; abita a 1000 chilometri a Nord di Londra e non ce la faceva a stare lontano da Ruth la moglie, psichiatra, e dai due figli. Gli succede John Read; è uno storico della economia. Consolante è che abbia istituito una sezione per la salute dei bambini. Il suo primo problema è il contratto dei consultant ospedalieri (i primari) che Milburn ha lasciato invecchiare ed ha trattato con una certa durezza, che Read si appresta a continuare. Qualche settimana fa Read ha trattato chi parlava male del Servizio Nazionale come “elemento di bricconaggio” (*BMJ* 2003;326: 1347).

Non c'è dubbio che la gestione Milburn ha ottenuto risultati. In 5 anni gli stanziamenti sono aumentati del 7.3% contro un aumento “storico” del 3%. Nel 2008 il costo del SSN sarà di 105 miliardi di sterline. Negli ultimi 2 anni (il piano di rinnovamento del governo ha la durata di 10 anni ed è iniziato nel 2000) la maggiore spesa ha portato a una maggiore (del 30%) disponibilità di farmaci per le cardiovascu-



# sulla salute

lopatie: la mortalità per queste è diminuita del 14%. I pazienti eligibili per trattamento di malattie oncologiche sono aumentati del 235%. 600.000 procedure che finora erano disponibili solo in ospedale sono disponibili anche attraverso l'attività del medico di base aumentando la centralità di questa figura (*Lancet* 2003;361:1961).

red

## Mala malissima stampa

Un commento di *Lancet* del 21 giugno (pag 2097) porta un titolo interessante "Per un giornalismo più salutare". Dice che i giornali, quando parlano di salute fanno più promozione di farmaci e di industrie farmaceutiche che informazione. *Lancet* cita uno studio canadese del 2003 che ha passato in rassegna gli articoli pubblicati nel 2000 dai quotidiani a proposito di 9 nuovi farmaci scelti sulla base dell'interesse che hanno destato nella stampa. Solo nel 2% degli articoli riferivano i possibili effetti secondari, mentre erano magnificati i benefici. Solo nel 32% si parlava di costi (che erano alti) e solo il 26% dei "pezzi" si richiamava ad articoli scientifici. Gli eventuali conflitti di interessi erano citati nel 3%.

Prendiamo ad esempio il *celocoxib* che è un farmaco antinfiammatorio e antireumatico (*Celebrex* il nome commerciale) di cui la scheda tecnica italiana riferisce importantissimi effetti collaterali per tutti, specie per anziani e differenti tollerabilità nelle varie etnie. Del *celocoxib* solo il 16% della stampa canadese riferisce di qualche possibile danno. Si tratta di un farmaco costosissimo (un ciclo di 10 giorni costa 53.300 vecchie lire), ma solo il 13% degli articoli riferiva problemi di costo.

*Lancet* cita poi uno studio pubblicato nel 2002 che ha esaminato 5 anni di programmi televisivi e di giornali americani. Qui si va un pò meglio: il 47% delle notizie su *statine*, *alendronato* ed *aspirina* riferisce di possibili effetti secondari, ma solo il 39% riferisce i legami fra industria ed autori di articoli di presentazione dei farmaci. L'83% degli articoli riferisce la riduzione relativa del rischio in corso di trattamento, ma mai il rischio relativo del trattamento. C'è anche uno studio norvegese del 2002 riferito ad articoli pubblicati fra il 1998 ed il 2000: solo il 39% degli articoli riferiva effetti secondari; solo il 27% riferiva i costi e solo il 2% accenna ai legami fra industria,

ricerca e giornali scientifici. *Lancet* è schietto: perché tutto questo? Perché c'è una chiara tendenza ad avallare tutto quello che dicono le compagnie che producono farmaci. Queste lavorano con sponsorizzazioni e con sostegno ad esperti da loro stessi scelti, con l'invio di abstract non controllati ai giornali e spesso i legami sono cementati da viaggi, da premi giornalistici e, per gli editori, dalle ricchissime inserzioni pubblicitarie. Così nasce e si mantiene questo alone di ottimismo e di dominio di Panacea, questa fiduciosa e irragionevole fiducia nel "Nuovo", che finisce con l'investire anche i più scettici. *Lancet* suggerisce di osservare continuamente la stampa e di denunciare, denunciare, denunciare.

Avevamo cominciato a segnalare anche noi le più terribili fregnacce che la stampa produce in termini di cattiva informazione e non solo sui farmaci. Vorremmo riprendere. Ci date una mano? Segnalatele a: red@quaderniacp.it o inviatele per posta alla nostra segreteria (Gianni Piras, Via Nulvi 27. 07100 Sassari).

g.c.b

## Nuovo presidente della SIP

Il prof. Saggese, della Clinica Pediatrica di Pisa, è stato eletto presidente della Società Italiana di Pediatria. Durante la campagna elettorale Saggese ha espresso pareri largamente condivisibili sulla conduzione della società. Vedremo se alle parole seguiranno i fatti.

## Autopsie per la SIDS

Il Senato ha approvato la legge che prevede il rilievo dello "scenario" ed il riscontro diagnostico obbligatorio per i bambini deceduti inaspettatamente entro il primo anno di vita e per i feti morti dopo la 25° settimana di gestazione (*CADN Kronos 11 agosto 2003*).

## Prove di salute in Argentina

Nel nuovo governo argentino di Néstor Kirchner (eletto come si ricorderà per l'abbandono di Menem) il ministro della sanità, Ginès Gonzales Garcia, ha messo in cantiere una radicale riforma del sistema sanitario con 5 priorità:

1. accesso liberalizzato ai farmaci generici secondo lo schema sudafricano di Mandela;
2. programma di assistenza materno-infantile con particolare attenzione alla nascita e ai bambini di età inferiore a 6 anni; il 25% delle nascite nella grande provincia di Buenos Aires è di madri teenagers.
3. revisione della concedibilità degli anticoncezionali (in Argentina l'aborto è illegale, ma le complicanze di aborto rappresentano la metà dei ricoveri in età fertile e 32.000 donne/anno vengono trattate in emergenza postaborto);
4. spinta alla donazione di organi: ci sono 6000 persone in attesa di donazione contro solo il 2% di donatori registrati.
5. cibo per gli argentini con priorità alle gravide ai bambini con meno di 5 anni ed agli invalidi: 10 milioni di argentini sono sottoalimentati (*Lancet* 2003;362:75)

## I cesarei nel 2001

Sempre superiori al 34% i cesarei in Italia. Questa la situazione regionale (% di cesarei sul totale dei parti riferiti al 2001) secondo gli ultimi dati ISTAT. Il PSR 2003-2005 chiede una riduzione al 20%!

Piemonte	33.29
Valle d'Aosta	22.98
Lombardia	25.33
PA Bolzano	14.12
PA Trento	24.86
Veneto	26.36
FVG	20.33
Liguria	30.49
Emilia Romagna	29.32
Toscana	22.88
Umbria	26.86
Marche	34.09
Lazio	36.53
Abruzzo	35.52
Molise	39.25
<b>Campania</b>	<b>54.28</b>
Puglia	40.47
Basilicata	46.49
Calabria	36.92
Sicilia	42.01
Sardegna	32.60
<b>Italia</b>	<b>34.03</b>



# Rapporto sul progetto "Mare di Aral"

Finanziato dall'Associazione Culturale Pediatri per l'Istituto Pediatrico di Nukus Oral Atanyazova, responsabile del progetto

## Periodo del progetto

giugno 2002 - agosto 2003

Diamo qui di seguito il rendiconto narrativo ed economico del progetto "Mare di Aral" per il quale sono state raccolti fra i gruppi dell'ACP 7025,00 Euro.

## 1. PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE EFFETTUATO

### Obiettivi

Migliorare la capacità tecnica dell'Istituto Pediatrico di Nukus per migliorare la qualità degli interventi educativi.

### Piano d'azione

Effettuare un training per gli insegnanti del Nukus Medical Institute per migliorare le loro capacità formative.

### Implementazione Training

Corsi di training per i 110 insegnanti del Nukus Medical Institute su "Actual problems of development of teaching at the medical institutes" sono stati organizzati fra il 19 maggio e il 2 giugno 2003. Gli insegnanti provenivano dalla "Russian State Medical University".

Erano: Prof. Diankina Marina, Direttore del Dipartimento di "Pedagogic and Psychology of high medical education"; dott. Mironova Tatyana e dott. Arsenova Ludmila, Senior trainer dello stesso Dipartimento.

## Partecipanti

Hanno partecipato: 105 docenti del Nukus Medical Institute, 4 docenti del Tashkent Pediatric Medical Institute, 1 docente dell'Urgench Medical Institute.

I partecipanti includevano professori, assistenti, senior teachers, lettori, capi dipartimento, amministrativi.

Si è trattato del primo corso di formazione dell'Asia Centrale fornito dalla Russian State Medical University negli ultimi 10 anni.

La Russian State Medical University è considerata una delle migliori Scuole di Pedagogia medica in Europa.

## Metodologie

Il programma di training comprendeva letture sulla metodologia educative secondo le nuove metodologie e tecnologie. I partecipanti hanno anche lavorato in tre piccoli gruppi e hanno effettuato attività pratica. Durante i 14 giorni hanno lavorato sotto la guida dei docenti.

I docenti hanno effettuato consulenze, anche individuali, sui metodi di insegnamento del Nukus Medical Institute sulle modalità di documentazione, sulla preparazione di curricula, sulla valutazione dell'insegnamento.

Il programma di training includeva anche i rapporti educativi fra docente e discente e i rapporti fra cultura scientifica e società.

È stato eseguito un test finale di tutti i partecipanti al corso, dopo il quale è stato fornito un diploma dalla Russian State Medical University.

## 2. STAMPA DI TESTI PER STUDENTI

Sono state stampate 400 copie del volume *Where there is no doctor* in lingua Karakalpak e affidate alla biblioteca del Nukus Medical Institute. Il libro è molto importante per gli studenti che, una volta laureati, vanno ad esercitare nelle aree rurali. Vi è infatti una carenza molto pericolosa di testi in lingua Karakalpak.

## 3. RISULTATI FINALI DEL PROGETTO

Il progetto ha avuto un impatto eccellente sullo staff (vedi foto), data la scarsa formazione che finora aveva avuto sulla metodologia dell'insegnamento e vista la competenza dei docenti. Il successo si è registrato nella preparazione delle lezioni, nei rapporti con i discenti e nel lavoro pratico; tutto questo è destinato ancora a migliorare.

Grande importanza attribuiamo alla pubblicazione del volume *Where there is no doctor* in lingua Karakalpak che è a disposizione di 700 studenti.

In sostanza la capacità educativa del Nukus Medical Institute è molto migliorata.

## 4. RAPPORTO ECONOMICO

Budget: Euro 7025,00 (vedi tabella)

### RAPPORTO ECONOMICO

OGGETTO	SPESA PARZIALE	USD
1. Viaggi Biglietti Mosca-Nukus (160x3) Mosca-Nukus (205x3)	480+615	1.095
2. Ospitalità in Nukus	35 \$ x 3x14	1.470
3. Onorari (100 ore per ogni docente)	Professor 10 \$/ora Senior teacher 8 \$/ora	2.600
4. Materiali	120 pages x 115x 30 sum	414.000 Uzs = 376,4 USD
5. Libri (400 copie)	2,860.000 Uzs = 2600	2600
<b>Totale</b>		<b>8141,4 USD</b>

Cambi 1 EUR = 1.1588 USD 7025 Euro = 8140,57 USD 1 USD = 1100 Uzs (Uzbek sum - market rate)



*Il non avere avuto spazio nell'ultimo numero per la pubblicazione delle lettere ha fatto inevitabilmente invecchiare quelle che pubblichiamo. Ce ne scusiamo con i lettori e con gli autori.*

### La Fiera del libro, questa sconosciuta

La Fiera del libro, a Torino, è sempre stata un problema per la TV. I televisori pensano che il libro sia un argomento poco utilizzabile per fare audience; questo mi sembra molto chiaro. I TG quasi l'hanno ignorata: collegamenti stanchi, in TG1, la famosa stanchezza di Giletti. Rai2 non ha fatto neppure quelli stanchi. Ci sarebbe da scrivere una storia sui libri in TV. Rai3 ci ha provato a notte inoltrata con una puntata di "Per un pugno di libri" di Neri Marcorè (che non è stato male in queste sue trasmissioni per classi di studenti) e con qualche collegamento da Torino. Non so proprio quanto a quell'ora possa avere avuto ascoltatori. Qualche volta mi viene un dubbio: meno la gente legge e più guarda la TV e da questo i televisionari traggono legittimi interessi: far leggere meno per fare guardare di più la TV. È una legge di mercato: tu crei uno spazio e trovi chi lo riempie. Qualcuno dice che alla TV si ragiona così: dato che alla inaugurazione della Fiera non c'erano i ministri; perché occuparsene? Chi ce ne sarà grato?

In radio, sempre sulla Fiera, c'è stata qualche buona trasmissione: su Farhenait, su Rai3. Certo (a meno che non mi sia sfuggito) non si è parlato di Nati per leggere che pure ha avuto una tavola rotonda, nella quale il presidente della Fiera (così mi ha detto un amico giornalista, *relata refero*) ha detto che Nati per leggere è il meglio che c'è in giro per la promozione del libro; ma non gli si dà una lira. Scrivo che la Fiera non è ancora finita. C'è sempre una speranza in fondo al cuore per chi si occupa di televisione.

Livia Vitali

*Ci dice Livia, sentita dopo la sua lettera, che la sua speranza è andata delusa. Nulla di buono alla TV sulla Fiera del libro fino alla fine. Ma possiamo confer-*

*mare che quelle parole su Nati per leggere il presidente della Fiera le ha dette.*

### Pro e contro l'esame dei genitali

L'articolo comparso sul numero due di *Quaderni acp* (marzo-aprile 2003), "L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini", mi lascia molto perplessa.

Prima di tutto non ha bibliografia ed è sgradevole leggere affermazioni tanto perentorie, non suffragate da riferimenti bibliografici. Come l'età della prima eiaculazione (ma chi l'ha detto? a quali bambini/ragazzi si riferisce?). E tutte quelle misure... Se proprio si volevano mettere delle misure, si doveva spiegare il loro senso di relatività (e dire da dove erano state prese e quando). Il tema viene affrontato in modo che non educa a un percorso mentale, cosa guardare, di cosa preoccuparsi e di cosa no. Indica solo il riferimento a degli standard (ma che standard sono poi? non lo dice).

Trovo molto pericoloso tutto questo misurare, specie il pene dei bambini. Per mia esperienza, prima le mamme e poi i bambini stessi sono spesso preoccupati di questo aspetto. Andava detto chiaramente che non ha nessuna importanza. Vorrei anche capire cosa deve fare un pediatra se per caso le misure del pene fossero piccole (rispetto a cosa, a chi? sono le SUE). Glielo dice magari? E poi? Preferirei che gli si dicessero cose che lo aiutassero a stare bene così come si ritrova. Anche l'orchidometro, avrei preferito che venisse spiegato di farvi riferimento solo in caso di dubbio di patologia grave (tumori ecc.). Così potrebbe indurre ad atteggiamenti ridicoli oltre che pericolosi.

Se fossi una mamma, cambierei pediatra se gli vedessi misurare i genitali di mio figlio. Vorrei che ci convivesse serenamente e allegramente. Perché non gli misura il naso? E magari le lunghezze delle braccia. E perché non le orecchie? Manca piuttosto un buon approfondimento sulle situazioni complesse, come i genitali ambigui, e anche qui sarebbe stato necessario sollecitare l'attenzione ad aspetti diversi, non solo le misure ecc. Insomma avrei preferito un invito a

riflettere sulla "normalità" della diversità, sulla poca importanza delle dimensioni, dei tempi di maturazione sessuale ecc. Il rischio è facilitare la rigidità a scapito di un ragionamento "morbido" (e umile) in sintonia con la complessità della realtà. E creare nel medico la falsa (e nefasta) certezza di sapere come è giusto che stiano le cose, invece di educarlo a guardare e "accompagnare" ciascuno così com'è, con quel poco che (si) sa.

Luisella Grandori

1. Anzitutto un chiarimento della redazione di *Quaderni acp* circa la mancanza di bibliografia. Nella rubrica "Saper fare" siamo noi a chiedere che, se non assolutamente necessaria per contrastanti atteggiamenti, la bibliografia venga omessa. Se dovessero essere citate tutte le voci che si riferiscono a un atto diagnostico (come, ma non solo, quello dell'esame dei genitali) l'elenco sarebbe estremamente lungo. L'alternativa sarebbe quella di citare i trattati, ma l'utilità di questa citazione sarebbe assai discutibile e scarsamente utile; il lettore può certamente richiedere fotocopia di un articolo, ma non di un trattato.

Per il resto delle critiche passiamo la parola agli autori dell'articolo.

2. Luisella Grandori ha detto delle cose giuste e comprensibili ma che non possono essere riferite allo spirito dell'articolo riportato. L'articolo "Esame dei genitali del bambino" è semplicemente uno strumento e come tale potrà essere usato o non usato dal pediatra. La dottoressa Grandori non lo userebbe mai. Bene per lei. Io, ad esempio, uso pochissimo gli esami di laboratorio, ma questo non vuol dire che non debbano esistere gli esami di laboratorio. La dottoressa Grandori si chiede perché non riportare le misure delle orecchie, del naso ecc. Perché no? Anche questo strumento è utile in alcune occasioni e la prova la danno le tabelle del famosissimo Smith (*Recognizable pattern of human malformation*). È ovvio che ogni strumento deve essere usato con saggezza. Ma i pediatri hanno questa saggezza e non stava nello spirito della nostra segnalazione occuparci di questo aspetto.

Mauro Pocecco

# Martin Winckler, Abraham B. Yehoshua

A cura di Franco Dessì

## Cosa succede là dentro

da: *La malattia di Sachs*, di Martin Winckler

Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1999, pagg. 139-141

Entro, respirando a fatica. Mi offri di sedermi, poi senti il sibilo che mi esce dalla bocca quando riprendo fiato. Scuoti la testa con aria spaventata: "Da quanto tempo è in questo stato?". "Da... (riprendo a respirare) tre mesi". Mi prende un accesso di tosse, mi fa male, mi vengono le lacrime agli occhi, a momenti soffoco. Mi poni la mano sulla spalla. Vuoi farmi sedere, ma io alzo la mano e scuoto la testa. Tiro fuori un fazzoletto dalla tasca, asciugo la schiuma che mi viene alle labbra. Mi tolgo la giacca, mi sbottono la camicia, non mi stendo sul letto basso, perché soffoco ancora di più quando mi stendo. (...)

Mi visiti (...), poi mi fai stendere per metà, mettendomi un grosso guanciaie dietro la schiena (...). Mi esami a lungo la pancia, soprattutto dal lato del fegato. Respiro piano, per non mettermi a tossire. Mi chiedi se sono dimagrito.

Ti dico di sì, non mangio molto, faccio troppa fatica a deglutire. Scuoti la testa senza dire niente.

"Una fibroscopia. Consiste nell'infilare un tubicino nel naso per andare a esplorare i bronchi. Per vedere cosa succede là dentro. Dobbiamo scoprire perché è così intasato." (...) "Le preparo una lettera per lo specialista". Scrivi in maniera un po' frammentaria. Ti fermi una prima volta, accartocci il foglio, ricominci. A metà pagina, ti fermi di nuovo. Sganci il telefono, incastri la cornetta contro la spalla; il tempo di comporre il numero sulla tastiera. Mentre aspetti che ti rispondano, tamburelli sul foglio con la punta della penna, senza guardarmi. "Pronto? Buongiorno, sono il dottor Sachs, vorrei un appuntamento per un mio paziente. Sì, è urgente. No, non può aspettare la settimana prossima. Va bene, me lo passi. Grazie". "Ciao Philippe, sono Bruno. Scusa se ti disturbo mentre visiti, ma vorrei mandarti un mio paziente che ho visto stasera per la prima volta. Ha un wheezing molto forte, è dimagrito e va senz'altro esaminato. Esatto. Domani mattina? Ah, sarebbe perfetto. Ti volti verso di me, scuoto la testa per dire che va bene. "Allora, è il signor Gaston Guilloux (gli dai anche la mia data di nascita, il mio indirizzo, il mio numero di telefono). Ecco. Grazie ancora, ci fai un grande favore. Sì, quando vuoi. Grazie infinite". Riattacchi.

"Adesso le do l'indirizzo". Finisci la lettera. Scrivi più piano, in modo più curato adesso. Rileggi. Annuisci. Firmi.

Pieghi la lettera e la infili in una busta che chiudi senza incollarla. Sulla busta scrivi il nome dello specialista, l'indirizzo, il numero di telefono e l'ora dell'appuntamento. Me la porgi.

Mi chiedi se va meglio; rispondo sì; l'iniezione comincia a farmi effetto. Mi parli di nuovo dell'esame. Mi spieghi come si svolge, ma non ascolto le tue spiegazioni. Ti chiedo se dovrò essere operato. Dici che dipenderà. Da quello che troveranno. Non citi nessuna malattia, e non ti chiedo di farlo.

L'indomani mia moglie mi accompagna dal tuo collega specialista. È un uomo molto gentile. L'esame è lungo, ma non è troppo fastidioso. Poi lui mi fa sedere nel suo studio e mi comunica che ho un cancro alla laringe.

## Mitigare il dolore

da: *Cinque stagioni*, di Abraham B. Yehoshua

Torino: Einaudi Editore, 1997, pagg. 5-7

La moglie di Molcho morì alle quattro del mattino, e con tutto se stesso Molcho si sforzò di individuare il momento preciso di quella morte, così da inciderlo dentro di sé, perché lui voleva ricordare. (...)

Era stato proprio quello il momento in cui lei aveva cessato di respirare. Non l'aveva toccata, perché temeva che il suo contatto la svegliasse e le facesse male, ma così era stato quel momento, e lei non l'avrebbe mai conosciuto, anche se di tutti i momenti al mondo non ce n'era uno che le appartenesse più di quello, intimo e appartato, quando una mano invisibile si era alzata dicendo: fin qui, da qui in là non più!

Lui non aveva pensato all'eternità dell'anima, o alla metempsicosi, in cuor suo le era sempre stato grato di non averlo trascinato in un simile tipo di considerazioni mistiche; la naturale aggressività e l'amarezza intellettuale che lei si portava dentro avevano sempre spazzato via ogni riflessione oscura e irrazionale; e si sentiva molto a suo agio ora solo con lei, molto sveglio e calmo e concentrato, senza nessuno attorno che lo potesse distrarre, o che lo obbligasse a farlo partecipe dei suoi pensieri, e soprattutto perché non c'erano lì con lui né un medico né un'infermiera, che forse avrebbero imposto l'uso di un qualche strumento o l'assunzione di un farmaco, e invece era solo, e tutto era in suo potere e in suo dominio, anche la luce, anche il suono, e solo la morte era qui con lui e Molcho era stupito nel vedere come la morte entrava in lei ma anche ne usciva, e spalancò gli occhi per vedere se c'era qualche accenno di dolore, perché questo era stato il suo compito negli ultimi mesi, mitigare il dolore, anche in quest'ultimo momento, e a questo scopo erano a sua disposizione tanti strumenti e apparecchiature, manovelle e argani, stampelle e sedie a rotelle, un attrezzo per lavare la malata, e un ventilatore, e medicinali, sedativi e bombole di ossigeno, tutto il piccolo ospedale che era stato raccolto in quella stanza, e tutto per lenire il dolore, perché l'anima potesse spirare dolcemente. Anche seduto alla sua scrivania in ufficio, o per strada, dritto, a passo lento, immerso in riflessioni, con la testa grigia ma il corpo ancora snello e svelto, o mangiando, o giacendo sul letto, Molcho non cessava un attimo di pensare al dolore che lei provava e a come lenirlo, dal mattino alla sera ascoltava attento quel grande corpo roso dalla malattia, coperto di cicatrici fatte dai bisturi dei chirurghi, gonfiato dai farmaci, quel corpo pullulante di fiori del proprio veleno e riverso già da settimane su un letto da degenza speciale...

## Leggere e fare

### 32 È utile la terapia antibiotica nella sinusite acuta non complicata?

*Gli Autori hanno cercato di rispondere alla domanda se l'utilizzo della terapia antibiotica nella sinusite acuta non complicata, intervento abituale nella pratica clinica, è supportato da prove cliniche certe. La risposta avuta dalla letteratura, peraltro carente di studi clinici appropriati, è che tale terapia sembra di scarsa utilità sia nel raggiungimento della guarigione sia nella prevenzione delle eventuali complicanze.*

### 34 Il glucosio per bocca seda il dolore della puntura venosa?

*Il problema analizzato nell'articolo riguarda il caso di bambini che pongono il problema della sedazione del dolore in corso di prelievo venoso. La ricerca su PubMed permette di reperire uno studio (RCT in doppio cieco), dal quale è possibile dedurre che l'utilizzo di glucosio per bocca e placebo sulla cute è più efficace nel ridurre i sintomi associati al dolore da prelievo venoso nei neonati rispetto al trattamento anestetico locale con EMLA e placebo per os.*

## Medicina narrativa

### 35 Dottore, mia figlia ha le coliche!

*Il problema analizzato riguarda la richiesta di una coppia di genitori di un lattante di un mese circa l'efficacia del simeticone nelle coliche gassose del loro bimbo. La ricerca su PubMed permette di reperire due revisioni sistematiche che negano l'utilità del simeticone rispetto al placebo nelle coliche gassose. La pediatra spiega che il farmaco non funziona e cerca un'alleanza con i genitori.*

## Il caso che insegna

### 37 Un bambino con una gran tosse

*Viene riferito il caso di un bambino di 10 anni con una storia di tosse persistente: il disturbo era presente a scuola, soprattutto durante le lezioni di matematica, scompariva durante il sonno e aveva tipicamente un tono aspro ed abbaiante. Il bambino è stato studiato da molti medici e trattato con corticosteroidi per via inalatoria e broncodilatatori senza alcun beneficio. Dopo molte visite specialistiche è stata diagnosticata una "tosse psicogena".*

### 40 Irene con le transaminasi alte: un caso complicato che mi fa pensare

*L'occasionale scoperta di un lieve aumento delle transaminasi (2xN AST, 2xN ALT) in una bambina ha necessitato di ulteriori indagini. Un deficit di alfa1-antitripsina era all'origine del deficit. Il deficit può anche semplicemente essere sospettato da uno studio attento delle proteine seriche*

## Il punto su

### 42 Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie

*I programmi di promozione in famiglia della lettura ad alta voce al bambino si sono sviluppati a partire dalla fine degli anni '80 negli USA e successivamente anche in Europa. Molti di questi programmi hanno valutato il loro impatto sull'attitudine dei genitori a leggere ad alta voce. I lavori pubblicati in letteratura hanno misure di outcome che raggiungono sempre significatività statistica. Vengono analizzate le metodologie per valutare l'attitudine dei genitori alla lettura. La promozione della lettura al bambino in famiglia può aumentare la competenza genitoriale.*

## Informazioni per i genitori

### 47 La vaccinazione contro l'influenza

*La vaccinazione contro l'influenza viene vivamente raccomandata, anche quest'anno, non diversamente da ogni anno passato, per i bambini che hanno condizioni di salute particolari che li rendono più vulnerabili (come nel caso di gravi malattie del cuore, dei reni, dell'apparato respiratorio, diabete, importante compromissione delle difese immunitarie ecc.). Il pediatra del vostro bambino saprà consigliarvi in merito e valutare l'eventuale presenza di condizioni che controindicano la vaccinazione.*



# È utile la terapia antibiotica nella sinusite acuta non complicata?

Giacomo Toffol, Maria Luisa Zoccolo, Marisa Callegari  
ACP Asolo

## Significato delle abbreviazioni

**CER** (Control Event Rate): Eventi nel gruppo di controllo

**EER** (Experimental Event Rate): Eventi nel gruppo sperimentale

**RBI** (Relative Benefit Increase): Incremento relativo del beneficio, cioè differenza degli esiti favorevoli tra il gruppo sperimentale e quello di controllo (EER-CER)/CER.

**ABI** (Absolut Benefit Increase): Incremento assoluto del beneficio (EER-CER)

**NNT** (Number Needed to Treat): Numero di bambini da trattare perché si verifichi un evento favorevole in più (1/ABI)

## Scenario clinico

La sinusite acuta è una patologia che si riscontra con relativa frequenza nei bambini in età prescolare, particolarmente durante la stagione invernale. Il suo trattamento si basa abitualmente sulla terapia antibiotica per periodi di 10-15 giorni, ma è esperienza comune che spesso i soggetti affetti guariscono anche spontaneamente. Una discussione tra pari sull'argomento all'interno del nostro gruppo locale ha dimostrato un'ampia variabilità di comportamento, per cui abbiamo cercato di risolvere i nostri dubbi utilizzando la letteratura.

## Background

I sintomi clinici della sinusite acuta in età preadolescenziale sono poco specifici. Tosse e secrezione nasale sono i più comuni. La tosse, presente anche di giorno, tende a peggiorare in posizione supina. La secrezione nasale può essere chiara o purulenta. Se tali sintomi persistono senza miglioramenti per più di 10 giorni, può essere presa in considerazione la diagnosi di sinusite acuta.

Il trattamento si basa principalmente sulla terapia antibiotica, con l'utilizzo dell'amoxicillina come farmaco di prima scelta, e va protratto abitualmente per 14-21 giorni (1,2).

Abbiamo proceduto per passi.

1. Abbiamo iniziato la ricerca consultando il numero 1 dell'edizione italiana di *Clinical Evidence* (3). Nel capitolo dedicato alle infezioni delle vie respiratorie superiori, a pagina 803, viene citata una revisione sistematica del 1998 (4), secondo la quale il trattamento antibiotico



co delle sinusiti non complicate migliora la sintomatologia nell'84% dei pazienti (contro un miglioramento del 69% nei soggetti trattati con placebo). In realtà nessuno degli studi analizzati da tale metanalisi ha coinvolto una popolazione di età compatibile con il nostro quesito, e anche l'unico tra essi che è stato effettuato su pazienti pediatriche ha riguardato solo pazienti con diagnosi radiologica di sinusite (5) che esce dalla condizione che ci siamo proposti di analizzare. L'edizione seconda sia nella parte cartacea concisa che nel CD rom riporta gli stessi dati.

2. Insoddisfatti, abbiamo quindi consultato la *Cochrane Library*, e abbiamo trovato una revisione sistematica della letteratura del 2002. In essa sono stati analizzati sei RCT che hanno comparato la terapia antibiotica con un placebo o altre

terapie su un totale di 562 bambini con diagnosi clinica o radiologica di sinusite. Le conclusioni cui sono giunti gli Autori sono state che il trattamento antibiotico per 10 giorni riduce la possibilità di persistenza dei sintomi nel breve-medio periodo.

Quantificando il beneficio, questo appare modesto: si è reso necessario trattare circa 8 bambini per ottenere una guarigione addizionale: NNT 8, con IC compreso tra 5 e 29 (6).

Nella ricerca di evidenze abbiamo voluto procedere e abbiamo preparato una ricerca su PubMed.

## La domanda in tre parti

In un **bambino di età prescolare** con **sinusite** [POPOLAZIONE] la somministrazione di **antibiotici** [INTERVENTO] è utile per ottenere la **guarigione**? [OUT-COME]

## Strategia di ricerca

Utilizzando il browser MeSH di PubMed, abbiamo eseguito la ricerca dei seguenti termini: "**Child, Preschool**", "**Sinusitis**", "**Antibiotics**", "**Treatment Outcome**".

Utilizzando poi la funzione LIMITS dalla videata principale, abbiamo ristretto la ricerca selezionando i soli RCT (selezionandoli fra le opzioni previste dalla voce "**Publication Types**").

Abbiamo così trovato 4 articoli, tra i quali, dopo aver letto gli abstract, abbiamo selezionato l'unico che, pur avendo il difetto di esaminare una popolazione eterogenea, sembrava il più pertinente alla nostra indagine.

## Articolo selezionato

*Garbutt JM, et al.* A randomized, placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for children with clinically diagnosed acute sinusitis. *Pediatrics* 2001;107: 619-25

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: gitoffol@libero.it

leggere e fare

**Abstract**

The Authors tried to answer to the question if using the antibiotic therapy in uncomplicated acute sinusitis, typical intervention in clinical practice, is supported for reliable clinical evidences. The answer of literature, though lacking in suitable clinical researches is that such therapy seems not much helpful both for recovery and for prevention of possible complications.

G. Toffol, M.L. Zoccolo, M. Callegari. *Is the antibiotic therapy useful for uncomplicated acute sinusitis?*  
*Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 32-33*

**TABELLA 1: CONFRONTO TRA AMOXICILLINA E PLACEBO**

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Miglioramento clinico	43/55 0,78	46/58 0,79	0,013	0,01	100

**TABELLA 2: CONFRONTO TRA AMOXICILLINA-ACIDO CLAVULANICO E PLACEBO**

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Miglioramento clinico	43/55 0,78	39/48 0,81	0,038	0,03	33

**Caratteristiche principali dello studio**

Data di pubblicazione: 2001

Nazione: USA, Division of General Medical Sciences, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri

Tipo di studio: Trial clinico randomizzato controllato in triplo cieco

Setting: tre ambulatori di cure primarie

Pazienti e interventi confrontati

- Pazienti complessivi: 188 pazienti di età compresa tra 1 e 18 anni, con diagnosi clinica di sinusite acuta (sintomi persistenti delle vie respiratorie superiori per 10-28 giorni).
- Pazienti analizzati e interventi attuati: 161 pazienti suddivisi in tre gruppi di trattamento della durata di 14 giorni:
  - 58 trattati con amoxicillina 40 mg/kg/die in tre dosi giornaliere
  - 48 trattati con amoxicillina + acido clavulanico 45 mg/kg/die in due dosi giornaliere
  - 55 trattati con placebo

**Eventi presentati dagli Autori**

L'outcome primario, valutato mediante interviste telefoniche ai giorni 3, 7, 10, 14, 21, 28 e 60 dall'arruolamento, è stato la modificazione della sintomatologia causata dall'infezione sinusale.

Questa è stata valutata con metodo quantitativo e qualitativo.

La prima misura è stata ottenuta utilizzando un punteggio denominato S5, già validato a tal fine e legato alla presenza/assenza di ostruzione nasale, tosse diurna e notturna, dolore, muco colorato (7); la valutazione qualitativa è stata effettuata attraverso una domanda specifica che ha

permesso di dividere i pazienti in: clinicamente migliorati e invariati.

Ci siamo concentrati sulla valutazione qualitativa, più facilmente utilizzabile nella pratica clinica. Abbiamo in tal modo valutato RBI, ABI e NNT per i trattamenti in esame (*tabelle 1 e 2*).

**Conclusioni**

Dai dati ricavati da tale articolo risulta che la terapia antibiotica con amoxicillina o con amoxicillina + acido clavulanico è di utilità inapprezzabile nel trattamento della sinusite acuta non complicata.

Nei tre gruppi analizzati non sono state osservate differenze nemmeno nell'incidenza di recidive o ricadute. Durante tutto il periodo del follow-up (due mesi) non si è verificata in nessun paziente alcuna complicanza (8).

È da segnalare tuttavia come gli Autori di questo articolo, pur avendo provveduto prima della randomizzazione a stratificare i pazienti per età (inferiore o superiore a sette anni), non abbiano ritenuto necessario effettuare delle analisi di questi sottogruppi di popolazione. Ciò ha impedito un approfondimento della nostra analisi nel gruppo per noi di maggior interesse, rappresentato dai bambini in età prescolare.

La nostra ricerca non ci ha aiutati a prendere delle decisioni definitive. Riteniamo comunque positivo l'esserci resi conto che esistono aree nelle quali la ricerca finora è stata scarsa, o di bassa qualità, e che esistono delle aree nelle quali le linee guida che le istituzioni ci propongono

sono basate su poco o nulla (9). Senza indagini come la nostra a queste conclusioni non saremmo arrivati.

**Nota redazionale**

**A chiarimento per il lettore si fa notare che gli Autori del presente scenario hanno seguito una metodologia di ricerca diversa dalle *Clinical Queries*, come è stato fatto negli scenari finora pubblicati su *Quaderni*.**

**Bibliografia**

- (1) Nelson. *Textbook of Pediatrics*, 16th ed. 2000 p. 1264
- (2) O'Brien KL, Dowell SF, Schwartz B, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA. Acute sinusitis-principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101(suppl):174-7
- (3) *Clinical Evidence*. Edizione italiana, numero 1, anno 2001
- (4) De Ferranti SD, Ioannidis J, Lau J, Anninger WV, Barza M. Are amoxicillin and folate inhibitors as effective as other antibiotics for acute sinusitis? A meta-analysis. *BMJ* 1998;317:632-7
- (5) Wald ER, Chiponis D, Ledesma-Medina J. Comparative effectiveness of amoxicillin and amoxicillin-clavulanate potassium in acute paranasal sinus infections in children: a double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 1986;77 (6):795-800
- (6) Morris P, Leach A. Antibiotics for persistent nasal discharge (rhinosinusitis) in children (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002
- (7) Garbutt JM, Gellman EF, Littenberg B. The development and validation of an instrument to assess acute sinus disease in children. *Qual Life Res* 1999;8:225-33
- (8) Garbutt JM, et al. A randomized, placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for children with clinically diagnosed acute sinusitis. *Pediatrics* 2001 Apr;107(4):619-25
- (9) Biasini GC. Ricerca di evidenze o perdita di tempo? *Quaderni acp* 2003;1:41

# Il glucosio per bocca seda il dolore della puntura venosa?

Isodiana Crupi  
Pediatra di famiglia, ACP dello Stretto, Messina

## Abstract

The problem regards pain evoked by taking blood samples in children. A research through Pub Med traced an RCT study which shows that the use of glucose by mouth with placebo applied on skin is more efficacious in reducing pain in newborns compared to local treatment with EMLA and placebo by mouth.

Isodiana Crupi. Does glucose by mouth soothes pain due to taking blood samples?  
Quaderni acp 2003, vol X n° 6: 34

## Scenario clinico

Il mio è un ambulatorio con tanti neonati, e spesso i genitori mi chiedono se sia possibile evitare o attenuare il dolore provocato dall'introduzione dell'ago per la esecuzione dei cosiddetti e frequenti "prelievi di controllo" a cui vengono sottoposti nei reparti di neonatologia e poi dopo la dimissione. Nell'ambito di alcuni congressi questo argomento è stato trattato e si è suggerito di utilizzare lo zucchero per bocca per ridurre il dolore; mi chiedo se esistano studi che confermano questo suggerimento.

## Background

Le evidenze attuali dimostrano che il neonato possiede sia la capacità anatomica che fisiologica in grado di fargli provare dolore e che l'esperienza di tale dolore può avere anche effetti a lungo termine. La puntura venosa è il metodo consigliato per il prelievo di sangue nei neonati a termine, per il maggiore quantitativo di sangue prelevato e per il dolore meno intenso rispetto alla puntura del tallone. Da parecchi anni esiste una crema anestetica EMLA (*Eutectic Mixture of Local Anesthetic*) che si è dimostrata localmente efficace nei neonati e nei bambini sebbene l'intervallo di tempo necessario alla sua azione sia di 60 minuti, a differenza della somministrazione di soluzioni dal gusto dolce per os che, al contrario, ha un effetto immediato.

## La ricerca in Clinical Evidence

Prima di procedere alla ricerca su PubMed cerco di trovare una risposta al mio quesito consultando Clinical Evidence, inviato a tutti i medici di famiglia dal Ministero della Sanità. Trovo un intero capitolo dedicato alla "riduzione del dolore da prelievo di sangue nei bambini piccoli" aggiornato a Gennaio 2002. I riferimenti bibliografici comprendono 73 voci. Riporto integralmente quanto trovato su *Clinical Evidence*: "in merito all'utilizzo di zucchero per os": in bambini sottoposti a puntura del tallone o a prelievo venoso 19 studi randomizzati hanno rilevato che l'uso per bocca di saccarosio, glucosio o altri dolcificanti riduceva significativamente le reazioni allo stimolo doloroso (in particolare la durata del pianto). Uno studio randomizzato di piccole dimensioni non ha rilevato alcuna differenza significativa tra dosi multiple o singole di saccarosio durante la puntura del tallone. Non abbiamo trovato prove convincenti che uno zucchero sia superiore agli altri e neppure dati che indichino quale sia la concentrazione ottimale per ottenere sollievo dal dolore". Le voci bibliografiche di *Clinical Evidence* sono aggiornate al gennaio del 2002. Decido, pertanto, di verificare se qualche altro lavoro è stato pubblicato dopo tale data attraverso la consultazione di PubMed.

## La domanda in tre parti

Nei neonati sani [POPOLAZIONE] l'utilizzo di glucosio per via orale [INTERVENTO] è efficace nel diminuire il dolore? [OUTCOME]

## Strategia di ricerca

Verifico nel browser MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Newborn - Glucose - Pain*. Su PubMed nella maschera *Clinical Queries using Research Methodology Filters* seleziono *Therapy and Specificity* e immetto i termini trovati: "Infant, Newborn" AND "Glucose" AND "Pain". La ricerca seleziona sei articoli e, dopo aver letto gli abstract, ne scelgo uno, sia perché più aggiornato rispetto a *Clinical Evidence* sia perché confronta l'efficacia del glucosio per os con quello della crema anestetica, la cui efficacia è già stata dimostrata.

## Articolo selezionato

Gradin M, et al. Pain reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream. *Pediatrics* 2002,110:1053-7

## Caratteristiche dello studio

Nazione: Svezia  
Tipo di studio: RCT in doppio cieco  
Setting: unità neonatali di terapia intensiva e di maternità di 2 ospedali svedesi  
Randomizzazione: allocation concealed  
(vedi box)

continua a pag. 48

## BOX: ALLOCATION CONCEALED

Si parla di randomizzazione quando viene garantita una ripartizione casuale dei soggetti nei gruppi (gruppo a cui viene assegnato il trattamento e gruppo a cui viene assegnato il placebo) prima dell'inizio del trattamento. Se tale ripartizione è tenuta nascosta a chi valuta i pazienti all'ingresso dello studio, si dice che l'RCT ha una "allocation concealed", cioè una collocazione con nascondimento.

## ANALISI DEGLI EVENTI PRESENTATI DAGLI AUTORI

Evento	CER*	EER**	RRR+	ARR++	NNT
Presenza dolore (PIPP >6)	41/99	19/102	0,55	0,228	4
	41,4%	18,6%			IC 95% 3-10
	0,41	0,19			

\* CER, Control Event Rate; \*\* EER, Experimental Event Rate; RRR, Relative Risk Reduction; ARR, Absolute Risk Reduction). Per le definizioni vedi Quaderni acp 2002;3:48

Per corrispondenza:

Isodiana Crupi

e-mail: crupi.isodi@libero.it

# leggere e fare

# Dottore, mia figlia ha le coliche!

Isodiana Crupi\*, Michele Gangemi\*\*

\*Pediatra di famiglia, ACP dello Stretto Messina

\*\* Pediatra di famiglia, ACP di Verona

## UNA RUBRICA PER METTERE INSIEME APPROCCIO DELLA EBM E STORIA DEL MALATO

La EBM è attualmente lo strumento migliore di cui disponiamo per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca. Questo processo, di per sé non facile, prevede, alla fine, di ritrasferire il problema dalla "POPOLAZIONE" della domanda in tre parti al malato che ci sta davanti. Lo stesso percorso può essere valido per realtà diverse e può far parte di un metodo di lavoro applicabile, ad esempio, a strutture aziendali per decisioni che riguardano aspetti della medicina di comunità. Tuttavia l'intero processo rischia di svilupparsi secondo un rapporto solo duale: fra il professionista e le indicazioni provenienti dalla EBM e questo può rappresentare un grosso limite.

Il fatto che le conoscenze così ottenute vadano integrate col giudizio che nasce dall'esperienza e dalla pratica clinica, consolidata da esperienze su altri malati, non sempre riesce a rendere meno duale il rapporto.

Una volta ottenute le informazioni dalla EBM nasce il problema, che è tutto del medico, di fungere da ponte tra i dati dalla EBM e quello specifico paziente con le sue ansie, i suoi timori, la sue aspettative, i suoi valori, la sua famiglia, il suo ambiente.

Se non è così la storia del medico, rafforzata dalla EBM, e quella del paziente viaggiano su binari diversi destinati a rimanere tali. Anzi la "forza" della EBM potrebbe rendere più conflittuale ed unidirezionale il rapporto. Consentire la narrazione da parte del paziente, accettarne cioè la soggettività, può permettere di definire uno spazio condiviso, di costruire una narrazione comune.

Questa rubrica tenta di mettere insieme, con degli esempi tratti dal vivo, i due approcci: quello basato sulla evidenza e quello narrativo. Naturalmente sia quello evidence based che, soprattutto, quello narrativo sono solo abbozzati.

Ci auguriamo che, come è successo per gli scenari clinici, i lettori stessi ci inviino i loro materiali, per la pubblicazione o anche solo per consulenza.

### Scenario clinico

Una bambina di 1 mese viene portata dalla pediatra perché è molto irritabile e piange spesso. È alimentata con latte

materno. È cresciuta regolarmente e la visita non evidenzia nulla di patologico. Riportiamo nel *box 1* alcune sequenze comunicative fra pediatra e famiglia.

### Box 1

**Pediatra:** Dunque, l'ha allattata lei. Provi a spiegarmi meglio il problema di cui mi diceva...

**Mamma:** Sì, fa circa 6 pasti al giorno, ma ha le coliche: devo stare tutto il giorno con lei in braccio a scuoterla...

**Pediatra:** E, quelle che dice coliche, le ha avute subito dall'inizio? Provate a descrivermele meglio.

**Papà:** Guardi, quando era in ospedale, dicevano che era bravissima, che mangiava e dormiva. Effettivamente in ospedale mangiava e dormiva; però, dalla prima sera che l'abbiamo portata a casa, ha pianto tutta la sera ed effettivamente ci siamo accorti che erano coliche.

**Mamma:** Lei iniziava dalle 6 del pomeriggio fino alle 10-11 di sera ed era un continuo! Piangeva, smetteva... si vedeva che aveva le coliche. Del resto, al secondo giorno dopo la dimissione, l'abbiamo portata in Pronto Soccorso e ci hanno detto che erano coliche.

**Pediatra:** Chi si occupa della bambina quando ha le coliche?

**Mamma:** Soprattutto io, perché mio marito lavora e non abbiamo nonni in città!

**Pediatra:** Deve essere dura sola con la bambina che urla...

**Mamma:** È per questo che vorrei trovare una soluzione.

**Pediatra:** E sino ad ora che cosa avete fatto?

**Mamma:** Ho provato a darle una tisana di finocchio, ma non le piace. Una mia amica mi ha consigliato di darle le gocce di Mylicon. Ecco, lei cosa ne dice, Dottoressa?

### Cosa dice la Evidence Based Medicine

La prima cosa da chiarire è "che fondamento ha il trattamento che la madre in fondo desidera"?

Si inizia consultando *Clinical Evidence* 2001, che a pagina 203 tratta del simeticone, commentando una revisione sistematica del 1996 (Lucassen PLB, et al. *BMJ*1998;316:1563), che non ha trovato miglioramenti sulla base di interviste ai genitori: dimensioni dell'effetto 0.06 (limiti di confidenza -0.17 +0.28).

### La domanda in tre parti

Si può già dare una prima risposta ai genitori ma, per valutare altri possibili studi seguenti, si utilizza lo schema di ricerca di "scenari", a partenza dalla domanda:

- nei **lattanti** con **coliche** [POPOLAZIONE]
- il trattamento con **simeticone** [INTERVENTO]
- è efficace nel ridurre le **coliche**? [OUTCOME]

### Strategia di ricerca

Si verifica nel browser MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Colic - Infant - Simethicone*.

Per corrispondenza:  
Isodiana Crupi  
e-mail: [crupi.isodi@libero.it](mailto:crupi.isodi@libero.it)

# medicina narrativa



**Abstract**

The discussed question is about parents' query if simeticone is an efficacy drug for aeriform colics of their one month old baby. The research in PubMed help us to find two systematic reviews that deny the utility of simeticone versus placebo. The pediatrician explain that drug doesn't work and try to build a partnership with parents.

Isodiana Crupi, Michele Gangemi. Doctor! My baby is colicky!  
 Quaderni acp 2003, vol X n° 6: 35-36

Traduco la domanda su PubMed nella maschera *Clinical Queries using Research Methodology Filters*, selezionando **Therapy and Specificity: "Infant" AND "Colic" AND "Simethicone" AND "Treatment outcome"**.

**Articoli selezionati**

Si trovano due revisioni sistematiche: quella citata da *Clinical Evidence*, meno recente, e una successiva (Garrison MM, Christakis DA. *Pediatrics* 2000;106:-184), che mette a confronto le varie scelte di trattamento, fra cui quelle farmacologiche; le due revisioni concordano nel non suggerire il trattamento con simeticone.

In più, in un lavoro non recentissimo, recensito nelle due revisioni (Metcalf TJ, et al. Simethicone in the treatment of infantile colic: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pediatrics* 1994,94:29-34) e particolarmente indicato per il problema, si rileva che ogni 11 bambini che hanno ricevuto simeticone si ha un fallimento terapeutico in più rispetto al placebo.

**Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori**

La pediatra, dopo la ricerca che ha dato risposte poco discutibili sul piano dell'EBM (quel fallimento in più rispetto al placebo!), deve rispondere al quesito dei genitori e trovare un obiettivo condivisibile in quel contesto (box 2).

**Discussione generale**

Il caso riferito rappresenta un tentativo di integrare la medicina basata sulle prove di efficacia e la narrazione del paziente. Il colloquio riportato evidenzia alcune peculiarità del caso specifico (presenza di entrambi i genitori alla visita, sintomatologia fortemente disturbante per la famiglia, tentativi già messi in atto). Questa partenza permette di evitare generalizzazioni e banalizzazioni delle coliche, riferendosi a un preciso contesto familiare e non alla colica gassosa standard.

I disturbi funzionali rappresentano una delle aree grigie della pediatria e in questa zona di confine il contesto e la relazione medico-famiglia giocano un ruolo predominante nell'alleanza tera-

**Box 2**

**Pediatra:** La situazione delle coliche gassose nel lattante allattato dalla mamma, come avete potuto verificare con i vostri vicini, è piuttosto frequente, anche se non lascia problemi al bambino. Pur capendo le vostre preoccupazioni, devo dirvi che il farmaco di cui mi avete parlato e di cui vi ha parlato la vostra amica non ha dato buoni risultati nelle ricerche che sono state fatte, anzi...

**Madre:** Del resto tutti i bambini sono diversi e poi voi medici dite cose così diverse l'uno dall'altro...

**Pediatra:** È proprio per questo che dobbiamo cercare una risposta che sia utile per voi e per vostro figlio, senza nulla togliere alla letteratura e alla ricerca scientifica.

**Padre:** E quindi ce lo teniamo così?

**Pediatra:** Beh, spero di riuscire ad aiutarvi a risolvere il problema; proviamo a vedere insieme un possibile comportamento che potete adottare e ci potremo risentire tra breve. Si potrebbe provare anzitutto a seguire i ritmi della bambina... perché prima mi avete detto che comunque, quando incomincia a mangiare, lo fa tranquillamente e bene per un discreto quantitativo, e poi basta... Del resto avete già provato a non insistere e avete visto che poi è più tranquilla...

**Padre:** Il tentativo lo facciamo... e ci risentiamo la prossima settimana.

**Pediatra:** Se siete in difficoltà, chiamatemi anche prima.

peutica. La condivisione, e non solo la compliance che presuppone l'adattarsi alle scelte del medico, appare sempre più necessaria per ottenere una vera alleanza terapeutica.

Questo percorso evidenzia come l'applicazione nella realtà quotidiana delle conclusioni scientifiche non sempre sia agevole. È importante sapere che il simeticone non funziona, ma è altrettanto importante rispondere ai bisogni dei genitori. Nella premessa abbiamo riportato un colloquio che evidenzia:

1. la preoccupazione dei genitori che si presentano entrambi alla visita. Non tutti i sistemi hanno la stessa risposta di fronte ai problemi e la pediatra sa troppo poco di quella famiglia per rischiare conclusioni affrettate;
2. saper condurre un colloquio può aiutare a capire di che cosa si parla (sono realmente coliche?) ed esplorare le strategie già messe in atto per risolvere il problema. L'uso di domande aperte ci dà notizie circa il vissuto della famiglia e si rivela utile per capire il disagio rispetto alle coliche ("provate a descrivermele meglio");
3. la pediatra capisce che la madre è sola e in difficoltà, ma evita di tirare conclu-

sioni affrettate su quel sistema, rimandando volutamente giudizi altrettanto affrettati; si pone invece in situazione di ascolto per acquisire elementi ulteriori per successivi interventi.

La risposta della pediatra, dopo la ricerca, ha buone probabilità di essere efficace e accettabile per quel sistema, perché non svalorza ciò che loro credono di sapere intorno al problema (*una mia amica mi ha consigliato le gocce...*) ma, a partenza dalle loro richieste, ricerca un obiettivo condivisibile in quel contesto.

Il resto probabilmente lo farà la relazione medico-famiglia di cui si stanno ponendo le basi e la natura, visto che la maggior parte delle malattie del bambino si auto-limitano o si risolvono.

La capacità di un ascolto attivo e di una restituzione puntuale, a partenza dagli spunti offerti dalla famiglia, aiuta la pediatra e il sistema a rinunciare a un farmaco inutile e a tentare una vera alleanza terapeutica, non basata sulla medicalizzazione. Va inoltre evidenziato

*continua a pag. 48*

# Un bambino con una gran tosse

Chiara Locatelli, Licia Raimondi, Mauro Pocecco  
 UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", ASL di Cesena

## Abstract

*A case is reported of a child ten years old with a history of persistent cough: the disorder was present at school, overall during the mathematic lessons, disappeared with sleep and typically had a harsh, "barking" quality. He was investigated by many doctors and he was treated with inhaled corticosteroids and bronchodilators without any benefit. After many specialists' visits an "habit cough" was diagnosed.*

*Chiara Locatelli, Licia Raimondi, Mauro Pocecco. A child with a persistent cough  
 Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 37-39*

## La storia

Giacomo, 10 anni, è un bambino già noto per asma, che giunge alla nostra osservazione per la comparsa di tosse da qualche settimana. Lo sentiamo tossire e capiamo che si tratta di una tosse "particolare": secca e molto rumorosa, stereotipata e con stridore inspiratorio. Sorprende la discrepanza tra l'entità del sintomo e la pochezza dell'obiettività clinica. Il dato anamnestico dell'occorrenza solo diurna e mai notturna del sintomo ci orienta fin dall'ingresso per una tosse psicogena, ma si sa che questa è una diagnosi di esclusione. Inoltre la presenza di qualche sibilo espiratorio, e i precedenti di asma, ci inducono a prescrivere una terapia aerosolica con beta2-agonisti e cortisonico per os. Vengono eseguiti inoltre alcuni esami ematochimici (emocromo, PCR, anticorpi anti-*Mycoplasma*, RAST), la radiografia del torace e la spirometria che risultano normali. I prick test sono positivi per i dermatofagoidi. Ma prima di continuare con la storia vediamo quale ragionamento clinico si dovrebbe fare di fronte a una tosse persistente da più di due settimane in un bambino "grande".

## Ragionamento clinico di fronte a una tosse persistente.

**1.** La comparsa solo diurna del sintomo deve far pensare in prima istanza alla *tosse psicogena* abitudinaria, ma pur sempre questa rimane una diagnosi di esclusione. La tosse appare secca, abbaiente, persistente, "quasi teatrale" e disturbante non solo per il bambino ma anche e soprattutto per la famiglia e i compagni di classe. Spesso è scatenata da problemi scolastici. La posizione tipica del bambino grande è quella seduta, con la mano portata alla bocca. La tosse

può essere assente quando il medico ascolta fuori dalla stanza, ma si ripresenta immediatamente quando il medico entra nella stanza. Inizia tipicamente dopo un'infezione delle alte vie respiratorie, ma persiste per settimane o anche mesi dalla risoluzione di questa. L'esame obiettivo del bambino, gli esami di laboratorio e quelli strumentali, non evidenziano alterazioni. La tosse non risponde a sedativi e broncodilatatori.

**2.** Un altro tipo di tosse ove esami clinici di laboratorio dicono poco è la *pertosse*, ma questa è una tosse ingravescente, che inizia in sordina, senza rinite, ad accessi. L'accesso pertussivo tipico è caratterizzato da numerosi colpi di tosse spasmodica non intervallati da un inspirio, con apnea, congestione del volto, bava alla bocca. Fra un accesso e l'altro possono passare ore in completo benessere. Se si va a ricercare, la fonte del contagio si ritrova quasi sempre (circa 10 giorni prima della comparsa dei primi sintomi).

**3.** Una tosse accessoriale improvvisa deve far pensare all'inalazione di un *corpo estraneo*. Non sempre è possibile identificare in modo preciso il dato anamnestico dell'inalazione e questo rende inevitabilmente più difficile il percorso diagnostico. Di fronte a questo sospetto è preziosa una radiografia del torace in espirio forzato, che può dimostrare un'asimmetria degli emitoraci per insufflazione monolaterale secondaria a un corpo estraneo incuneato nella carena, che determina un effetto a valvola monolaterale. L'inalazione è comunque associata a tosse violenta e improvvisa, con cianosi e dispnea; se il corpo estraneo non ostruisce la trachea, permangono tosse stizzosa e sibili. Quando il corpo estraneo è di piccole dimensioni, i segni clinici iniziali

possono essere minimi e passare inosservati, e questo può esprimersi con polmoni ricorrenti sempre nella stessa sede e solo transitoriamente responsive alla terapia antibiotica. Se c'è il sospetto, bisogna fare una broncoscopia.

**4.** La *sinusite* è un'altra causa di tosse persistente per la discesa di mucopus nel faringe e nel laringe. La tosse è catarrale; gli accessi tendono a presentarsi al momento di coricarsi o al risveglio, spesso è visibile lo scolo mucopurulento nel retrofaringe. La diagnosi è clinica; una conferma tuttavia può essere data dalla radiografia dei seni paranasali o ancor meglio dalla TC.

**5.** L'*asma* è tra le cause più frequenti di tosse cronica nel bambino: è secca, può essere innescata dallo sforzo fisico, dall'aria fredda e dall'esposizione agli allergeni. Si accompagna a un reperto auscultatorio tipico di sibili e gemiti. La risposta ai beta2-agonisti per via aerosolica e al cortisonico per os è di solito molto evidente.

**6.** Eccezionalmente un'*infezione da Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma e Adenovirus* può esprimersi con una tosse protratta. Se gli esami specifici non aiutano, si può fare l'ex adjuvantibus con un macrolide.

**7.** Ci sono poi bambini che durante il *comune raffreddore* tossiscono in continuazione. Non sono asmatici e non rispondono ai beta2-agonisti e ai cortisonici, ma hanno una costituzionale ipersensibilità dei recettori della tosse. La tosse è stizzosa, inizia generalmente con l'addormentamento e, quando comincia, "non fa dormire più nessuno in casa". Questa ipersensibilità si misura con il test alla capsicina, che è in grado di stimolare la tosse a concentrazioni molto

Per corrispondenza:  
 Mauro Pocecco  
 e-mail: mpocecco@ausl-cesena.emr.it

il caso che insegna

più basse in questi pazienti rispetto ai controlli sani. Raramente però questa tosse è persistente.

8. Andando sul difficile, si dovrebbero considerare, per eccesso di completezza, anche le seguenti ipotesi:

- *bronchiectasie*: possono esprimersi con tosse cronica e meglio ancora con broncopolmoniti recidivanti sempre nella stessa sede. Il processo fisiopatologico alla base dell'alterazione è rappresentato usualmente da una o più infezioni pregresse severe su una base predisponente, che determinano una dilatazione del bronco per distruzione infiammatoria dei tessuti di sostegno bronchiali e peribronchiali. A sua volta la bronchiectasia diventa sede preferenziale di infezione che perpetua il fenomeno. Al di fuori della fase acuta, durante la quale il processo broncopneumonico può mascherare il quadro, si deve vedere alla radiografia del torace l'immagine suggestiva di "doppio binario" tipica della bronchiectasia. Il quadro sarà poi meglio definito dalla TC;

- *fibrosi cistica*: se associata a uno scarso accrescimento nei primi anni di vita e a sintomi gastroenterici specifici. È indicata l'esecuzione di un test del sudore;

- *difetto di alfa1-antitripsina*: se vi sono un concomitante interessamento epatico e un quadro di enfisema;

- *discinesia ciliare*: sempre accompagnata da un massivo opacamento dei seni paranasali;

- *immunodeficienza umorale o combinata*: è difficile che questa venga all'attenzione del medico solo per la tosse e comunque sempre si accompagna a una radiografia del torace molto eloquente per un quadro di interstiziopatia;

- *forma iatrogena* da ACE-inibitori;

- *reflusso gastroesofageo*: anche questa ipotesi è riportata per completezza. È davvero rara e forse ipertrozzata.

Dopo questo ragionamento diagnostico ipotizziamo ai genitori che si tratti di una tosse non organica e probabilmente su base psicogena. Non siamo convincenti. I genitori ci lasciano e perdiamo di vista il bambino per alcuni mesi.

### Il decorso e la diagnosi (ovvero la "Via crucis" di Giacomo)

A distanza di alcuni mesi dal ricovero di Giacomo la madre viene a trovarci. Il tono della sua voce è sereno, sollevato, come se si fosse liberata da una preoccupazione che da alcuni mesi non permetteva più a lei e a suo figlio di condurre una vita "normale". Ci appare molto desiderosa di sfogarsi come se avesse "una storia davvero interessante" da raccontarci. "Dopo il ricovero da voi in dicembre" - dice - "siamo entrati nel tunnel delle visite specialistiche, degli esami e delle terapie...temevo che non ne saremmo mai più usciti!". In sintesi, ecco le puntate della storia che ci viene raccontata.

#### L'allergologo primo

Il bambino viene visto a fine dicembre da un allergologo che ripete la spirometria e i prick test e consiglia trattamento antiasma con cortisonici per os e per via inalatoria, beta2-agonisti per via aerosolica e antistaminici.

#### La clinica pediatrica

A gennaio viene poi ricoverato, su insistenza del padre, presso una clinica pediatrica, ove vengono ripetuti gli accertamenti già eseguiti presso il nostro reparto e dall'allergologo (Rx torace, spirometria, prick test, RAST); non ne viene tratta alcuna conclusione chiara. La madre la ricorda come un'esperienza negativa "dalla quale ne siamo usciti davvero confusi".

La tosse è stata infatti inquadrata come di origine psicogena ma, nonostante ciò, il bambino è stato posto in trattamento con cortisonico per os "che lo ha ingrassato e non gli è servito a niente"; i genitori sono stati colpevolizzati dai medici per non aver acconsentito all'esecuzione di una laringoscopia.

I genitori decidono quindi di non mandare a scuola il bambino per tutto il mese di gennaio e di sospendere la terapia antiasma; lo portano in montagna a sciare e qui la tosse "miracolosamente" migliora.

#### L'allergologo secondo

A febbraio Giacomo torna a scuola, la tosse riprende. Viene portato da un secondo allergologo che richiede ancora una volta gli stessi accertamenti già eseguiti e prescrive antistaminici e cortisonico per via inalatoria.

#### Il neuropsichiatra

Consigliata da un'insegnante, la madre porta il figlio da un neuropsichiatra infantile. È stata un'esperienza che "ci ha finiti, distrutti", aggiunge amareggiata la madre di Giacomo.

Il neuropsichiatra attribuisce la tosse a "una sorta di conversione isterica al desiderio aggressivo di separazione" che diventa un mezzo per trarre benefici secondari molteplici: preoccupare i genitori, farli sentire colpevoli e inadeguati, allontanarsi dalla classe dove si sente escluso e scarsamente competitivo. Colpevolizza i genitori, soprattutto la madre, di essere punitivi e autoritari e di non consentire un normale processo di separazione-individuazione del figlio, che è anagrafico, passivo e rinunciatario. Per lui si prospetta una pessima prognosi, addirittura il suicidio (*sic!*).

Il neuropsichiatra conclude la sua relazione, prescrivendo una serie di sedute psicoterapeutiche, una dieta priva di proteine del latte vaccino, benzodiazepine e aloperidolo.

#### La pediatra di buon senso e la madre recettiva

La pediatra curante non condivide tale decisione terapeutica e la madre resta ancora più confusa. Ma il mese successivo riesce a uscire da questa spirale "infernale" di esami, visite e farmaci, quando inizia ad accettare in prima persona che l'origine della tosse del figlio non sia organica bensì funzionale. "Capivo che non era asma perché muoveva in maniera esagerata il torace e presentava una tosse diversa da quella che aveva avuto durante gli attacchi d'asma. Aveva poi un bel colorito, mangiava normalmente, non stava male".

Viene a sapere dalle insegnanti che inizialmente la tosse si verificava solo a



scuola ed esclusivamente durante le ore di matematica, poi si era manifestata anche durante le altre ore di lezione e solo in seguito anche a casa. Ricorda inoltre che il bambino le aveva confessato con profondo disagio “di non sapere come affrontare l’insegnante di matematica e di non sentirsi capito”.

Associa la tosse alla balbuzie, che Giacomo aveva presentato già l’anno prima, specie durante le ore di matematica, e risoltasi durante le vacanze estive. Comprende inoltre che la psicoterapia non gli serve a nulla e che anche lo sport non è il rimedio più adatto al figlio che è un po’ goffo e poco competitivo. Lo iscrive a un corso teatrale che si rivela un’esperienza “eccezionale”! “Sul palco non balbetta e non tossisce, è soddisfatto e sicuro di sé!”. A casa il bambino viene aiutato in matematica da un’insegnante che lo incoraggia e incentiva con successo, poiché dopo alcune settimane i voti migliorano. La madre si fa quindi forza, adduce delle scuse banali e non va più a prendere a scuola il figlio su richiesta degli insegnanti. A questo proposito la madre sottolinea come gli insegnanti fossero i primi ad essere disturbati dalla tosse del bambino e come fossero loro stessi a colpevolizzarla richiedendo insistentemente di portarlo a casa e curarlo.

Insomma Giacomo è guarito quando: 1) “ha chiuso” con i medici e ha smesso di assumere farmaci; 2) ha iniziato un’attività (teatro) che lo entusiasmava e lo faceva sentire “realizzato”; 3) è migliorato in matematica; 4) la mamma non ha ceduto alle richieste degli insegnanti.

### Commento

Recentemente è stato pubblicato su *Lancet* (1,2) un caso di tosse psicogena che ci ha spinto a rendere noto quello di Giacomo. John, un adolescente di 15 anni con tosse persistente da due anni (anche lui a scuola!), di intensità tale da essere incompatibile con il normale svolgimento delle attività quotidiane, viene sottoposto a numerosi esami (radiografia del torace, test alla metacolina, spirometria, fibroendoscopia), sempre risultati

negativi, e viene testardamente trattato come se avesse asma con beta2-agonisti e corticosteroidi topici senza successo. Anche in questo caso la tosse era esclusivamente diurna e le crisi erano sempre accompagnate da accentuati movimenti del torace e dal portarsi il pugno chiuso alla bocca.

La sintomatologia è stata inquadrata nell’ambito di una tosse ticcosa o psicogena, e questa diagnosi è stata confermata dalla drammatica risposta al trattamento con un neurolettico (*pimozide*), generalmente usato nella sindrome di La Tourette. Bisogna tenere presente tuttavia che tale farmaco, seppur efficace, comporta un rischio non trascurabile di aritmie cardiache.

Nel nostro caso invece è stata la madre a risolvere il problema, riuscendo a coinvolgere il figlio in un’attività che lo divertiva e lo concentrava a tal punto da annullare completamente quella tosse invalidante e fastidiosa.

### Che cosa abbiamo imparato

1. Che una buona anamnesi è sempre fondamentale per una corretto inquadramento diagnostico e permette spesso di evitare esami e visite inconcludenti, confondenti e dispendiosi.
2. Che alla base di una buona anamnesi sta sempre la disponibilità ad ascoltare (senza giudicare).
3. Che una mamma è stata in grado da sola di trovare la giusta cura per suo figlio, quando ha saputo accettare la diagnosi di tosse psicogena.
4. Che un ruolo centrale per evitare il doctor-shopping lo deve svolgere il pediatra di base.
5. Che è importante stabilire una stretta collaborazione tra famiglia/pediatra di base/insegnanti per formulare insieme un programma che aiuti veramente il bambino con disturbi funzionali.

### Bibliografia

- (1) *Ojoo JC, Kastelik JA, Morice AH. A boy with a disabling cough. Lancet 2003;361:674*  
 (2) *Weinberger M. Disabling cough: habit disorder or tic syndrome? Lancet 2003;361:1991*

### ACP Emilia

## INCONTRIAMOCI ANCORA A TABIANO

20 e 21 febbraio 2004 - Tabiano 13

Il tema di quest’anno è

## SARÀ VERO CHE

Accenni di un programma preliminare  
*L’amoxicillina perde colpi? • L’antibiotico cura la sinusite? • L’otorrea è un segno di guarigione? • I lassativi fanno male? • Servono i probiotici? • Serve la rieducazione tubarica? • L’eco delle anche va fatta a tutti?*

### LE AZIENDE INFORMANO

#### BAMBINI ALLE TERME DI TABIANO

Anche i bambini possono beneficiare dei salutarissimi effetti delle acque termali sulfuree. Alle Terme di Tabiano (PR) un Reparto pediatrico a misura di bambino fornisce tutti i comfort ai piccoli ospiti per trasformare il momento di cura in piacevole gioco. All’interno del Reparto medici specializzati offrono un’assistenza qualificata nella diagnosi e nella cura di alcuni frequenti disturbi dell’infanzia: rinite e rinosinusite, otite media secretiva, faringotonsillite cronica, bronchite recidivante, sindrome rino-sinusobronchiale, dermatite atopica. Ogni anno migliaia di bambini si recano alle terme di Tabiano ottenendo attraverso l’impiego di diversificate e personalizzate tecniche termali (inalazioni, docce micronizzate, politzer, etc.) integrate se necessario a trattamenti riabilitativi (rieducazione tubarica, logopedica, FKT respiratoria), un miglioramento dei propri disturbi ed una riduzione delle riacutizzazioni.

### LiBeR

LiBeR è una rivista trimestrale che si occupa di libri per bambini e ragazzi. È pubblicata da Idest, via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio (FI). Telefono 0558 966577, e-mail: liber@idest.net. Pubblica su ogni numero, articoli e recensioni sulla lettura per bambini e ragazzi indicando la fascia di età consigliata per la lettura. È quindi uno strumento essenziale per chi voglia applicare il progetto Nati per Leggere. Le pagine per numero sono 112. Agli iscritti ACP viene concesso uno sconto sull’abbonamento: 33,57 euro invece di 41,32 da versare sul c.c.p. 15192503 intestato a Idest, via Ombrone 1, Campi Bisenzio (FI). Indicare nello spazio per la causale “Socio ACP”. Precisiamo su richiesta di molti iscritti all’ACP che LiBeR è in vendita nelle maggiori librerie.

### Errata Corrige

Nel n. 5 del mese di settembre-ottobre, alla pagina 10, è stato pubblicato il nome di un autore come “Certosino Anna” anziché “Certosino Maria Rosaria, pediatra Azienda Usl di Ferrara”. Ce ne scusiamo con l’interessata e con i lettori.



# Irene con le transaminasi alte

## Un caso complicato che mi fa pensare

Federico Marolla

Pediatra di famiglia, Roma, ACP Lazio

### Abstract

The occasional finding of mild (2xN) or moderate (2–10xN) increase of aminotransferase (AST, ALT) activity in a child has needed further laboratory investigations. Alfa1-antitripsin deficit has explained this increase; this deficit, is also susceptible by the accurate study of seric proteins.

Federico Marolla. Irene, with increase of aminotransferase level.

Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 40-41

### La storia

Irene, secondogenita, ha un'anamnesi familiare e fisiologica assolutamente normale.

Poco dopo il primo compleanno inizia la frequenza al nido e, come succede quasi sempre, si ammala spesso. La mamma, infermiera ospedaliera, gestisce con tranquillità i numerosi episodi di flogosi delle alte e basse vie respiratorie. A 18 mesi la crescita staturale è poco sopra il 50° percentile; la ponderale intorno al 25°, e inferiore del 13% rispetto all'atteso. Propongo qualche esame di routine:

1. Hb 11.8 g%; MCV 75; PLT 290.000/mmc; ferritina 35 ng/ml
2. GB 9000: N 35%, L 60%, M 4%, E 1%
3. AST (GOT): 98 U/l; ALT (GPT): 101 U/l
4. Urine normali

### La diagnosi: percorso accidentato

1. Irene ha dunque transaminasi alte (2-3 volte il valore normale).

La bimba sta bene; il fegato è a 2-3 cm dall'arco costale.

Quale interpretazione devo dare? Forse una mononucleosi asintomatica?

Dopo due settimane ripeto le analisi, lavorando attorno all'ipertransaminasemia. AST (144 U/l) e ALT (224 U/l) sono in aumento.

La LDH è di 537 U/l e la CPK di 81 U/l: quindi non c'è miopatia.

La bilirubina totale è normale, normali sono le urine e le gamma-GT (12 U/l): quindi non c'è interessamento del polo biliare.

La VES (2 cm dopo 1 ora) mi dice che non c'è flogosi.

Gli anticorpi anti-VCA IgG e IgM sono negativi.

Gli EmA e gli anticorpi anti-transglutaminasi sono negativi: la bambina non è celiaca.

2. La cosa non è semplice e francamente non so che pesci prendere. Penso di proporre una ecografia, ma la mamma ha già preso contatti con l'epatologo del suo Ospedale che ha programmato tutte le ricerche virologiche possibili.

Dopo qualche mese la mamma mi porta le analisi che sono risultate nella norma a esclusione delle transaminasi che rimangono elevate (2xN).

Irene intanto sta sempre bene; va al nido, la madre dice che si ammala anche meno e ... "salta e zompa" (come si dice a Roma).

Ancora qualche mese e rivedo la mamma di Irene (che ha già 2 anni compiuti), la quale mi informa che le transaminasi sono scese, pur non rientrando nel range di normalità. Non ha fatto ecografie o altre indagini al di fuori degli esami del sangue e l'epatologo non riesce a dare una spiegazione a questo aumento delle transaminasi, anche se ha sottolineato che, essendo basse le proteine C e S, si può sospettare una epatopatia cronica.

3. Questo mi pone dei problemi: chiedendomi che cosa sono le proteine C e S, sfoglio il dizionario degli esami di laboratorio. Imparo che: "sono glicoproteine vitamina K-dipendenti con proprietà anticoagulanti in quanto inattivano i fattori V e VIII attivati; diminuiscono nelle epatopatie". Avverto la preoccupazione della mamma e la confusione dell'epatologo (e del sottoscritto), per cui consiglio

alla mamma di rivolgersi a un centro di epatologia pediatrica.

4. Passa il tempo ed ecco che la mamma chiede un colloquio urgente; al centro di epatologia pediatrica è stato riscontrato un "deficit di alfa1-antitripsina" (DA1-AT) con valore di 83,50 mg/dl. L'epatologo del suo ospedale, immediatamente consultato dalla mamma, è molto allarmato e le ha parlato di forte rischio di enfisema e cirrosi epatica. Scorro gli altri esami sul foglio di dimissioni:

ALT 75 U/l, AST 46 U/l, ALP 631 U/l. Glucosio 86 mg/dl, azoto ureico 15 mg/dl, bilirubina totale 0,37 mg (diretta 0,10 mg/dl). Proteine totali 7,4 g/dl: albumina 61,3% (5,0 g/dl), alfa1 1,15% (0,085 g/dl), alfa2 10,7% (0,7 g/dl), beta 12,15% (0,7 g/dl), gamma 14,7% (1,0 g/dl). Autoanticorpi antimuscolo liscio (ASMA), anticorpi antinucleo (ANA), anticorpi antimicrosomiali (AMA) assenti. Alfa-fetoproteina e ceruloplasmina nella norma.

5. Ascolto le preoccupazioni della madre, ma ammetto di ricordarmi ben poco del DA1-AT e le chiedo qualche giorno di tempo, assicurandomi sempre del buono stato di salute di Irene che deve effettuare l'analisi del fenotipo.

Vado a studiarli l'argomento su *Nelson XV ed.*; Pennesi, Lepore, Fains et al. *Medico e Bambino 7/1992*; sito internet del DA1; casi clinici di *Medico e Bambino 3/2002* a cura di G. Bartolozzi; approccio diagnostico al bambino con aminotransferasi elevate di G. Maggiore in *Area Pediatrica 2002*. Con le idee un po' più chiare, mi sento pronto all'incontro appena è pronto il fenotipo, che risulta essere **PiMZ**.

Per corrispondenza:

Federico Marolla

e-mail: federico134@interfree.it

# il caso che insegna

I genitori hanno comunque già effettuato un colloquio sereno e rassicurante al centro di epatologia, dal quale sono stati congedati con questa affermazione: "La bambina ha un DA1-AT in eterozigosi, per cui potete star tranquilli; non avrà nessun problema". Non mi resta che consegnare ai genitori il materiale che ho racimolato, illustrando quello che ho imparato sul caso di Irene e ringraziare personalmente i colleghi epatologi.

#### Commento

Ho poi avuto occasione di approfondire ulteriormente l'argomento ascoltando la relazione del Prof. K. Pittschieler al Congresso Nazionale di Gastroenterologia Pediatrica del 28/3/2003 e leggendo l'articolo di Giglio, Berti e Trevisiol (*Medico e Bambino* 2003;22:155-61).

*Cosa sono l'alfa1-antitripsina e le sue mutazioni?*

L'A1-AT (v.n. sierici 120-350 mg/dl) è una glicoproteina sintetizzata dal fegato e costituisce il principale inibitore proteolitico del siero umano: la sua funzione è di inattivare l'elastasi neutrofila. Forma più del 90% della banda delle alfa-1 globuline; è quindi visibile al protidogramma, dove i valori sono espressi spesso solo in % delle proteine totali, con range compreso tra 1,5 e 4 (*tabella 1*).

Ed ecco un primo trabocchetto, dovuto al fatto che nei soggetti con proteine totali ai limiti inferiori della norma, valori bassi di A1-AT potrebbero risultare nel range di normalità. Perciò, quando si chiede un protidogramma, è bene richiedere sempre il dosaggio delle proteine totali.

Il fenotipo normale (relativo agli alleli che costituiscono il gene che codifica per l'A1-AT situato sul braccio lungo del cromosoma 14 locus Pi = *Protease Inhibitor*) è **PiMM**; le mutazioni più frequenti in eterozigosi sono **PiMZ** e **PiMS**. Le mutazioni in omozigosi sono **PiZZ** (con livelli di A1-AT di 20-30 mg/dl, pari al 15% del normale, associata a colestasi neonatale e enfisema dell'adulto) e **PiSS** (con livelli di A1-AT pari al 60% del normale e associata a malattia polmonare dell'adulto).

**TABELLA 1: FENOTIPI E VARIANTI DELLA A1-AT**

FENOTIPO NORMALE E VARIANTI	CLINICA
<b>PiMM</b> Fenotipo normale	Livelli di A1-AT 150-300 mg/dl
<b>PiMZ</b> Variante eterozigosi	Aumento delle transaminasi nel 7% (non sintomi)
<b>PiMS</b> Variante eterozigosi	Aumento delle transaminasi nel 5% (non sintomi)
<b>PiZZ</b> Variante omozigosi	Livelli di A1-AT pari al 15% del normale 18% ittero colestatico protratto; 50-60% ipertransaminasi occasionale; 2,5% cirrosi; 2,8% malattia emorragica tardiva del neonato in assenza di profilassi con vit. K (6,7% se allattato al seno) Possibile pneumopatia dell'adulto (esposizione al fumo, fattore sfavorevole)
<b>PiSS</b> Variante omozigosi	Livelli di A1-AT pari al 60% del normale Possibile pneumopatia dell'adulto (esposizione al fumo, fattore sfavorevole)

Nel soggetto con fenotipo **PiZZ** il decorso dell'epatopatia è altamente variabile: ittero, feci acoliche ed epatomegalia sono presenti nella prima settimana di vita, ma l'ittero di solito scompare nel 2°-4° mese. Possono seguire la risoluzione completa, un'epatopatia persistente o lo sviluppo di cirrosi. Nei bambini più grandi può comparire un'epatopatia cronica o cirrosi, con evidente ipertensione portale.

I fenotipi in eterozigosi possono, raramente, presentare aumento delle transaminasi (**PiSZ** nel 5% dei casi, **PiMZ** nel 7% dei casi, ecco il caso di Irene), ma non avranno altri problemi (anche se secondo ultimi dati sembra che possano avere un rischio aumentato di malattia epatica cronica).

*Quanto è frequente il DA1-AT?*

Fenotipo **PiZZ**: 1:995 (provincia di Bolzano), 1:1600 (Svezia), 1:5000 (Oregon)

*Quando viene diagnosticato il DA-1AT?*

O nei primi mesi di vita per un ittero colestatico persistente; o successivamente per una malattia epatica cronica; oppure, ed è il caso più frequente, per un reperto occasionale di ipertransaminasemia. La malattia polmonare in genere non si manifesta prima dell'età adulta; la glomerulonefrite è rara e sempre associata a malattia epatica severa; la panniculite e la vasculite sono descritte solo in soggetti adulti.

#### Che cosa abbiamo imparato

Ho seguito, quasi dall'interno, un caso di difficile diagnosi e ho cercato di partecipare, se non alla formulazione della diagnosi, almeno ad aiutare la famiglia a seguire l'evoluzione diagnostica e il suo adattamento alla comprensione del significato della diagnosi. Probabilmente è questo il compito di un medico di famiglia in presenza di malattie rare. Più specificamente ho imparato alcune nozioni:

1. la lettura attenta del protidogramma può svelarci una situazione rara, ma neanche troppo, quale il DA1-AT. Il valore del tracciato di Irene è: alfa1 = 1,15%, pari a 85 mg/dl, quindi inferiore rispetto ai limiti di normalità (120-350 mg/dl);
2. un'ipertransaminasemia isolata può far pensare al DA1-AT;
3. l'ipertransaminasemia del DA1-AT dopo l'epoca neonatale non è associata all'aumento delle gamma-GT (non c'è colestasi) ed è quasi certamente benigna;
4. un valore di A1-AT superiore a 80 mg/dl è protettivo per il polmone (non si sviluppa enfisema);
5. a volte è meglio insistere con i genitori che i centri ospedalieri che si occupano specificamente di bambini possono abbreviare l'iter diagnostico e renderlo meno complesso rispetto a centri ospedalieri dedicati ad adulti.

# Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie

Pasquale Causa, Stefania Manetti

Pediatr. di famiglia, Centro Salute del Bambino, Unità Locale di Napoli

**Significato delle abbreviazioni:** AGL: Attitudine dei Genitori a Leggere ai propri figli; CCLO: Child Centered Literacy Orientation; FBS: Frequent Book Sharing; HS: Head Start; NPL: Nati Per Leggere; RFA: Reading as Favorite Activities; RCT: studio clinico randomizzato; ROR: Reach Out and Read

## Introduzione

Gli Stati Uniti hanno una lunga tradizione di programmi di promozione della lettura in ambito scolastico, iniziata con *Reading Is Fundamental* (1) e *Head Start* (2), ambedue nati nel 1965. Questi programmi hanno stimolato un'ampia letteratura scientifica sugli effetti della lettura sulle competenze necessarie al bambino per imparare a leggere. Le numerose evidenze scientifiche della correlazione tra attività di lettura e sviluppo della emergent literacy del bambino (le capacità e conoscenze che sono i precursori delle forme convenzionali di lettura e scrittura) hanno condotto la Commissione Federale per la Lettura nel 1985 a individuare la lettura ad alta voce da parte dei genitori e degli insegnanti come lo strumento più efficace e accessibile per far nascere precocemente nei bambini il desiderio di imparare a leggere (3).

Progressivamente si è sviluppata una rete di organizzazioni che direttamente o indirettamente forniscono sostegno alla promozione della lettura sia in famiglia che a scuola; hanno in parte finanziamenti federali e/o statali, in parte finanziamenti misti e in parte sono organizzazioni private no profit; forniscono supporto formativo, di volontariato, economico.

*Head Start* (HS) è divenuto progressivamente un progetto globale di sostegno del bambino e della sua famiglia, di cui la promozione della lettura è parte integrante (4). HS ha progressivamente indirizzato le sue attività, oltre a promuovere miglioramenti nei curricula, a favorire la lettura

dialogica in famiglia. Una serie di ricerche hanno infatti evidenziato modesti cambiamenti nel linguaggio e nello sviluppo della *emergent literacy* tra i bambini che si diplomavano alla fine del programma HS (5); Payne ha mostrato la relazione tra variabili familiari (quoziente verbale dei genitori, istruzione dei genitori, pratiche in famiglia che favoriscono la literacy) e abilità letterarie dei bambini della scuola materna con programma HS (6).

Negli USA si è sviluppato il concetto di "Family literacy" che mette in risalto il ruolo critico del genitore nello sviluppo dell'educazione del bambino: i genitori sono i primi e più influenti insegnanti del bambino (4,7,8). Questa impostazione prevede quindi che, oltre a rendere disponibile libri e materiale letterario alle famiglie, i progetti supportino i genitori a migliorare le loro capacità sia letterarie sia relazionali perché più un genitore è letterato più sarà capace di svolgere le attività necessarie a supportare lo sviluppo educativo del proprio figlio, sia in casa che nelle attività collegate alla scuola. I genitori con basse capacità letterarie sperimentano tante frustrazioni e fallimenti da bambini che da adulti evitano le attività letterarie; spesso inoltre comunicano ai loro figli le proprie attitudini negative verso le attività di lettura e scolastiche, perpetuando così il ciclo intergenerazionale di una insufficiente alfabetizzazione (4).

Questa impostazione è confermata dallo studio FACES (*Family and Child Experiences Survey*), effettuato nella primavera 1998 su un campione di 1580 bambini che avevano seguito il programma HS di preparazione all'ingresso nella scuola materna. L'unico fattore statisticamente significativo nell'acquisizione del vocabolario è la frequenza della lettura da parte dei genitori. I bambini i cui genitori non avevano letto libri ai loro figli nella settimana precedente erano quelli che avevano un maggior guadagno negli sco-

re del vocabolario, indicando che il programma HS svolge una funzione compensatoria, dando al bambino gli stimoli che non riceve in casa (9). La maggior parte dei bambini che seguono i programmi HS infatti non hanno l'esperienza della maggior parte dei bambini della classe media che ricevono prima di entrare nella scuola primaria dalle 1000 alle 1700 ore di lettura di libri e di storie (10). Il finanziamento di questi progetti è stato favorito dalla presa d'atto dell'enorme costo sociale della bassa alfabetizzazione di una parte della popolazione statunitense. Sebbene siano pochi gli americani completamente analfabeti, circa un quarto (22%) della popolazione ha limitate capacità di lettura come riconoscere l'ora o il luogo di un appuntamento in un testo scritto, un altro quarto (25-28%) ha un livello di comprensione appena più alto; sono circa 90 milioni coloro che hanno capacità sotto il livello necessario a partecipare a una società la cui complessità cresce di giorno in giorno (11). Il 35% dei bambini all'ingresso della scuola primaria è ad alto rischio per difficoltà scolastiche perché presentano basse capacità e scarsa motivazione; il 40% dei bambini alla fine della scuola elementare non sa leggere al livello previsto, ma la percentuale è del 64% tra gli afroamericani e del 60% tra gli ispanici (12,13).

La promozione della *emergent literacy* del bambino è considerata negli USA come un investimento sul futuro della nazione per consentire agli individui di partecipare attivamente alle attività produttive. L'incapacità a leggere a un livello appropriato alla classe frequentata è il più forte predittore di abbandono scolastico, correlato con un aumentato rischio di disoccupazione, gravidanze in età adolescenziale e comportamenti delinquenti; colpisce soprattutto i bambini con svantaggio sociale ed economico e contribuisce alla propagazione del ciclo

Per corrispondenza:  
Pasquale Causa  
e-mail: [pacausa@libero.it](mailto:pacausa@libero.it)

il punto su



**Abstract**

Family literacy promotion programmes have developed first in the USA around the late 1980's and afterwards in Europe. These programmes have evaluated their impact on parent's attitude on reading aloud to children. The various articles published have, in the whole, statistically significant outcome measures. Different methodologies necessary for the evaluation of parents' attitude on reading are analysed in this article. The importance that literacy promotion practices can have in improving competent parenting is also considered.

Pasquale Causa, Stefania Manetti. Family literacy promotion by paediatrician in primary care.  
Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 42-46

della povertà. L'incapacità a leggere a scuola è causa di disagio che porta a frustrazione e riduzione dell'autostima.

L'abitudine a leggere ai propri figli può essere considerata un investimento sul futuro dei figli. L'investimento dipende dal background familiare ed è formato da tre distinte risorse che supportano lo sviluppo del bambino (14):

- risorse economiche;
- risorse umane (capacità cognitive, livello degli studi, stato socioeconomico, capacità di linguaggio, cittadinanza);
- risorse sociali (rapporti sociali, frequenza di attività associative, aspettative, speranze e possesso di informazioni).

Maggiore è il capitale sociale, minori sono il fallimento scolastico (15), i problemi comportamentali e di sviluppo del bambino (16,17), i livelli di violenza nelle comunità urbane (18). La lettura a voce alta in famiglia aumenta le risorse sociali della famiglia e può configurarsi come un fattore protettivo dagli effetti della disuguaglianza (19) e come facilitatore dello sviluppo della genitorialità (20). Gli studi che hanno evidenziato il modellamento cerebrale precoce del bambino e l'importanza dell'imprinting sulle future attività del bambino (21) hanno spinto l'Amministrazione dei bambini, giovani e famiglie (ACF) (22), a dar vita a uno specifico programma (*Early Head Start*) (23), mirato ai primi tre anni di vita del bambino e allo sviluppo di adeguate capacità dei genitori a sostenere lo sviluppo del bambino, il *competent parenting* (24). Questo contesto culturale ha favorito lo sviluppo di progetti specifici di promozione della lettura a partire dal primo anno di vita, *Born To Read* (25) e *Reach Out and Read* (ROR) (26). ROR (*box 1*), nato nel 1989 dall'attività di un gruppo di pediatri del Boston City Hospital, si è diffuso progressivamente e attualmente coinvolge ad oggi pediatri di tutti i 51 stati degli USA e si configura come un programma di promozione della lettura ad alta voce nell'ambito delle cure primarie (27). L'investimento per sviluppare le capacità letterarie negli USA è considerato dall'Accademia Americana di Pediatria (AAP) vitale per i servizi che seguono le famiglie degli immigrati.

**Box 1**

**Reach Out and Read:** ha come caratteristica la presenza dei pediatri come facilitatori della lettura; configura la promozione della lettura a voce alta come un intervento sanitario protettivo per le famiglie svantaggiate. L'intervento consiste in: dono di libri selezionati per età del bambino; materiale di informazione sulla utilità di leggere ai propri figli scritto in linguaggio semplice; indicazioni sulla importanza della lettura congiunta del libro e delle sue immagini presenza di lettori volontari nella sala di aspetto che mostrano come condividere la lettura dei libri con i bambini. Il programma copre la fascia 6 mesi-6 anni con 10 interventi in occasione dei bilanci di salute.

Sulla spinta dei progetti americani sono sorti due progetti di promozione in Europa: Bookstart (*box 2*) in Gran Bretagna nel 1992 (28) e Nati Per Leggere in Italia nel 1999 (29) che si stanno progressivamente sviluppando.

**Studi che analizzano l'attitudine dei genitori a leggere ai figli**

Gli studi che analizzano la correlazione tra intervento e modifica dell'attitudine dei genitori a leggere ad alta voce ai propri figli sono stati sinora effettuati dai programmi ROR e Bookstart. Il diverso approccio degli studi che ne deriva non

**Box 2**

**Bookstart:** il progetto nazionale inglese di promozione della lettura basato su un lavoro di integrazione tra biblioteche e distretti sanitari. È nato nel 1992 ad opera della agenzia Booktrust, in collaborazione con l'Università di Birmingham, il distretto sanitario e il coordinamento delle biblioteche di Birmingham. Riceve il sostegno di alcune fondazioni tra cui la "Roald Dahl". L'intervento avviene in occasione del bilancio di salute dei 7-9 mesi; un operatore sanitario parla della importanza della lettura e regala il "pacco Bookstart" costituito da 2 libri, consigli sulla lettura, informazioni riguardanti la biblioteca del quartiere e un invito a frequentarla associandosi. In alcune aree il programma è stato esteso ai bambini di 18-36 mesi. Attualmente Bookstart elargisce 100.000 libri al mese e ha una copertura del territorio inglese del 92%.

consente di poter sommare i dati inglesi a quelli americani, che vengono quindi analizzati separatamente.

**Studi ROR**

Gli studi ROR sono presentati sinteticamente in *tabella 1* che riassume l'effetto dell'attività di promozione della lettura, unita al regalo del libro da parte del pediatra nelle visite di bilancio di salute.

Le *tabelle 2-5* consentono un'analisi più approfondita e un confronto tra i risultati.

Complessivamente gli studi dimostrano che l'attività del pediatra ottiene risultati statisticamente significativi in:

1. aumento percentuale del numero dei genitori che leggono ai loro figli
2. aumento della frequenza della lettura dei genitori ai loro figli
3. aumento del numero di giorni in cui un genitore legge un libro al figlio
4. aumento del numero di libri per bambini che la famiglia ha in casa
5. aumento percentuale del numero dei bambini per i quali ricevere la lettura di un libro dal genitore è una delle attività preferite.

Perri Klass (30), attuale direttore medico di ROR, afferma che un intervento praticato nell'ambito delle cure primarie, mirato a influenzare il comportamento dei genitori, deve porsi le seguenti domande per validare la sua utilità:

- a. Può ciò che si fa e si dice durante un controllo di salute cambiare le attitudini dei genitori e le loro idee?
- b. Può ciò che si fa e si dice durante un controllo di salute cambiare il comportamento dei genitori in casa?
- c. Questo può cambiare lo sviluppo dei bambini?

Tutti gli studi prodotti da ROR hanno affrontato le prime due domande (28,31-37). Due studi (28,36) hanno anche affrontato il terzo quesito, dimostrando che l'intervento migliora i quozienti del linguaggio recettivo ed espressivo dei bambini che ricevono l'intervento, argomento non di pertinenza dell'attuale analisi che esamina solo la capacità dei programmi di promozione della lettura ad alta voce in famiglia, svolti nell'ambito delle cure primarie, di modificare l'attitudine a leggere ai loro figli e che quindi non viene analizzato in questa sede.



TABELLA 1: CARATTERISTICHE RIASSUNTIVE DEGLI STUDI ROR

Autore, nazione, anno	Intervento valutato	N° bambini (intervento / controllo)	Range età all'arruol. in mesi (Età media)	Popolazione	Conclusioni
Needelman (USA 1991)	Dono del libro	69	6-60	Afroamericani 85%	Incremento di 4 volte AGL nelle famiglie che ricevono l'intervento
High (1998 USA)	Dono del libro	151 (100/50)	12-38	Ispanici 75% Afroamer. 25%	Incremento di 4 volte AGL nelle famiglie che ricevono l'intervento
Golova (USA 1999)	Dono del libro	135 (70/65)	5-11 (7,4)	Ispanici 100%	Incremento di 10 volte FBS nelle famiglie che ricevono l'intervento
High (2000 USA)	Dono del libro	153 (76/77)	5-9 (7)	Ispanici 40% Altre etnie 60%	Incremento di 3 volte AGL nelle famiglie che ricevono l'intervento
Sanders (USA 2000)	Dono del libro vs intervento senza dono del libro	122 (66/56)	6-60 (20) 21/16	Messicani 71% Americani 10% Altre etnie 19%	Incremento di 3 volte FBS nelle famiglie che ricevono il dono del libro
Jones (USA 2000)	Dono del libro	173 (88/85)	2-24	Afroamer. 85%	Incremento di 3 volte FBS nei genitori che ricevono l'intervento
Silverstein (USA 2002)	Efficacia dell'intervento in una popol. multietnica	170 (95/85) (parl. ingl. 43/31) (non parl. inglese 52/54)	(28,4)	- Famiglie parlanti inglese 48% - Famiglie non parl.inglese 52%	Aumento della AGL in genitori non solo ispanici che ricevono l'intervento

Alcuni degli studi ROR che abbiamo presentato sono RCT: la popolazione oggetto dello studio è assegnata in maniera casuale al gruppo intervento o controllo (28,33,34). Nello studio di Sanders, che valuta l'impatto del programma con o senza il dono del libro, l'assegnazione al gruppo intervento o controllo dipendeva dal fatto che non tutti i pediatri ancora donavano i libri, in quanto il programma ROR era stato implementato due mesi prima (35). Nello studio del 1998 della High la popolazione controllo è rappresentata da genitori che hanno utilizzato le risorse assistenziali degli ambulatori prima della implementazione del progetto (32).

La migliore misura dell'attitudine dei genitori alla lettura è la diretta osservazione in casa, ma le risposte dei genitori a un questionario è al momento il più conveniente ed economico mezzo per monitorare gli interventi. La valutazione dei cambiamenti prodotti da un programma di promozione della lettura ad alta voce sull'attitudine dei genitori alla lettura è fatta con questionari pre e post intervento. Esistono alcune differenze nella scelta degli indicatori di esito degli interventi che riflettono la complessità del fenomeno

da studiare, l'indipendenza di ogni progetto ROR e la decisione della direzione nazionale ROR di focalizzare il proprio lavoro nella formazione dei pediatri e dei lettori volontari.

Analizziamo le misure di outcome presenti negli studi per poterli confrontare. Golova e Sanders utilizzano i seguenti outcome:

- una frequente attività di lettura al bambino (*FBS, Frequent Book Sharing*), presente se i genitori leggono almeno tre volte alla settimana un libro al loro figlio;
- leggere come una delle tre attività preferite dal genitore con il bambino (*RFA, Reading as Favorite Activities*);
- il numero di libri per bambini presenti in casa (*CBH: Child Book Home*).

FBS e RFA sono gli outcome principali dello studio di Golova; FBS è l'outcome principale dello studio di Sanders Silverstein nello studio che analizza la riproducibilità dell'intervento in popolazioni di etnia diversa da quella ispanica utilizza come outcome: RFA, CBH (positivo se sono presenti almeno 10 libri per bambini in casa), il numero di giorni in cui i genitori leggono ai loro figli e il numero

di sere in cui il genitore utilizza la lettura per l'addormentamento del figlio (positivi se superiori a una volta alla settimana); ricevere la lettura di un libro dal genitore è una delle tre attività preferite dal bambino.

High (32) utilizza i seguenti outcome:

- leggere come una delle tre attività preferite dal genitore con il bambino;
- ricevere la lettura di un libro dal genitore come una delle tre attività preferite del bambino;
- una frequente attività di lettura del genitore al bambino (presente se i genitori leggono almeno sei volte alla settimana).

High (32) ha introdotto la definizione di CCLO (*Child Centered Literacy Orientation*) che consente di avere una visione sintetica dell'attitudine dei genitori alla lettura al bambino (AGL). La CCLO, orientamento della famiglia a svolgere attività rivolte allo sviluppo della *emergent literacy* del figlio, si desume dall'analisi incrociata delle risposte dei genitori alle seguenti tre domande aperte, poste in cieco, per evitare che il genitore sia a conoscenza dell'interesse dell'intervistatore all'argomento:

1. Quali sono le tre attività preferite da vostro figlio, escluso il mangiare e dormire?
2. Quali sono le vostre tre attività preferite con vostro figlio?
3. Quante sere alla settimana leggete un libro a vostro figlio?

Le risposte 1 e 2 hanno uno score dicotomizzato sì/no. La risposta 3 è positiva se uguale o superiore a 6. La CCLO è considerata presente se è positiva la risposta a una o più delle tre domande.

Questa impostazione, derivata dall'approccio di Needelman, è simile a quella che ha condotto alcuni membri dell'Accademia Americana di Pediatria che si occupano dell'inserimento della promozione della lettura a voce alta tra le cure pediatriche primarie a proporre, nel 1998, il questionario BABAR (*Before and After Books And Reading*) con lo scopo di rispondere a tre esigenze: generare dati per documentare l'efficacia delle proprie strategie sulle famiglie; generare dati sulle idee e comportamenti (locali o nazionali) riguardo alla lettura in famiglia ai bambini piccoli e come questi cambiano in risposta al programma; stabilire gli indicatori sociali, economici e umani, che identificano le famiglie con meno attitudine alla lettura ai bambini su cui spendere maggiormente le risorse del progetto.

**Studi Bookstart**

Il progetto inglese Bookstart ha effettuato una valutazione dell'impatto del progetto cinque anni dopo il suo inizio. È uno studio randomizzato, il cui approccio è sia quantitativo che qualitativo, effettuato quindi sia con questionari che con l'osservazione dei genitori mentre leggevano libri ai loro bambini (38,39). I bambini che hanno ricevuto il dono del libro due anni dopo l'intervento hanno un interesse alla lettura tre volte maggiore dei bambini che non hanno ricevuto l'intervento: il libro è una delle tre attività preferite dal bambino che riceve l'intervento nel 68%, paragonato al 21% del gruppo controllo; questo dato si può confrontare direttamente con i dati ROR. Il 75% dei genitori che ricevono l'intervento acquista libri ai propri figli contro il 10% dei genitori controllo. Il 43% li

**TABELLA 2: VALUTAZIONE DEL LEGGERE AL FIGLIO COME UNA DELLE TRE ATTIVITÀ PREFERITE DAL GENITORE (RFA): STUDI ROR**

Autore	Valore di partenza	Intervento	Controllo	p
Needelman	Non indagato	53%	22%	0.03
Golova	1% g. controllo 3% g. intervento	43%	13%	<0.001
High (1998)	Non indagato	42%	22%	<0.01
High (2000)	15%	33%	57%	0.03
Jones	Non indagato	38%	19%	<0.05
Silverstein (Parlanti inglese)	33%	58%	Non esistente	0.05
Silverstein (Non parlanti inglese)	11%	27%	Non esistente	0.03

**TABELLA 3: VALUTAZIONE DEL RICEVERE LA LETTURA DI UN LIBRO DAL GENITORE COME UNA DELLE TRE ATTIVITÀ PREFERITE DAL BAMBINO: STUDI ROR**

Autore	Valore di partenza	Intervento	Controllo	p
High (1998)	Non indagato	21%	8%	0.04
High (2000)	6.5%	21%	9%	0.02
Silverstein (Parlanti inglese)	7%	30%	Non esistente	0.02
Silverstein (Non parlanti inglese)	13%	24%	Non esistente	0.14

**TABELLA 4: VALUTAZIONE DEL NUMERO DEI GENITORI CHE LEGGONO UN LIBRO AL FIGLIO PIÙ DI TRE VOLTE A SETTIMANA (FSB): STUDI ROR**

Autore	Valore di partenza	Intervento	Controllo	p
Golova	24%	66%	24%	<0.001
High (2000)	Non indagato	78%	46%	<0.001
Sanders	Non indagato	58%	37%	<0.5

**TABELLA 5: VALUTAZIONE DEL NUMERO DEL NUMERO DI GIORNI IN CUI I GENITORI LEGGONO UN LIBRO AI PROPRI FIGLI: STUDI ROR**

Autore	Valore di partenza	Intervento	Controllo	p
Golova	1,5	3,6	2,0	<0.001
High (2000)	2,5	4,3	2,8	0.04
Mendelson	Non indagato	4,6	3,7	0.04

conduce in libreria contro il 17% dei genitori controllo.

L'osservazione produce dati altrettanto significativi:

- i genitori che ricevono l'intervento hanno comportamenti positivi nella lettura al loro figlio più spesso dei genitori del gruppo controllo: leggono l'intero testo del libro (83% vs 34%), discutono della storia raccontata nel libro (64% vs 24%), mettono in relazione la

storia alle esperienze del bambino (43% vs 21%), incoraggiano il bambino a fare predizioni su come finirà la storia (68% vs 28%), indicano la direzione dello scritto (68% vs 10%);

- i bambini esposti all'intervento mostrano comportamenti positivi durante la lettura più spesso dei bambini del gruppo controllo: mostrano un vivo interesse nel 100% vs 34%, indicano frequentemente il testo nel 68% vs

21%, cercano frequentemente di girare le pagine nel 54% vs 10%, si divertono con la storia nell' 82% vs 31%, fanno domande nel 61% vs 21%.

Questi dati indicano che l'intervento riesce a coinvolgere i genitori in questa pratica così tanto che essi suscitano nel loro figlio l'interesse alla lettura. L'interesse del bambino alla lettura è un fattore importante per una precoce acquisizione della conoscenza dell'alfabeto (40).

Una seconda survey è uno studio longitudinale su 105 famiglie (75 ricevevano l'intervento e 30 che non lo ricevevano costituiva il gruppo controllo), effettuato tra gennaio 1999 e aprile 2001 (41).

I genitori che leggono un libro al loro figlio passano dal 78% prima di ricevere l'intervento al 91% dopo l'intervento, e il 47% dei genitori che avevano riferito di leggere prima dell'intervento affermavano di leggere di più dopo l'intervento.

Il numero dei genitori che riferiscono di leggere un libro tutti i giorni passava dal 47% al 60% dopo l'intervento.

I genitori che frequentano una libreria con il figlio passano dal 64 all'85% e i genitori che frequentavano una libreria almeno una volta alla settimana passano dal 12 al 46%.

## Conclusioni

In sintesi, i programmi di promozione della lettura in famiglia, effettuati con l'impegno di personale sanitario a partire dal primo anno di vita del bambino, mostrano di raggiungere sempre risultati statisticamente significativi per quanto riguarda la loro capacità di modificare l'atteggiamento dei genitori verso la lettura ai propri figli, giustificando quindi l'impegno economico del loro finanziamento da parte delle istituzioni.

La promozione della lettura in famiglia si configura come un importante intervento a favore dello sviluppo delle abilità e competenze necessarie al bambino per apprendere la lettura e la scrittura. Questo intervento acquista una particolare importanza alla luce delle evidenze scientifiche che mostrano che lo sviluppo neurale del bambino è precocemente e fortemente influenzato dalla sua relazione con i genitori, dai loro comportamenti e dall'ambiente familiare (21).

Pertanto la promozione della lettura ad alta voce si va configurando come un intervento a sostegno dello sviluppo di una genitorialità competente. Concludiamo citando Perri Klass: "Quale è la linea che mentalmente tracciamo tra quello che noi vorremo per i nostri figli, quello che facciamo per loro e quello che noi consigliamo ai genitori? Un intervento di promozione della lettura ad alta voce in famiglia aiuta, come altri buoni interventi, i pediatri a superare questa linea" (30).

## Bibliografia

- (1) *Reading Is Fundamental*. <http://www.rif.org/who/leadership/default.aspx>
- (2) *Head Start*. <http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/about/history.htm>
- (3) *National Academy of Education*. *Becoming a nation of readers*. Washington DC: *National Academy of Education*, 1985
- (4) <http://www.bmcc.edu/Headstart/Literacy>
- (5) Whitehurst G, Epstein J, Angell A, Payne A, et al. Outcomes of an emergent literacy intervention in *Head Start Journal of Educational Psychology* 1994;86:542-55
- (6) Payne A., Whitehurst G, Angell A. The role of home literacy in the development of language ability in preschool children from low-income families. *Early Childhood Research Quarterly* 1994;9:427-40
- (7) First teacher: a family literacy handbook for parents, policy makers and literacy providers. *Barbara Bush Foundations for Family Literacy*, 1989
- (8) *National Center for Family Literacy*. <http://www.familit.org/ncfl/AboutNCFL/>
- (9) Zill N, Resnick G, McKey W. What children know and can do at the end of Head Start and what it tells us about the program's performance. [http://www.acf.hhs.gov/programs/core/ongoing\\_research/faces/hs\\_pdf/albqfinl2.pdf](http://www.acf.hhs.gov/programs/core/ongoing_research/faces/hs_pdf/albqfinl2.pdf)
- (10) Adams M. *Learning to read: thinking and learning about print*. Cambridge: *MIT Press*, 1990
- (11) *National Center for Education Statistics*. Executive summary of adult literacy <http://www.nces.ed.gov/naal/resources/execsumm.asp#econ> accesso effettuato il 20/8/2003
- (12) Reid Lyon G. The NICHD Research Program in reading development, reading disorder and reading instruction. <http://www.nichd.nih.gov/publications/publist.cfm#RP>
- (13) *National Center for Educational Statistics* (1999). NAEP1998 Reading report card for the nation and states (document # 1999-500). Washington, DC: US Department of Education Office of Educational Research and Improvement.
- (14) Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol* 1988;94(suppl):S95-S120
- (15) Smith M, Beaulieu L, Israel G. Effects of human capital and social capital on dropping out of high school in the South. *L Res Rural Educ* 1992;8:75-87
- (16) Parcel T, Menaghan E. family social capital and children's behavior problems. *Soc Psychol Q* 1993; 56:120-35
- (17) Runian D, Hunter W, Socolar R, et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101:12-8

(18) Sampson R, raudenbush S, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;227:918-24

(19) High P, Hopmann M, La Gasse L, et al. Child Centered literacy orientation: a form of social capital?. *Pediatrics* 1999;103:e55

(20) Primavera J. Enhancing family competence through literacy activities. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 2000;20:85-101

(21) Shonkoff J, Philipps D (eds). From neurons to neighborhoods. The Science of early Childhood development. Washington: *National Academy Press*, 2000

(22) [http://www.acf.hhs.gov/acf\\_services.html#parenting](http://www.acf.hhs.gov/acf_services.html#parenting)

(23) <http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/programs/ehs/ehsalmanac.htm>

(24) [http://www.acf.hhs.gov/acf\\_services.html#parenting](http://www.acf.hhs.gov/acf_services.html#parenting)

(25) Born to Read: <http://www.ala.org/aslc/born>

(26) Reach Out and Read: <http://www.reachoutandread.org>

(27) High P, La Gasse L, Becker S, et al. Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? *Pediatrics* 2000;105:927-34

(28) Bookstart: <http://www.bookstart.co>

(29) Nati Per Leggere: <http://www.aib.it/aib/npl>

(30) Klass P. Pediatrics by the book: pediatricians and literacy promotion. *Pediatrics* 2002;110:989-95

(31) Needleman R, Freid L, Morley D, et al. Clinic-based intervention to promote literacy: a pilot study. *Am J Dis Child* 1991;1345:881-4

(32) High P, Hopman M, La Gasse L. Evaluation of a clinic-based program to promote book sharing and routines among low-income urban families with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:459-65

(33) Golova N, Alario A, Vivier P. Literacy promotion for Hispanic families in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1999;103:993-7

(34) Jones V, Franco S, Metcalf S, et al. The value of book distribution in a clinic-based literacy intervention program. *Clinical Pediatrics* 2000;39:535-41

(35) Sanders L, Gershon T, Huffman L, et al. Prescribing books for immigrant children: a pilot study to promote emergent literacy among the children of hispanic immigrants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:771-7

(36) Mendelson A, Mogilner L, Dreyer B, et al. The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children. *Pediatrics* 2001;107:130-4

(37) Silverstein M, Iverson L, Lozano P. An english-language clinic-based literacy program is effective for a multilingual population. *Pediatrics* 2002;109:e76

(38) Moore M, Wade B. A Gift for Life, Bookstart: the first five years, *Booktrust* 1998. <http://www.bookstart.co.uk/professionals/docs/giftforlife.pdf>

(39) Moore M, Wade B. Parents and children sharing books: an observational study. *Signal* 1997sept;203-14

(40) Frijters J, Barron R, Brunello M. Directed and mediated influences of home literacy and literacy interest on prereaders' oral vocabulary and early written language skill. *Journal of Educational Psychology* 2000;92:466-77

(41) *Evaluation of the Bookstart program*. Report by the National Centre for Research in Children's Literature. University of Surrey Roehampton. August 2001. In: *Sainsbury's Bookstart report* <http://www.bookstart.co.uk/general/research/index.html>



# La vaccinazione contro l'influenza

Luisella Grandori

Servizio di Epidemiologia, Azienda USL di Modena, Referente ACP per le vaccinazioni

*Questa pagina ha l'obiettivo di dare informazioni sulle modalità di trasmissione del virus dell'influenza e sull'utilizzo della vaccinazione. È un tema di discussione tra pediatra e genitori, che si ripresenta puntuale ogni anno; spesso oggetto di "terroristici" messaggi mediatici come sono stati quelli dello scorso mese di ottobre che speriamo siano, almeno in parte, rientrati.*

*Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori*

## Che cos'è l'influenza?

L'influenza è una malattia molto contagiosa causata da virus che si trasmettono da persona a persona, prevalentemente attraverso le minuscole goccioline emesse durante la respirazione oppure tramite oggetti da poco contaminati con secrezioni provenienti dal naso o dalla gola. Gli ambienti chiusi, molto affollati e con uno scarso ricambio d'aria, come le aule scolastiche, gli autobus, i negozi, il cinema, sono quelli in cui più facilmente si diffonde l'influenza per una maggiore facilità a entrare in contatto con i virus eliminati dai soggetti che ne sono portatori. Il periodo in cui la persona infetta è più contagiosa va dalle 24 ore prima che inizino i sintomi, fino a circa 5 giorni dopo la loro comparsa. I bambini possono essere contagiosi per un periodo anche più lungo. Di solito i virus non sono più presenti nelle secrezioni del naso entro 7 giorni dall'inizio della malattia.

Da quando si entra in contatto con i virus passano generalmente da 1 a 4 giorni (più spesso 2) prima che compaia la malattia.

L'influenza ha solitamente un esordio brusco e si manifesta con febbre e brividi di freddo, mal di testa, dolori muscolari diffusi, marcata spossatezza, mal di gola, raffreddore e tosse. A volte sono anche presenti vomito e diarrea. La febbre dura 2 o 3 giorni, ma può durare più a lungo; solitamente i sintomi respiratori (come raffreddore, mal di gola e tosse) diventano più evidenti nei giorni immediatamente successivi e la tosse può durare anche 2 settimane. Ma in alcuni bambini l'influenza si manifesta come una malattia febbrile con pochi sintomi come raffreddore, mal di gola e tosse. Dopo la fine della febbre rimane una sensazione di stanchezza o di non star bene anche per parecchi giorni.

L'influenza dura in media una settimana e di regola guarisce completamente nei bambini sani. *Essa può invece essere pericolosa quando colpisce bambini che per le loro condizioni di salute (ad esempio malattie respiratorie croniche, disturbi cardiaci e renali, diabete, sistema immunitario indebolito) sono più suscettibili e possono subire un aggravamento della loro malattia di base oppure sviluppare complicanze respiratorie.*

## Il vaccino contro l'influenza

Per preparare il vaccino, i virus dell'influenza vengono prima coltivati in uova di pollo, poi uccisi.

Nei vaccini destinati all'infanzia i virus vengono spezzettati in piccole parti (*vaccini split*) o trattati in modo da isolare solo microscopiche particelle del virus (*vaccini a "sub-unità"*).

I virus dell'influenza sono "capricciosi", nel senso che tendono a modificarsi di anno in anno, così da rendersi irriconoscibili all'organismo che non riesce più ad utilizzare in maniera efficace gli anticorpi sviluppati l'anno precedente. Questa è la ragione per la quale:

- contrariamente ad altre malattie infettive (ad esempio il morbillo oppure la varicella), di influenza è possibile ammalarsi ogni anno;
- il vaccino viene sostituito ogni anno con uno "aggiornato";
- è necessario rivaccinarsi ogni inverno con il nuovo vaccino ritenuto più efficace contro i virus della stagione in corso.

Il vaccino viene somministrato mediante un'iniezione intramuscolare. Per effettuare la vaccinazione non è necessario tenere il bambino a digiuno. La protezione inizia *dopo circa 15 giorni* dalla vaccinazione.

Il numero di dosi è variabile:

- *una sola dose* è sufficiente se il bambi-

no ha più di 12 anni oppure è più piccolo ma è già stato vaccinato l'anno precedente;

- *due dosi*, a distanza di 4 settimane l'una dall'altra, sono necessarie se il bambino ha meno di 12 anni e se viene vaccinato per la prima volta.

*La vaccinazione contro l'influenza viene vivamente raccomandata, ogni anno, per i bambini che hanno condizioni di salute particolari che li rendono più vulnerabili (come nel caso di gravi malattie del cuore, dei reni, dell'apparato respiratorio, diabete, importante compromissione delle difese immunitarie ecc.). Il pediatra del vostro bambino saprà consigliarvi in merito e valutare l'eventuale presenza di condizioni che controindicano la vaccinazione.*

## Gli effetti collaterali

Il vaccino è generalmente ben tollerato e, specialmente nei bambini, non causa disturbi; raramente possono verificarsi effetti collaterali di lieve entità. Nella sede d'iniezione può verificarsi la comparsa di rossore, gonfiore e dolore nelle 48 ore successive.

Ancor più rara è la comparsa di febbre, malessere, dolori muscolari, articolari, e mal di testa a distanza di 6-12 ore dalla iniezione; questi sintomi si osservano più spesso nei soggetti vaccinati per la prima volta e non si protraggono per più di uno o due giorni. Solo negli adulti (oltre i 45 anni) sono state descritte reazioni di tipo neurologico, che non si sa con esattezza se siano causate dal vaccino.

Come qualsiasi altra sostanza estranea all'organismo, questo vaccino può determinare, se pure con frequenza estremamente rara, reazioni allergiche.

Si raccomanda comunque, come per ogni altro farmaco, di segnalare al pediatra qualsiasi sintomo importante presentato dal bambino dopo la vaccinazione.

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

# informazioni per genitori



segue da pag. 10

quando si usano tecniche agricole tradizionali.

Sono necessari profondi cambiamenti del nostro stile di vita. Bisogna ridurre le produzioni e i consumi inutili, adottare processi produttivi a basso impatto ambientale, soddisfare i bisogni umani con prodotti e servizi ecocompatibili, distribuire equamente il lavoro (e la ricchezza), lavorare meno, privilegiare l'essere sull'avere, le relazioni umane sul possesso del denaro e delle cose.

Utopia? Una volta poteva essere considerata un'utopia, oggi è una necessità. Quella che poteva essere una posizione di gruppi minoritari ha oggi il sostegno di un vasto movimento in tutto il mondo, che trova appoggio nelle ricerche di scienziati, in nuove scuole di pensiero economico (neomarginalismo, bioeconomia, economia dello stato stazionario ecc.), perfino in documenti ufficiali di organismi nazionali e internazionali, che predicano bene e razzolano male, spesso con la scusa che i cittadini non sono disposti a cambiare.

Ma quanti economisti hanno studiato le opere dei neomarginalisti, di Georgescu-Roegen o di Herman Daly? Quanti politici e dirigenti dei Ministeri, delle Regioni, dei Comuni, delle Province hanno letto i rapporti dell'ONU o dell'Unione Europea, del Ministero dell'Ambiente che invitano a una netta inversione della politica agricola, dei trasporti, dell'energia, dell'uso del territorio ecc.? Quanti giornalisti, prima di scrivere un pezzo su tali argomenti sentono il bisogno di consultare tali rapporti o di chiedere un parere a chi è impegnato in questo campo?

Forse anche noi medici dovremmo sapere qualcosa di più su questi temi e interrogarci se le nostre pratiche, i nostri consigli non siano come quelli dati dal medico di una graffiante striscia di Quino, il disegnatore satirico sud-americano, che prescriveva un farmaco contro la bronchite a un paziente che viveva in un Paese con l'aria resa irrespirabile dal fumo della fabbrica produttrice di quel farmaco.

segue da pag. 34

### **Pazienti e interventi confrontati**

*Pazienti:* 201 (analizzati 196) neonati di età compresa tra 1 e 30 giorni

*Criteri di inclusione:* età gestazionale di 36 settimane o più ed età postnatale superiore a 24 ore ma inferiore a 30 giorni.

*Criteri di esclusione:* ventilazione assistita o trattamento con pressione positiva continua delle vie aeree

- presenza di sintomi neurologici
- trattamento con ossigeno
- trattamento per infezioni
- sedativi o analgesici somministrati nelle 24 ore precedenti l'inclusione

*Gruppo di controllo:* 99 (analizzati 98) trattati con EMLA sulla cute e placebo per os

*Gruppo sperimentale:* 102 (analizzati 98) trattati con soluzione glucosata al 30% per via orale e placebo sulla cute

(vedi tabella a pag. 34)

### **Criteri di valutazione**

La risposta al dolore è stata misurata attraverso il PIPP (*Premature Infant Pain Profile*). Il PIPP assegna dei punteggi che esprimono la variazione di 5 parametri: corrugamento della fronte, chiusura degli occhi, accentuazione del solco nasolabiale, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno. Più alto è il punteggio, maggiore è la risposta al dolore.

### **Conclusioni**

Lo studio consente di concludere che l'utilizzo di *glucosio per os e placebo sulla cute* è più efficace nel ridurre i sintomi associati al dolore da prelievo venoso nei neonati rispetto al trattamento anestetico locale con *EMLA e placebo per os*.

In base al valore dell'NNT dovremmo trattare con glucosio per os 4 pazienti per avere un successo in più rispetto al trattamento con EMLA e placebo per os. L'IC 95% compreso tra 3 e 10 indica che potremmo avere un beneficio in più, trattando un minimo di 3 neonati e un massimo di 10. Tali conclusioni confermano quanto emerge dalla consultazione di *Clinical Evidence* che, tra gli interventi "probabilmente utili" per ridurre il dolore legato al prelievo di sangue nei bambini piccoli, prevede l'utilizzo di glucosio per os in quanto intervento efficace a diminuire "significativamente le reazioni allo stimolo doloroso, in particolare la durata del pianto (vs somministrazione di acqua o nessun intervento)".

segue da pag. 36

che la pediatra accetta di rivedere le proprie abitudini terapeutiche, a partenza da un ben preciso stimolo della famiglia che si propone come parte attiva nella ricerca di una soluzione.

Evitare di trincerarsi dietro il sapere scientifico, o presunto tale, permette di giocare una partita a tutto campo e di costruire una relazione vera, nel cui ambito valorizzare le esperienze, giuste o sbagliate, dei genitori e del loro mondo di riferimento.

La pediatra farà tesoro di questa revisione del proprio operato e alla prossima "colica" presterà la massima attenzione a quello che la famiglia in oggetto sa o pensa di sapere dell'argomento e ai tentativi già messi in atto, cercando di valorizzare l'operato dei genitori, nell'ottica di un vero sostegno piuttosto che di una sostituzione da "tecnico". Non dovrà cadere nell'errore di replicare sempre lo stesso comportamento, ma potenzierà l'attenzione all'ascolto attivo e al mondo dell'altro.

### **Che cosa abbiamo imparato**

La pediatra con abilità di counselling (ascolto attivo, uso di domande aperte, capacità di riassunto a partenza dai problemi dei genitori) ha posto le basi per un'alleanza terapeutica da sviluppare in futuro.

Non si è certo illusa di aver capito tutto e di aver risolto il problema, ma ha cercato un obiettivo condivisibile con i genitori.

Ha saputo rinunciare alla medicalizzazione del problema (non c'erano evidenze!... anzi, ce n'era qualcuna del contrario) e ha provato a valorizzare i genitori e a rafforzare le loro competenze, rinunciando a sostituirsi a loro.

I genitori hanno stimolato il cambiamento della pediatra che, alla prossima colica di un altro lattante, saprà far tesoro degli spunti offerti sia dalla propria ricerca in EBM che dalla loro narrazione (permessa peraltro dalle sue stesse abilità di counselling) e opererà più attenta a ciò che la famiglia sa, o crede di sapere, sull'argomento e sui tentativi già attuati.

**ACP News**

Dopo il congresso di Roma 1 21 *Redazionale*  
 XV Congresso ACP  
 Elezioni alle cariche direttive 3 15 *Redazionale*  
 XV Congresso ACP  
 La relazione del Presidente (note preparatorie) 4 22 *Nicola D'Andrea*  
 Candidati alle cariche direttive 4 23 *Redazionale*  
 I programmi dei candidati alla Presidenza dell'ACP 4 25 *Redazionale*  
 Rapporto sul progetto "Mare di Aral" 6 28 *Atanyazova Oral*

**Aggiornamento avanzato**

Il valore "intangibile" della vaccinazione 1 38 *Rino Rappuoli, Miller Henry, Falkow Stanley*  
 La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire da un inganno 2 38 *Rita Semprini, Alessia Martellani*  
 Fattori prenatali, postnatali e preferenze alimentari dei bambini 3 38 *Gabriella Caporale, Sonia Policastro, Erminio Monteleone*

**Attualità**

Tanto rumore per nulla 1 26 *Nicola D'Andrea*  
 Indagine sul gradimento di *Quaderni acp* 1 27 *Redazionale*  
 Regali, premi e qualche appunto 2 20 *CE di Quaderni ACP*  
 La sindrome di Urbani - SARS 3 10 *Alfredo Guarino*  
 ADHD: problema sempre attuale 4 27 *Carlo Calzone*  
 Perché non armonizzare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa? 5 24 *Maurizio Bonati*  
 Sulla violenza in TV aspettando dati 6 9 *Giancarlo Biasini*

**Congressi controlloce**

Farmaci per bambini d'Europa 1 36 *Maurizio Bonati*  
 Non solo nanna e pappa 1 36 *Federica Zanetto*  
 Ad Asolo vaccini e calendario FIMP 5 36 *Giacomo Toffol*  
 A Lecce calendario FIMP 5 37 *Rosario Cavallo*  
 A Lecco acido folico 5 37 *Federica Zanetto*  
 Rischio sociale a Napoli 6 16 *Giuseppe Cirillo, Paolo Siani*  
 Il counselling in età evolutiva 6 16 *Michele Gangemi*  
 Troppi errori terapeutici nei reparti pediatrici inglesi. E in Italia? 6 16 *Maurizio Bonati*

**Consensus**

Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo con iperattività 2 33 *Consensus Conference di Cagliari*

**Economia sanitaria**

Introduzione ad alcuni aspetti di economia sanitaria 5 25 *Francesco Paolucci, Werner Brouwer*

**Editoriale**

Un calendario vaccinale nuovo e diverso? 3 6 *Luisella Grandori, Nicola D'Andrea*  
 Who pays for the pizza? 5 18 *Giancarlo Biasini*  
 Il Piano Sanitario 2003-2005 con un'occhiata a quello 1998-2000 6 7 *Giancarlo Biasini*

**Esperienze**

Abuso infantile: esperienza di un gruppo 2 27 *Francesco Ciotti*  
 L'utilizzo della posta elettronica nella comunicazione tra pediatra e genitori 3 29 *Massimiliano Maria Dozzi*  
 Un progetto per l'autismo 5 28 *Franco Nardocci, Chiara Della Betta, Michela Marchi*

**"Muoversi senza motore".**

Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi 6 18 *Laura Todesco et al.*

**Film per ragazzi**

*Era mio padre* di Sam Mendes 1 25 *Italo Spada*  
 Quando la coperta è un film: *Essere e Avere* di Nicolas Philibert 2 18 *Italo Spada*  
 Le facce della paura in *Io non ho paura* di Gabriele Salvatores 3 11 *Italo Spada*  
 L'imbarazzo della scelta: film acerbi, sbagliati, bellissimi 4 31 *Italo Spada*  
*Il miracolo* che tutti possiamo compiere di Edoardo Winspeare 5 34 *Italo Spada*  
*Il ritorno* di Andrei Zvyagintsev 6 11 *Italo Spada*

**Il caso che insegna**

Una dodicenne in stato confusionale a scuola 2 46 *Chiara Locatelli, et al.*

Uno strano "globo vescicale" 3 49 *Maddalena Monelli, Carmela Di Lucca, Fabio Forte*  
 Un braccio poco mobile fra timo e varicella 4 50 *M. Cristina Mencoboni, et al.*  
 Un lattante con grave stato di shock, vomito e ipoglicemia 5 44 *Luciano De Seta, Giovanni Nocerino, Eliana Brigante*  
 Un bambino con una gran tosse 6 37 *Chiara Locatelli, Licia Raimondi, Mauro Pocecco*  
 Irene con le transaminasi alte: un caso che mi fa pensare 6 40 *Federico Marolla*

**Il punto su**

Le cinture di sicurezza e il trasporto del bambino in automobile 1 45 *Giancarlo Della Valle*  
 Gli steroidi inalatori ovvero "la grande appuffata" 3 44 *Lucio Piermarini*  
 Lo screening della displasia evolutiva dell'anca. A che punto siamo? 4 48 *Lucio Piermarini*  
 Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie 6 42 *Pasquale Causa, Stefania Manetti*

**Info**

La riforma Moratti per l'Università 1 32 *Redazionale*  
 Pubblicità e pubblicità 1 32 *Redazionale*  
 Visite domiciliari in Europa 1 32 *Redazionale*  
 Africa: no e sì ai cereali geneticamente modificati 1 32 *Redazionale*  
 La Nestlé fa causa all'Etiopia 1 33 *Redazionale*  
 Unione Europea e diritti dell'infanzia 1 33 *Redazionale*  
 Intramoenia: le aziende ci rimettono 2 31 *Redazionale*  
 Finanziamenti per la ricerca in Europa 2 31 *Redazionale*  
 Consumo di giornate per l'ECM 2 31 *Redazionale*  
 Acido folico in gravidanza 2 31 *Redazionale*  
 Anche questo è bioterrorismo? 3 26 *Redazionale*  
 Diritti negati? Non solo per l'AIDS 3 26 *Redazionale*  
 Il caso Pfizer in Toscana 3 27 *Redazionale*  
 Sirchia si ritira 3 27 *Redazionale*  
 Sirchia vs Formigoni 3 27 *Redazionale*  
 Conflitti di interesse 4 38 *Redazionale*  
 Defolianti in Vietnam 4 38 *Redazionale*  
 La sindrome del Golfo 1991 4 38 *Redazionale*  
 Aziende sanitarie in internet 4 39 *Redazionale*  
 Come è finita alla Federazione degli Ordini dei Medici (FNOM) 4 39 *Redazionale*  
 Età delle apparecchiature diagnostiche 4 39 *Redazionale*  
 L'OMS e lo stato vaccinale nel mondo 6 26 *Redazionale*  
 Vaccini: priorità al morbillo 6 26 *Redazionale*  
 Vaccini: rischi dell'antivaricella 6 26 *Redazionale*  
 Musica e scienza 6 26 *Redazionale*  
 Alan Milburn ministro della Sanità a casa 6 26 *Redazionale*  
 Mala malissima stampa 6 27 *Redazionale*  
 Nuovo Presidente della SIP 6 27 *Redazionale*  
 Autopsie nella SIDS 6 27 *Redazionale*  
 I cesarei nel 2001 6 27 *Redazionale*

**Informazioni per i genitori**

La stipsi nel bambino: qualche informazione per le famiglie 4 47 *Miris Marani*  
 La mastite: come comportarsi 4 49 *Sergio Conti Nibali, Grazia Scibilia*  
 La vaccinazione contro l'influenza 6 47 *Luisella Grandori*

**Leggere e fare**

Ricerca di evidenze o perdita di tempo? 1 41 *Giancarlo Biasini*  
 Sono utili gli antistaminici per migliorare la prognosi dell'otite media essudativa? 2 42 *Giancarlo Biasini*  
 L'allattamento al seno aumenta il rischio di asma? 2 44 *Carlo Gonzales*  
 È utile l'esplorazione rettale per la diagnosi di appendicite? 3 40 *Sandro Bianchi*  
 Qual è il miglior trattamento del criptorchidismo? 3 41 *Laura Dell'Era et al.*  
 La SARS a fine estate 4 42 *Giancarlo Biasini*  
 In un bambino con soffio cardiaco l'ECG o l'Eco aggiungono qualcosa all'esame obiettivo nella diagnosi di cardiopatia? 4 43 *Manuela Pasini*  
 Diagnosi istologica di linfadenopatia: si può utilizzare l'agobiopsia invece della biopsia? 4 45 *Antonella Stazzoni, Manuela Pasini*

In un bambino di 15 mesi con wheezing il distanziatore ha la stessa efficacia del nebulizzatore?	5	40	Antonella Stazzoni, Manuela Pasini	Libri per bambini	2	23	Redazionale
In un neonato prematuro l'esame clinico è sufficiente per diagnosticare un dotto di Botallo pervio?	5	42	Manuela Pasini	La diffusione del progetto in Emilia Romagna e Campania	3	20	Redazionale
È utile la terapia antibiotica nella sinusite acuta non complicata?	6	32	Giacomo Toffol, Luisa Zoccolo, Marisa Callegari	Lettere a Nati per leggere	3	21	Redazionale
Il glucosio per bocca seda il dolore della puntura venosa?	6	34	Isodiana Crupi	La diffusione del progetto Libri per bambini piccoli	4	28	Redazionale
<b>Lettere</b>				Giragiralibro	4	29	Redazionale
I pediatri e i panettoni	1	34	Costantino Panza	Lettere a npl	4	28	Redazionale
Noi, l'ACP e i gruppi locali	1	35	Angelo Spataro	La diffusione del progetto Piemonte, Abruzzo	5	30	Redazionale
Aziende - medici - pubblicità	3	34	Efrem Marri	Quando si smise di leggere ad alta voce	6	25	Redazionale
Una lettera da Oral	3	35	Redazionale	Nostro fratello Bookstart	6	25	Redazionale
Una proposta	3	35	Rita Valentino Marletti	Libri per bambini piccoli	6	25	Redazionale
L'immagine di copertina	3	35	Simona Pieraccini	<b>Osservatorio internazionale</b>			
La FIMP ci risponde sul calendario	5	32	Pier Luigi Tucci, Giampietro Chiamenti	Jong-Wook Lee: nuovo Direttore Generale dell'OMS	3	17	Eduardo Missoni
Vaccinare ad ogni costo? Per chi?	5	33	Antonino Baio	G8 di Evian: retorica e nessun impegno concreto	4	30	Eduardo Missoni
La fiera del libro: questa sconosciuta	6	29	Livia Vitali	Cancun e oltre: nessun accordo è meglio di un cattivo accordo	6	15	Angelo Stefanini
Pro e contro l'esame dei genitali	6	29	Luisella Grandori	<b>Ricerca</b>			
<b>Letture</b>				Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli-Venezia Giulia	3	8	Giancarlo Besoli, Daniele Venier
ADHD, realtà o "mito americano"	3	24	Lawrence Diller	La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate	4	18	Francesco Ciotti
La rivoluzione di Gianni Rodari	4	34	Pino Boero	Progetto di ricerca-azione pluriennale sui disturbi del comportamento alimentare	5	20	Luigi Gualtieri
Novità in medicina procreativa: quali conseguenze su chi nasce oggi?	6	13	Carlo Valerio Bellieni	<b>Salute pubblica</b>			
<b>Libri: occasioni per una buona lettura</b>				Il Progetto "adozione sociale" a Napoli: tra illusioni e delusioni	3	12	Paolo Siani, et al.
T. Monot: <i>Pace al Serpente e al popolo dei topi</i>	1	30	Redazionale	Impronta ecologica e sociale	6	10	Pio Russo Krauss
R. Petrella: <i>Il Manifesto dell'acqua</i>	1	30	Redazionale	<b>Speciale</b>			
M. C. Autin Graz: <i>Bambini nella pittura</i>	1	31	Redazionale	Rapporto sulla salute del bambino			
G. A. Stella: <i>L'orda</i>	1	31	Redazionale	Parte prima. Lo stato di salute	1	6	Anna Macaluso, et al.
Centro Nuovo Modello di sviluppo,	3	22	Redazionale	Mortalità	1	8	Anna Macaluso, et al.
G. Simenon: <i>Pedigree</i>	3	22	Redazionale	Morbosità	1	11	Anna Macaluso, et al.
J. Hillman: <i>Il codice dell'anima</i>	3	23	Redazionale	Determinanti	1	16	Anna Macaluso, et al.
B. Larsson: <i>L'occhio del male</i>	3	24	Redazionale	Rapporto sulla salute del bambino			
J. Zipes: <i>Oltre il giardino</i>	4	32	Redazionale	Parte seconda. Priorità e interventi efficaci	2	6	Anna Macaluso, et al.
M. Niemi: <i>Musica rock da Vittula</i>	4	32	Redazionale	Indicatori di salute	2	12	Anna Macaluso, et al.
J. Franzen: <i>Le correzioni</i>	4	33	Redazionale	Commenti al rapporto	2	15	Anna Macaluso, et al.
R. Papa, R. Arsieri: <i>Stringo i denti e diranno che rido</i>	4	33	Redazionale	Quaderni compie dieci anni	4	6	Redazionale
M. Sonogo: <i>Maloca Maloca: una pediatra in Amazzonia</i>	6	22	Redazionale	Dieci anni dopo	4	6	Franco Dessì, Paolo Siani
I. Kertesz: <i>Essere senza destino</i>	6	22	Redazionale	La ricerca nelle cure primarie: un bisogno ancora inevaso	4	8	Maurizio Bonati
J. Crowley: <i>La traduttrice</i>	6	23	Redazionale	"Salute pubblica": bambini tra famiglia e società	4	9	Giuseppe Cirillo, Paolo Siani
Anonimo: <i>Fiabe e leggende del mondo islamico</i>	6	23	Redazionale	Organizzazione sanitaria per l'infanzia: dieci anni perduti?	4	10	Giancarlo Biasini
<b>Materiale per genitori</b>				"Ausili" ad essere buoni pediatri	4	11	Antonella Brunelli
Lo sviluppo del vostro bambino e i libri	3	46	CSB di Trieste	Allattare i bambini: una scelta editoriale	4	12	Sergio Conti Nibali
<b>Medici e pazienti</b>				Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV	4	13	Nicola D'Andrea, Italo Spada, Maria Francesca Siracusano
Il caso della fibrosi cistica	1	49	Samantha Hillyard, Giuseppe Magazzì	"Un po' per gioco": ridendo castigo mores	4	14	Lucio Piermarini
<b>Medici e letteratura</b>				Uno sguardo al passato e uno all'avenire	4	16	Giancarlo Biasini
da G. García Márquez,				Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni	5	6	Gruppo Interdisciplinare sull'Abuso Sessuale
A. Moravia, S. Márai <i>Letture</i>	3	32	Franco Dessì	La presa in carico dei bambini maltrattati in Canada	5	10	Marcellina Mian, Carla Berardi
M. Winckler <i>Cosa succede là dentro</i>	6	30	Franco Dessì	Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Bologna	5	13	Luciana Nicoli
A. B. Yehoshua <i>Mitigare il dolore</i>	6	30	Franco Dessì	Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Perugia	5	15	Carla Berardi
<b>Medicina Narrativa</b>				Il Presidente ai soci	6	6	Michele Gangemi
Dottore, mia figlia ha le coliche	6	35	Isodiana Crupi, Michele Gangemi	<b>Statistiche Correnti</b>			
<b>Memoria</b>				Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT	3	31	Paolo Siani
Paolo Durand: un grande	4	37	Luisa Massimo	<b>Saper fare</b>			
<b>Nati per leggere</b>				L'esplorazione rettale nel bambino: quando e come	1	43	Miris Marani
Pediatri e libri in Italia e Stati Uniti	1	22	Redazionale	L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini	2	48	Sergio Facchini, Valentina Leone, Mauro Pocecco
Nati per leggere in Emilia Romagna	1	22	Redazionale				
Libri per bambini piccoli	1	23	Redazionale				
Lettere a Nati per leggere	1	23	Redazionale				
Notizie dalla Sicilia	2	22	Redazionale				
Notizie dal Piemonte	2	22	Redazionale				
Notizie dall'Umbria	2	22	Redazionale				
Notizie dalla Toscana	2	23	Redazionale				
Notizie dalla Basilicata	2	23	Redazionale				