

Quaderni acp

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

www.acp.it

Madonna e Bambino con il libro



1 Ecosistema Bambino 2004: rapporto di Legambiente **2** Otto passi a tutela della salute dei bambini **7** Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali **8** Congressi controlloce **10** La gravidanza in Italia: molte disuguaglianze **12** Libri **20** Nati per leggere **22** Info **22** Società scientifiche italiane e conflitto di interesse **23** Israele: neonati morti per un latte di soia? **30** Tacrolimus e dermatite atopica **32** Timpanogramma piatto uguale ipoacusia? **34** Matilde, una bambina che non dorme **36** A un lattante anemico fa male il ferro **38** Saper controllare il dolore nel bambino **43** Diagnosi per immagini nei bambini con pielonefrite: tanto rumore per nulla? **46** Il girello? Meglio non usarlo

gennaio-febbraio 2004 vol 11 n° 1

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

Quaderni acp

website: <http://quaderniacp.it>

gennaio - febbraio 2004 vol 11 n° 1

Editoriale

- 1 Ecosistema Bambino 2004:
il rapporto di Legambiente
Giancarlo Biasini

Attualità

- 2 Otto passi a tutela della salute dei bambini
Michele Gangemi, Luisella Grandori

Osservatorio internazionale

- 5 Una pediatra tra gli indios Yanomami
della foresta amazzonica
Michela Sonego

Organizzazione sanitaria

- 7 Il bambino a rischio sociale:
modalità assistenziali
*Giuseppe Cirillo, Paolo Siani,
Claudio Rotelli et al.*

Congressi controllo

- 8 Malati a vita? Ritorna Cesena *red.*
8 SPES: i primi quattro anni *Federica Zanetto*
8 Una malattia "orfana" a Reggio Calabria
Pino La Gamba

Statistiche correnti

- 10 Com'è seguita la gravidanza in Italia:
molte disuguaglianze
Paolo Siani

Libri

- 12 Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte
Mark Haddon
12 Mille modi di crescere
La Casa di Tutti i colori
12 Biografia del figlio cambiato
Andrea Camilleri
13 Allattamento al seno: come aiutare le madri
Felicity Savage King

Film

- 14 Le terribili tredicenni: *Thirteen*
di Catherine Hardwicke
Italo Spada

Esperienze

- 15 La rappresentazione della nascita:
simboli e colori
Pasqua R. Brunelli, Simona Antonelli

ACP News

- 19 I bambini di strada di Manila:
nuovo progetto dell'ACP.
Redazionale

Nati per leggere

- 20 Lo sviluppo del progetto
in Calabria, Abruzzo, Puglia
Toscana, Emilia Romagna

*Pino La Gamba, Iginio Giani,
Gabriella Campa*

Info

- 22 In distribuzione la Guida all'uso
dei farmaci per i bambini
22 Società scientifiche italiane
e conflitto di interesse
23 "Drugs for dollars"
fra Cuba e Argentina
23 Il premio IgNobel 2003
23 La legge "anti-SIDS"
23 L'infanzia? E chi la conosce
23 Latte in polvere ed enterobatteri
23 Israele: neonati morti per un latte di soia?
23 Emendare la dichiarazione di Helsinki?

Lettere

- 24 Vaccinazioni: ACP e FIMP
*Consiglio Direttivo dell'ACP L.C. Venezia
Mattia Doria, Giorgio Meneghelli,
Franco Pisetta*

29 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 30 Nella dermatite atopica
il tacrolimus crema è vantaggioso
rispetto agli steroidi?
Manuela Pasini, Antonella Stazzoni
32 Timpanogramma piatto
uguale ipoacusia?
*Paolo Fiammengo, Sergio Davico,
Ivo Picotto et al*

Narrative Medicine

- 34 Matilde, una bambina che non dorme
Federica Zanetto, Michele Gangemi

Il caso che insegna

- 36 A un lattante anemico fa male il ferro
*Licia Raimondi, Chiara Locatelli,
Augusto Biasini et al.*

Saper fare

- 38 Saper controllare il dolore nel bambino
*Fabio Pivi, Georgia Malewski,
Stefano Bonarelli*

Il punto su

- 43 Diagnosi per immagini nei bambini
con pielonefrite: tanto rumore per nulla?
Leopoldo Peratoner

Informazioni per i genitori

- 46 Il girello? Meglio non usarlo *Anonimo*

Quaderni acp

Website: <http://quaderniacp.it>
january-february 2004; 11(1)

1 Editorial

"Ecochild 2004: an Italian Report
Giancarlo Biasini

2 Current issues

Eight steps to ensuring children's health
Michele Gangemi, Luisella Grandori

5 A window on the world

A paediatrician among Yanomami Indians
in the Amazonian forest *Michela Sonogo*

7 Health care system

The child with social risk: how needs to be treated
G. Cirillo, P. Siani, C. Rotelli et al.

8 Meeting synopses

10 Current statistics

Follow-up during pregnancy in Italy:
many inequalities *Paolo Siani*

12 Books

14 Movies

15 Personal Accounts

The representation of birth: colors and symbols
Pasqua R. Brunelli, Simona Antonelli

19 ACP News

Manila's street children: a new ACP project
Editorial staff

20 Born to read

The dissemination of the project *Editorial staff*

22 Info

24 Letters

29 Didactic support

30 From literature to practice

In atopic dermatitis is Tacrolimus cream
more efficacious than topical corticosteroids?
Manuela Pasini, Antonella Stazzoni

Does a flat tympanometry means hypoacusis?
P. Fiammengo, S. Davico, I. Picotto et al

34 Narrative Medicine

Mathilda, a child who doesn't sleep
Federica Zanetto, Michele Gangemi

36 Learning from a case

Iron harmful in an anaemic baby
L. Raimondi, C. Locatelli, A. Biasini et al

38 Update in practice

Pain control in childhood
F. Pivi, G. Malewski, S. Bonarelli

43 Appraisals

Diagnostic imaging in children with
pyelonephritis: much ado about nothing?
Leopoldo Peratoner

46 Informing parents

Baby walker? It should not be used. *Anonymous*

Quaderni acp

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

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

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

LA COPERTINA. L'immagine riproduce una "Madonna e Bambino con il libro" attribuito a Bartolomeo Gennari (1594-1661). Olio su tela (collezione privata).

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 corredata da un breve riassunto (800-1000 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 inerti 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. Il riassunto deve essere strutturato in obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni. Devono essere indicate da tre a cinque 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.

Indirizzi

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401 Fax 0783599149
e-mail: francdessi@tiscali.it

Direttore

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

Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel. 3332562649, Fax 0792594096
e-mail: notes@tiscali.it

Stampa

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

**QUADERNI ACP È PUBBLICAZIONE
ISCRITTA NEL REGISTRO NAZIONALE
DELLA STAMPA N° 8949**

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

Per iscriversi all'ACP e ricevere Quaderni acp

La quota d'iscrizione all'ACP,
dal 2003, è di Euro 75.

Il pagamento può essere effettuato
in posta con bollettino di c/c postale
n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
Via Montiferru, 6
09070 Narbolia (OR).

Oppure il pagamento si può
effettuare in banca, con bonifico
sul c/c Bancoposta n. 12109096
intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
Via Montiferru, 6
09070 Narbolia (OR).
Coordinate bancarie del conto:
ABI 07601; CAB 17400

Ecosistema Bambino 2004: il rapporto di Legambiente

Giancarlo Biasini
Direttore Quaderni acp

Parole chiave Bambini e città. Diseguaglianze. Ambiente.

Il 6 gennaio, Epifania, è uscito il rapporto Ecosistema Bambino 2004 a cura di Legambiente (*Documents and Settings/Legambiente - Associazione a difesa dell'ambiente.htm*).

Ecosistema Bambino 2004 attribuisce caramelle e cioccolatini alle amministrazioni che si sono distinte nell'attenzione per i cittadini più piccoli. La classifica viene stilata in base ai dati (relativi al 2002) che le stesse amministrazioni comunali forniscono compilando il questionario che ogni anno viene loro inviato da Legambiente.

La preminenza nella stesura della graduatoria finale è data nell'ordine:

1. alle iniziative che favoriscono la **partecipazione** dei ragazzi realizzate dalle amministrazioni comunali
2. alle **strutture** dedicate all'infanzia
3. agli **interventi** relativi alla legge 285/97
4. alle offerte **culturali** rivolte agli under 14

Sette città sono in cima alla classifica: nell'ordine: La Spezia, Pesaro, Arezzo, Ravenna, Udine, R. Emilia e Belluno.

Nella fascia immediatamente inferiore (voto: Buono) ci sono altre 13 città: Bergamo, Caltanissetta, Ferrara, Firenze, Genova, Macerata, Modena, Piacenza, Pistoia, Siena, Sondrio, Torino e Trento. Seguono votazioni definite come Discreto, Sufficiente, Insufficiente.

Nelle procedure di ascolto dei bambini/ragazzi la cosiddetta progettazione partecipata è quella che più viene utilizzata (42%); seguono gli incontri con il sindaco (41%).

Nel campo dell'aggregazione e dell'offerta culturale vanno per la maggiore i laboratori (73%), le feste all'aperto (73%), l'organizzazione di rassegne di teatro per ragazzi (63%).

Alcune osservazioni vanno fatte. Anzitutto sugli indicatori utilizzati.

Il criterio di attribuire grande importanza alle iniziative che favoriscono la partecipazione dei ragazzi piuttosto che alle strutture dedicate all'infanzia e agli interventi relativi alla legge 285/97 può essere largamente discutibile.

Non è impossibile che la partecipazione, in primo luogo gli incontri con il sindaco, ma anche gli strumenti di ascolto siano puramente burocratici e stancamente amministrativi. Noi ne conosciamo parecchi che hanno questo stile.

Che ci sia qualche problema sugli indicatori è suggerito dalla "caduta libera" di qualche città: in un solo anno Brescia, p. es., passa dalle prime posizioni del 2003 (relativo a dati del 2001) al 50° posto pur in costanza di indicatori ambientali buoni. È possibile che in un anno ci sia stata una modificazione così radicale dell'atteggiamento verso l'infanzia?

È stato osservato da più parti, specie nella stampa quotidiana, che il senso generale delle classifiche sta nelle differenze e nelle disuguaglianze fra Nord e Sud.

È vero; però colpisce che queste differenze non stiano tanto nella situazione ambientale (cattiva ovunque) ma piuttosto nella prevalente e dimostrata scarsa volontà politica delle amministrazioni di occuparsi di politiche di sostegno all'infanzia, di interessare i bambini/ragazzi alle trasformazioni delle città: Enna, Nuoro, Ragusa, Siracusa, ma anche Treviso non hanno neppure risposto al questionario! Sembra, insomma, certo che ancora oggi ci sia qualcuno che il problema della vivibilità delle città per i bambini non se lo pone neppure. Oppure ci sono città (Bologna) che istituiscono facciate di assessorati alle politiche giovanili ma non prevedono nessuna forma di partecipazione attiva alla vita cittadina, e per questo precipitano da piazzamenti onorevoli nella categoria degli insufficienti.

La classifica sembra, in realtà, più una graduatoria di città che si pongono il pro-

blema dei bambini più che di città che iniziano a risolverlo.

Anche questo è comunque una valida indicazione di direzione e comincia ad essere significativo che fra le città definite insufficienti (Agrigento, Bologna, Brindisi, Cagliari, Catania, Cosenza, Messina, Oristano, Novara, Parma, Pescara, Rieti, Rovigo, Sassari, Trapani, Varese, Vibo Valentia) accanto a 8 città del Sud ce ne siano 5 del Nord.

Dalle ultime alle prime classificate: anche le "magnifiche sette città" hanno, quasi tutte, indicatori ambientali negativi, o molto negativi, anche per quanto dipende direttamente dalle amministrazioni comunali: per le isole pedonali hanno indicatori negativi 4 città su 7, per le aree a traffico limitato ancora 4 su 7, per le piste ciclabili 3 su 7, per le aree verdi 4 su 7.

Più della metà, dunque, delle "magnifiche sette" quanto alla vivibilità ambientale dipende dalle amministrazioni lascia molto a desiderare. Ciò rende molto poco confortante la situazione dell'infanzia anche nelle migliori città. E se si pensa che la legge 285/97 non è stata rifinanziata (lo stesso rapporto dice che è stata smantellata), si ha l'impressione che le condizioni dell'infanzia non miglioreranno di molto nei prossimi anni. Sintomatico che fra le città "insufficienti" ce ne siano 3 (Bologna, Cagliari, Catania) che sono riservatarie per la legge 285/97. E che le disuguaglianze non stiano oramai soltanto fra il Nord e il Sud è testimoniato dalla situazione della Emilia-Romagna che ha al suo interno tutte le disuguaglianze possibili: ha due città fra le "magnifiche sette", ma ne ha 3 fra le "buone", dove c'è anche Caltanissetta, 1 fra le discrete (insieme a Reggio Calabria e Palermo), 1 fra le sufficienti (insieme a Caserta e Catanzaro), e 2 (le più popolose) fra le insufficienti (insieme ad Agrigento e Brindisi). ♦

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

editoriale

Otto passi a tutela della salute dei bambini

Proposte dell'ACP e una lettera all'Istituto Superiore di Sanità

Michele Gangemi*, Luisella Grandori°

*Presidente ACP, °Responsabile Prevenzione Vaccinale ACP

Parole chiave Vaccinazioni. Salute del bambino. Prevenzione.

Il documento dell'ACP

Difendere il diritto alla salute dei bambini, insieme alle Istituzioni, agli altri operatori della sanità e ai cittadini. Questo è lo spirito del documento dell'Associazione Culturale Pediatri "Otto passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini", che è stato presentato a Roma il 27 novembre e discusso in un incontro con i rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni, delle ASL, dei pediatri di base e di comunità, dei medici igienisti, della Società Italiana di Pediatria (SIP), della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) e delle associazioni dei cittadini.

Il documento si può scaricare dal sito www.acp.it nella sezione "documenti".

L'argomento della riflessione - proteggere la salute dei bambini con le vaccinazioni - è di grande attualità. In questi ultimi tempi è stato portato spesso alla ribalta dai mezzi di comunicazione molto spesso in modo contraddittorio rispetto alle indicazioni ufficiali e comunque poco chiaro per i genitori.

Partendo dall'analisi della situazione internazionale e italiana, l'ACP ha proposto pochi passi essenziali da fare insieme per superare criticità a volte troppo stridenti. Le recenti epidemie di morbillo che sono state causa di tanti ricoveri e morti, a partire dalle regioni meridionali, parlano di una disuguaglianza nei diritti e di un'organizzazione ancora imperfetta che ha bisogno di più attenzione da parte di tutti.

Così come destano preoccupazione le scelte diverse fatte dalle Regioni in materia di vaccinazioni, che richiedono inve-

ce la massima uniformità. I vaccini sono strumenti potenti che agiscono sulla salute di tutta la popolazione: strategie sbagliate possono creare problemi, scelte non oculate possono distogliere le poche risorse dalle vere priorità.

I sette passi che l'ACP ha proposto di compiere riguardano: la formazione, l'informazione alle famiglie, la loro scelta consapevole, la comunicazione tra i pediatri e gli "uffici" di sorveglianza delle malattie infettive, i luoghi e modi del coordinamento e dell'attuazione di questa delicata materia regolata da norme di legge e rigorosi criteri di metodo, e infine i costi.

Tutto ciò è stato discusso alla luce di una stretta collaborazione tra i pediatri e i Dipartimenti di Prevenzione, dalla periferia fino al centro (le Istituzioni preposte dallo Stato), per favorire l'uniformità delle informazioni dirette alle famiglie, ispirate alla trasparenza e al rigore scientifico. Ma anche per consentire la conoscenza immediata della realtà locale, dati alla mano, in caso di emergenze o epidemie, perché non si ripeta lo scompiglio dell'inverno scorso in occasione delle meningiti in Lombardia, con il susseguirsi di informazioni difformi e contraddittorie che hanno creato tanto allarme tra i genitori.

La volontà dell'ACP è quindi quella di costruire insieme a istituzioni, società scientifiche, sindacati, genitori, un percorso perché l'Italia sia al passo con gli Stati europei più evoluti, e i nostri bambini abbiano ciò che è loro dovuto e sancito dalla Costituzione.

L'incontro di Roma...

Ha condotto i lavori dell'incontro che si tenuto a Roma il 27 novembre scorso Maurizio Bonati. Luisella Grandori ha introdotto illustrando il documento. Han-

no partecipato alla discussione Loredana Vellucci per il Ministero della Salute, Donato Greco per l'Istituto Superiore di Sanità, Gualtiero Grilli per le Regioni, Maria Edoarda Trillò per le ASL, Alessandro Barbieri per i medici igienisti, Antonella Brunelli per la Pediatria di comunità, Giampiero Chiamenti per i Pediatri di libera scelta, Giuseppe Saggese presidente SIP, Elisabetta Franco per la SITI, Maria Rita Munizzi per il Movimento italiano genitori, Giulia Candiani per Altroconsumo. Sono intervenuti nella discussione: Raffaele Arigliani (Pls, Benevento), Maria Francesca Siracusano (Pls, Messina), Teresa Magurno (PdC, Salerno), Tiziano Dall'Osso (Pls Cipe, Bologna), Susanna Trombetti (PdC, Bologna), Maria Grazia Pompa (Agenzia Sanitaria Lazio), Emanuela Balocchini (Regione Toscana), Sergio Conti Nibali (Pls, Messina), Rosario Cavallo (Pls, Taranto), Giancarlo Biasini (CSB), Monica de' Angelis (Pls, Milano). Erano state invitate ed erano presenti Ditte produttrici di vaccini.

I contenuti del documento hanno trovato ampio consenso e sono stati arricchiti da ulteriori spunti di riflessione sia da parte dei relatori che degli operatori presenti alla discussione. Come il superamento dell'obbligatorietà, necessario ma ancora prematuro, che andrà preparato con un forte cambiamento culturale e organizzativo della promozione delle vaccinazioni e sostenuto da una robusta formazione.

- È stato richiamato il punto nodale delle priorità, delle scelte nazionali e locali, rifacendosi al PSN 2003-2005 che fa cenno, se pur vagamente, alla prevenzione delle malattie infettive attraverso le vaccinazioni.
- Si è convenuto sulla necessità di una esplicitazione annuale, da parte delle Istituzioni preposte, riguardo al calen-

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

dario nazionale sia per introdurre cambiamenti che per riconfermarlo come tale.

- ▶ È stato analizzato il ruolo delle Regioni, la difficoltà a un loro reale coordinamento, per la scarsa attitudine e consuetudine, per la storica tendenza a una sorta di anarchia centrifuga e per la debolezza degli strumenti previsti anche a causa delle tante (troppe?) commissioni nazionali spesso dissonanti tra loro.
- ▶ Strettamente collegato alle priorità, è emerso il problema sempre più stringente della ripartizione delle risorse e il mancato rispetto da parte di molte regioni del 5% allocato per la prevenzione, della mancanza di consapevolezza sulla natura dei costi dell'attività vaccinale, confusi con il solo costo dei vaccini, della quasi completa dimenticanza degli aspetti del coordinamento, della sorveglianza ecc., che potrebbero (dovrebbero) contemplare anche il ruolo degli ospedali nel recupero di bambini non vaccinati, così come delle donne suscettibili alla rosolia, in occasione del parto, come avviene in altri Paesi.
- ▶ Sono stati ricordati la ricerca e il ruolo insostituibile del pediatra (universitario, ospedaliero, territoriale), rivolto non solo ai vaccini ma anche alle vaccinazioni e alle azioni "di comunità" nel loro complesso. L'unificazione dei messaggi dell'informazione, della formazione, delle scelte e degli interventi, è stata al centro dell'attenzione. E come logica conseguenza, la necessità di un'armonizzazione tra le diverse culture professionali, tutte insostituibili, con l'urgenza di superare l'attuale "Babele" per trovare un linguaggio comune, che potrà nascere solo da una reale condivisione di intenti e dall'adozione di criteri comuni basati sulle evidenze disponibili, nel rispetto di norme, regole e "percorsi" istituzionali. Tutto quanto detto quel giorno, insieme ai contributi dei gruppi locali ACP e di "esterni" all'Associazione che ci hanno

inviato commenti, andrà ad arricchire ulteriormente i contenuti del documento che verrà poi reso pubblico nella sua stesura definitiva.

...e dopo l'incontro

Pochi giorni dopo l'incontro di Roma il *BMJ* (2003; 327:1249) riportava la risposta della *Health Protection Agency* (Regno Unito) alla pressione della Wyeth per l'estensione del vaccino antipneumococcico a tutti i bambini con meno di 2 anni.

L'articolo ha dato lo spunto per un ulteriore "passo" a tutela della Salute dei bambini e di un'informazione uniforme alle loro famiglie: una lettera aperta indirizzata a Donato Greco, Direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, in cui si chiede di esplicitare, in modo analogo a quanto avvenuto in UK, la posizione ufficiale della "Agenzia" italiana su questa vaccinazione, oggetto di esternazioni contraddittorie nel nostro Paese. Pubblichiamo la lettera inviata per conoscenza anche a Girolamo Sirchia, Ministro della Salute; Enrico Garaci, Presidente ISS; Mario Condorelli, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità; Fabrizio Oleari, Presidente della Commissione Nazionale Vaccini.

La lettera all'ISS

Egregio dottor Greco, proseguendo il proficuo rapporto professionale e personale con l'Associazione Culturale Pediatri, ribadito anche recentemente in occasione dell'iniziativa "Otto passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini", organizzata dall'ACP il 27 novembre scorso, ai cui lavori Lei ha contribuito, con la presente inoltriamo, a nome dei circa 3000 soci dell'ACP, tre richieste motivate al Centro che Lei dirige.

Osserviamo con preoccupazione che la prevenzione delle infezioni invasive da pneumococco è oggetto in Italia di ripetute esternazioni, estranee alle istituzioni e in aperta contraddizione con le indicazioni ufficiali.

Sono stati addirittura invitati gli Assessorati alla Sanità delle Regioni a estende-

re l'offerta del vaccino antipneumococcico coniugato epta-valente a tutti i nuovi nati, attraverso un comunicato stampa inviato contemporaneamente alle maggiori testate nazionali e locali.

Si segnalano uno stato di grave disagio tra i pediatri sottoposti a informazioni difformi e discordanti, spesso scientificamente discutibili e non sottoposte alla valutazione degli organismi tecnici preposti, e la trasmissione alle famiglie di messaggi contraddittori e fuorvianti.

Ci risulta che in nessun altro Paese europeo si stia verificando niente di simile. Ciò genera confusione e mina la fiducia delle famiglie nell'operato dei professionisti dei Servizi pubblici preposti alla prevenzione e alla tutela della salute dei bambini; e in tale contesto anche quella dei pediatri di famiglia.

Inoltre l'adozione di scelte diversificate e autonome da parte di alcune regioni riguardo all'utilizzo del vaccino e al suo regime di offerta sta creando vistose disparità di diritti tra i bambini italiani.

Di recente la *Health Protection Agency* del governo del Regno Unito, a seguito delle pressioni della Wyeth ad estendere la vaccinazione contro le infezioni invasive da pneumococco (*Sp*) a tutti i bambini sotto i 2 anni, ha espresso pubblicamente la necessità di ulteriori valutazioni prima di prendere una simile decisione (1).

Si chiede pertanto che, analogamente a quanto avvenuto nel Regno Unito, il Centro di epidemiologia dell'ISS espliciti con urgenza e in modo ufficiale se siano attualmente disponibili dati che giustifichino un cambiamento delle valutazioni espresse nel 2001 (2) e confermate dal Ministero della Salute (3).

Si desidera in particolare sapere se i risultati preliminari delle ricerche in corso in Italia sulle batteriemie occulte sostenute dallo *Sp*, sponsorizzate dalla Wyeth e diffuse dalla Ditta stessa, rappresentino "evidenze" tali da modificare la strategia prima indicata, come da più parti viene affermato.

A nostro avviso le batteriemie occulte costituiscono un indicatore discutibile delle infezioni invasive da *Sp*, in quanto riguardano situazioni cliniche che nella maggior parte dei casi evolvono in modo del tutto benigno (4). L'incidenza negli USA in epoca pre-vaccinale riportata dai CDC (5) e da Whitney et al. (6) comprende anche le batteriemie, senza specificare i criteri di inclusione in questa categoria (batteriemie occulte o vere e proprie sepsi?). E se anche si trattasse di criteri omogenei a quelli utilizzati negli studi italiani, la differenza dei tassi appare vistosa (235 su 100.000 da 6 a 11 mesi, 188 su 100.000 sotto i 2 anni e 96 su 100.000 sotto i 5 anni negli USA, contro 54 su 100.000 sotto i 3 anni riportati nel lavoro EPNET e 47 su 100.000 sotto i 5 anni riportati nello studio di Sassari, entrambi ancora in corso).

Riteniamo che le infezioni invasive da *Sp* rappresentino un problema di salute per la loro elevata letalità (fino al 27% in alcune Regioni italiane, dati della Regione Emilia-Romagna non pubblicati). Tenuto conto però dei criteri indicati dall'OMS (7) per l'introduzione del vaccino coniugato antipneumococcico nei Paesi ad elevato benessere economico (I: che la prevenzione delle infezioni invasive da *Sp* rappresenti un intervento prioritario nel Paese; II: che ci sia una buona sovrapposizione dei sierotipi circolanti con quelli contenuti nel vaccino; III: che l'introduzione del vaccino non interferisca negativamente sugli aspetti organizzativi ed economici), ci sembra di poter concludere che ben 2 di questi criteri (il primo e il terzo) su 3 non vengono soddisfatti.

Si chiede perciò che il Centro di epidemiologia dell'ISS espliciti ufficialmente la sua valutazione sul grado di priorità nazionale della prevenzione di queste patologie, anche alla luce delle diverse priorità già espresse dalla Conferenza Stato-Regioni e dall'OMS per la Regione Europa (eliminazione del morbillo e della rosolia congenita).

Valutiamo inoltre che i dati disponibili in Italia attraverso il sistema di sorveglianza siano lacunosi e insufficienti sia per sostenere la scelta di una strategia vaccinale contro le infezioni invasive da *Sp* che per garantire la sorveglianza dell'eventuale aumento di sierotipi diversi (confermato anche dagli studi più recenti) a seguito dell'uso esteso del vaccino. Non ci risulta che in tutte le aree del territorio nazionale, dove si sta procedendo di fatto a una vaccinazione estesa, si sia provveduto a garantire questo tipo di sorveglianza che, a nostro parere, può avvenire solo attraverso un sistema "attivo".

Si chiede infine che il Centro di epidemiologia dell'ISS promuova e coordini l'attivazione di una sorveglianza attiva presso tutte le Regioni e Province autonome italiane al fine di disporre di dati esaustivi sulle patologie invasive da *Sp*, analogamente a quanto avviene in altri Paesi europei.

Fiduciosi in una Sua risposta, che dovrebbe essere sollecitata stante la gravità della situazione, rimaniamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e cogliamo l'occasione per porgere i nostri distinti saluti. ♦

Riferimenti bibliografici

- (1) Tite L. Drug company pushes for all children under 2 to be vaccinated against pneumonia". *BMJ* 2003;327:1249
- (2) ISS. Considerazioni sul vaccino antipneumococcico eptavalente <http://www.simi.iss.it/files/pneumo.pdf>, 10 luglio 2001
- (3) Ministero della Salute. Vaccinazione antipneumococcica in età pediatrica. Circolare n.11 del 19 novembre 2001
- (4) Soult Rubio JA, Munoz Saez M. La bacteriemia oculta, per se, no es una forma de enfermedad invasora. *Am Pediatr* 2003;58(5):502-10
- (5) CDC. Preventing pneumococcal disease among infant and young children. *MMWR* 2000;RR-9
- (6) Whitney CG, Farley MM, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *NEJM* 2003;348:1737-46
- (7) OMS. Pneumococcal vaccines. *WER* 2003;14:110-9

IL 6+1 secondo Lucio Basile



Una pediatra tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica

Michela Sonogo

Già responsabile medico di "Medici Senza Frontiere Italia"

Abstract

A paediatrician among Yanomami Indios in the Amazonic forest

An experience in international cooperation is not only a professional experience, but also a privileged opportunity to learn more about another culture as well as our own. This article gives an example: that of an Italian paediatrician who worked for the French organisation "Médecins du monde" among the Yanomami Indios in the Amazonian rainforest in Brazil.

Quaderni acp 2004; 11(1): 5-6.

Key words *Yanomami Indios. Médecins du monde. Amazonic forest.*

Un'esperienza di cooperazione internazionale non è solo un'esperienza professionale, ma un'occasione privilegiata di confrontarsi con un'altra cultura e di imparare qualcosa sulla nostra. Ne è un esempio questa esperienza di una pediatra italiana che ha lavorato per l'organizzazione francese "Médecins du Monde" tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica brasiliana.

Parole chiave *Indios Yanomami. Médecins du monde. Foresta Amazzonica.*

Quando, qualche anno fa, l'organizzazione umanitaria francese "Médecins du monde" mi propose di andare a coordinare un programma di salute di base tra gli indios Yanomami, sapevo molto poco su questo popolo della foresta amazzonica.

Gli Yanomami sono una popolazione primitiva, che solo da pochi anni è venuta in contatto con la nostra civiltà. Vivono in villaggi in mezzo alla foresta, di solito raggiungibili solo in aereo. Negli anni '80 le loro terre sono state invase dai *garimpeiros*, i cercatori d'oro, che li hanno portati a un brusco contatto con la società, e con le malattie dei bianchi (malaria, influenza, morbillo, tubercolosi).

Per estrarre l'oro, i *garimpeiros* hanno inquinato i fiumi con il mercurio, il rumore dei loro macchinari ha fatto scappare la selvaggina e la struttura della società yanomami ha cominciato a disgregarsi.

Poi, all'inizio degli anni '90, la pressione e la sensibilizzazione internazionali hanno iniziato a porre un freno a quello che era ormai diventato un genocidio. Nel 1992, le terre indigene sono diventate ufficialmente di proprietà degli Yanomami e, pochi anni dopo, i *garimpeiros* sono stati espulsi. Ma le conseguenze del

catastrofico contatto si fanno ancora sentire e, dal punto di vista medico, malaria e tubercolosi sono attualmente tra i problemi più importanti.

Rendendomi conto di quanto straordinario fosse poter vivere con loro ed eserci-



Foto di Nigel Dickinson

tare la mia professione in circostanze così insolite, ogni giorno prendevo nota degli avvenimenti più significativi e delle mie riflessioni. Tornata in Europa, ho poi rielaborato gli appunti in un libro di cui questa rivista ha pubblicato una recensione sul numero scorso (*Maloca, maloca*, edito da Mursia), dove ho raccontato i

fatti più significativi: la scoperta della foresta, i primi incontri con gli Yanomami, lo stupore e la meraviglia iniziali per il loro modo di vivere. Ho raccontato episodi che sono successi mentre ero lì e altri che ho sentito raccontare.

Ma la cosa più interessante da vivere e raccontare è stato l'incontro tra la cultura occidentale che mi porto inevitabilmente dietro e la cultura primitiva e vicina alla natura degli Yanomami. Incontro fatto di buffi malintesi di curiosità e interesse reciproci, ma anche di momenti difficili, in cui sembrava impossibile riuscire a capirsi e accettarsi. Come può, per esempio, una donna occidentale (e per di più pediatra) arrivare ad accettare l'infanticidio che loro praticano con tanta naturalezza? L'impulso è stato quello di scappare a gambe levate e tornarmene in Europa: in quell'Europa dove non è considerato normale che le mamme facciano fuori i loro bambini, anche se poi viene

considerato normalissimo appoggiare guerre che uccidono bambini lontani.

Ma, mentre ero lì, non pensavo tanto ai bambini che muoiono a causa delle guerre: pensavo ai bambini che morivano o rischiavano di morire per mano di madri che conoscevo, che vedevo tutti i giorni, ed era questo che mi faceva venire voglia di scappare.

Per corrispondenza:
Michela Sonogo
e-mail: michela_sonogo@hotmail.com

E allora perché non sei scappata, mi si chiederà, e me lo chiedo anch'io. Sono forse arrivata ad accettare l'infanticidio, o a decidere di non intromettermi nella loro cultura, come in molti sostengono si debba fare? No, niente di tutto questo. Non potrò mai accettare che si uccidano dei neonati, solo perché, per esempio, hanno un piccolo difetto fisico, o sono nati a distanza troppo breve dal figlio precedente. E nemmeno penso di astenermi da qualsiasi considerazione solo perché non sono neonati italiani.

Gli antropologi spiegano che gli Yanomami privilegiano il benessere della comunità rispetto a quello del singolo individuo, e quindi eliminano gli elementi che potrebbero diventare un peso per la società (bambini malformati) o una bocca troppo difficile da sfamare (bambini senza padre). Tutto ciò è molto interessante da un punto di vista intellettuale, ma non sono state sicuramente queste spiegazioni a impedirmi di scappare.

Quello che è successo è che, col passare del tempo, mi sono affezionata ad alcuni Yanomami e in particolare a una ragazza incinta, Catarina. Questa giovane donna non aveva marito e, proprio per questo, si diceva che probabilmente avrebbe ucciso il neonato subito dopo il parto.

Ora, se qualcuno che è legato a te sta per fare una cosa che tu consideri un crimine, questo smette di essere un fatto di cronaca nudo e crudo, davanti al quale scandalizzarsi, ma diventa una cosa importante, che ti colpisce a fondo e in qualche modo ti riguarda.

Insomma, quando delle persone che senti vicine fanno delle cose per te abominevoli, non ti accontenti di inorridire e basta. Vuoi capire e cercare di vedere le cose attraverso i loro occhi. E allora ti rendi conto che l'infanticidio, che a te fa accapponare la pelle, per loro è un fatto naturale, perché gli Yanomami non considerano il neonato come una persona, finché non ha succhiato il latte dal seno di sua madre. E quindi non possono concepire l'infanticidio come un crimine.

Ma la cosa ancora più importante è che ti rendi conto che, se tu fossi nata lì invece che qui, anche tu penseresti abbastanza naturalmente di sopprimere il tuo neonato se, per esempio, non hai accanto un uomo che ti protegge.

Poi, quando cominci a cercare di vedere le cose con i loro occhi, capisci che anche noi facciamo delle cose che per loro sono incomprensibili. Per esempio, loro non mangiano mai gli animali che hanno allevato, ai quali loro stessi hanno dato da mangiare. Sarebbe come ammazzare qualcuno della famiglia. Noi invece... Probabilmente su questo aspetto ci considerano cannibali, o qualcosa del genere. Sarebbe davvero bello se qualcuno di loro, adesso che stanno imparando a leggere e scrivere, parlasse di noi, di come ci vedono, delle cose che non capiscono. Speriamo che lo facciano, prima o poi... Perché, quello che è istruttivo nell'incontro delle culture, non è solo osservare gli altri, le loro convinzioni e usanze, ma anche lasciarsi osservare dagli altri. E per me questo "lasciarsi osservare" ha voluto dire godersi l'ammirazione degli Yanomami perché sapevo contare velocemente, ma anche farmi prendere in giro quando sono caduta in acqua, per non saper fare una cosa così semplice (per loro) come camminare in equilibrio su un tronco sopra un torrente. Oppure sentirsi fare delle domande del tipo: "Perché vi piace vivere dove c'è tanto rumore?" o vedere la sorpresa nello sguardo di un ragazzo al quale avevo regalato una moneta: è possibile immaginare un regalo più stupido e inutile? Ma, alla fine, quello che davvero mi ha stupito più di tutto è che, in mezzo a tutta questa diversità, i sentimenti che proviamo sono molto simili. Dopo quello che ho raccontato sull'infanticidio, magari quello che sto per dire vi può sembrare strano, ma vi assicuro che l'espressione preoccupata delle madri yanomami che mi portavano i loro figli ammalati nell'ambulatorio della foresta era proprio uguale a quella delle madri italiane che arrivavano con i loro pargoli all'Ospedale di Belluno, dove lavoravo prima. E negli occhi a mandorla di un papà yanomami, che, venuta la sera, non sapeva dove si fosse cacciato il figlioletto, ho visto la stessa ansia, lo stesso timore, che più volte mi è capitato di vedere in un padre italiano che perde di vista il suo bambino mentre gioca sulla spiaggia. Paura, allegria, rabbia, vergogna, affetto, amicizia, pudore, odio, amore, nostalgia, gelosia, orgoglio, entusiasmo, tristezza: in tutto questo siamo così uguali! ♦

La Strategia Globale per l'Alimentazione dei Neonati secondo la WHA

Durante l'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) del 18 maggio 2002 è stato approvato il documento WHA55.25.

Ecco i punti salienti anche a commento della iniziativa degli Amici della Neonatologia Trentina (vedi a pagina 33):

1. Tutti i governi dovrebbero sviluppare e attuare una politica comprensiva per l'alimentazione dei neonati e dei bambini nel contesto di politiche nazionali per la nutrizione, per la salute dei bambini e delle donne in età fertile, e per la riduzione della povertà.

2. Tutte le madri dovrebbero avere accesso a un sostegno qualificato per iniziare e mantenere l'allattamento esclusivo per 6 mesi e per una introduzione opportuna di cibi complementari adeguati e sicuri.

3. Gli operatori sanitari andrebbero messi in condizione di offrire counselling efficace sull'alimentazione. Questi servizi andrebbero estesi nella comunità tramite counsellors laici qualificati oppure peer counsellors (aiuto da mamma a mamma).

4. I governi dovrebbero controllare i progressi fatti nell'attuazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione e dei Sostituti del Latte Materno, e dovrebbero prendere in considerazione legislazioni nuove o misure aggiuntive per proteggere le famiglie da pressioni commerciali avverse.

5. I governi dovrebbero emanare un'appropriata legislazione che protegga il diritto all'allattamento al seno delle donne lavoratrici e stabilire misure per la sua applicazione in conformità con gli standards internazionali del lavoro.

Per permettere alle madri di allattare in maniera esclusiva per 6 mesi l'OMS e l'UNICEF raccomandano di:

- Iniziare ad allattare entro la prima ora dopo il parto
- Allattare in maniera esclusiva fornendo al bambino solo latte materno, senza altri cibi o bevande, neanche acqua
- Allattare a richiesta
- Non utilizzare biberon, tettarelle o succhiotti (ciucci)

Il testo completo alla pagina http://www.who.int/child-adolescenthealth/NUTRITION/global_strat_egy.htm

Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali

A cura di G. Cirillo, P. Siani, C. Rotelli, C. Righetti, M. Grimaldi, C. Lisi, M. Petrella

Parole chiave *Rischio sociale. Assistenza sanitaria. Integrazione socio-sanitaria.*

Si è tenuto a Napoli, nel maggio 2003, dopo otto anni dal primo, il convegno sul "bambino a rischio sociale", organizzato dal Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione socio-sanitaria del Comune di Napoli e dell'ASL Napoli 1, dall'Associazione Culturale Pediatri e dal Centro per la Salute del Bambino. Sul convegno è stata pubblicata una nota sul numero scorso di *Quaderni acp*.

Al termine del convegno sono state formulate delle raccomandazioni che riteniamo utile rendere note ai nostri lettori. Esse possono servire come riflessioni per la organizzazione dell'assistenza ai bambini/ragazzi in sede locale.

Il sostegno genitoriale e alla responsabilità familiare rappresenta una delle azioni fondamentali dei Piani di Zona nell'ambito dell'area di priorità Responsabilità familiare e di quella dei Diritti dei Minori.

L'Integrazione Socio-Sanitaria, sancita dalla L. 229/99 e 328/00, con il contributo delle esperienze dell'applicazione della L. 285/97, nella sua dimensione organizzativo-professionale, deve ancora trovare una reale applicazione nell'ambito del sostegno genitoriale. Tuttavia è necessario che questa nuova cornice-opportunità determini dei progressivi cambiamenti anche in queste aree di priorità per la realizzazione di percorsi e programmi integrati, con il contributo del sistema dei servizi sanitari, sociali, educativi e del terzo settore.

Le azioni contro l'esclusione-disabilità sociale per i minori che nascono e vivono in famiglie in condizioni di disagio presuppongono alcuni elementi innovativi che attengono alla organizzazione dei servizi e alla definizione di nuovi percorsi organizzativi: tutto questo nell'ambito del distretto (inteso come socio-sanitario) che assume la funzione fondamentale di governance della salute della popolazione di riferimento.

La necessità che il sostegno genitoriale e le azioni per favorire l'inclusione sociale e il benessere vengano attivati il più precocemente possibile, durante la gravidanza o al più tardi alla nascita del bambino, presuppone percorsi operativi che superino la sperimentality, siano formalizzati e resi obbligatori. Inoltre risulta ovvio che il periodo perinatale e la relazione funzionale ospedale-punto nascita con il territorio siano assolutamente strategici.

Il percorso nascita-sostegno genitoriale rappresenta un percorso di presa in carico integrato che come tale presuppone il coinvolgimento di diversi servizi e unità operative e di varie figure professionali. Tale percorso può inoltre essere assunto come riferimento anche per la presa in carico di bambini in altre epoche della vita che siano portatori insieme alle loro famiglie di bisogni speciali.

Nel periodo perinatale è auspicabile che tra le azioni dell'Unità Operativa Ospedaliera sia previsto un bilancio sociale della famiglia, utilizzando strumenti disponibili (scheda CEDAP, libretto regionale) o da creare ex-novo.

Le informazioni socio-sanitarie devono rendersi disponibili tempestivamente per il pediatra di famiglia e per il distretto di residenza. Tali procedure (accoglienza e dimissione protetta socio-sanitaria) devono rientrare nelle prestazioni tariffabili.

Il pediatra di famiglia rappresenta la figura professionale più vicina alla famiglia e al bambino con una continuità di rapporto che gli consente non solo di evidenziare il disagio e attivare reti territoriali, ma anche di individuare fattori protettivi all'interno della famiglia e i cambiamenti che ivi si determinano nel corso del tempo. Per tutti questi motivi il pediatra di famiglia rappresenta l'elemento chiave che, rispetto ai bambini con bisogni speciali e le loro famiglie, può svolgere la funzione di responsabile del caso.

La funzione di responsabile del caso deve entrare in relazione con i servizi ter-

ritoriali integrati in cui l'Unità Operativa Materno-Infantile, il Servizio Sociale Circoscrizionale, con l'eventuale contributo del terzo settore, costituiscono l'Unità di Valutazione Integrata.

L'Unità di Valutazione Integrata, in collegamento con il pediatra di famiglia, deve definire e monitorare un progetto personalizzato per la famiglia con bisogni speciali e complessi, assumendo quindi la funzione di Regia del Caso.

La definizione, con il superamento della sperimentality, di questo percorso attiva trasformazioni nell'organizzazione territoriale dei servizi che vanno governati anche a livello regionale.

Tenendo conto delle profonde trasformazioni avvenute in questi anni nella domanda e nei bisogni della popolazione, con una crescita esponenziale di problematiche psico-sociali che hanno trovato l'organizzazione dei servizi territoriali impreparata per ragioni strutturali e professionali a risponderci in modo adeguato, sembra indispensabile che venga elaborato da parte della Regione Campania, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Azione per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001, un Piano Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, mutuando la metodologia di coinvolgimento di tutte le amministrazioni interessate e del privato sociale, adottata per la redazione del Piano Nazionale.

All'interno di tale Piano il Progetto Obiettivo Regionale Materno-Infantile troverebbe una efficace cornice per l'integrazione socio-sanitaria.

La pianificazione regionale dovrebbe in primo luogo identificare e definire due fondamentali funzioni dei dipartimenti materno-infantili e delle unità operative-consultori:

- ▶ un ruolo di governo dei percorsi
- ▶ una visione comunitaria e una approfondita conoscenza dei problemi e dei bisogni della popolazione di riferimento. ◆

Per corrispondenza:
Giuseppe Cirillo
e-mail: cirillo@libero.it

Malati a vita? Ritorna Cesena

Dopo 11 anni di silenzio è tornato il Convegno pediatrico delle "Giornate Mediche Cesenati" (8 novembre 2003). Stesso stile: un giorno solo, ma intensissimo, due sessioni con orari ferrei e senza intervalli, qualche panino per colazione e niente vino, tassa di iscrizione modesta (20 euro), interdisciplinarietà. Quattro gli argomenti: il futuro del bambino prematuro, il futuro del bambino obeso, il destino del bambino con disturbo di apprendimento, il destino del bambino con ritardo mentale. Carlo Corchia (al quale *Quaderni* fa rallegramenti e auguri: andrà fra qualche mese al Bambin Gesù, al posto del suo maestro Marcello Orzalesi) ha tratteggiato l'epidemiologia della prematurità, cioè di 4700 *Very Low Birth Weight* (VLBW) in Italia nel 2001, raccolti in 125 unità operative, pari allo 0,88% dei nati. Il 50% di questi VLBW ha un peso inferiore a 1000 grammi. Corchia ha riassunto gli interventi efficaci capaci di influenzare il destino di questi bambini. Fra questi certamente il più efficace è l'uso dei corticosteroidi prenatali (il loro NNT per l'emorragia intraventricolare è 9). L'uso dei corticosteroidi peraltro tarda, però, ad avere una diffusione adeguata al suo valore preventivo. Stefano Chiappe ha riferito sul follow up a 2 anni di una coorte di nati sardi di peso inferiore a 1500 grammi: paralisi cerebrale nel 7%, ritardo mentale nell'1,34%, sordità nello 0,38%, deficit visivo gravissimo nello 0,48%, ROP nello 0,77%, difetti multipli nell'8%. In un più piccolo gruppo (107) è stato valutato il destino scolastico: ripetenti alle elementari il 3%, alle medie inferiori il 7%. Roberto Bellù ha trattato l'obesità, sottolineando i dati discussi circa la patogenesi: molta incertezza sui fattori prenatali e post-natali, patologia dell'individuo o ambientale, teoria del fenotipo risparmiato. Certezze invece sulle conseguenze nel giovane adulto: cardio-vasculopatie, cancro coloretale, asma, bassa autostima. Incertezze sugli interventi efficaci: la Cochrane non riesce a fare buone metanalisi per i difetti dei lavori da analizzare, e per il basso numero di

casi (solo 985 in 18 RCT). Dante Baronciani, discutant, e buona parte degli interventi si sono orientati sul problema della modifica degli stili di vita che sembrano dover essere alla base della prevenzione dell'obesità: perché abbiamo "cattivi" stili di vita e quali caratteristiche possiede chi li ha?

Sul destino del bambino con ritardo mentale hanno riferito Giampaolo Guaraldi, psichiatra, e Ciro Ruggerini, neuropsichiatra infantile dell'Univesità di Modena, che partono dalla constatazione che il problema è sottodiagnosticato: l'1% contro un atteso 3%. I relatori hanno esposto una indagine su un alto numero di adulti dai 18 ai 65 anni, che ha messo in evidenza un numero altissimo di comorbidità, un numero altissimo di soggetti trattati con più farmaci, spesso non giustificati dal ritardo mentale e obsoleti. Sul destino del bambino con disturbo di apprendimento l'attenzione si è appuntata sulla dislessia (3% in terza elementare con possibili rischi da adulti anche nell'area emotiva). Sottolineata la necessità di una diagnosi e di un intervento abilitativo precoce che (nelle forme medio-lievi in cui si ottiene una più veloce abilità di lettura) consente di apprendere nonostante la persistenza della dislessia. Molto discusso il rapporto fra dislessia e disadattamento sociale (gruppi marginali, abuso di sostanze, suicidi) e i fattori protettivi (solidità familiare, partecipazione della scuola) dopo l'intervento del discutant Giuseppe Chiarenza. A una domanda sul valore della lettura ad alta voce (Nati per leggere) nell'influenzare la capacità di lettura sia Ruggerini che Chiarenza, pur in assenza di dati, hanno ipotizzato, sulla base dei meccanismi di formazione della capacità di lettura, una possibile influenza favorevole.

red.

SPES: i primi quattro anni

Dopo quattro anni di attività, la Rete Pediatrica di Sorveglianza Nazionale sulle malattie infettive prevenibili da vaccino (SPES) si è riunita per valutare il lavoro sin qui svolto e per discuterne le

prospettive. R. Arigliani, S. Salmaso e M. Ciofi degli Atti hanno aperto l'incontro. SPES è nato non dalla sanità pubblica, ma su iniziativa della Pediatria di famiglia. Permette una rilevazione semplice e tempestiva dell'andamento delle malattie infettive prevenibili da vaccino in età pediatrica su un campione di popolazione, con un ritorno di dati di qualità controllata e di informazioni utili per chi deve prendere decisioni in sanità pubblica. Seicento pediatri di famiglia (PdF), di cui trecento partecipanti ogni mese al programma di sorveglianza, hanno effettuato dal 2000 un monitoraggio costante di circa il 4% dei bambini italiani, evidenziando l'andamento delle malattie osservate con molta più efficienza rispetto alle notifiche obbligatorie (incidenza stimata del 3-4% in più rispetto a quanto rilevato dalle notifiche), problema sempre cruciale nella lettura della realtà locale. In effetti, come sottolineato anche da G. Gallo nella successiva tavola rotonda, la notifica, di cui oggi si è perso il grosso del vantaggio, resta l'elemento di base per attuare interventi di sanità pubblica e misure di controllo. Occorre dunque modificarne la logica e darne un significato diverso, e SPES può essere il trampolino di lancio in tal senso. R. Pizzuti, dell'Osservatorio Epidemiologico di Napoli, ha sollecitato un miglioramento dei canali comunicativi tra PdF e operatori di sanità pubblica e l'opportunità di far circolare dati e informazioni in tempi brevi. Purtroppo non sempre le ASL sono già pronte o disponibili ad operare in tal senso. G. Chiamenti e S. del Torso, nei rispettivi interventi, hanno focalizzato l'attenzione sul significato che SPES assume nel lavoro del PdF: occasione irripetibile per sviluppare sensibilità e cultura verso le vaccinazioni, senso di appartenenza a un gruppo di ricerca, consapevolezza di offrire propri dati aggiornati e oggettivi.

Durante la tavola rotonda è stato anche ribadito che la Rete di Sorveglianza mantiene il suo valore e la sua credibilità in quanto sganciata da indagini connesse al mercato e caratterizzata da totale indipendenza scientifica. Il dibattito è poi proseguito, anche a seguito dell'intervento di L. Grandori, sui criteri che sono

controluce

alla base delle scelte in Sanità Pubblica, dove importante è dare il messaggio chiaro di quali sono le priorità; e i programmi estesi di vaccinazione si muovono per priorità - ha ribadito con decisione S. Salmaso. La Rete di Sorveglianza ha dato la possibilità di registrare altri aspetti importanti con il progetto APE, riguardante le attitudini prescrittive dei pediatri e l'atteggiamento delle famiglie nei riguardi di tali prescrizioni. Lo studio, di cui durante l'incontro sono stati presentati i dati preliminari, ha coinvolto 70 PdF della rete SPES in tutta Italia (2749 questionari compilati dai pediatri e 2449 dalle famiglie). Complessivamente emerge buona soddisfazione da parte delle famiglie nei confronti delle visite pediatriche, dove la prescrizione di farmaci (in gran parte antibiotici) è stata fatta nel 60% dei casi. APE, pur con alcuni limiti (è necessaria un'analisi multivariata, il campione dei pediatri partecipanti è molto selezionato, manca una valutazione sull'appropriatezza diagnostica, peraltro non obiettivo dello studio), ha certo sollevato interrogativi ed evidenziato che la prescrizione non dipende solo dalla diagnosi, ma è fortemente condizionata da fattori di natura psicologica e culturale. Lo studio si differenzia dalla ricerca illustrata da M. Gangemi e svoltasi in Veneto sulla prescrizione farmaceutica in pediatria di libera scelta, in quanto contestualizzato: la percezione del pediatra non è infatti generalizzata, ma confrontata rispetto a quel bambino in quel momento e in quel preciso contesto.

Federica Zanetto

Una malattia "orfana" a Reggio Calabria

In novembre si è svolto, presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, un corso su *La sindrome di Prader-Willi nel contesto delle obesità infantili*, per iniziativa della Associazione per l'aiuto ai soggetti affetti dalla sindrome e alle loro famiglie e dell'UO di Patologia Neonatale reggina. Organizzatori: D. Pastorino, responsabile regionale dell'Associazione, A. Nicolò e G. Timpani. Il significativo evento ha fornito agli 80 partecipanti

l'occasione di riflettere sulla problematica assistenziale connessa alla sindrome e alle malattie rare più in generale, anche definite "orfane" poiché prive delle risorse e dell'attenzione necessarie.

La sindrome ha un'incidenza stimata di 1:15.000 nati. La reale prevalenza in Italia non è nota ma, per l'azione dell'Associazione, i casi conosciuti in tutte le fasce di età sono passati da 220 a 447 negli ultimi anni e in Calabria da 8 a 12 solo negli ultimi mesi, da quando è nata la sezione calabrese. L'espressività clinica è molto varia per epoca d'insorgenza, entità, aspecificità dei sintomi ed evoluzione. Ciò determina il suo tardivo riconoscimento. L'ipotonìa neonatale, i dismorfismi, il ritardo psicomotorio, l'ipostaturalismo, la grave obesità nella seconda infanzia, le alterazioni puberali (ritardo o precocità) sono le manifestazioni più eclatanti. Fra le altre, hanno un peso rilevante le complicanze (ingravescente iperfagia, disturbi del carattere e del comportamento) e gli scompensi metabolici (disturbi respiratori e cardiopolmonari, diabete insulino-indipendente, dislipidemia, cifosi o scoliosi) conseguenti al ritardo nella diagnosi.

Il precoce sospetto clinico è stato il principale obiettivo di tutto il percorso formativo. La rapida conferma genetica e l'approccio multidisciplinare nell'assistenza e nel sostegno completano la strategia necessaria per un'adeguata presa in carico. È stata ribadita la necessità dell'apporto di più competenze, soprattutto di quelle orientate all'abilitazione psicomotoria, al controllo dell'iperfagia e al comportamento alimentare, all'attività motoria, al supporto e al counselling psicologico per i bambini/ragazzi, per i genitori e per gli insegnanti. Ma è stato denunciato quanto questi interventi non strettamente sanitari siano ancora poco garantiti. La sindrome può conseguire a delezione di un tratto del cromosoma 15 (70%), a unidisomia materna (25%) e, più raramente, a mutazione dell'imprinting center o a traslocazione. Il riconoscimento del meccanismo in causa è importante per la definizione del rischio di ricorrenza: basso (1%) nel caso di delezione o unidisomia materna, ma elevato (fino al 50%) nel caso di traslocazioni o di mutazioni dell'imprinting cen-

ter. Il test di metilazione e la FISH consentono il riconoscimento e si eseguono presso i Centri di Genetica dell'AO di Reggio Calabria (il test di metilazione) e della Clinica Pediatrica dell'Università di Catanzaro (la FISH). La precoce identificazione e l'integrazione di servizi e competenze sono stati i messaggi ricorrenti di tutti i relatori: il prof. De Luca di Messina, la dr.ssa Concolino dell'Università di Catanzaro, il dr. Crinò del Bambin Gesù di Roma, la dr.ssa Ragusa e la dr.ssa D. Greco dell'IRCCS Maria SS. di Troina, il dr. Mammi dell'AO di Reggio. L'importanza del precoce sospetto è stata ulteriormente ribadita dalla dr.ssa G. Timpani che, presentando alcuni casi clinici, ha dimostrato come il sospetto diagnostico possa essere posto in epoca neonatale e ha sottolineato il ruolo del neonatologo che deve comunicare tale dubbio ai genitori, prospettando il programma diagnostico e la possibile evoluzione della malattia, ma soprattutto fornendo i punti di riferimento successivi. È la prima manifestazione di sostegno da offrire alla famiglia, per evitare il disorientamento e la solitudine che troppo spesso conseguono alla comunicazione della diagnosi di una malattia rara.

La discussione e soprattutto le testimonianze di alcuni genitori hanno accresciuto l'importanza dell'iniziativa. L'impegno del sig. D. Pastorino e di altri genitori per l'istituzione della sezione calabrese dell'Associazione, la solidarietà delle altre sezioni regionali espressa dal sig. G. Chimenti di Padova, che ha anche voluto ricordare i timori per il futuro di questi ragazzi ("dopo di noi"), sono concrete manifestazioni di positiva condivisione. Esse esprimono le difficoltà del sistema sanitario a fornire risposte adeguate ai bisogni di salute di questi pazienti, ma manifestano l'impegno per l'individuazione e l'adozione delle soluzioni. Sono anche una sfida e uno stimolo. La recente istituzione del Centro Regionale per le Malattie Rare, affidato alla Cattedra di Pediatria dell'Università di Catanzaro, è un primo segnale d'attenzione. Si attende ora il suo concreto avvio anche per la promozione e il supporto che potrà dare ad altre iniziative positive come quella di Reggio.

Pino La Gamba

Com'è seguita la gravidanza in Italia: molte diseguaglianze

Paolo Siani
Pediatra AORNA Cardarelli, Napoli, ACP Campania

Abstract

Follow-up during pregnancy: many inequalities

Data regarding a research on pregnancy done by ISTAT (Central Statistics Institute) involving 2 442 000 women are reported. The summary of the situation appears rather worrying: Italian women in pregnancy undergo too many medical and ultrasonography examinations, very few of them follow labor training courses, and as known, women belonging to disadvantaged social classes live their pregnancies worst.

Quaderni acp 2004; 11(1): 10-11.

Key words Pregnancy. Inequalities. Follow up.

Vengono presentati i dati di una ricerca sulla gravidanza condotta dall'ISTAT su 2.442.000 donne. Ne emerge un quadro preoccupante su come le donne italiane vengono seguite durante la gravidanza; troppi esami, troppe ecografie, pochissime seguono corsi di preparazione al parto e, come è ormai noto, le donne che appartengono a fasce di popolazione a disagio sociale sono quelle che affrontano la gravidanza peggio delle altre.

Parole chiave Gravidanza. Diseguaglianza. Follow up.

Negli ultimi anni in Italia si è assistito a un declino della natalità, soprattutto nelle aree del Paese che presentavano tassi di natalità più elevati, e si è consolidata la scelta di avere figli sempre più spesso in età matura. L'età media delle donne alla nascita del primo figlio è infatti aumentata da 25.2 anni nel 1981 a 28.1 anni nel 1997, e le gravidanze di donne con 35 anni o più sono passate da 65.000 del 1990 a 93.000 del 1997. I dati che riferiamo sono stati raccolti dall'ISTAT e si riferiscono all'ultimo figlio che le donne hanno avuto nei 5 anni precedenti la rilevazione e riguardano 2.442.000 donne. Riferiamo i dati di maggiore interesse.

Il 48.7% delle donne ha scelto di essere seguita durante la gravidanza da un ginecologo privato che lavora anche in una struttura pubblica, il 32.2% da un ginecologo che esercita soltanto nel privato e il 16.2% da un ginecologo che lavora solo in una struttura pubblica.

Le donne del Nord-Est si rivolgono più spesso al ginecologo che lavora in struttura pubblica, nel Sud e nelle Isole invece si rivolgono maggiormente al medico privato (34.85 e 33.9%). Il ginecologo

privato è scelto più frequentemente dalle donne con titolo di studio elevato (35%), mentre le donne con basso titolo di studio e le operaie si rivolgono più spesso al medico che lavora in una struttura pubblica (rispettivamente 28% e 20%).

Il 26% si è rivolto a un ginecologo donna; questa scelta avviene più spesso al Nord e al Centro (32 e 31%) che al Sud (18.8%).

Il 67% del campione ha effettuato la prima visita entro il secondo mese, il 26% entro il terzo e solo il 6% dopo il terzo. Le donne giovani e con basso livello di istruzione effettuano pochi controlli prenatali; infatti il 13.2% delle donne con meno di 24 anni e il 13.8% di quelle con titolo di studio uguale o inferiore alla 5° elementare hanno effettuato visite mediche solo dopo il terzo mese.

Il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è di 6.8 per le donne con titolo di studio elevato (diploma o laurea) e di 5.9 per le donne con titolo di studio basso (inferiore o uguale alla 5° elementare).

La prima ecografia è stata effettuata entro il secondo mese nel 42.1% ed entro il terzo nel 42.4% della popolazione

intervistata. Il numero medio di ecografie è stato di 5.2; il 23.8% delle donne ne ha praticate 7 o più. Il numero medio più elevato di ecografie si rileva al Sud e nelle Isole (5.5).

Il 58.5% delle donne ha praticato 4 volte o più esami ematochimici. In particolare l'81.7% ha eseguito il toxo test, il 78% la determinazione del fattore Rh, il 77% il rubeo test, il 64% l'HIV.

Da questi dati emergono un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e una sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche. Il dato infatti è elevato non solo per le donne in età avanzata o con gravidanze difficili ma anche per quelle con una gravidanza assolutamente fisiologica. Chi ha avuto minaccia di parto pretermine ha avuto un numero medio di visite di poco superiore alla media (7.5 contro 6.8) e anche le donne con gestosi non si discostano da questi valori (7.6). Anche per le donne con gravidanze a rischio, infine, il numero medio di ecografie è di 5.9 contro 5.2 di media. Va ricordato che il protocollo nazionale prevede solo tre ecografie per le gravidanze normali!

La diagnosi prenatale

Il 16.7% del campione ha dichiarato di non essere stato informato circa la possibilità di effettuare una diagnosi prenatale. Il numero di donne informate è più basso nelle Isole (76.6%) e al Sud (78.1%), mentre la quota più alta si osserva al Nord (89.9%). L'informazione sulla diagnosi prenatale è dell'88.8% tra le donne istruite e solo del 30.3% tra quelle con licenza elementare o nessun titolo di studio.

Le donne giovani sono quelle meno informate (71% per le donne fino a 24 anni), mentre il 94% delle donne che ha avuto un figlio a 40 anni o più è informata sulla diagnostica prenatale. Il 72.8% si è sottoposto a ecografia morfologico-fetale, il 34.9% al tri-test, il 23.4% al-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@fastwebnet.it

statistiche correnti

l'amniocentesi, il 18.8% al dosaggio dell'alfa-fetoproteina e solo il 5.7% ha fatto ricorso al prelievo dei villi coriali.

I corsi di preparazione

Soltanto il 29.7% del campione ha seguito un corso di preparazione al parto. Il 15% l'ha frequentato presso una struttura pubblica (ospedale), l'11% presso un consultorio familiare e solo il 3.3% presso una struttura privata. Le donne più giovani, tra le quali è più alto il numero delle primipare, frequentano ancora meno corsi di preparazione al parto (16.2% delle madri fino a 24 anni), ma anche tra le donne che decidono di avere un figlio a 40 anni o più, si nota un basso tasso di partecipazione (19.3%). Le differenze a livello territoriale invece sono molto nette; al Nord frequentano i corsi oltre il 40% delle donne, al Centro il 38.3%, mentre al Sud soltanto il 10.4%, con livelli più bassi in Calabria, 8.5%, e Campania, 7.9%. Anche in questo caso il livello di istruzione è determinante nell'accesso ai servizi: solo il 4.4% delle donne con titolo di studio uguale o inferiore alla licenza elementare, infatti, frequenta i corsi preparatori al parto contro il 39.2% delle laureate e il 23% di quelle con licenza media. Non ci sembra superfluo ricordare che, tra le donne che frequentano il corso di preparazione al parto, si osserva una riduzione degli esiti negativi per la salute delle mamme e del bambino. Sarebbe una pratica quindi da incrementare specie tra le fasce di popolazione più a rischio, e meno istruite; potrebbe dare esiti molto favorevoli sulla salute delle donne e dei bambini senza particolari aumenti di spesa. Potrebbe essere un obiettivo da perseguire nei prossimi anni.

In conclusione, i dati ISTAT fotografano una situazione preoccupante sul come le donne italiane vengono seguite durante la gravidanza. Troppi esami, troppe ecografie per gravidanze normali; poche donne frequentano corsi di preparazione al parto, la cui utilità è ormai ben documentata e, come è noto, almeno ai lettori di *Quaderni acp*, le donne che appartengono a fasce di popolazione a disagio sociale sono quelle che affrontano la gravidanza peggio delle altre. Qualcuno terrà conto di tutto ciò? ♦

MALASTAMPA

Per "Il Giornale" mortalità infantile al 18 per cento!

Abbiamo chiesto ai nostri lettori sul numero di *Quaderni acp* di novembre-dicembre 2003 di segnalarci le bufale che vengono pubblicate sui giornali. Questa, pubblicata da "Il Giornale" del 15 novembre 2003 ce la propone Andrea Guala, primario dell'Ospedale di Borgosesia, con la lettera che lo stesso collega ha inviato al giornale.

Prevenzione nei neonati

ALTA LA MORTALITÀ INFANTILE

"La morte improvvisa dell'infante (più nota come Sids) rappresenta la prima causa di morte fino al dodicesimo mese e rientra nel grande capitolo della mortalità infantile. I più frequenti fattori di rischio che portano alla Sids sono: l'eccessivo fumo di sigaretta delle mamme, la denutrizione dei neonati e, in misura molto minore, l'allattamento artificiale.

In Italia, la situazione non è drammatica: 18% di mortalità ogni mille nati vivi (ma in Svezia la percentuale è del 4,5% e in Finlandia del 5%). La professoressa Jolanda Minoli, che dirige la Divisione di Patologia perinatale dell'Ospedale milanese Macedonio Melloni, assicura che nella sua struttura – dal 1970 ad oggi – c'è stato un solo caso di Sids ("i bambini ricoverati sono protetti dalle infezioni, allattano al seno materno e godono di un'assistenza ininterrotta"). La regione Lombardia ha in preparazione una campagna di prevenzione rivolta alle gestanti. Certo, le raccomandazioni volte a ridurre la morte improvvisa del lattante sono utili; ma bisogna anche garantire alle mamme e ai neonati un'alimentazione equilibrata e completa. Il grande sogno è quello di effettuare anche un ampio screening neonatale. [IMOR]"

Gentile dott. Ignazio Mormino,

ho letto in data 15 novembre su "Il Giornale" un articolo a firma IMOR (Ignazio Mormino?) dal titolo "Alta la mortalità infantile". Vi sono riportate numerose imprecisioni che desidero correggere. Il più importante fattore di rischio per la SIDS è la posizione prona nel sonno; la prevenzione è quindi la posizione supina. Una campagna a tale proposito è sponsorizzata dal Ministero della salute e nell'ambito del progetto 6+1. Nella nostra ASL stiamo lavorando da 3 anni su questo fattore di rischio e i risultati sul campo sono molto confortanti, come dimostrano i dati che le allego.

Ancora qualche precisazione:

- i casi neonatali di SIDS sono pochissimi; il picco di incidenza è, infatti, verso il quarto mese. Non è sorprendente quindi che alla Macedonio Melloni sia capitato solo 1 caso in 30 anni.

- circa i tassi di mortalità infantile italiani che le allego, distinti per tre macroaree, essi sono simili a quelli del Nord Europa. Non so dove ha trovato la mortalità del 18 per cento ogni mille nati.

O forse il 18 è riferito alla mortalità 1-14 anni?

Ma in questo caso è 18 per 100.000.

Andrea Guala

Lasciamo stare la mortalità scandinava calcolata su 100 invece che su 1000 nati; vogliamo attribuirle a un errore di stampa? E vada. Ma quel che è veramente folle è quel tasso di mortalità infantile italiano. Già esso è illeggibile: che significa 18 per cento ogni mille nati vivi? Se prendiamo il dato alla lettera dovremmo dire che muoiono 180 bambini (18%) ogni 1000 che ne nascono. Ci sarà qualcuno che ci ha creduto? E questo giornalista avrà ancora il patentino? Chiediamoglielo a questo signore. Vi diamo l'indirizzo: Ignazio Mormino c/o Il giornale, via G. Negri 4. 20125 Milano.

red

Libri: occasioni per una



Christopher ha 15 anni e adora Sherlock Holmes. Quando scopre a mezzanotte, nel prato della vicina, il suo cane barbone, Wellington, ucciso trafitto da un forcone, decide di emulare il suo mito.

Inizia perciò a scrivere un giallo, annotando tutti gli indizi, dal suo punto di vista, che è veramente singolare perché Christopher soffre della sindrome di Asperger, una forma di autismo: è un vero genio della matematica e adora l'astronomia; odia invece il giallo e il marrone, e non sopporta di essere toccato, non sorride mai e ha grandi difficoltà a comprendere l'espressione del viso di chi lo circonda; fatica anche a comprendere i doppi sensi e i modi di dire delle persone. È terrorizzato dalle nuove esperienze.

Quello che però, sembrava solo il mistero della morte di un cane, a poco a poco diventa la ricerca di una verità ben più importante: è davvero morta sua mamma?

Ciò che è ancora più incredibile in questo romanzo che i pediatri dovrebbero apprezzare è che Mark Haddon, un quarantenne, scrittore e illustratore di libri per ragazzi che vive a Oxford, sostiene di non essersi assolutamente documentato dal punto di vista neuropsichiatrico prima di scrivere questo libro. Ha solo fatto molto volontariato con soggetti disabili e ha evidentemente una sensibilità non comune nell'immergersi nel suo personaggio.

Il libro peraltro è stato apprezzato da un vasto pubblico ed è stato in questi mesi in testa nelle vendite in Gran Bretagna e in altri Paesi. Da non perdere!

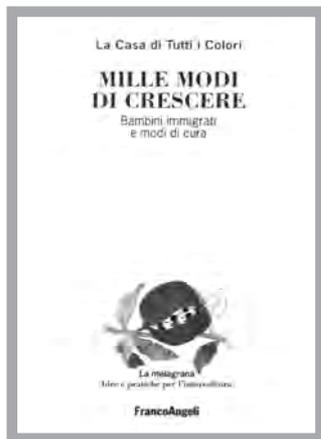
Fabrizio Fusco

Mark Haddon

Lo strano caso

del cane ucciso a mezzanotte

Einaudi 2003, pp 247, Euro 16,00



La Casa di Tutti i Colori è un servizio inaugurato a Milano nel febbraio 2000, promosso dalla Cooperativa sociale "Farsi Prossimo" della Caritas Ambrosiana. Offre risorse concrete e forme di aiuto alle mamme immigrate in difficoltà nella gestione dei figli tra zero e tre anni, ma è anche un luogo di incontro e di ricerca sulle modalità dell'accudimento dei più piccoli in varie culture; si occupa infine di formazione degli operatori su questi stessi temi.

Mille modi di crescere presenta i risultati di una ricerca condotta con sei gruppi di madri e mediatrici immigrate (egiziane, marocchine, filippine, peruviane, cinesi, cingalesi) sui modi e i bisogni di cura dei piccoli tra zero e tre anni. Ne derivano informazioni su ciò che accomuna e ciò che diversifica i vari gruppi di appartenenza e suggerimenti operativi per sostenere la funzione genitoriale nel paese di accoglienza. Le mediatrici raccontano l'esperienza complessa e intensa della maternità nelle varie culture, i riti di protezione magico-religiosa dei bambini e della puerpera, e le diverse tecniche di accudimento: perfezionate di generazione in generazione, con un effetto protettivo sullo sviluppo del bambino, perdono in genere il loro significato e diventano prive di efficacia fuori dal contesto di riferimento.

Interessanti, in particolare, per noi pediatri le testimonianze sui rituali di separazione, di cui fa parte lo svezzamento (in Marocco il dattero è il cibo dello svezzamento: dolce e nutriente, compensa la perdita del seno materno - ai bambini cinesi non vanno proposti formaggi e dolci - quando i piccoli peruviani hanno 4-5 mesi è importantissima l'introduzione dell'uovo - e così via). Ci viene anche ricordato che scrivere e pronunciare correttamente il nome di un bam-

bino immigrato è segno di rispetto per lui e per la cultura da cui proviene.

L'invito per gli operatori è al rispetto e alla riflessione sulle diverse pratiche, liberi da pregiudizi e stereotipi, ricordando sempre che ciò che noi riteniamo "normale" in realtà si riferisce alle donne europee o americane, e che le nostre conoscenze "recenti" spesso non danno particolari vantaggi al benessere dei bambini.

La ricerca affronta anche i problemi derivanti dalla scarsità di risorse per nuclei familiari in genere fragili (irregolari, regolari ma ancora non residenti, senza lavoro ecc.): la rigidità dei requisiti di accesso ai servizi e le scarse possibilità di aiuto nei confronti delle mamme lavoratrici portano spesso alla temuta esperienza della rottura del legame madre-bambino, con l'affidamento del piccolo alla famiglia di origine rimasta in patria. Nel libro sono riportate alcune drammatiche testimonianze dei profondi cambiamenti che ciò comporta nella storia familiare.

A partire dai risultati della ricerca, nell'ultimo capitolo, infine, vengono indicate dieci possibili azioni per la realizzazione di un progetto educativo interculturale, utile a tutti i bambini.

Federica Zanetto

Mille modi di crescere

La Casa di Tutti i Colori

Franco Angeli 2002, pp 223, Euro 16,50



Può un figlio, attraverso il conflitto col padre, costruire una identità di sé profondamente diversa da quella desiderata o voluta dal proprio genitore e attraverso una strada originale e personalissima dare alla storia della letteratura e del teatro un contributo insostituibile? Andrea Camilleri dà a questa domanda una risposta affermativa e mostra nel libro che questo è ciò che è

buona lettura

effettivamente successo nella storia di Luigi Pirandello. Nel ripercorrerne la biografia dall'infanzia ai suoi ultimi giorni, Camilleri mette in evidenza come, a partire dalla scoperta del tradimento coniugale del padre con un'altra donna, a 14 anni Luigi, all'insaputa del padre e con la complicità della madre, intraprende una carriera scolastica e professionale che lo porterà sempre più lontano dalla solfatara del padre e di Porto Empedocle verso la carriera letteraria e terre sempre più remote dalla Sicilia, fino a studiare e vivere in Germania. E tuttavia la ribellione e la differenziazione dal padre rimarranno sempre a metà, perché proprio per questa sua scelta letteraria Pirandello per molti anni avrà scarsi guadagni e continuerà a dipendere economicamente dal padre. Un debito che Pirandello colmerà solo più avanti negli anni, quando il padre, vecchio e malato, andrà ad abitare a Roma da un figlio ormai celebre e benestante, che accudirà un padre ritrovato e finalmente compreso fino alla sua morte. L'esperienza col proprio padre non impedirà a Pirandello di proporsi a sua volta come padre intrusivo e controllante verso tutti i suoi figli, che non a caso seguiranno la carriera artistica da lui voluta e indicata, tranne sua figlia, che si sottrarrà all'eccessivo amore paterno andandosene in Cile per una scelta d'amore, che si rivelerà però fallimentare. Dopo il ritorno della figlia a Roma, Pirandello morirà in pace. Il rapporto padre-figli è una strada irta e difficile, da cui nascono disperazione e speranza, arte e rovina, e cioè la vita nel suo intreccio indissolubile che in Camilleri si fa scrittura affascinante e straordinaria.

Francesco Ciotti

Andrea Camilleri

Biografia del figlio cambiato

Rizzoli 2000, pp 268, Euro 4,60



L'idea di questo libro è nata vent'anni fa, in Kenya, come risultato dei lavori del Seminario Nazionale sull'Alimentazione Infantile. Emerse in quegli anni che, nonostante la maggioranza delle donne preferisca l'allattamento al seno esclusivo per i primi 4-6 mesi di vita del bambino, in Africa, come in altri continenti, le conoscenze sui meccanismi della lattazione e sulle tecniche necessarie per aiutare le madri ad allattare con successo sono limitate. Di conseguenza, gli operatori e i servizi sanitari hanno un'influenza spesso negativa sull'allattamento al seno perché continuano a seguire pratiche errate, soprattutto in quanto non hanno sufficiente accesso alle informazioni. Questo manuale nasce per ovviare a questa mancanza.

La prima edizione è stata largamente usata in Africa ed è stata tradotta in molte lingue e adattata a diverse culture, rivelandosi così uno strumento di informazione fondamentale.

Negli anni successivi, tuttavia, le conoscenze di AMREF sul miglior aiuto alle madri sono aumentate, rendendo necessaria una nuova edizione. Uno dei cambiamenti più importanti rispetto alla prima edizione è lo sviluppo della sezione sulla pianificazione familiare e sul metodo dell'amenorrea da lattazione. La crescente attenzione alle politiche di pianificazione familiare ha indirizzato l'attenzione di tutti sull'intervallo tra le nascite: le autorità e tutti gli operatori danno sempre più importanza al grande numero di gravidanze potenzialmente evitabili con l'allattamento. Grazie alle nuove conoscenze, il ruolo che l'allattamento al seno può giocare per permettere a una donna di controllare la sua fertilità è molto più chiaro. La pianificazione familiare dovrebbe essere alla portata di ogni donna anche quando i contraccettivi non lo sono.

Anche se tutti riconoscono l'allattamento al seno come il comportamento più naturale da parte di una madre, molte donne, africane ma non solo, tendono a integrare la dieta dei loro figli con alimenti di vario genere (latte di mucca, latte artificiale, cereali, soluzione glucosata o acqua) già nelle prime fasi dell'allattamento. Le ragioni sono diverse: per tradizione locale, per la convinzione infondata di non avere abbastanza latte o perché - dicono molte madri - il bambino rifiuta di attaccarsi al seno e di succhiare, anche se ciò è spesso dovuto a una posizione e a un attacco al seno non corretti. A ciò si aggiungono le numerose pressioni della vita moderna che convincono le donne ad offrire ai figli latte artificiale.

Uno strumento di conoscenza che diffonda la consapevolezza che l'allattamento al seno è l'alimentazione più completa per i lattanti continua ad essere imprescindibile per tutti, dalle madri a chi sta loro vicino, dagli operatori sanitari alle autorità politiche.

L'aiuto e l'incoraggiamento alle madri da parte degli operatori sanitari in particolare sono essenziali, specialmente per avviare l'allattamento al seno e per risolvere i problemi a insorgenza precoce.

Devono fornire un aiuto competente e aggiornato e devono essere disponibili e partecipi per poter rassicurare efficacemente ogni madre sulla sua capacità di allattare. Gli operatori che non si impegnano su questo fronte hanno un impatto negativo sull'allattamento al seno e contribuiscono al suo fallimento. Fornendo invece aiuto e sostegno alle madri, giocheranno un ruolo chiave per il successo dell'allattamento, come alcune ricerche sull'argomento hanno dimostrato.

È agli operatori e agli studenti di ostetricia in primo luogo che questa edizione italiana si rivolge.

Felicity Savage King è pediatra e docente presso il Centro per la Salute Internazionale del Bambino all'Istituto per l'Infanzia di Londra. Ha lavorato per 18 anni in Africa e in Asia come medico e consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Autrice di numerosi libri e articoli, si è concentrata negli ultimi anni sull'allattamento al seno e sulla necessità di diffonderne un'adeguata conoscenza tra gli operatori sanitari, sui quali le madri ripongono una grande fiducia.

Sergio Conti Nibali

Felicity Savage King

Allattamento al seno: come aiutare le madri
AMREF Italia 2002, (info@amref.it),
pp 188, Euro 10

GIRAGIRALIBRO

Vi è piaciuto un libro per bambini? Volete che altri lo leggano? L'etichetta scaricatela dal sito di *Quaderni acp* (www.quaderniacp.it), attaccatela al libro e lasciatelo dove qualcuno possa raccogliertelo: al supermercato, ai giardini pubblici, dal pediatra, dove volete. Farete un buon servizio agli altri bambini che ancora non lo hanno letto.

Un film in cui le tredicenni non solo sono protagoniste, ma autrici impegnate a raccontarsi, e sicuramente spettatrici numerose, e che porta noi adulti a interrogarci su che cosa effettivamente sappiamo di loro. Un'occasione per un confronto con le nostre ragazze, un tentativo per conoscerle meglio.

Le terribili tredicenni *Thirteen* di Catherine Hardwicke

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

D'accordo: siamo negli USA, negli ultimi anni il mondo è cambiato totalmente, certi atteggiamenti vanno visti anche nella loro eccezionalità e non come norma generale che investe un'intera generazione, ma...sono veramente così le tredicenni americane? Intendo dire: sono proprio così come le descrive la regista Catherine Hardwicke, in *Thirteen-Tredici anni*? Se la risposta è corretta, mamme e papà di tutto il mondo unitevi e cominciate a preoccuparvi! Si dirà: ma qui non siamo in America. Errore: filmicamente parlando (e non solo, purtroppo) siamo tutti in America. Lo siamo perché da decenni i registi americani anticipano la denuncia di fenomeni che non tardano a verificarsi in poco tempo in tutto il mondo civilizzato. E, se qualche volta non li anticipano, in qualche modo li provocano, ne sono la causa. È l'inevitabile effetto di massa che investe il "villaggio globale" nel quale viviamo e sul quale fa leva la propaganda; è "la grande ondata", di cui ha parlato anni fa Alvin Toffler, che prosegue il suo inarrestabile flusso. L'errore da evitare, pertanto, è quello di vedere *Thirteen* come un film che tratta un argomento che non ci riguarda; è storcere il labbro, fare spallucce e sostenere che i nostri tredicenni sono ben altro: bambini cresciuti ma ancora ingenui, tesorucci di mamma educatissimi che non farebbero mai quello che fanno "gli sporcaccioni adolescenti" del Paese più civilizzato del mondo. Ma perché? Che cosa fanno, in fin dei conti, i protagonisti di *Thirteen*? Tracy è una ragazza di tredici anni, ancora bambina, ma ansiosa di diventare presto donna. Nella sua stessa scuola spopola la coetanea Evie, orfana di madre, ma anche smaliziata, sensuale, ladruncola, fumata e dal fascino perverso. In soli quattro mesi di amicizia, durante i quali Evie riesce persino a farsi accettare come ospite fissa in casa della sua amica, di trasgressione in trasgressione, Tracy si

trasforma completamente. Ruba, si veste come una provocante porno-popstar, nasconde il piercing nella lingua e nell'ombelico, spaccia e consuma droga, sperimenta sesso orale, di gruppo, lesbico... E i genitori? Separati e, ovviamente, assorbiti dai loro problemi, non si accorgono di nulla. Il padre, assente anche fisicamente salvo qualche rapida apparizione, pensa soprattutto alla carriera e alla nuova compagna molto più giovane di lui; crede di avere la coscienza a posto adottando una filosofia di vita alla Ponzio Pilato, pronunciando qualche frase a effetto e promettendo ai figli che "un giorno farà... un giorno andrà...". La madre, che si arrangia facendo la parucchiera a domicilio e si consola preparando pranzetti e pigliandosi qualche licenza con il fidanzato, pur accorgendosi dei mutamenti della figlia, non sa cosa fare. La scoperta della verità è drammatica per tutti: le due ragazze si accusano a vicenda e rompono la loro morbosa amicizia, Tracy dà di matto, la mamma di Tracy e la zia di Evie piombano nella disperazione. Ma non è ancora la fine. Dopo un'apnea durata 100 minuti, l'accento a un tentativo per uscire dal tunnel (con una serie di sovraimpressioni su Tracy - piangente a letto e ritornata bambina - e sulla madre, distesa al suo fianco e ritornata mamma) viene salutato con un lungo respiro. Scritto con la collaborazione della giovane Nikki Reed (la Evie della storia), che ha profuso nella sceneggiatura tutta la sua esperienza di adolescente, questo film ha vinto diversi premi (tra cui quello alla regia al Sundance Film Festival) e ha procurato una serie di choc a genitori ed educatori. È dunque questo il mondo dei tredicenni? Lo sappiamo tutti che la "girl culture" (ovvero quella tendenza che, a causa dell'influsso dei media e della pubblicità, porta ragazzine adolescenti a vivere e a comportarsi in modo troppo adulto per la loro età, nel tentativo di adeguarsi a un

mondo complesso e spietato) ha anche lati oscuri, ma... è mai possibile che nel gruppo ci siano ragazzini capaci di spingersi a eccessi del genere? La paura è quella di avere in casa una giovane Tracy e di non accorgersene, di non interpretare tatuaggi e anoressia, lividi e bugie come segni preoccupanti.

Catherine Hardwicke ha il merito di raccontare questa storia con una certa onestà e con coraggio, senza moralismi e senza compiacimenti. Anche nelle scene più crude di sesso e droga, l'occhio della macchina da presa non si sofferma mai eccessivamente a soddisfare curiose morbosità e si avverte che non ci sono particolari imputati sui quali la regista si scaglia. A volte si ha la sensazione di assistere a un documentario - forte e violento, ma freddo e sincero - girato con uno stile frenetico e rabbioso, funzionale alla psicologia delle due adolescenti, splendidamente interpretate dalla già citata Nikki Reed e da Evan Rachel Wood, bravissima a rendere una Tracy piena di rabbia e fragile. Certo, se le cose stanno veramente così, noi adulti abbiamo capito ben poco di queste ragazzine che ci crescono dentro casa. E anche la scuola - dove si preparano ricerche su Jennifer Lopez - non fa la sua bella figura. D'accordo, ancora una volta: stiamo parlando della scuola americana; in Italia, nessun insegnante si azzarderebbe a promuovere ricerche su Maria Grazia Cucinotta, o su Francesca Neri.

Consoliamoci, ma cerchiamo di dormire con un occhio per volta. Con l'altro sforziamoci di avvertire ogni minimo cambiamento; potrebbe essere un segnale da non sottovalutare. Ed evitiamo di ripetere "quando avevo tredici anni io...". Da quando avevamo tredici anni noi, ad oggi, il mondo si è girato come un pedalino. ♦

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

La rappresentazione della nascita: simboli e colori

“Cos’è indispensabile a un bambino subito dopo la nascita?”

Pasqua R. Brunelli*, Simona Antonelli°

*Psicologa, °Tirocinante UO di Pediatria, Ospedale “M. Bufalini”, Cesena

Abstract

The representation of birth: colors and symbols. What essential needs of newborn? 96 coloured and achromatic drawings made by four 4th year junior school classes, concerning the essential needs of newborn are examined. The most representative themes of children’s needs are: holding, warm, feeding (breast, bottle, dummy) and colours. The drawings show the importance of parents’ handling and holding.

Quaderni acp 2004; 11(1): 15-18.

Key words Children’s drawings. Colors. Birth. Breast feeding.

L’articolo prende in considerazione 96 disegni di bambini di quarta elementare, a colori e in bianco e nero, relativi a ciò che è indispensabile al neonato. I temi emersi come maggiormente indicativi dei bisogni dei bambini sono il contenimento, il calore, il nutrimento (seno, biberon e ciuccio) e i colori. Si rileva come fondamentale l’handling e l’holding genitoriale.

Parole chiave Disegni infantili. Colori. Nascita. Allattamento.

La cosa importante è che “Io sono” non significa nulla, se non c’è il presupposto che Io all’inizio sono insieme a un altro essere umano.

Donald W. Winnicott

Due pediatri, Stefania Manetti (SM) a Napoli e Sergio Conti Nibali (SC) a Messina, hanno incontrato per una lezione di “educazione sanitaria” i bambini di quarta elementare. SM, in due classi di 30 femmine e 25 maschi, ha trattato il tema e le problematiche dell’alimentazione del bambino in generale. SC ha sviluppato l’argomento relativo all’alimentazione del neonato e alla difesa dell’allattamento al seno, in funzione di una crescita salutare in due classi di 17 femmine e 24 maschi.

Prima di dare inizio alle lezioni, SM e SC hanno proposto ai bambini di fare un disegno, dando la seguente indicazione: “Cosa pensate sia indispensabile a un bambino subito dopo la nascita?”

Le classi di Napoli hanno effettuato 55 disegni a colori; quelle di Messina 41 disegni in bianco e nero.

Dopo un attento lavoro di osservazione dei disegni, presentiamo di seguito le tematiche emerse con maggiore frequenza, e citate nei titoli seguenti che sono

una sorta di parole chiave, accompagnandole a qualche riflessione.

Contenimento e figura materna

Osserviamo che il bisogno del *contenimento* risulta predominante, sia nei disegni a colori sia in quelli acromatici. Prevalle in quasi tutti, infatti, la raffigurazione di qualcosa che abbia una funzione di contenitore: in genere è la culla, il lettino, la carrozzina, la cesta, la copertina, il marsupio o le stesse braccia della mamma. In una decina di disegni a colori la rappresentazione del bagnetto può far pensare al liquido amniotico e all’ambiente intra-uterino.

A volte, possono essere contenitori più ampi, come la casa o l’ospedale: in questi casi c’è spesso un effetto “matrioska”, cioè all’interno ritroviamo quasi sempre contenitori più piccoli, come quelli descritti sopra. Altre volte, elementi che simboleggiano il contenimento possono essere la fotografia del bambino, appesa al muro, come se fosse un quadretto, e i vestitini pronti da indossare, in particolare questi potrebbero far pensare a una seconda pelle protettiva (vedi anche le fasce con cui vengono disegnati i bambini, completamente avvolti).

Il neonato ha bisogno di una “pelle” psicologica (1), di un “contenitore” e di un

“riconoscimento” da parte del sistema-ambiente, che, rispondendo ai suoi bisogni e alle sue manifestazioni espressive, svolga la funzione di collegamento tra le varie componenti del Sé; in tale ambiente egli trova conferma della continuità e dei confini della sua esistenza, e può sviluppare un’immagine positiva di sé e della realtà esterna.

Al tema del contenimento possiamo vedere strettamente connesso il tema delle emozioni, degli affetti e dell’accudimento: in genere c’è una **figura materna** che coccola, che fa il bagnetto, che porta a passeggio il bimbo, che canta, oppure, con minor frequenza, genitori che esprimono la loro gioia per aver avuto un bambino, sia a parole sia con espressioni del volto.

Anche la rappresentazione del battesimo, raffigurato in qualche disegno, può ricordarci una cerimonia rituale, una festa ufficiale per dare il benvenuto e il riconoscimento al nuovo nato. In due disegni a colori, la nascita diviene **Natività** e il neonato assume il nome di Gesù, quasi ad indicare la sacralità dell’evento.

Le tematiche inerenti all’amore e al prendersi cura, emergenti più esplicitamente nei disegni a colori, rientrano sempre in un più ampio concetto di holding e di handling materno (allattamento, contatti occhi-occhi e pelle-pelle, odori, suoni) o comunque genitoriale: a tale proposito potremmo osservare che la funzione di holding può essere svolta, occasionalmente, anche dal padre (o dall’infermiera in ospedale) e soprattutto, come già detto, può essere raffigurata attraverso simboli affettivi: vestitini, vasca da bagno e anche il battesimo.

La figura dell’infermiera, del medico e della croce, simbolo dell’**ospedale**, presente in nove disegni, può essere connessa con l’attuale visione spedalizzata della nascita, oppure con la rievocazione, da parte dei genitori, di episodi collegati alle prime esperienze del neonato o, in qualche caso, alla stessa nascita prematura.

Per corrispondenza:
Pasqua R. Brunelli
e-mail: prbrunelli@libero.it

esperienze



I colori dell'arcobaleno, che fanno da sfondo, costituiscono un contenitore affettivo; l'acqua del bagnetto può essere considerata non solo ciò che lava e purifica, ma anche il simbolo del liquido amniotico, dell'ambiente intra-uterino. In questo senso, allora, la necessità di essere "lavati" rispecchia, forse, il desiderio di ristabilire l'antico dialogo materno-fetale (si veda anche l'ombelico).

Possiamo anche supporre che i bambini abbiano effettuato visite, in reparti di Ostetricia, a qualche fratellino, cuginetto o amico.

Luce e calore

Il **calore**, rappresentato dalla raffigurazione della **luce** (lampadari, lampade, sole, luna, finestre...), è un tema che rientra in questo ampio concetto dell'es-

sere accuditi, amati, protetti, tenuti al caldo, "covati". Così come vi rientra il concetto di spazio ad hoc per il bambino. L'impressione è che un neonato abbia bisogno di uno spazio fatto su misura, dove possa essere riconosciuto e soddisfatto in tutte le sue necessità, prima fra tutte, due braccia tra le quali si possa trovare il seno, simbolo di nutrimento.



La famiglia, con il proprio amore, espresso anche a parole, cura e "nutre" il bambino. Molto importante è anche la casa, vista come una sorta di rifugio che accoglie e protegge.

Cibo, latte, biberon

Più di un terzo dei disegni presenta il tema del **cibo**, principalmente il latte (dentro al biberon), o il seno materno, oppure omogeneizzati e pasta.

Ogni elemento rappresentante il nutrimento rimanda a un bisogno di essere nutriti in termini affettivi, non solo propriamente alimentari; quindi ricorda la necessità che il bambino ha di avere una soddisfazione immediata ai suoi bisogni, che in tale fase sono soprattutto orali. La necessità di essere alimentato costituisce una delle primissime esperienze di relazione del bambino con la madre, ed è pertanto fondamentale per il suo successivo sviluppo, e per il costituirsi sia delle relazioni oggettuali sia della loro qualità.

Nei disegni in *bianco e nero* l'aspetto del nutrimento sembra essere più centrale e presente, rispetto a quelli a colori: è come se, mancando la nota cromatica con la quale esprimere affetti ed emozioni, vi sia poi una compensazione in una maggiore rappresentazione del cibo, in un maggior bisogno di riempimento fisico ed emotivo, donde l'immagine del biberon o della bottiglia, che appare su 30 dei 41 disegni.

L'elevata percentuale di biberon (30 su 40 disegni) può facilmente essere letta come spia della diffusa tendenza, incoraggiata dalle campagne pubblicitarie dei produttori del latte in polvere, dalle riviste che circolano nelle case degli italiani a considerare l'allattamento artificiale equivalente all'allattamento al seno (vedi anche box a pag. 45).

Del resto, durante la lezione di SC, è stato chiesto ai bambini quanti di loro pensassero che latte in polvere e latte materno fossero eguali. Su 41 bambini 28 hanno risposto affermativamente, alzando la mano.

Potrebbe anche significare l'esperienza vissuta dallo stesso bambino, vista la grande diffusione dell'allattamento artificiale, nonostante lo sforzo di molti, ma non tutti, pediatri, oppure una esperienza di altri, ma conosciuta nell'ambiente familiare. Sta di fatto che bisogna prendere atto che tale è la realtà nelle menti dei bambini italiani. Una visione meno pessimistica potrebbe essere quella che deriva dall'abitudine di somministrare al bambino, attraverso il biberon, liquidi diversi dal latte e di sapore gradevole:



Forse è il più rappresentativo del bisogno di essere nutriti dal seno materno; esprime anche la fusione con la madre (il volto del bimbo sembra un tutt'uno con il seno o un suo "prolungamento", anche grazie all'uniformità del colore rosa).



Pieno di colori, rappresenta le figure familiari che dispensano cure e amore. Il neonato è appoggiato al "cuore" della mamma, e a fianco ci sono il padre e una sorellina (l'unica che non sorride).

acqua, pappine, camomilla, succhi di frutta o altre bibite. In sostanza una funzione di negazione della noia, e di ricerca di "acquietamento" rispetto al senso di abbandono a cui il piccolo può andare incontro, quando avverte la privazione troppo prolungata della figura di attaccamento. Quindi il biberon potrebbe anche essere visto come sostituto del seno materno e adempiere alla funzione di oggetto transizionale.

Ciuccio, giochi e oggetto transizionale
Il **ciuccio** e/o i **giochi**, oltre al biberon, possono essere considerati **oggetti transizionali**, con funzione sia ludica sia di contenimento.

La raffigurazione di giocattoli e accessori propri per il neonato sembra denotare quanta attenzione debba essere riservata a un bambino e quanto importante debba essere anche lo spazio per il gioco: l'impressione è che il bambino, anche di nove o dieci anni, proietti nei disegni il desiderio che i genitori riservino uno spazio e un tempo in cui prendersi cura di lui con differenti modalità, comprese quelle ludiche. A questo proposito, colpisce un disegno che rappresenta la "stanza dei bambini", luogo che fa pensare, appunto, alla voglia di momenti divertenti e creativi.

In particolare, dai disegni in bianco e nero emerge che il ciuccio, ma anche i

giochi, compaiono in misura minore via via che il bambino si disegna assieme ad altri: potremmo ipotizzare che, in quanto oggetto transizionale, se ne ha più bisogno quando si è soli, meno quando c'è la mamma, ancor meno quando ci sono entrambi i genitori o la famiglia intera, poiché si possono così compensare eventuali mancanze dell'uno con la presenza dell'altro.

Winnicott (2,3), a tale proposito, afferma l'importanza dell'oggetto transizionale per il passaggio dalla fase simbiotica a quella oggettale: nei momenti in cui il bambino deve tollerare l'assenza, l'oggetto transizionale aiuta ad alleviare il dolore, la rabbia, la paura relativi alla madre non disponibile, e consente in futuro di tollerare meglio la frustrazione della separazione.

I colori

In un'ottica di figura-sfondo, possiamo attribuire la giusta importanza al colore, anche come lente attraverso la quale il bambino guarda il mondo e la nascita in particolare. In tal senso, il colore è un ulteriore contenitore pregnante di significati e affetti.

A prescindere dal sesso, nei **disegni a colori** troviamo diversi colori, in prevalenza l'azzurro e il blu, poi il giallo, il giallo-rosso, il rosa, il viola, e, in un caso, tutti i colori dell'arcobaleno.

Seguendo Lüscher (4), possiamo vedere nell'azzurro e nel blu la proiezione del bisogno di affetto, tenerezza e dolcezza, nonché di raccoglimento; nel giallo e rosso la vitalità, l'energia, l'immediatezza e la spontaneità delle emozioni; nel viola, il bisogno infantile di fusione con l'oggetto.

Possiamo anche sottolineare che il colore è una metafora degli affetti e soprattutto che tende al ritrovamento e alla riappropriazione dell'esperienza del seno, e, quindi, del significato materno.

I **disegni acromatici** si presentano fin dal primo sguardo più sintetici e schematici, ma più immediati nella lettura. Come dicevamo precedentemente, è maggiormente rappresentato l'aspetto del nutrimento e dell'oggetto transizionale, quasi a compensare la minore tonalità emotiva dovuta all'assenza del colore e a una più bassa percentuale di figure genitoriali.

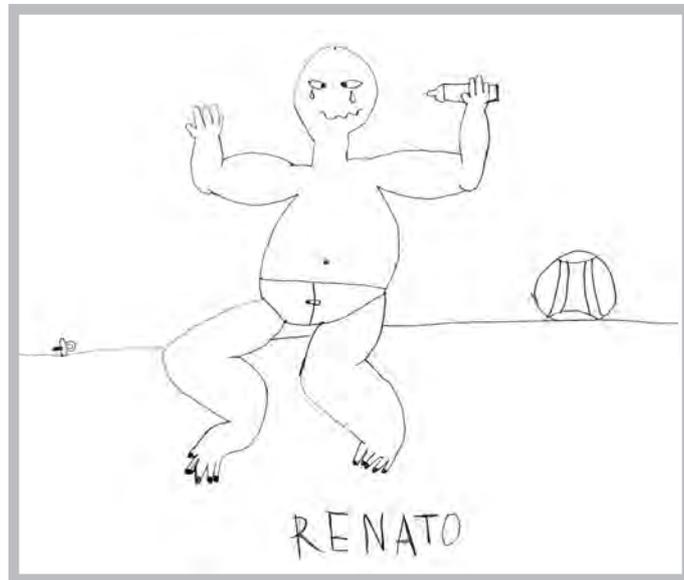
Conclusioni

Nei disegni a colori, i bambini di quarta elementare hanno espresso, in modo più esplicito, una nostalgia per il corpo materno e per l'handling e l'holding genitoriale.

Con le sfumature cromatiche, nelle loro tonalità più calde, hanno messo in evidenza, in termini psicologici, il desiderio di un ritorno all'unità fusionale e alla dipendenza, e, contemporaneamente, in



La presenza di entrambi i genitori, che tengono per mano il loro bambino e insieme iniziano il percorso di una nuova vita, può dare al neonato tutto l'affetto, il calore e il "nutrimento" necessari per crescere e stare bene; quindi il ciuccio, i giocattoli possono essere messi in secondo piano.



Il bambino sembra volere "denunciare", piangendo, la sua solitudine: il biberon e i giocattoli non possono sostituire le braccia consolatorie di una figura materna o genitoriale.

quelle più fredde, la spinta verso la separazione e l'autonomia.

Nei disegni acromatici, anche se l'affettività sembra rimanere più dietro le quinte, in realtà pare emergere in temi guida come il bisogno di essere contenuti e nutriti e di avere uno spazio per la propria individuazione. Pertanto, anche in tali disegni potremmo cogliere l'altalena tra voglie regressive e spinte evolutive, fisiologica in questa fascia di età, che prelude all'adolescenza.

Tuttavia, in questi disegni, la presenza di troppi biberon e di 14 bambini che si sono disegnati da soli, potrebbe anche indicare l'esperienza della solitudine che colpisce molti bambini considerati erroneamente "bambini felici".

Bion (5) afferma che il bambino nasce con un'idea, un bisogno, che è quello del seno (nutrimento, accudimento, affetto). L'esperienza reale del seno garantisce al bambino la possibilità di crescere, sentendosi protetto, contenuto ed empatica-

mente rassicurato; la "madre sufficientemente buona" di Winnicott (2,3), esercitando la sua funzione di holding, offre al bambino la possibilità di formare e sviluppare un Sé fondamentalmente sano.

In questo momento storico delle maternità a comando, della esasperata tecnicizzazione, della "bulimica" corsa al benessere e dell'emergere di un sempre maggiore disagio giovanile, il messaggio che ci proviene da questi disegni di bambini di 10 anni è quello di favorire, da parte di noi adulti (genitori, educatori, pediatri, psicologi ecc.), fin dalla nascita, esperienze di relazioni fondate sul calore, sulla fiducia e sulla speranza (6). ♦

Bibliografia

- (1) Bick E. L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali. In: Bonaminio V, Iaccarino B. (a cura di). L'osservazione diretta del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1984
- (2) Winnicott DW. Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando, 1970
- (3) Winnicott DW. Dalla Pediatria alla Psicoanalisi. Firenze: Martinelli, 1975
- (4) Lüscher M. Il test dei colori. Roma: Astrolabio, 1976
- (5) Bion WR. Apprendere dall'esperienza. Roma: Borla, 1992
- (6) Di Renzo M, Widmann C. (a cura di). La psicologia del colore. Roma: Edizioni Scientifiche Magi, 2001



Sono "elencati" gli oggetti necessari al neonato, e sono omesse le figure genitoriali. Risalta l'importanza del cibo, dei pannolini, dell'orsacchiotto (oggetto transizionale), in mancanza dei genitori.

I bambini di strada di Manila: nuovo progetto dell'ACP

Redazionale

Nonostante non sempre la si rispetti, tutti i Paesi del mondo, esclusi la Somalia e gli Stati Uniti, hanno firmato la Convenzione Internazionale dei Diritti del Bambino. Anche le Filippine l'hanno sottoscritta, per quanto sui marciapiedi di Manila vivano circa duecentomila bambini. Sono ragazzini che vivono di espedienti: furtarelli al mercato, qualche scippo, elemosine, a volte prostituzione. Sono bambini di sei, otto, tredici anni, che spesso finiscono col delinquere e che non sempre hanno alternative. Hanno abbandonato le loro famiglie perché il padre li violentava, la madre li puniva picchiandoli con un bastone, lo zio li abbandonava per ore sul fondo della fossa di una latrina... Jun-Jun, che oggi ha vent'anni e fa l'educatore di strada, ha vissuto su un marciapiede per dodici anni. Fuggì da casa quando non riuscì più a tollerare che suo zio, per punirlo, lo appendesse a testa in giù al ramo di un albero fino a vederlo svenire. Si tratta di bambini ai quali gli adulti hanno fatto del male gratuito e che oggi degli adulti non si fidano più. Ricostruiscono la famiglia stando sul marciapiede, accammandosi in certi parchi, nascondendosi fra gli scogli della baia, vivacchiando all'ombra dei Mc Donald's e dei supermercati. Preferiscono questa "famiglia", quella composta dai ragazzini del gruppo, quella stabilita non dalle leggi genetiche ma dal bisogno di appartenenza e di sopravvivenza.

Il progetto di *The Little Prince*

The Little Prince è una piccola associazione che si è costituita nel 2000 per decisione di alcuni operatori sociali con un passato prossimo o un presente di cooperanti. È intervenuta nelle Filippine, in modo particolare a Manila, offrendo assistenza diretta ai bambini di strada e collaborando con organizzazioni non governative che lavorano "con e per" i bambini di strada di Manila. Il metodo che *The Little Prince* adotta è quello "da bambino a bambino", già attuato da alcuni anni a Manila proprio da alcuni associati:

► in questo modo un "educatore alla pari", un ex bambino di strada preparato e motivato, diventa perno di una relazione di aiuto e costituisce una relazione di fiducia naturale e veloce;

► oppure un "vero" bambino di strada, senza famiglia, diventa un operatore alla pari.

Tra gli altri interventi sul campo che *The Little Prince* vorrebbe continuare a garantire ci sono: l'assistenza legale e sociale ai bambini di strada detenuti e l'assistenza sanitaria essenziale per quei bambini di strada affetti da malattie causate dall'inquinamento di rifiuti tossici.

L'adozione da parte dell'ACP

Dopo la positiva esperienza del "Progetto Lago di Aral", in occasione del Congresso di Varese, l'assemblea dell'ACP ha deciso di adottare per il 2004 il progetto *The Little Prince*. Nell'ambito del nuovo progetto quadriennale che *The Little Prince* ha intrapreso per garantire aiuto psicosociale, educativo e sanitario ai bambini di strada di Manila c'è un modulo strettamente medico che, qualora fossero reperite le risorse economiche necessarie, vorrebbe essere attivato.

È questo modulo che l'ACP vuole "adottare" per il 2004.

Finalità. Il sistema sanitario filippino è dominato dal settore privato (il 64% degli ospedali è gestito da privati); al servizio sanitario pubblico complessivo è allocato meno del 2% del PIL; il costo dei farmaci essenziali è 18 volte superiore a quello indiano (rappresentativo per il mercato dei generici) ecc. In tale contesto, il diritto alla salute è negato alla maggioranza della popolazione e in particolare per tutti coloro che vivono ai bordi della società che non hanno accesso ad alcun servizio assistenziale.

Obiettivi.

a. **Garantire che il servizio di assistenza medica primaria**, attualmente svolto su base volontaria da alcuni medici e infermieri per alcune ore la settimana presso il "Centro assistenziale di strada" nelle aree di Bagong Silang (letteralmente "neonata") a Kalookan City (una delle più povere e depresse zone di Metro Manila) e di Payatas a Quezon City (zona di raccolta della maggioranza dei rifiuti di Metro Manila) nelle cui discariche vive una moltitudine di bambini di strada, possa continuare la sua attività e ampliare l'orario e i giorni di apertura.

b. **Organizzare una farmacia**, interna al "Centro assistenziale di strada", strutturata e basata sui principi di una cooperativa, che garantisca l'approvvigionamento, la distribuzione e la qualità a costi equi dei farmaci essenziali generici ai soci beneficiari (gli assistiti dal Centro).

c. **Allestire un laboratorio di analisi chimico-cliniche semplici ed essenziali** per l'attività dell'ambulatorio medico.

Budget. In considerazione del fatto che i tre obiettivi da perseguire nel modulo medico vanno ad inserirsi nell'attività già avviata dal Centro, la loro attuazione è da intendersi come implementazione necessaria per garantire un'assistenza sanitaria primaria essenziale. Il contributo finanziario richiesto per il primo anno è di almeno **10.000 euro**, necessari per la fornitura di farmaci generici essenziali, di kit per i test chimico-clinici, per i costi del personale e per le spese aggiuntive.

Outcome. Al termine del primo anno, sarà prodotto un rapporto tecnico dettagliato sull'impiego delle donazioni ricevute e sui beneficiari che ne avranno usufruito.

Roberto Mauri, dal conseguimento del diploma alla scuola per infermieri, lavora al fronte; ha iniziato in Bosnia e nella ex Jugoslavia. È poi passato con Medici Senza Frontiere in Africa, è ritornato in Jugoslavia e poi a Sampietroburgo, dove si è occupato di un ambulatorio per senza fissa dimora. Da quando è stato in un orfanotrofio in Randa durante il sanguinoso conflitto tra Hutu e Tussi, si dedica ai problemi dei minori abbandonati. È stato per alcuni anni a Manila, nelle Filippine, dove si è preso cura dei bambini di strada. Sulla scia di queste esperienze ha avviato il progetto *The Little Prince* dedicato ai minori a rischio. ♦

I singoli e i gruppi possono far e convergere i finanziamenti sul conto corrente

24715450 intestato a:

Centro per la Salute del Bambino

Onlus, Via dei Burlo 1 - 34123 Trieste

(Indicare sulla causale di versamento "Bambini di strada a Manila")

Per informazioni: The Little Prince

Via S. Marta 10 - Concorezzo (MI)

Tel 039 620.30.20.

Street_child@hotmail.com



Calabria

Nel giugno scorso è stato presentato a Taverna (1) il progetto "Nati per Leggere". È stata la sua prima presentazione pubblica in Calabria. Il giorno successivo a Soverato (CZ), per iniziativa dell'ACP dei Due Mari, vi è stato un incontro operativo con numerosi pediatri provenienti anche da Catanzaro, Lamezia Terme e Locri, per la realizzazione di uno specifico progetto a partire dal prossimo autunno. Entrambi gli incontri, molto partecipati e proficui, sono stati presieduti e coordinati da Giancarlo Biasini.

Il primo incontro si è svolto nella Sala Comunale di Taverna e ha fatto seguito ad altre due recenti iniziative (*La Nuova Famiglia* in dicembre, *Bambini e Farmaci* in aprile) rivolte ai bambini e alle famiglie di quel Comprensorio (Taverna, Albi, San Giovanni, Sorbo San Basile, San Pietro, Magisano), nell'ambito del Progetto "Dalla nascita all'adolescenza: l'impegno di una comunità". Esso ha l'obiettivo di offrire occasioni di incontri per un'informazione sempre più completa e partecipata sulla salute e la crescita dei bambini, riconsiderando la funzione educativa che spetta all'intera comunità. Elaborato dagli operatori del Consultorio Familiare, esso è patrocinato dalla Comunità Montana della Presila Catanzarese e dal Comune di Taverna e realizzato in collaborazione con le Comunità Parrocchiali, gli operatori delle Scuole, i medici del Distretto, il Museo Civico e la Biblioteca Comunale. Anche questo incontro, come i precedenti, è stato un'occasione di festa collettiva per la larga partecipazione di genitori, insegnanti e tanti bambini.

All'introduzione del sindaco G. Ferrari e del Presidente della Comunità Montana P. Capellupo, ha fatto seguito una simpatica ed efficace rappresentazione scenica,

Colori da leggere, tratta dal libro per bambini "La notte stellata" (Pinin e Carpo, ed. Vallardi) e allestita dalle mamme e dai bambini del Laboratorio di Lettura dell'Oratorio "Don Bosco" delle Suore Dorotee. Il Laboratorio ha un anno di vita ed è stato pensato e avviato da Caterina Bagnato, curatrice della rappresentazione ma soprattutto brava pittrice e responsabile del Laboratorio di Restauro del Museo Civico. Rivolto a tutti i genitori con bambini in età prescolare, esso è sorto per offrire un'occasione di socializzazione soprattutto a quelli con maggiori difficoltà, attraverso la ri-scoperta del piacere e dell'utilità della lettura ad alta voce e del disegno per i propri bambini. Giancarlo Biasini ha poi presentato il progetto Nati per Leggere, descrivendo ampiamente i documentati vantaggi della lettura ad alta voce ai bambini più piccoli, ma soprattutto soffermandosi sulla necessità di impegnarsi per la promozione di tale attività fra i genitori più svantaggiati, destinatari privilegiati del progetto. La sua presentazione è stata intercalata dalla lettura di alcune pagine del libro *Il Principe felice e altri racconti* di Oscar Wilde, scelte e lette con molta efficacia da Anna Maria Mustari, neomamma di Taverna.

È seguito un vivace e partecipato dibattito, con numerose domande di genitori e insegnanti. Presenti anche la Direttrice Scolastica, dr.ssa L. Elia, e la Preside, prof.ssa M. Cambi, che ha dichiarato entusiasmo per il progetto e la possibilità per i genitori di avere in prestito i libri della biblioteca scolastica.

Al termine dell'incontro, le mamme del Laboratorio di Lettura hanno distribuito cento libri, fra i bambini più piccoli presenti. Ai loro genitori sono state richieste la volontaria compilazione di un semplice questionario e la disponibilità a una successiva verifica sugli effetti e l'utilità dell'iniziativa e per altri analoghi incontri. Altri cinquanta libri saranno messi a disposizione dei genitori del comprensorio, presso il Laboratorio di Lettura dell'Oratorio e la biblioteca comunale. Tutti i centocinquanta libri sono stati acquistati e offerti dalla Comunità Montana della Presila Catanzarese, un tangibi-

nati

le segno di attenzione verso i bisogni dei più piccoli.

Pino La Gamba

(1) Taverna, Comune premontano a 30 km da Catanzaro, è adagiato su uno dei lembi dell'esteso promontorio della Sila. La sua notorietà è legata al pittore Mattia Preti che vi nacque nel 1613 e che, pur avendo trascorso altrove la maggior parte della sua vita, vi ha lasciato importanti tracce nei numerosi affreschi delle chiese e negli importanti quadri conservati nel bel Museo Civico del paese.

Abruzzo

Il 3 ottobre, a L'Aquila, promosso dall'ACP L'Aquila, dalla Associazione Italiana Donne Medico (AIDM) e con la collaborazione della AIB, si è svolta la presentazione del progetto "Nati per Leggere". Hanno presentato la manifestazione Maria Cristina Fiordiglioglio dell'AIDM e Maria Graziani dell'ACP.

Ha presentato il progetto nelle sue caratteristiche nazionali e nei suoi collegamenti internazionali Giancarlo Biasini, mentre la dott.ssa Vincenza Bontempo, dell'ACP L'Aquila, ha approfondito le caratteristiche del progetto nell'ambito della promozione della salute. Ha parlato a nome dell'AIB il dottor Tito Vezio Viola e i bibliotecari Paolo Collecciani e Teresa Marimpetri. Ha portato il saluto e l'impegno dell'amministrazione comunale il dottor Francesco Pistoia, assessore alla salute, e ha avuto parole di incoraggiamento l'assessore regionale alla cultura, dottor Bruno Sabatini. Il dottor Danilo D'Antimo ha portato l'adesione dei pediatri di famiglia e la dott.ssa Teresa Gentile quella dei pediatri di comunità. La manifestazione è stata seguita da un pubblico numerosissimo di pediatri di famiglia, di comunità e ospedalieri, di insegnanti e di cittadini, che ha affollato la sala del Palazzetto dei nobili.

Puglia

Il 26 e 27 settembre scorso si è svolto a Bari, presso la Biblioteca dei Ragazzi, il primo corso di formazione per i pediatri della Puglia, su come promuovere la lettura ad alta voce nella prima infanzia. Relatori del corso sono stati il prof. GC. Biasini, la dott.ssa S. Manetti, il dottor N. D'Andrea, il dottor G. Geronimo, la prof.ssa P. Pistone responsabile dell'Atelier Mago Girò della Biblioteca dei Ra-

per leggere

gazzi. Erano ormai alcuni anni che si stava cercando di far partire questo progetto anche nella nostra regione e finalmente siamo riusciti a coinvolgere un discreto numero di pediatri, circa una ventina, provenienti dalle varie province e dalla provincia di Matera, che si sono mostrati estremamente interessati al progetto NPL. Nelle due giornate si sono sviluppati i temi fondamentali del progetto: la storia dello stesso nel mondo e in Italia, le evidenze scientifiche della validità della lettura ad alta voce nella prima infanzia, l'utilizzo del libro in ambulatorio come strumento diagnostico dello sviluppo psicomotorio del bambino, i diversi modi di lettura ad alta voce, la figura del lettore, strategie di attuazione del progetto. Alla fine delle due giornate di lavoro si è costituito un gruppo formato da sei pediatri che si è assunto l'impegno di coordinare il lavoro a livello regionale.

Le prime tappe che questo gruppo si è prefisse per dar vita al progetto riguardano:

- il somministrare ai genitori che si presentano in ambulatorio un questionario con il quale si cerca di evidenziare l'importanza che viene data alla lettura nell'ambito familiare. Il questionario viene somministrato da tutti i pediatri che aderiscono al progetto nello stesso giorno della settimana per cercare di avere dei dati di confronto il più obiettivi possibile;
- il prendere contatto con le istituzioni per sensibilizzarle e informarle, con adeguato materiale illustrativo, sulle finalità del progetto, e per coinvolgerle nel destinare i fondi necessari all'acquisto dei libri da distribuire ai bambini negli ambulatori pediatrici;
- la possibilità di intervenire a livello scolastico nelle scuole materne ed elementari, contattando gli insegnanti per cercarne la collaborazione per sviluppare il progetto con i bambini più grandi.

Una collaborazione si è invece già instaurata tra i pediatri pugliesi, in particolare di Bari, e il team della Biblioteca dei Ragazzi che si è dimostrato estremamente sensibile e disponibile alla realizzazione del progetto stesso, mettendo a disposizione la struttura della biblioteca, dando così l'opportunità di organizzare sia l'incontro di formazione sia alcuni incontri a sfondo scientifico tra alcuni pe-

diatri di base e i genitori dei ragazzi che frequentano la stessa biblioteca. Inoltre lo stesso team ha messo a disposizione le proprie competenze per la scelta pratica del tipo di libro più idoneo alle varie fasce di età. Forniamo qui di seguito gli indirizzi di posta elettronica delle componenti il gruppo organizzativo, e saremo grate a tutti se ci farete pervenire i vostri suggerimenti e le vostre esperienze in questo campo.

Gabriella Campa: *g.cam2002@libero.it*;
Francesca Botrugno: *botrugno_francesca@tin.it*;
Maristella Liuzzi: *mliuzzi@tin.it*;
Daniela Damiani: *damianid@libero.it*;
Antonietta D'oria: *dorypa@libero.it*.

Toscana

Sabato 18 ottobre 2003, a Montepulciano (SI), presso la sala riunioni degli Ospedali Riuniti della Val di Chiana Senese, si è parlato del progetto Nati per Leggere. L'occasione è nata dalla presentazione di una serie di iniziative sul tema, realizzate in rete dal Reparto di Pediatria, dai Pediatri di Famiglia, dalle Biblioteche comunali, dai Nidi e dalle Scuole dell'infanzia della zona. La mattinata, prevalentemente dedicata a insegnanti, bibliotecari e operatori sanitari, è iniziata con i saluti di Piero Di Betto, Presidente dell'articolazione zonale della conferenza dei Sindaci, e di Iginio Giani, Direttore della UO di Pediatria di Montepulciano, ASL 7 di Siena.

Gli interventi hanno visto i contributi di Giancarlo Biasini del Centro per la Salute del Bambino sul tema "Nati per Leggere, storia di un progetto contagioso", Sara Pollastri del Comitato esecutivo AIB della Regione Toscana "Esperienze dell'area fiorentina"; Enzo Cartasi, Docente di Scienze della Formazione presso l'Università di Firenze "La lettura e l'infanzia: un'alleanza tra istituzioni"; Maria Letizia Meacci, studiosa di letteratura infantile "Lettura e piacere della scoperta: il libro per bambini chiede aiuto a genitori, pediatri, insegnanti e bibliotecari". Ha partecipato Mario Romeri, dell'Area investimenti sanitari della Regione Toscana, e hanno moderato Angela Ciarrochi, dell'Ufficio Educazione Sanitaria della ASL 7 di Siena, e Sergio Angori, docente di Scienze della Formazione presso l'Università di Siena.

Il pomeriggio, dedicato ai genitori, è stato introdotto da Paolo Sarti, Pediatra di Famiglia, Consulente della Regione Toscana con il tema "Un libro come ricostituente", e ha raccolto le varie iniziative realizzate nella zona Val di Chiana Senese.

Il Reparto di Pediatria ha illustrato la sua esperienza, partita dalla organizzazione di una biblioteca dono delle Banche di Credito Cooperativo della zona e consolidata grazie alla distribuzione di materiale informativo e all'attivazione di un servizio di lettura ad alta voce garantito dagli studenti tirocinanti del Corso di laurea per Educatore Professionale e coordinato da un Educatore della Azienda ASL 7. I Pediatri di Famiglia e le Biblioteche hanno parlato del loro impegno a sostegno della lettura, di una esperienza di lettura ad alta voce in ambulatorio e di un servizio di prestito libri, da parte della Biblioteca, direttamente in ambulatorio.

Gli insegnanti dei Nidi e delle Scuole dell'infanzia hanno illustrato il loro impegno quotidiano a favore della lettura e originali esperienze.

Mentre mamme e papà seguivano i lavori, i bambini hanno partecipato a una serie di giochi con i libri con gli esperti del gruppo "La Lanterna Magica" e hanno gustato una merenda offerta dai Nidi.

Durante il Convegno è stata allestita una mostra dei lavori svolti dai bambini delle scuole sul tema del libro e della lettura.

Igino Giani

Le Madonne del libro

La pittura italiana, ha elaborato alcune tipologie d'immagine della Madonna col bambino (*E. Tea. La Madonna nella pittura italiana I.I.A.G. Bergamo 1961*): la Madonna Elusa con il fanciullo guancia a guancia, la Glycophilousa dai "dolci Baci", la Galactotrophousa che allatta. Più rare sono le immagini della Madonna col bambino ed un libro. Ce ne sono alcune, particolarmente significative, nelle quali il rapporto fra madre e figlio è veramente di tipo dialogico; quello che auspichiamo per Nati per leggere. Dedicheremo le copertine del 2004 alle Madonne col libro. Cominciamo con un dipinto attribuito a Bartolomeo Gennari (1594-1661) di scuola del Guercino (collezione privata).

info: notizie

In distribuzione la Guida all'uso dei farmaci per i bambini

Tutti i medici italiani, gli infermieri e i farmacisti stanno ricevendo in questi mesi, gratuitamente, la prima edizione della *Guida all'uso dei farmaci per i bambini*, il primo testo del suo genere in Italia e il secondo a livello europeo, dopo la versione britannica. A partire da *Medicines for children*, formulario terapeutico pediatrico nazionale edito dal *Royal College of Paediatricians and Child Health* britannico e promossa dal Ministero della Salute, la

Guida è stata aggiornata e ampliata all'Istituto Mario Negri di Milano da un gruppo di lavoro nazionale multidisciplinare. Il volume riporta una lista di oltre 400 farmaci di documentata efficacia e controllata sicurezza, sufficienti a rispondere alla quasi totalità dei bisogni terapeutici - anche se rappresenta circa la metà dei farmaci prescritti oggi ai bambini in Italia. La *Guida* comprende una sezione per le condizioni patologiche più frequenti per l'età pediatrica, monografie illustrative delle caratteristiche dei singoli farmaci (indicazioni, formulazioni disponibili, dosaggi

specifici per fasce di età, modalità di somministrazione, effetti collaterali ecc.) e un'ampia appendice sui prodotti disponibili secondo la classificazione del nuovo *Prontuario Nazionale*. La *Guida* risponde a una necessità sentita da tempo a livello nazionale e rappresenta uno strumento essenziale per un uso razionale dei farmaci. Molti dei farmaci somministrati ai bambini, infatti, sono utilizzati al di fuori delle indicazioni, dei dosaggi o formulazioni per i quali è stata concessa la licenza d'uso. Questa iniziativa editoriale è parte del Programma di informazione sui farmaci, farmacovigilanza ed educazione sanitaria predisposto, a partire dal 1998, dal Ministero della Salute. Un'iniziativa a tutt'oggi unica, non solo a livello nazionale, per dimensioni (600.000 copie da distribuire), caratteristiche e la scelta volta a garantire le più efficaci risposte ai bisogni terapeutici dei bambini italiani.

f.d.

TABELLA

	Domanda	Si	No	Nessuna risposta
1	La S fornisce patrocinio a ricerche?	26	11	5
1a	Il patrocinio viene rifiutato se il ricercatore non è proprietario dei dati?	18	2	22
1b	Il patrocinio viene rifiutato se lo sponsor si riserva di porre veto alla pubblicazione dei risultati?	18	2	22
2	La S svolge ricerche in proprio?	22	19	1
2a	La S non approva le ricerche se non è proprietaria dei dati?	20	2	20
2b	La S non approva la ricerca se lo sponsor pone il veto alla pubblicazione dei dati?	20	2	20
3	Nel bilancio vengono resi noti i nomi delle industrie che finanziano la S?	25	13	4
4	I soci che hanno incarichi nella S devono dichiarare eventuali conflitti di interesse?	14	26	2
5	Sono previsti criteri di incompatibilità tra cariche associative e rapporti economici con le aziende?	10	31	1
6	Nei congressi viene reso esplicito che i relatori dei simposi finanziati sono scelti autonomamente dallo sponsor?	26	11	9
7	Nei congressi viene chiesto ai relatori di dichiarare eventuali conflitti di interesse?	8	33	1
8	Nel rilasciare patrocini della S a una manifestazione esterna viene chiesto se i promotori hanno organizzato la manifestazione in modo indipendente e autonomo?	18	23	1
9	Viene richiesto agli Autori degli articoli pubblicati sulla rivista della S di dichiarare eventuali conflitti di interesse?	9	27	6
9a	L'elenco dei conflitti viene pubblicato con l'articolo?	6	4	32
10	In caso di predisposizione di linee guida viene chiesto agli Autori di dichiarare eventuali conflitti di interesse?	11	28	3
10a	L'elenco dei conflitti viene pubblicato con le linee guida?	7	3	32

Società scientifiche italiane e conflitto d'interesse

Il *Sole24ore Sanità* del 4 novembre 2003 riporta i dati di una indagine svolta su 99 Società scientifiche relativamente alla gestione del conflitto di interesse. Sono state ottenute risposte solo da 42 Società (S). I risultati sono quelli esposti nella *tabella*. Le osservazioni degli organizzatori della ricerca suggeriscono che la percezione del conflitto di interesse da parte delle Società sembra discreto anche se:

1. È possibile che abbiano risposto prevalentemente le Società più sensibili al problema e che quelle che affrontano il problema con maggiore leggerezza abbiano evitato risposte imbarazzanti. È probabile, quindi, che i risultati esprimano una sovrastima dell'indipendenza dimostrata dalle Società relativamente ai loro rapporti con le industrie farmaceutiche. Alcune domande "spinose" (1, 1b, 2, 2b, 9, 10) sono rimaste senza risposta da parte di gran parte delle Società.

2. Si tratta di dichiarazioni non controllabili.

3. Esiste una discrepanza fra l'elevato tasso di risposte positive alle prime due domande che riguardano l'indipendenza del patrocinio di ricerche e lo svolgimento di ricerche in proprio e il basso tasso di risposte affermative alle domande riguardanti l'esplicitazione del conflitto di interesse dei soci che svolgono incarichi associativi o dei

sulla salute

medici che pubblicano articoli sulla rivista della Società o che vengono incaricati di stendere linee guida.

4. Accettando per buone le risposte e tenendo conto del loro basso numero (vedi punto 1): il quadro sembra incoraggiante sul rapporto che le Società intendono intrattenere con l'industria; non vengono però adottati criteri sufficienti per regolare gli eventuali conflitti di interesse dei soci.

"Drugs for dollars" fra Cuba e Argentina

Cuba e Argentina hanno stipulato un accordo (*Drug for dollars*) secondo il quale il debito pregresso di Cuba verso l'Argentina (1.9 miliardi di dollari) viene sanato per il 75% con fornitura di farmaci per le malattie degenerative e del relativo training per i medici argentini a Cuba, con la possibilità per cittadini argentini di usufruire di ricoveri ospedalieri a Cuba (*Lancet* 2003;362:1385).

gc.b.

Il premio IgNobel 2003

Il premio IgNobel 2003 è stato attribuito a Eleonor Maguire per una ricerca dal titolo "Modificazioni strutturali dell'ippocampo nei tassisti in relazione con la guida". La ricerca è stata condotta sui tassisti di Londra, nei quali è stato dimostrato un rapporto fra volume dell'ippocampo e anni di navigazione. Altri concorrenti al premio hanno dissertato sul rapporto fra costo del genoma e lettera iniziale degli aminoacidi: 3 miliardi di dollari per 3 miliardi di lettere equivalgono a un dollaro per lettera. Ancora: "Analisi delle forze richieste per tosare le pecore sulle varie superfici" di Autori australiani. Ancora: "Incapacità di alcune statue di bronzo ad attirare i piccioni" e "I pulcini preferiscono gli uomini belli?" (*Nature* 2003;425:550).

p.s.

La legge "anti-SIDS"

La proposta di legge "Prevenzione e diagnosi della morte inaspettata del lattante e del feto", approvata dal Senato e attualmente all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera, di cui abbiamo dato notizia sul numero scorso, contiene all'art. 4 comma 4 un forte rischio. Dice che "Al fine di prevenire la SIDS, le regioni possono attivare per le categorie a rischio programmi per l'utilizzo di strumentazione di supporto quali apnea-monitor e cardio-monitor". Il problema è la definizione delle "categorie a rischio". Quali sono? I bambini che sono andati incontro a una near

miss? I bambini che hanno avuto fratelli deceduti per SIDS? I bambini con anomalie elettrocardiografiche? Saranno le regioni a definire le "categorie a rischio"? Avremo anche qui una Italia a pelle di leopardo.

a.b.

L'infanzia? E chi la conosce

Nel rapporto del Ministero della Salute sulla situazione sanitaria italiana presentato all'UE in occasione della presidenza italiana nessun accenno è fatto alla salute materno-infantile.

L'infanzia non esiste?

red.

Latte in polvere ed enterobatteri

L'Enterobacter sahzakii è un nuovo patogeno che si trova nei cibi. Sono state documentate finora 60 infezioni, ma pochi sono i laboratori che lo ricercano. La popolazione a maggior rischio sono i neonati, specie se nati prima di 36 settimane, nei quali dà infezioni con mortalità fino all'80%. La sorgente delle infezioni è il latte artificiale in polvere ricostituito, nella preparazione del quale non si possono, sterilizzandolo, raggiungere temperature alte e per un tempo adeguato (*Lancet* 2004;363:6). red.

Israele: neonati morti per un latte di soia?

Tre neonati sono morti e 14 sono in gravi condizioni neurologiche e cardiache dopo essere stati nutriti con un latte artificiale a base di soia e carente di vitamina B1. Prodotto dalla ditta tedesca, Humana GmbH, il latte è "kosher", cioè prodotto secondo i dettami dell'ortodossia ebraica, e viene commercializzato dalla Humana con l'etichetta "Remedia Super Soya Uno". Il prodotto contiene meno vitamina B1 di quanto dichiarato. Dopo la segnalazione delle autorità israeliane, la Humana GmbH, del gruppo industriale Humana Milchunion, la seconda industria tedesca produttrice di latticini, ha riconosciuto che il latte in questione non contiene la quantità di vitamina B1 dichiarata nell'etichetta. Per un errore umano - ha dichiarato un dirigente dell'azienda - è stata aggiunta troppa poca vitamina B1: fra i 29 e i 37 microgrammi di vitamina B1 per 100 grammi di prodotto, meno di un decimo rispetto al quantitativo dichiarato (385 microgrammi per cento grammi). "Ci assumiamo la responsabilità dell'errata dichiarazione" - ha dichiarato il dirigente. Alcune delle famiglie israeliane colpite hanno già citato in giudizio il produttore tedesco e il distributore in Israele del

latte "Remedia Super Soya Uno", mentre il Ministero della Sanità israeliano ha sollecitato tutti i genitori dei bambini nutriti negli ultimi due mesi con il latte in questione a portarli subito agli ospedali o al pediatra per ricevere una supplementazione di vitamina B1 per 2 settimane (*Lancet* 2003;362:1730).

Rosellina Cosentino

Emendare la dichiarazione di Helsinki?

All'Assemblea della *World Medical Association* (WMA) di settembre si è dibattuto sulla possibilità di modificare l'art. 30 della dichiarazione di Helsinki che dice: "A conclusione di uno studio, a ogni paziente che vi è entrato, deve essere assicurata ogni migliore possibilità terapeutica, preventiva, diagnostica che lo studio ha identificato". La dichiarazione di Helsinki è del 1964; il testo è stato rivisto cinque volte: l'ultima nel 2000. La revisione dell'articolo è stata chiesta dal governo americano e dall'industria. Questi hanno rilevato che la formulazione è irrealistica e potrebbe bloccare la ricerca: l'obbligo di dare ai pazienti studiati il migliore trattamento a fine studio può impedire il follow up dei soggetti studiati. Il termine "fine studio" potrebbe essere equivoco, in quanto lo studio potrebbe prolungarsi nel tempo anche dopo che la fase in atto è stata conclusa. Il termine "ogni migliore possibilità identificata dallo studio" può condurre fuori strada in quanto non si può presumere che uno studio dia una prova definitiva su quanto si sperimenta. Inoltre nasce il problema di "chi" deve fornire "ogni migliore possibilità identificata dallo studio"; questa spesa deve essere compresa nel budget della ricerca? Dopo aver discusso questi problemi la WMA ha istituito un gruppo di studio che riferirà a maggio 2004. È chiaro che il problema si pone soprattutto per i gruppi di persone destinate al placebo e - secondo i bioeticisti - un indebolimento delle tutele può portare a conseguenze non prevedibili specialmente, ma non solo, per le persone dei Paesi in via di sviluppo (PVS). Uno studio sul vaccino anti-HIV, sperimentato nei PVS e dimostratosi efficace, potrebbe lasciare senza aiuto proprio le persone che hanno contribuito a confermarne la validità, mentre potrebbe agevolmente essere utilizzato nei Paesi ricchi. Dicono le industrie che proprio l'obbligo che discende dall'art. 30 potrebbe allontanare le sperimentazioni dai Paesi in via di sviluppo, ma questo è difficile da sostenere, dato che le ricerche nei PVS sono molto più economiche e l'incidenza delle affezioni, e quindi il reclutamento delle persone, è molto più agevole (*Lancet* 2003;362:963).

red.

le lettere

Vaccinazioni: ACP e FIMP

A nome degli iscritti alla ACP "Lucrezia Corner" della provincia di Venezia comunichiamo la nostra disapprovazione per i contenuti della lettera del dottor Baio, pubblicata su *Quaderni acp* vol. X, n. 5, pag. 33.

Tale lettera è secondo noi caratterizzata da toni ingiustamente diffamatori nei confronti di alcuni componenti della nostra associazione (che anche, se non nominati, sono ben individuabili), certamente non meritevoli di tali attacchi.

Esprimiamo, inoltre, il nostro sconcerto per il tono di approvazione contenuto nel commento della redazione alla lettera medesima. Riteniamo che un atteggiamento più prudente e la ricerca, prima di rispondere, di conoscere la realtà locale descritta in modo così distorto nella lettera del dottor Baio, sarebbero stati più consoni a un giornale che è il portavoce di tutti gli iscritti alla ACP nazionale.

Sottolineando il rammarico con cui scriviamo queste righe, auspichiamo che questo rimanga un episodio isolato di immotivata polemica e che nel futuro si possa riscontrare una maggiore cautela da parte della redazione nel fornire appoggio a lettere in cui gli intenti polemici superano di gran lunga quelli di carattere costruttivo e tesi a favorire il dialogo e il civile confronto fra tutte le componenti dell'associazione.

Augurando a tutti un buon lavoro, inviamo i nostri migliori saluti.

Il Consiglio Direttivo dell'ACP L.C. di Venezia

Giovanni Montesanto, Marica Barbozza,
Sandra Cozzani, Mattia Doria,
Silvia Giroto, Paolo Regini

Egregio Direttore, sono un socio ACP e membro del Direttivo dell'ACP "L. Corner" di Venezia e con sconcerto ho letto nel numero 5/2003 di *Quaderni acp*, pag.33, la lettera del dottor Baio sull'annosa questione del nuovo calendario vaccinale. Tale sconcerto ha inoltre rinnovato il già profondo disagio da me provato l'estate scorsa alla lettura dell'editoriale a firma D'Andrea e Grandori. Non voglio entrare nel merito del dibattito scientifico sulle vaccinazio-

ni, ma mi pare che in questi mesi siano stati fatti notevoli passi di chiarimento e di approfondimento, a vari livelli, sui temi delle nuove vaccinazioni in Italia e per certi versi si è capita la valenza culturale e scientifica del calendario vaccinale proposto (non imposto, si badi bene!) dalla FIMP e che sta ottenendo consensi sempre più ampi. Ma le cose che mi sconcertano di più non sono solo il tono e i contenuti accusatori e diffamatori della lettera del dottor Baio, che chiunque può commentare da sé, ma l'approvazione che questa lettera ha riscosso in seno alla Redazione di *Quaderni acp* tanto da essere presa ad esempio e paradigma (definita "perfetta" nel commento alla lettera stessa) di una realtà della pediatria di famiglia che invece a mio avviso è assolutamente diversa da come è stata descritta. Pensare e affermare che i pediatri di famiglia italiani che hanno abbracciato le valenze scientifiche del calendario vaccinale FIMP siano tutti degli asserviti al potere economico-commerciale delle aziende farmaceutiche o blanditi dagli "opinion leader" del sindacato è cosa vergognosa e inaccettabile. Io sono un pediatra di famiglia e ho accolto di molto buon grado il nuovo calendario vaccinale proposto dal sindacato cui appartengo e lo ritengo un contributo scientificamente e storicamente importante nell'evoluzione del ruolo della moderna pediatria di famiglia italiana. Ma non mi riconosco assolutamente né asservito né blandito da chicchessia. Rammarica, invece, il fatto che non si siano prese le distanze dalle gratuite accuse diffamatorie nei confronti di qualsivoglia collega impegnato nel campo delle vaccinazioni (possibile che si pensi davvero che nessuno operi in scienza e coscienza?). Se proprio si ha la spudoratezza di scrivere certe cose, si abbia almeno il coraggio di fare nomi e cognomi e di portare le prove di ciò che si afferma. Altrimenti si continua quella malsana abitudine di tirare il sasso e di stare a vedere, nascosti dietro l'angolo, cosa va a colpire... tanto qualcosa succede. Se il commento alla lettera del dottor Baio corrisponde veramente alla linea politico-culturale dell'ACP nazionale, mi permetto

di dire a malincuore che non mi ci riconosco più e sono pronto ad abbandonarla.

Mattia Doria

Egregio Direttore, ho letto la sua risposta alla lettera del dottor Baio (*Quaderni acp* 2003, vol X n.5, pag. 33), paradigmatico documento di lotta sindacale, e mi sorprende che lei ne abbia stilato il commento considerando vere le affermazioni dell'autore. La mia Regione (il Veneto) e la mia Provincia (Venezia) sarebbero, secondo Baio e lei, sedi di una Pediatria preventiva demenziale e corrotta.

Non mi addentro sul rapporto tra le giuste priorità di Sanità pubblica e le possibilità di scelte aggiuntive di salute effettuate dalle famiglie, tema da me dibattuto più volte proprio sulle vaccinazioni senza alcun disaccordo con Colleghi molto più titolati come i dr/prof N. D'Andrea, L. Grandori, M. Gangemi, D. Greco, L. Salmaso ecc. né desidero qui insistere sull'etica obbligata di una corretta informazione scientifica alle famiglie (consenso o dissenso informato secondo moderna bioetica) perché credo, a differenza sua e del dottor Baio, che i pediatri abbiano chiara visione tra le differenti logiche di Sanità pubblica e di protezione individuale. Desidero invece riportare l'attenzione, sua e dei lettori, sulle patenti di disonestà, stile caccia alle streghe, che il dottor Baio ha distribuito utilizzando come cassa di risonanza *Quaderni acp*. La lettera in questione allude a persone e a circostanze corrotte più o meno subdole riguardanti Colleghi a vario titolo impegnati nell'ambiente culturale e/o sindacale pediatrico delle vaccinazioni. Tali nomi sono identificabili tra le righe della lettera del dottor Baio per gli addetti ai lavori. Tuttavia l'autore si è ben guardato dal precisarli, come sua abitudine anche in altre situazioni (Forum di Pediatria on line), attentissimo a non assumersi di conseguenza legali responsabilità diffamatorie. Le accuse, vaghe e non circostanziate, quando vengono pubblicate, assumono il sapore nauseabondo e rivoltante della calunnia. Non sempre chi legge è in grado di distinguere, specie se non si conoscono bene i fatti o se i fatti, come in

dei Quaderni acp

questo caso, sono complessi e lontani dal lettore. È uno stile abusato in politica come nelle lotte sindacali, ma che speravo non trovasse ospitalità nella rivista ufficiale della ACP. Ciò si trasforma in una accusa per l'onestà delle persone, ma con contorni indefiniti, in modo che gli accusati non possano accampare una adeguata difesa. Direttore, inviti il dottor Baio a precisare sulla sua rivista le persone (nomi e cognomi), le circostanze corruttive ("penso anche con dei rimborsi") che avrebbero costruito la disonesta campagna del "Vaccino ad ogni costo? Per chi?", guidata da un *dux* che, per carpire investimenti alle Aziende, comanda un esercito di "miliziani", alias 6000 Colleghi pediatri di famiglia, tutti asseriti a ignobili scopi di lucro vaccinatore oltre che "aizzatori alla ribellione dell'utenza". *Quaderni acp*, nel senso dato nella risposta redazionale, pare concordare con tali ipotesi. Si informi su quanto accaduto in Provincia di Venezia e in Regione Veneto, dove le decisioni sul nuovo Calendario regionale vaccini, vigente dal luglio scorso, sono state assunte da una Commissione di 21 esperti nominati dalla stessa Regione Veneto. Costoro (prof/dr R. D'Elia, F. Meneghetti, G. Romano, P. Cadrobbi, M. Valsecchi, S. Cinquetti ecc.) sarebbero gli "opinion leader", come li chiama Baio e anche Lei, che di concerto con un noto sindacato, cioè la FIMP, "aizzerebbero" l'utenza alla ribellione con "grande pericolo per il corretto funzionamento della prevenzione collettiva"? Nel rinnovare il mio più completo dissenso per contenuti e metodi che hanno contraddistinto l'epistolario tra il dottor Baio e Lei, La invito a verificare le notizie che Le vengono portate, specie quando chi le notifica si auto-definisce e si "presenta come una sorta di codice deontologico". Nel Veneto la stragrande maggioranza dei pediatri non identifica nel dottor Baio una "Autorità etica". A disposizione come persona informata sui fatti per ogni chiarimento, oltre che per un confronto con Lei e il dottor Baio ovunque sia possibile farlo.

Giorgio Meneghelli

Quando pubblicato nella rubrica "Lettere" di *Quaderni acp* n.5/2003, pag. 33, a

proposito della polemica scaturita dall'iniziativa FIMP in tema di vaccinazioni, non può che comportare una decisione personalmente importante, seppure non particolarmente dolorosa: il mio ritiro dall'ACP. Strumentale considero la decisione redazionale di pubblicare la lettera del dottor Antonino Baio in quel contesto, nell'evidente tentativo di dimostrare, a sostegno delle tesi ACP, che non tutti i pediatri concordano con l'iniziativa FIMP. Strumentale e troppo scoperto, però, l'uso del rappresentante di una associazione istituzionalmente in polemica con la FIMP. Strumentale l'utilizzo, da parte della redazione, di quella lettera per far dire ad altri ciò che chiaramente la redazione dichiara di condividere: che 6000 pediatri si sono venduti seguendo pedissequamente i propri rappresentanti comprati dalle case farmaceutiche. Il tutto supera abbondantemente i limiti della diffamazione e della calunnia. Seimila pediatri di famiglia dovrebbero adire le vie legali. Considero un avallo a questa considerazione delinquenziale dell'intera categoria cui appartengo mantenere ulteriormente la propria iscrizione all'ACP. Mi riservo altre iniziative personali, ma in questo momento mi preme solo comunicarvi di non considerarmi più, con decorrenza immediata, un iscritto ACP.

Franco Pisetta

Cerchiamo di distinguere le questioni che nascono dalle lettere dei colleghi tutti veneti.

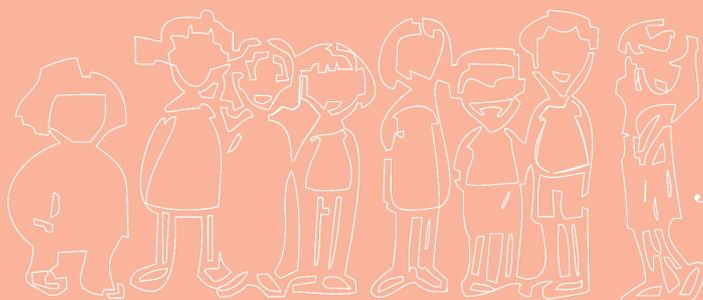
1. È abbastanza ovvio che all'interno di una Associazione, che non ha caratteristiche ideologiche, esistano diverse visioni della professione e della vita, ma pure qualcosa di comune ci deve essere; all'ultima assemblea dell'ACP di Varese si è anche cercato di capire cosa. Mentre sembra accettabilissima l'esistenza di idee diverse sembra strano che una appartenenza sia così fragile da dipendere dal commento a una lettera. Mentre ci rallegriamo per il tono del direttivo dell'ACP Venezia, non vorremmo che dentro l'ACP i legami associativi, che sono sostanzialmente culturali, si stiano allentando; segnaliamo questa nostra ipotesi al nostro nuovo presidente che nel suo indirizzo ai soci pubblicato nel numero

scorso era su questo punto di diverso avviso.

2. Il secondo problema riguarda la lettera del dottor Baio (abbiamo pubblicato altre sue lettere). Qui il commento deve essere un poco più lungo.

La lettera iniziava richiamandosi ai conflitti di interesse dell'estensore; egli ne dichiarava alcuni che lo riguardavano personalmente. Ma la parte più contestata sia da Meneghelli che da Doria e Pisetta (ma con parole molto più "forti" da Meneghelli e Pisetta) è la "cascata" descritta dal nostro interlocutore (dalle "rinomate" Cliniche Pediatriche al genitore). Qui sono state viste esplicite accuse "delinquenziali" di corruzione. Noi tutti, componenti del Comitato Editoriale di *Quaderni*, che abbiamo letto la lettera prima di pubblicarla, sicuramente inesperti di "paradigmatici documenti di lotta sindacale", non le abbiamo né viste né sospettate. Magari perché "non conosciamo fatti che non conosciamo", come diceva Stevenson.

La "cascata" a noi è sembrata troppo completa per essere vera; a noi sembrava "perfetta" (ci si consenta la civetteria del "per-fectus" nel senso di completo) in questo senso: nel mettere in luce in tutti i suoi passaggi (ancora dalle "rinomate" Cliniche Pediatriche al genitore). La "perfezione" che lamenta il collega Doria si riferiva a questo e non ovviamente ad accuse singole o collettive che non abbiamo visto, magari perché lontani dal Veneto, e che comunque non ci sentiremmo in alcun modo di avallare. E del resto, come ogni giornale, non pubblicheremo mai accuse esplicite o implicite verso chicchessia e lasciamo ai nostri corrispondenti, di ieri, di oggi, di domani, la responsabilità di quel che scrivono, senza avere la pretesa di pensare che uno sia più "etico" di un altro. Proprio per questo, contrariamente a quanto fanno quasi tutti, siamo abituati a pubblicare le lettere solo se sono firmate e integralmente e, quando le riduciamo, facciamo approvare la riduzione dai loro autori. Cosa che abbiamo fatto ovviamente anche con la lettera di Tucci e Chiamenti e come facciamo oggi con le lettere di Doria, Meneghelli e Pisetta, e che avremmo, comunque, fatto anche senza la specifica richiesta che ci è stata presentata.



*ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento*

Quaderni acp è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5500 copie; 2500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP.

Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8000 pediatri.

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione, costituita a Milano il 5 settembre 1974, che raccoglie 3000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente no profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

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

Ha lanciato nel 1999 il progetto Nati per Leggere, insieme al Centro per la Salute del Bambino ed all'Associazione Italiana delle Biblioteche, cui aderiscono attualmente 800 pediatri.

Attività editoriale

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

Dal 1990 ha pubblicato il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni acp". La rivista si compone di due sezioni. La prima pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività. Si tratta di linee guida, casi clinici significativi, esercitazioni pratiche, EBM applicata alla clinica, narrative medicine, materiali di aiuto alle famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie.

Formazione e aggiornamento

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare) che a quella personale (saper essere), e manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane.

Ricerca

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. È attivo al suo interno un gruppo che si occupa dell'applicabilità della EBM alla pratica clinica.

La pagina Web dell'ACP

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di Quaderni acp che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito www.acp.it. La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e i gruppi. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni, ecc.

Nella dermatite atopica il tacrolimus crema è vantaggioso rispetto agli steroidi?

Manuela Pasini*, Antonella Stazzoni°

*UO di Pediatria e TIN, Ospedale "M. Bufalini", ASL di Cesena, °Pediatria di famiglia, ACP Romagna

Abstract

In atopic dermatitis is tacrolimus cream more efficacious than topical corticosteroids? The problem analysed in this "scenario" regards a child with atopic dermatitis treated unsuccessfully with topical applications of corticosteroids. A research through PubMed (using Clinical Queries) in order to compare the efficacy of a tacrolimus treatment versus corticosteroids was done. One RCT double blind study, using the intention to treat, was found. The conclusions are that, considering the drug's concentration (0.1-0.03%), tacrolimus NNT is 3 and 4.3. The study brings up satisfying results but it doesn't give an answer regarding the efficacy of tacrolimus when topical application of corticosteroids is not successful.

Quaderni acp 2004; 11(1): 30-31.

Key words Atopic dermatitis. Tacrolimus. Corticosteroids.

Il problema analizzato in questo scenario riguarda il caso di un bambino con dermatite atopica, già trattato con scarso risultato con steroidi topici. Viene effettuata una ricerca su PubMed utilizzando la maschera delle Clinical Queries per controllare l'efficacia del tacrolimus confrontato con gli steroidi. La ricerca permette di reperire uno studio (RCT in doppio cieco, con utilizzo della intention to treat), dal quale è possibile dedurre che, a seconda della concentrazione del farmaco (0.1-0.03%), il NNT del tacrolimus è di 3 e 4.3. Il risultato sembra soddisfacente, ma la ricerca non risponde al quesito della possibile efficacia del tacrolimus in caso di insuccesso degli steroidi topici.

Parole chiave Dermatite atopica. Tacrolimus. Steroidi.

Scenario clinico

Viene in ambulatorio un bambino di 6 anni con dermatite atopica di grado medio-severo. La madre dice che da diverso tempo utilizza gli steroidi topici con miglioramento transitorio, e chiede informazioni sull'uso di una nuova crema al tacrolimus di cui ha letto sui giornali.

Background

La dermatite atopica è una malattia infiammatoria cronica della cute con periodiche riacutizzazioni. L'impiego regolare di emollienti e l'uso di steroidi topici durante le riacutizzazioni rappresentano il trattamento standard delle lesioni; tuttavia l'impiego protratto di steroidi topici non è esente da effetti collaterali sia locali, quali soprattutto l'atrofia cutanea, che sistemici (1,2). La crema al tacrolimus è la prima esperienza di trattamento con immunomodulatori topici. Al contrario degli steroidi non interferisce con la sintesi del collagene, non causa atrofia cutanea e

l'assorbimento sistemico è minimo (3,4).

La domanda in tre parti

Cerco nella letteratura se ci sono valutazioni dell'efficacia del tacrolimus crema rispetto al cortisone nella dermatite atopica. In un bambino di 6 anni con **dermatite atopica** [POPOLAZIONE], l'utilizzo di **crema al tacrolimus** confrontata con quella all'idrocortisone [INTERVENTO] ha ugual efficacia nel risolvere i **sintomi della fase acuta** [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Verifico nel MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini:

Child - Tacrolimus - Anti-inflammatory Agents, Steroidal - Atopic Dermatitis.

Traduco la domanda su PubMed nella maschera *Clinical Queries Using Research Methodology Filters* selezionando **Therapy and Specificity: "Child" AND "Atopic dermatitis" AND ("Tacrolimus" OR "Anti-inflammatory Agents, Steroidal") AND "Outcome"**.

La ricerca seleziona 11 articoli. Ne scelgo uno che confronta i due trattamenti.

Articolo selezionato

Reitamo S, Van Leent EJM, Ho V, et al. for the European/Canadian Tacrolimus Ointment Study Group. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone acetate ointment in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109:539-46

Caratteristiche dello studio

Nazione: Europa - Canada

Tipo di studio: Studio clinico multicentrico randomizzato controllato in doppio cieco (RCT)

Setting: 27 dipartimenti di dermatologia di 6 Paesi europei e del Canada

Pazienti e interventi confrontati

Facevano parte dello studio 560 pazienti di età compresa tra 2 e 15 anni con dermatite atopica di grado moderato-severo e interessamento della superficie corporea fra il 5% e il 60%. I pazienti venivano randomizzati in tre gruppi confrontabili per caratteristiche cliniche e demografiche. **Gruppo controllo:** 185 pazienti ricevevano crema all'idrocortisone acetato all'1%. **Gruppi sperimentali:** 2 gruppi: il primo (189 pazienti) riceveva crema al tacrolimus allo 0.03%, mentre il secondo (186 pazienti) riceveva tacrolimus allo 0.1%. Hanno completato lo studio: del gruppo controllo 165 pazienti su 185, del gruppo tacrolimus 0,03% 168 su 189, e del gruppo tacrolimus 0,1% 173 su 186. Le perdite erano quindi rispettivamente del 10,8%, dell'11.1% e del 6.9%.

Il trattamento consisteva nell'applicazione di un sottile strato di crema 2 volte al dì nelle aree affette e proseguiva per 7 giorni dopo la guarigione delle lesioni. Era prevista una visita di screening entro 7 giorni dall'inizio dello studio, seguita da successivi controlli nei giorni 0 (giorno di assegnazione al tipo di trattamento in cieco), 3-7-14 e 21 e ancora 2 settimane dopo la sospensione del trattamento.

Per corrispondenza:

Manuela Pasini

e-mail: manu_pas@libero.it

leggere e fare

TABELLA 1: PERCENTUALE DI RIDUZIONE (mEASI) DOPO TRE SETTIMANE DI TRATTAMENTO (TUTTE LE REGIONI DEL CORPO)

Idrocortisone	Tacrolimus 0,03%	Tacrolimus 0,1%
36%	52.5% (p<0,05)	60.5% (p<0,001)

TABELLA 2: PERCENTUALE DI RIDUZIONE (mEASI) DOPO TRE SETTIMANE DI TRATTAMENTO (REGIONE TESTA E COLLO)

Idrocortisone	Tacrolimus 0.03%	Tacrolimus 0.1%
43.3%	62.5% (p<0.05)	75.2% (p<0.001)

TABELLA 3: ANALISI DEGLI EVENTI PRESENTATI DAGLI AUTORI

EVENTO	CER	EER T.0.03%	EER T.0.1%	RBI T.0.03%	RBI T.0.1%	ABI T.0.03%	ABI T.0.1%	NNT T.0.03%	NNT T.0.1%
Miglioramento > 90%	26/165 0.15	65/168 0.38	84/173 0.48	1.5	2.2	0.23	0.33	4,3 IC 3.1-7.3	3 IC 2.4-4.3

CER: eventi nel gruppo di controllo; EER: eventi nel gruppo sperimentale; RBI: aumento relativo del beneficio terapeutico nei trattati rispetto ai controlli [EER-CER/CER]; ABI: aumento assoluto del beneficio terapeutico nei trattati rispetto ai controlli [EER-CER]

Criteri di valutazione

In occasione di ogni visita si valutava il grado di eritema, edema, escoriazioni e lichenificazione su una scala da 0 a 3 e la percentuale di superficie corporea affetta dalla dermatite di quattro regioni: a) testa e collo; b) tronco; c) arti superiori; d) arti inferiori. A ogni controllo veniva anche rilevata l'intensità del prurito nelle 24 ore precedenti con una scala ideale da 0 a 10. Ciascuna di queste valutazioni veniva utilizzata per calcolare un indice di estensione e severità della dermatite (mEASI). Gli sperimentatori hanno valutato anche la risposta clinica complessiva al trattamento, risposta che poteva variare da "completamente guarito" a "nessun miglioramento" attraverso gradi intermedi di miglioramento. È stato applicato il principio della "intention to treat" in quanto nell'analisi dei risultati sono stati inclusi tutti i pazienti randomizzati che avevano ricevuto almeno una applicazione del farmaco.

Risultati

1. Confronto (tabelle 1 e 2) tra gruppo controllo e gruppi sperimentali rispetto ad outcome clinici quali la percentuale di riduzione dell'indice di severità ed estensione della dermatite (mEASI), rispetto al basale. Risultati analoghi si ottenevano quando si valutava la regione della testa e collo. La crema al tacrolimus ad entrambe le concentrazioni determinava un miglioramento clinico evidente dopo 3 giorni di trattamento che progrediva durante le tre settimane di applicazione del farmaco; con l'idrocortisone il miglioramento raggiungeva un plateau dopo sette giorni di

trattamento. La riduzione del mEASI con l'impiego delle creme al tacrolimus è statisticamente significativa: p<0.001 con tacrolimus 0.1% e p<0.05 con tacrolimus 0.03%. I risultati non erano influenzati dall'età dei pazienti trattati.

2. Confronto (tabella 3) tra gruppo controllo e gruppi sperimentali rispetto alla valutazione clinica di pressoché completa (>90%) guarigione delle lesioni.

Commento

L'impiego del tacrolimus è associato a una maggiore percentuale di guarigione delle lesioni acute rispetto all'idrocortisone. Un NNT di 4 nel gruppo trattato con tacrolimus allo 0.03% e di 3 nel gruppo con tacrolimus allo 0.1% significa che si devono trattare rispettivamente 4 e 3 bambini per ottenere una guarigione in più rispetto all'idrocortisone. Gli intervalli di confidenza sono molto ristretti, per cui i risultati sono accettabili. La differenza tra le due concentrazioni di tacrolimus non appare così importante. L'unico evento avverso osservato nei gruppi sperimentali fu il bruciore cutaneo nella sede di applicazione della crema al tacrolimus, effetto peraltro transitorio già dopo i primi giorni di trattamento. L'assorbimento sistemico del farmaco non è stato significativo.

Discussione

Secondo lo studio esaminato la crema al tacrolimus potrebbe rappresentare un trattamento efficace e sicuro della dermatite atopica di grado moderato-severo in fase acuta nei bambini di età compresa tra

2 e 15 anni; potrebbe pertanto costituire una valida alternativa all'impiego degli steroidi topici, in assenza di effetti collaterali significativi. Una sintesi commentata di alcuni lavori su adulti e bambini, comparsa sull'ultimo numero del 2003 di *Prescrire* riguardo all'impiego del tacrolimus, non pare giungere alle stesse conclusioni (5). I revisori evidenziano come non ci siano studi che valutano l'efficacia del tacrolimus in caso di insuccesso degli steroidi topici (si tratta esattamente del nostro caso) e come quindi non se ne conosca ancora l'efficacia in questi casi. Altre critiche sollevate riguardano l'impiego dell'indice mEASI non ancora stato validato per valutare differenze di efficacia tra diversi trattamenti e la scelta non proprio ottimale dell'idrocortisone acetato come trattamento di confronto, considerata la sua modesta efficacia. Secondo gli stessi commentatori molte incertezze persistono anche sugli effetti collaterali a breve (infettivi) e lungo termine (rischio di tumori indotti) del tacrolimus. Resterebbe quindi ancora da definire bene la collocazione del tacrolimus nel trattamento della dermatite atopica. ♦

Bibliografia

- (1) Fisher DA. Adverse effects of topical corticosteroids use. *West J Med* 1995;162:123
- (2) Feiwel M. Adrenal unresponsiveness associated with clobetasol propionate. *Lancet* 1974;2:112-3
- (3) Reitamo S. Tacrolimus ointment does not affect collagen synthesis: results of a single centers randomized trial. *J Invest Dermatol* 1998;111:396-8
- (4) Remitz A. Tacrolimus ointment reduces staphylococcal colonization of atopic dermatitis lesion. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:196-7
- (5) *Rev Prescrire* 2003; 23 (245):805-9

Timpanogramma piatto uguale ipoacusia?

Paolo Fiammengo*, Sergio Davico*, Ivo Picotto*, Lillina Foco*, Mariella dall'Aglio*
 Maurizio Pescarmona°, Daniela Alessi°, Paolo Cussino°
 Pediatri di libera scelta*, Pediatri ospedalieri°

Abstract

Does a flat tympanometry mean hypoacusis?

Pediatricians and otolaryngologists emphasise the type B tympanogram like hearing impairment. Analysis of literature proves that it is true for 50% of patients. Than audiometry is the only test able to value exactly the hearing.

Quaderni acp 2004; 11(1): 32-33.

Key words Tympanometry. Hypoacusis. Audiometry.

Molti pediatri e otorinolaringoiatri considerano il timpanogramma piatto (tipo B) sinonimo di ipoacusia, ma dall'analisi della letteratura emerge che ciò si verifica solo nel 50% dei casi. L'audiometria si conferma pertanto come l'unico test valido per valutare eventuali riduzioni dell'udito.

Parole chiave Timpanogramma. Ipoacusia. Audiometria.

Scenario clinico

Nicola (4 anni) accompagna la sorellina dall'otorino. Alla fine della visita questi propone alla mamma (già che c'è) di vedere anche lui e cosa scopre? Che ha il timpanogramma piatto!!! L'otorino diagnostica un'otite media essudativa (OME) e propone quindi una terapia in vista di un possibile intervento chirurgico. La mamma è preoccupata perché l'otorino le ha detto che quel timpanogramma sta ad indicare che Nicola ci sente pochissimo e, a pensarci bene, anche lei ha avuto questa sensazione.

Background

L'OME rappresenta una delle cause di ipoacusia più frequenti nel bambino (1). La perdita della capacità uditiva è di solito lieve (2). Quale sia la terapia migliore è oggetto di dibattito, sebbene numerose evidenze si vadano ormai accumulando. Bocciate definitivamente le strategie terapeutiche a base di antistaminici e cortisonici, sembrano più efficaci le autoinsufflazioni con palloncino nasale. Di qualche utilità gli antibiotici che presentano tuttavia numerosi effetti collaterali, mentre è ancora controversa l'efficacia delle terapie chirurgiche (2,3).

Nonostante gli studi più recenti, caratterizzati da follow-up più lunghi, sembrano smentire la possibilità di un danno cognitivo a lungo termine (4), una riduzione

dell'udito continua a spaventare il genitore (e spesso il pediatra) e rappresenta lo spauracchio con il quale giustificare gli interventi terapeutici più aggressivi.

Il timpanogramma è la rappresentazione grafica delle variazioni impedenzometriche in relazione alle pressioni dai due lati del timpano. Il timpanogramma piatto (tipo B) è espressione di anelasticità del sistema dovuto a secrezioni (glue ear) o perforazione timpanica (5). Soprattutto nei bimbi più piccoli, la timpanometria viene spesso utilizzata per valutare l'abbassamento della soglia uditiva al posto dell'audiometria, esame più lungo e complesso da realizzare. Ci siamo quindi posti il problema di capire se l'equivalenza sostenuta dall'otorino (timpanogramma piatto = ipoacusia) fosse corretta e quale relazione ci fosse tra i due esami.

Né Clinical Evidence né la Cochrane ci vengono in aiuto nel rispondere al quesito che, dunque, cerchiamo di risolvere con una ricerca su PubMed.

La domanda in tre parti

In un bambino di 4 anni
 [POPOLAZIONE]
 un timpanogramma piatto
 [INTERVENTO]
 è indicativo di ipoacusia?
 [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Verifico i termini di ricerca nel MeSH Browser di PubMed: **-Audiometry - Acoustic Impedance Tests - Hearing loss**. Utilizzando la maschera delle *Clinical Queries using Research Methodology Filters*, seleziono **Diagnosis and Specificity** e inserisco la mia stringa di ricerca **"Audiometry" AND "Acoustic Impedance Tests" AND "Hearing loss" AND "Child"**

Troviamo 17 articoli, di cui uno particolarmente utile alla nostra analisi.

Articolo selezionato

Dempster JH, MacKenzie K. Tympanometry in the detection of hearing impairments associated with otitis media with effusion. Clin Otolaryngol 1991 Apr; 16(2):157-9

Caratteristiche dello studio

Data di pubblicazione: 1991
Nazione: UK
Tipo di studio: prospettico
Setting: Clinica pediatrica otorino-laringoiatrica di Glasgow
Pazienti e test diagnostici analizzati: 285 bambini di età compresa tra 3 e 12 anni (media 6,3)

TABELLA 1

Timpanogramma	Ipoacusia	Udito normale	Totale
tipo B	53	55	108
normale	4	173	177
totale	57	228	285

Per corrispondenza:
 Paolo Fiammengo
 e-mail: fiamma@dada.it

leggere e fare

Test da validare:

Timpanometria

Gold standard

Audiometria tonale con soglia uditiva
> 0 = 25 dB*Criteri di inclusione:*

bambini presentatisi consecutivamente alla Clinica otorino-laringoiatrica, di età compresa tra i 3 e i 12 anni (media 6,3) affetti da otite media essudativa.

Criteri di esclusione:

pazienti con difetti uditivi neurosensoriali (soglia di conduzione ossea > 0 = 25 dB di riduzione dell'udito e un bone-conduction gap < 15 dB HL)

RisultatiDai valori della *tabella 1* ricaviamo la sensibilità ($53/57 = 0,93$) e la specificità ($173/228 = 0,76$), utili per calcolare i rapporti di verosimiglianza (RV), positivo ($\text{sens}/1 - \text{spec} = 93/100 - 76 = 3,8$) e negativo ($1 - \text{sens}/\text{spec} = 100 - 93/76 = 0,09$).**Conclusioni**

Il rapporto di verosimiglianza positivo del timpanogramma piatto si colloca in un range di scarsa utilità per la diagnosi di ipoacusia. Infatti la probabilità che un soggetto con timpanogramma di tipo B ha di essere ipoacusico è di sole 3,8 volte maggiore rispetto a un paziente con timpanogramma normale. Sono considerati utili test con valori di RV positivo > 10. La timpanometria è invece molto più accurata nell'escludere una riduzione dell'udito nel caso di test normale (RV negativo inferiore a 0,1); sono considerati utili test con valori di RV negativo compresi tra 0,1 e 0,2.

Tali conclusioni ci permettono di rassicurare la mamma rispetto all'esito del timpanogramma di Nicola e di suggerirle, nel caso continuasse ad avere la sensazione che il bimbo ci senta poco, di effettuare un esame audiometrico. ♦

Bibliografia

- (1) M. Kenna. Hearing Loss. In: Behrman RE et al. Nelson Textbook of Pediatrics. WB Saunders Company, 16th Edition 2000
- (2) Williamson I. Otitis media with effusion. Clinical Evidence Copyright 2002 BMJ Publishing Group. www.clinicalevidence.com
- (3) Marchetti F, Zocconi E. La terapia dell'otite media essudativa. Medico e Bambino 2003;22:47-51
- (4) Roberts JE, et al. Otitis Media in Early Childhood in relation to Children's School-Age Language and Academic Skill. Pediatrics 2002;110:696-706
- (5) Passalacqua F. Impedenzometria, Microtimpanometria, Riflettometria. In: N. D'Andrea et al. Fai da te per il pediatra. Ed di Medico e Bambino, 2002

PREZZI DEI LATTE: LETTERA ALLE SOCIETÀ E ALL'AIPA

Gli "Amici della Neonatologia Trentina" (ANT) hanno inviato ai presidenti dell'ACP, della SIP, della FIMP, della Società di Neonatologia, di Medicina perinatale e all'AIPA (Associazione delle ditte che commercializzano i latte per lattanti) una lettera, firmata dal presidente Dino Pedrotti, sui prezzi dei formulati. L'ANT si rifà alla esperienza di una provincia di frontiera e riferisce che il costo del latte per lattanti nella vicina Austria è più economico (-300%!) che in Italia. Si chiede, quindi, se il sovrapprezzo che le famiglie italiane pagano vada a compensare l'impegno finanziario che le ditte commercializzanti affrontano per il dono di attrezzature e per gli eventi formativi (spesso sponsorizzati "in località turistiche o navi da crociera o alberghi di lusso"). Questi eventi, prosegue il documento, sono pagati solo apparentemente dalle ditte, ma nella pratica sono pagati dalle famiglie per trasferimento su questi del costo totale. L'ANT chiede alle ditte e alle società scientifiche di fare chiarezza su questi punti e in particolare sulle reali motivazioni del sovrapprezzo e chiede, inoltre, che in tempi brevi i costi dei latte in Italia si allineino a quelli della UE. L'ACP si associa a questa richiesta e noi pubblichiamo a pagina 6 il documento della WHA (Assemblea Mondiale della Sanità) sull'alimentazione dei neonati.

red.

IL PROGETTO CHANCE DI NAPOLI DIVENTA UN FILM

Abbiamo riferito del progetto Chance-Maestri di Strada, progetto di recupero di adolescenti che non andavano più a scuola, realizzato a Napoli, con i finanziamenti del Comune, da un gruppo di insegnanti coordinati da Cesare Moreno e Marco Rossi Doria (vedi il numero di Quaderni acp di febbraio e aprile 2000). "Pesci combattenti" è un film/documentario, girato da due giovani registi, Andrea D'Ambrosio e Daniele Di Biasio, durante le attività del progetto.

È un film che parla della scuola che allontana quei ragazzi difficili, i drop out, come li definisce Moreno, che sono poi proprio quelli che dovrebbero, più degli altri, andare a scuola. Ma la scuola che non sa coinvolgere, interessare, tutti i ragazzi, sembra fatta apposta solo per un tipo di bambino.

Il film è triste: ci mostra l'impotenza della società che non riesce a "tutelare" questi bambini/ragazzi difficili, nati in quartieri disagiati, in famiglie a forte rischio psicosociale, che diventeranno adulti difficili, non inseriti nel circuito sociale ed economico e, con molta probabilità, vivranno ai margini della società. Qualcuno cerca di riparare: questo gruppo di insegnanti, che volontariamente ha deciso di prendersi cura di questi ragazzi, che la scuola ha rifiutato. Il maestro di strada affronta tutti i giorni Anna, Lucia, Antonio, con i loro drammi, le loro violenze, le loro provocazioni, come chiamato a compiere una "missione impossibile".

Viene alla mente Gianni della scuola di Barbiana di don Lorenzo Milani, 14 anni, svagato, allergico alla lettura: "i professori avevano sentenziato che era un delinquente, e non avevano tutti i torti, ma non era un buon motivo per levarselo di torno. Se perde lui e quelli come lui, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati".

"Pesci combattenti" è storia e rappresentazione di un gruppo di ragazzi che nelle aule e nei corridoi della strana scuola di Chance inscena ogni giorno una rappresentazione di se stesso alla faticosa ricerca del giusto copione, alla ricerca forse di un autore. Ne risulta un intreccio di drammi amorosi, di ricerca di lavoro, di apprendimento di una professione, di giochi tra ragazzi, di incontri con gli adulti, a tratti divertente, a tratti triste, a tratti surreale, a tratti dolorosamente caotico. Un film che affronta un problema difficile e doloroso come l'emarginazione deve farlo con estrema delicatezza, con tratti leggeri e pacati, evitando il rischio del folklore, "Pesci combattenti" lo fa, mostrando la vita disordinata di questi ragazzi che sono alla ricerca di un futuro che lo spettatore già immagina difficile, al limite della legalità.

Il documentario ha vinto il premio Cipputi al "Torino Film Festival" per il miglior documentario sul lavoro, perché documenta la fatica degli insegnanti e degli educatori per tirare su ragazzi che non hanno voglia o motivazioni per aprirsi e partecipare alla vita civile.

p.s.

Matilde, una bambina che non dorme

Federica Zanetto*, Michele Gangemi°

*Pediatria di famiglia ACP Milano e Provincia, °Pediatria di famiglia ACP Verona

Abstract

Matilde, a child who doesn't sleep

A typical case of sleeping disorder with difficulty in falling asleep and parents ready to do every possible thing. In absence of real evidence regarding the use of niaprazine the paediatrician tries to build a solid alliance with parents.

Quaderni acp 2004; 11(1): 34-35.

Key words Sleep. Sleep disorders. Niaprazine.

Il problema analizzato in questo scenario riguarda un tipico caso di sonno difficile, con una coppia di genitori disposti a provare qualsiasi cosa. Dalla ricerca cartacea e successivamente in PubMed vengono reperiti pochi studi, condotti su piccoli numeri, con dati di efficacia non conclusivi sull'utilizzo della niaprazina. Il pediatra cerca di creare con i genitori un'alleanza costruttiva.

Parole chiave Sonno. Disturbi del sonno. Niaprazina.

Dicevamo nello scorso numero che la EBM è attualmente lo strumento migliore di cui disponiamo per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca; aggiungevamo che questo processo, di per sé non facile prevede, alla fine, di ritrasferire il problema dalla "POPOLAZIONE" della ricerca al malato che ci sta davanti. 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.

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. Anzi la "forza" della EBM può rendere più unidirezionale, e quindi più conflittuale, 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 prova a mettere insieme, con degli esempi tratti dal vivo, i due approcci: quello basato sulla evidenza e quello narrativo.

Scenario clinico

Matilde è una bambina di 9 mesi con seri disturbi del sonno. I genitori vengono in ambulatorio chiedendo al pediatra - che ha appena preso in carico la piccola, trasferita

da poco con la famiglia - un appuntamento per il bilancio di salute. Già in questo primo, breve, colloquio gli anticipano la descrizione delle loro notti agitate, con una bimba che non dorme mai più di mezz'ora consecutiva, con frequenti risvegli (box 1). Visibilmente in difficoltà, chiedono l'unico cambiamento possibile: fare dormire Matilde.

Cosa dice (o non dice) l'Evidence Based Medicine

Il pediatra, che vuole evitare risposte superficiali e generiche alla domanda dei genitori, intanto va a cercare il termine NIAPRAZINA nell'indice 1995-2002 del *Medical Letter* e in quello 1996-2002 di *Prescrire*, entrambi a portata di mano nello scaffale delle riviste in ambulatorio: nessun risultato nel primo caso; una citazione (*Niaprazine* 1996;164:511-13) nell'indice di *Prescrire*.

Viene recuperato l'articolo dall'archivio online della rivista, che dapprima commenta due RCT in doppio cieco vs placebo, selezionati dalla ricerca bibliografica effettuata dalla rivista stessa: solo uno dei due studi però, non pubblicato, è condotto con il dosaggio del farmaco indicato in età pediatrica, in 30 bambini trattati per 6 notti consecutive, senza differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la durata del sonno (*Laboratoires Carrion "Document de synthèse du dossier de demande de validation de la spécialité Nopron sirop enfants" 11 décembre 1985*). In un altro RCT niaprazina vs placebo - i numeri sono sempre molto

Box 1

Papà: Capisce, dottore, siamo arrivati a un punto che non sappiamo proprio più come affrontare ...

Mamma: Il problema

Papà: Anche perché i parenti più stretti praticamente continuano a dire: io farei così o così

Mamma: E noi non sappiamo più se facciamo cose giuste o sbagliate...

Pediatra: Ma voi cosa avete fatto fino ad ora?

Mamma: Abbiamo provato anche uno sciroppo... mi pare fosse malva, ma non le piaceva... Ci hanno detto però che ce n'è uno non omeopatico, che si può dare anche ai bambini piccoli...

Papà: Siamo disposti a provare anche questo, qualsiasi cosa...

Pediatra: Ne riparlamo meglio domattina, dopo avere conosciuto Matilde, e vediamo insieme cosa si può fare...

piccoli: 36 bambini, dai 6 mesi ai 6 anni, trattati per una settimana - il farmaco mostra un miglioramento significativo dello score globale relativo a 10 parametri del sonno valutati da due medici (Ottaviano S, et coll. The effect of niaprazine on some common sleep disorders in children. A double-blind clinical trial by means of continuous home-videorecorded sleep. *Child Nerv Syst* 1991;7:332-5). Viene infine citato un trial clinico niaprazina vs chlordesmetildiazepam, condotto su 60 bambini di età 1 mese-3 anni, trattati per 10 giorni a dosi non precisate: i due farmaci non modificano in modo significativo i 3 parametri valutati (difficoltà nell'addormentamento, risveglio precoce, numero di risvegli notturni) (Montanari G, et al. Niaprazine vs chlordesmetildiazepam in sleep disturbances in pediatric outpatients. *Pharmacol Res* 1992;25,suppl.1:83-4).

La domanda in tre parti

Il pediatra potrebbe già dare una prima risposta ai genitori: i dati di efficacia sull'utilizzo della niaprazina non sono conclusivi,

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanetto@tin.it

gli studi sono pochi e condotti su piccoli numeri. Decide comunque di verificare, con una ricerca più sistematica e aggiornata, se sono disponibili in letteratura dati più recenti. Ricorre perciò allo schema di “scenari”, a partenza dalla domanda:

- nel **bambino piccolo con turbe del sonno** [POPOLAZIONE]

- il trattamento con **niaprazina** [INTERVENTO]

- è efficace nel migliorare il **sonno notturno** (addormentamento, risvegli)? [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Nel MeSH Browser di PubMed esistono i termini *Sleep disorders* e *Infant*, ma, sorpresa! non *Niaprazina*. Viene fatto un tentativo con *Antihistaminics* e lanciata la query “**Sleep disorders**” AND “**Infant**” AND “**Histamine H1 antagonists**”: nessuno studio viene selezionato.

Lo stesso succede sostituendo nella domanda “sleep disorders” con “nocturnal awakening” (in realtà il problema non è “la bambina non dorme”, ma “la bambina si risveglia”). Non dà risultati utili nemmeno la sostituzione nella stringa di ricerca di “**Histamine H1 Antagonists**” con “**Drug Therapy**”. Un ultimo tentativo viene fatto con Yahoo, che trova una revisione sistematica recente, in cui vengono confrontati trattamenti farmacologici (4 trials) e non (Rachmandani P, et al. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320:209). L'unico studio riguardante la niaprazina è però ancora quello di Montanari del 1992, già commentato su *Prescrire*.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

Sia la ricerca tradizionale che quella in banca dati non forniscono dunque alcuna informazione né prova di efficacia conclusiva sull'utilizzo della niaprazina nelle turbe del sonno di bambini di età compresa tra 6 mesi e 3 anni. La valutazione clinica e di eventuali effetti collaterali è ridotta; ne viene raccomandato inoltre un utilizzo nel lattante eccezionale e comunque limitato nel tempo. Il pediatra, visitata la bambina il giorno successivo (senza riscontrare nulla di patologico), procede a questo punto nel suo intervento con la famiglia, con considerazioni non dovute semplicemente a sue generiche e implicite convinzioni (*box 2*).

Discussione generale

Il pediatra, già durante il primo breve collo-

Box 2

Pediatra: Ieri ci siamo lasciati con la vostra domanda sull'uso dello sciroppo, dopo altri tentativi già messi in atto, pur di fare dormire Matilde. Purtroppo sono molto pochi gli studi che valutano l'efficacia di questo farmaco e il suo utilizzo nei bambini, anche se ve ne hanno parlato in questo senso. Proviamo allora a rivedere insieme cosa succede la sera. Dunque, la bambina mangia verso le otto, e poi...

Madre: Allora, in genere, si addormenta da sola alle otto, subito dopo che ha mangiato, e si sveglia tra le sei e le sette, quando è tardi...con cinque risvegli quando va bene...

I genitori spiegano che la bambina si agita, piange e costringe la mamma a fare continuamente qualcosa (darle il biberon, prepararle un po' di camomilla, prenderla in braccio, finché si riaddormenta). Pensando anche a una digestione difficoltosa, hanno provato a darle, come pappa serale, il latte, o il semolino, o il brodo di verdura, ma senza cambiamenti.

Pediatra: Dove dorme la bambina?

Madre: Adesso dorme con me... è stata una scelta un po' sofferta, ma non è che possiamo continuare così...

Pediatra: Ha mai provato a dormire il papà con la bambina?

Padre: Guardi...

Madre: Però la bambina era già agitata e io ho detto che se cominciava con lei agitata...

Pediatra: Beh, io sarei molto curioso di fare questo esperimento di dormire anche con tutti e due, e poi eventualmente, se funziona, magari anche solo con lui, perché allora potrebbe essere utile levare la mamma che in qualche modo è...

Madre: Perché magari sono io agitata perché le trasmetto...

Papà: Magari si risolve con questo consiglio come dice lei...

Madre: Io sono disposta a fare tutto, qualsiasi cosa

Pediatra: Io proverei questa strategia semplice e poi ci sentiamo tra quattro-cinque giorni... non mi aspetto che rientri tutto, però se la cosa diventa più gestibile da parte vostra, poi, andando avanti, migliora anche la bimba...

quio, ascolta e cerca di capire cosa stanno chiedendo genitori con la loro descrizione, in quel momento sintetica, rapida, un po' confusa. Sa che in questo contesto (situazione esasperata, genitori disorientati) è importante ancora una volta evitare rassicurazioni superficiali e conclusioni affrettate: consapevole che in quel primo contatto il tempo è troppo stretto per consentirgli un ascolto efficace, propone con l'incontro successivo un tempo “apposito”, che vuol dire disponibilità mentale a capire la situazione e a definire degli obiettivi. Dopo la sua ricerca, il pediatra sa anche che la letteratura non gli fornisce dati conclusivi per una risposta agevole e immediata alla famiglia di Matilde.

Nell'incontro successivo, dopo un breve cenno al suo sapere per quanto riguarda il trattamento dei disturbi del sonno nel bambino piccolo, aspetta prima di dire, spiegare, dare consigli. L'obiettivo infatti è la costruzione di una strategia condivisibile, fattibile, non estranea alla famiglia, unico intervento che può rendere possibile il cambiamento richiesto in quel momento (evitare i frequenti risvegli notturni di Matilde).

La narrazione dei genitori procede sempre meno aggrovigliata e confusa, innescata da una serie di domande da parte del pediatra,

che mantengono acceso il punto interrogativo, mettono in luce quello che la famiglia sta pensando, permettono di costruire un'ipotesi percorribile. In questo modo, introducendo solo alcune piccole informazioni, il medico alla fine propone un esperimento che a quel punto è accettabile per la famiglia: non è infatti un consiglio, ma il risultato di una costruzione fatta insieme, in un clima di progressiva collaborazione.

“Evidenza” e “narrazione”: la sintesi

Nel caso riferito la ricerca rigorosa delle conoscenze disponibili (o meno) in letteratura consente al pediatra di definire meglio il proprio campo d'azione per un intervento efficace con la famiglia.

Evita di rassicurare, spiegare, proibire, prescrivere in prima battuta. Innesca invece il racconto da parte dei genitori, facilita il passaggio delle informazioni con un uso accorto delle domande, accoglie parti della narrazione per introdurre alla fine la sua proposta di comportamento rivolta ai genitori. Il cambiamento, a quel punto, è accettabile, condivisibile, comprensibile e interessante; riuscire a rinunciare al farmaco in prima istanza e rafforzare le competenze genitoriali diventa un obiettivo possibile. ♦

A un lattante anemico fa male il ferro

Licia Raimondi, Chiara Locatelli, Augusto Biasini*, Mauro Pocecco
 UO di Pediatria e *Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Abstract

Iron harmful in an anemic baby

Serum vitamin E levels are generally reduced in newborn infants. This deficiency is responsible for the development of hemolytic anemia in premature infants during the first 6 weeks of life. We report a case of vitamin E-dependent anemia in a newborn.

Quaderni acp 2004; 11(1): 36-37.

Key words E vitamin deficiency. Anemia. Prematurity.

I livelli sierici di vitamina E sono generalmente ridotti nei neonati. Tale deficit può determinare lo sviluppo di un'anemia emolitica nei prematuri durante le prime 6 settimane di vita. Riportiamo un caso di anemia da carenza di vitamina E in un neonato.

Parole chiave Deficit Vitamina E. Anemia. Prematurità.

La storia

EBW. è nato pretermine alla 33° settimana, con peso di 2350 g, per una rottura prematura delle membrane; è stato ricoverato per un distress respiratorio di tipo I e dimesso con supplemento di vitamina D e A. Alla dimissione l'obiettività è negativa; il bambino è vivace e reattivo e si alimenta con latte materno. L'Hb è di 13,9 g/dl.

A 24 giorni di vita viene ricoverato per crisi di pianto.

Gli esami ematochimici dimostrano la presenza di un'anemia di discreta entità: Hb 7,8 g/dl.

Poiché la crisi di pianto si risolve rapidamente, il problema che si deve affrontare è quello dell'anemia e le ipotesi diagnostiche che vengono pianificate sono:

1. anemia del prematuro
2. anemia da emorragia
3. anemia emolitica

La diagnosi

Le ipotesi e il ragionamento diagnostico

1. L'anemia del prematuro può essere secondaria a diverse cause. La principale è legata a un mancato rilascio di eritropoietina; vi può concomitare una carenza relativa di riserve marziali in rapporto a un incremento ponderale rapido; non si accompagna mai a reticulocitosi.

2. L'anemia da emorragia, specie se immediatamente prima o durante il parto, può esprimersi alla nascita ma anche successivamente.

3. Le anemie emolitiche si accompagnano, per definizione, a un aumento dei reticulociti e a una riduzione delle aptoglobine. Quest'ultimo rilievo, in verità, può non essere aspecifico in epoca neonatale, quando le aptoglobine possono essere indosabili. Di fronte al sospetto di anemia emolitica il primo passo deve essere quello di stabilire se si tratta di una forma Coombs positiva o negativa. Una incompatibilità minore, specie del gruppo ABO, può esprimersi tardivamente.

Gli esami ci dicono che:

- sideremia e ferritina sono normali, e quindi non c'è carenza marziale;
- l'aptoglobina è indosabile;
- vi è aumento dei reticulociti: 32 x 1000 RBC (69.760/mmc) con test di Coombs negativo in assenza di incompatibilità materno-fetale.

L'anamnesi ci suggerisce che non pare ci possa essere stata perdita di sangue: in due esami emocromocitometrici nei primi giorni di vita il livello di Hb aveva dimostrato di essere stabile (Hb 14 e 13,9 g/dl in prima e in quarta giornata di vita).

Una perdita successiva appariva poco probabile per la negatività della ricerca del sangue occulto fecale e l'assenza di altri segni o sintomi suggestivi di una emorragia interna.

Una perdita ematica, inoltre, non si accompagna a un consumo delle aptoglobine.

È ragionevole orientarsi verso una forma di anemia emolitica Coombs negativa; quale?

Tra le forme Coombs negative, in epoca neonatale, si deve pensare anche a una infezione connatale. Il citomegalovirus (CMV), in particolare, può essere causa di anemia emolitica con meccanismo non del tutto chiaro. È difficile, peraltro, che una infezione connatale si esprima solo con anemia emolitica. In ogni modo, scolasticamente, avremmo dovuto eseguire anche un TORCH, che non abbiamo eseguito.

Sempre nell'ambito delle forme Coombs negative si deve pensare ad altre forme (congenite, da deficit enzimatici):

1. deficit di G6PD e piruvato-chinasi: gli enzimi intraeritrocitari sono risultati nella norma;
2. emoglobinopatie e talassemie; le più comuni emoglobinopatie, causate da una mutazione della beta-globina (anemia a cellule falciformi, beta-talassemia), non si esprimono alla nascita per la persistenza dell'HbF tipica del neonato che contiene catene gamma al posto delle beta;
3. sferocitosi ereditaria; mancava la familiarità, non erano presenti i tipici sferociti allo striscio periferico e soprattutto le resistenze osmotiche erano normali.

Si deve pensare anche alla carenza di vitamina E; infatti la vitamina E ematica è indosabile.

Il trattamento e la definizione diagnostica

Viene iniziato un trattamento ex adiuvantibus con vitamina E (45 UI/die), integrata con un preparato a base di solfato di ferro e folina.

Al controllo, dopo 10 giorni, l'anemia non è migliorata, anzi è peggiorata: Hb 7,1 g/dl vs 7,8 g/dl, e la vitamina E continua a essere indosabile.

La compliance della madre ci sembra affidabile. Un malassorbimento è escluso dalla ricerca dei grassi fecali, da chimo-

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

il caso che insegna

tripsina ed elastasi fecali, da tripsinemia, e lipoproteine sieriche.

Si riprende la somministrazione di vitamina E e si sospende la terapia marziale per os. Il risultato è sorprendente: dopo una settimana il valore di Hb è di 8,9 g/dl e quello della vitamina E di 1827 mcg/dl (vn 300-1200 mcg/dl).



Che cosa abbiamo imparato

Anzitutto abbiamo re-imparato l'anemia da deficit di vitamina E, che era un ricordo lontano. L'alfa-tocoferolo è una vitamina liposolubile e ha effetto antiossidante.

Le manifestazioni ematologiche conseguenti a un deficit di vitamina E si possono esprimere in epoca neonatale e successivamente solo in condizioni di grave malassorbimento di grassi.

Nel neonato, specie se pretermine, una carenza anche solo marginale di vitamina E può determinare una emolisi per la nota fragilità del globulo rosso a proteggersi dall'ossidazione. In quest'epoca i sistemi enzimatici del globulo rosso preposti a difenderlo dagli insulti ossidativi sono più fragili e necessitano di adeguati livelli di vitamina E che è un antiossidante (1,2).

Livelli inferiori a 500 mcg/dl di vitamina E nel neonato possono determinare anemia. In tempi meno recenti, quando il livello ematico della vitamina E non poteva essere dosato, la diagnosi riposava sull'evidenza di una aumentata emolisi in presenza di un ossidante in vitro (H₂O₂: test al peridolo). I neonati di basso peso alla nascita (< 1500 g) hanno

livelli di vitamina E sierici e tissutali bassi; se nutriti con una dieta ricca di acidi grassi polinsaturi, che ne inibiscono ulteriormente l'assorbimento, e se ricevono un inadeguato apporto vitaminico possono sviluppare tra le 4 e le 6 settimane di vita un'anemia emolitica da danno ossidativo. L'ossidazione determina un danno di membrana responsabile della emolisi (3,4). Nella sua forma tipica l'anemia è associata ad alterazione morfologica dei globuli rossi, e a trombocitosi ed edema del dorso dei piedi e dell'area pretibiale (5).

La normale predisposizione del neonato pretermine a sviluppare l'anemia da carenza di vitamina E è amplificata, oltre che dall'assunzione di un eccesso di acidi grassi polinsaturi, anche da un eccesso di ferro nella dieta. Quando ferro inorganico e vitamina E vengono assunti insieme, diminuisce l'assorbimento di entrambi. La terapia consiste in un supplemento vitaminico (6).

Dunque:

1. una carenza di vitamina E in epoca neonatale può essere causa di anemia emolitica, specie nel prematuro;
2. tale condizione deve essere sempre prevenuta mediante la somministrazione profilattica di vitamina E nel prematuro;
3. la somministrazione contemporanea di preparati di ferro con la vitamina E ne inibisce l'assorbimento, e pertanto i due preparati non vanno mai somministrati contemporaneamente. ♦

Bibliografia

- (1) Kaempf DE, Linderkamp O. Do healthy premature infants fed breast milk need vitamin E supplementation: alpha and gamma tocopherol levels in blood components and buccal mucosal cells. *Pediatr Res* 1998;44(1):54-9
- (2) Henderson KC, Torch E. Vitamin E-dependent anemia in a premature infant. *South Med J* 1976;69(9):1237-8
- (3) Fritsma GA. Vitamin E and autoxidation. *Am J Med Technol* 1983;49(6):453-6
- (4) Bell EF, Filer LJ jr. The role of vitamine E in the nutrition of premature infants. *Am J Clin Nutr* 1981;34(3):414-22
- (5) Nathan, Oski. Hematology of infancy and childhood. *Saunders* 1993:445-6
- (6) Zipursky A, Brown EJ, Watts J, et al. Oral vitamin E supplementation for the prevention of anemia in premature infants: a controlled trial. *Pediatrics* 1987;79(1):61-8

"GLI ARGONAUTI" 14-16 maggio

Matera
Auditorium. Piazza Sedile

venerdì 14 maggio

Mattino

Il patto fra generazioni

(A. Perna, Messina)

I difetti di crescita

(F. DeLuca, Messina)

Scenari clinici

(Specializzandi dell'Univ. di Messina)

Dieci domande di neuropsiatria

(L. Pavone, Catania)

Pomeriggio

Problemi correnti di ortopedia pediatrica

(G. Maranzana, Trieste)

I trapianti in età pediatrica

(B. Gridelli, Palermo)

Scenari clinici

(Specializzandi dell'Univ. di Messina)

La stipsi

(G. Magazzù, Messina)

15 maggio sabato

Mattino

Dieci domande al genetista

(G. Corsello, Palermo)

Scenari clinici

(Specializzandi dell'Univ. di Messina)

Trent'anni dell'ACP

(N. D'Andrea, Matera)

La pediatria di gruppo

(A. Brienza, Cantù)

"Dottore, vorrei fare tutti gli esami"

(P. A. Macchia, Pisa)

Pomeriggio

Gruppi di lavoro:

Gli esami di laboratorio

La pediatria di gruppo

Endocrinologia

Allattamento al seno

Gastroenterologia

Il neonato dimesso

Ortopedia pediatrica

16 maggio domenica

Il bambino che non dorme

(A. M. Moschetti, Palagiano)

Progetto di ricerca

sull'allattamento al seno

(S. Conti Nibali, Messina)

Scenario clinico

(Specializzandi dell'Univ. di Messina)

L'etica dell'errore

(F. Panizon, Trieste)

Info.: ACP Puglia-Basilicata
tel. 080-3149709

Saper controllare il dolore nel bambino

Fabio Pivi*, Georgia Malewski°, Stefano Bonarelli*

*U.O. di Anestesia e Terapia Intensiva, A.U.S.L. Cesena, °Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione. Università di Bologna.

Abstract

Pain control in childhood

A good control of pain in a child is moreover necessary than in an adult; either for acute pain as in post surgery follow up, than in chronic benign or malignant pain. Recognizing its etiology and evaluating its intensity are the two necessary parameters in order to cure pain. The aim of this article is to incite a fully aware use of analgesics either by giving the ways to quantify pain in paediatric patients than by giving practical and general spurs for the use of these drugs.

Quaderni acp 2004; 11(1): 38-41.

Key words Pain. Pain control. Analgesics.

Nel bambino, ancor più che nell'adulto, è necessario un controllo ottimale del dolore, sia esso un dolore acuto, come nel decorso postoperatorio, sia esso un dolore cronico benigno o maligno quale quello oncologico. Sono due i parametri essenziali per la cura del dolore: il riconoscimento della sua eziologia e la valutazione della sua intensità. Scopo del nostro articolo è quindi quello di stimolare un uso consapevole dei farmaci analgesici, fornendo sia i mezzi di quantificazione del dolore nel paziente pediatrico, sia dando dei suggerimenti di ordine generale per l'utilizzo di questi farmaci.

Parole chiave Dolore. Controllo del dolore. Analgesici.

Per lungo tempo anestesisti, chirurghi e gli stessi pediatri, hanno sottovalutato il problema del dolore nel bambino. Fino a pochi anni fa, infatti, anche su importanti riviste internazionali si affermava che "i bambini raramente necessitano di terapia antalgica perché tollerano il dolore molto bene". La svolta è avvenuta solamente nel 1987 quando Anand, dopo numerosi studi, pubblicò nel "NEJM" un articolo in cui afferma che "a partire dalla ventiquattresima settimana di età gestazionale sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore". Secondo i suoi studi, mentre il sistema neuro-eccitatorio ha uno sviluppo rapido, le vie inibitorie hanno una maturazione più lenta. È dimostrato, infatti, che i neonati a termine e i prematuri non solo percepiscono il dolore ma lo percepiscono con una intensità maggiore rispetto agli adulti. Dal 1987 ad ora sono stati condotti molti studi in questo campo e le nuove conoscenze scientifiche hanno portato ad una continua evoluzione e ad enormi miglioramenti nel trattamento del dolore nel bambino.

Il dolore non è più considerato come semplice sintomo ma come una sindrome da prevenire o curare in modo adeguato.

In tale ottica il controllo del dolore va affrontato con un approccio multimodale, con linee guida opportune, abbandonando alcuni concetti errati quali:

- i bambini non percepiscono il dolore o comunque lo tollerano molto bene;
- i bambini non ricordano il dolore;
- è meglio non utilizzare gli oppiacei nei bambini perché vi è il rischio di dipendenza.

La valutazione del dolore

Per affrontare e curare adeguatamente il dolore, nel bambino come nell'adulto, è necessaria una sua quantificazione tale da permettere un intervento mirato ed efficace.

A tale scopo sono nate varie scale, studiate specificamente per il bambino che, se annotate in cartella ci danno un quadro dell'intensità del dolore provato nel momento stesso, sia il suo andamento nel tempo. Queste scale sono adeguate all'età del piccolo paziente:

Bambini in età prescolare: l'osservatore assegna un punteggio basandosi sui vari parametri di comportamento (pianto, posizione del paziente, espressione del viso...) e su parametri fisiologici (F.C., P.A., ritmo respiratorio e sudorazione). Le più note tra queste scale sono:

- **CRIES** (*Crying Requires O₂ Increased Vital Signs Expression Sleepness*) (tabella 1)
- **CHEOPS** (*Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale*) (tabella 2)
- **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile*) (tabella 3)

Bambini in età scolare: per questi bambini capaci di esprimere, pur con relativa semplicità, le proprie sensazioni, possono essere utilizzati differenti tipi di scale.

- **SCALA A FACCINE:** il bimbo sceglie una delle tante faccine con espressione diversa che va dal sorriso al pianto.
- **NRS** (*Numeric Rate Scale*): il bambino assegna al suo dolore un numero che va da 0 a 10.
- **VRS** (*Verbal Rate Scale*): il bambino assegna al proprio dolore un aggettivo, da "nessun dolore" a "dolore fortissimo".
- **COLOR ANALOG SCALE:** il bimbo sceglie un colore associandolo al proprio dolore per cui i colori più intensi sono associati al massimo del dolore.
- **VAS** (*Scala Analogica Visiva*): si presenta sotto forma di linea retta in cui un'estremità della linea rappresenta nessun dolore, l'estremità opposta il massimo dolore possibile.

I vari tipi di dolore

Dolore nocicettivo È solitamente ben localizzato, acuto e risponde bene alla somministrazione di FANS e oppioidi.

Dolore viscerale È meno ben localizzato, acuto e profondo, a volte intermittente

Per corrispondenza:

Fabio Pivi

e-mail: anestes@ausl-cesena.emr.it

saper fare

TABELLA 1: CRIES (CRYING REQUIRES O₂: INCREASED VITAL SIGNS EXPRESSION SLEEPNESS)

	0	1	2
Pianto	No	Acuto	Inconsolabile
Necessità di O₂ (per mantenere SpO₂ >95%)	No	< 30%	>30%
Indici vitali aumentati	F.R. e PAOS pre operatori	F.R. e PAOS < 20%	F.R. e PAOS > 20%
Espressione	Nessuna	Smorfie	Smorfie/Grugniti
Insonnia	No	Frequenti risvegli	Sveglio

TABELLA 3: PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE)

	0	1	2	3
Età gestazionale	> 36	32-35+ 6	28-31+ 6	< 28
Comportamento	Tranquillo/dorme	Attivo/dorme	Tranquillo/sveglio	Attivo/sveglio
Cambiamento del battito cardiaco	Fino a 0-4 bpm	Fino a 5-14 bpm	Fino a 15-24 bpm	Fino a >25 bpm
Diminuzione SpO₂	0-2,4 %	2,5 - 4,9 %	5-7,4 %	> 7,4 %
Corrucciamento	Nessuno	Minimo	Moderato	Massimo
Strizza gli occhi	Nessuno	Minimo	Moderato	Massimo
Arriccia il naso	Nessuno	Minimo	Moderato	Massimo

come nella colica biliare o renale. In genere risponde favorevolmente agli oppioidi, soprattutto quelli con attività κ e δ come il tramadolo. Possono risultare utili anche i FANS.

Dolore neuropatico Compare in seguito alla lesione di un fascio nervoso ed è urgente a tipo "scossa elettrica" spesso associato a disestesie, allodinia e iperalgesia. Refrattario agli oppioidi, risponde ai farmaci come l'amitriptilina, la carbamazepina, il gabapentin e la clonidina.

La scelta dei farmaci

Il protocollo standard suggerito dall'OMS e valido per gli adulti, trova applicazione anche per i bambini.

Dolore lieve o moderato Si utilizzano paracetamolo, FANS e gli oppioidi deboli.

Dolore di media entità Si utilizzano gli oppioidi associati ai FANS.

Dolore severo È raccomandato l'utilizzo degli oppioidi maggiori. I FANS possono essere utili per potenziare l'effetto degli

oppioidi. Gli anestetici locali trovano indicazione per la somministrazione intratecale o peridurale.

Le vie di somministrazione

Via intramuscolare Questa via andrebbe evitata nel piccolo paziente non solo per la spiacevole sensazione provocata ma anche per l'imprevedibilità dei livelli plasmatici ottenuti.

Vie orale e rettale Sono le più utilizzate.

Via endovenosa Si utilizzano dosi ripetute di analgesico ad orari fissi o, meglio, si possono praticare infusioni continue con pompe-siringa, pompe elettroniche o elastomeri.

Via transdermica, transmucosa, sublinguale Attualmente poco utilizzate nei bambini.

Via sottocutanea È una via di facile utilizzo soprattutto nelle patologie croniche o neoplastiche terminali in cui scarseggiano gli accessi venosi, oppure nei pazienti ustionati.

TABELLA 2: CHEOPS (CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE)

Pianto	Non piange	1
	Geme	2
	Piange	2
	Urla	3
Espressione	Sorride	0
	Composto	1
	Smorfie	2
Verbale	Positiva	0
	Nessuna	1
	Si lamenta di altro	1
	Si lamenta del dolore	2
	Entrambi	2
Torso	Neutro	1
	Cambia posizione	2
	Teso	2
	Tremante	2
	Eretto	2
	Controllato	2
Tatto	Non tocca	1
	Cerca	2
	Tocca	2
	Afferra	2
	Bloccato	2
Gambe	Neutro	1
	Si agita/scalcia	2
	Piegare/tese	2
	In piedi	2
	Bloccato	2

Via peridurale Poco utilizzata la somministrazione a boli intermittenti di analgesici, infusi invece, preferibilmente, con elastomeri o pompe elettroniche.

Via intratecale La somministrazione di farmaci è attuata esclusivamente con l'ausilio di pompe elettroniche.

P.C.A. (patient controlled analgesia) L'analgesia è controllata dal paziente, in genere di età superiore ai 6 anni; agisce su una pompa elettronica dove la dose-bolo, gli intervalli di somministrazione (lock-out) e la dose massima giornaliera sono stabiliti dal medico.

N.C.A. (nursed controlled analgesia) In questo caso è l'infermiera a gestire questa metodica agendo sulla pompa elettronica e somministrando boli preimpostati. **Infiltrazione delle ferite chirurgiche con anestetico locale (creme anestetiche)**

Applicate un'ora prima di effettuare un prelievo, di posizionare un ago-cannula o di eseguire un blocco anestetico periferico.

TABELLA 4: FANS PIÙ UTILIZZATI IN PEDIATRIA

	Somministrazione per os	Somministrazione rettale	Somministrazione e.v.
Aspirina	10-15 mg/kg ogni 4 h fino a 90-120 mg/kg/die	Stesso dosaggio	
Ibuprofene	8-10 mg/kg ogni 6 h fino a 40 mg/kg/die		
Diclofenac	1 mg/kg/die		
Naprossene	6-8 mg/kg ogni 12 h fino a 20 mg/kg/die		
Ketorolac	0,15 mg/kg ogni 8 h per 5 gg al massimo		0,5 mg/kg ogni 8 h per 2 gg al massimo
Paracetamolo	10-15 mg/kg ogni 4-6 h	Stesso dosaggio	
	-fino a 50-60 mg/kg/die neonati	Prima dose nel post-operatorio 40 mg/kg	
	-fino a 75 mg/kg/die nei bimbi piccoli		
	-fino a 90-100 mg/kg/die nei bimbi più grandi		
	Dose tossica > 140 mg/kg/die		

TABELLA 5: FARMACI UTILIZZATI NEL DOLORE ONCOLOGICO DEL BAMBINO

Farmaco	Dose	Via di somministr.	Numero somministr./die
Tramadolo	1-2 mg/kg	os, e.v.	3-4
Codeina	0,5-1 mg/kg	os	4-6
Morfina a rilascio immediato*	0,15-0,3 mg/kg	os	4-6
Morfina a lento rilascio°	0,9 mg/kg	os	2
	0,6 mg/kg	os	3
Morfina cloridrato fiale	0,1 mg/kg	e.v., s.c., i.m.	
	0,03-0,05 mg/kg/he.v., s.c.	4	
Metadone	0,15 mg/kg	os	1-2
Ibuprofene	10 mg/kg	os	3
Naprossene	5 mg/kg	os	2-3
Ketoprofene	0,5-1 mg/kg	os, e.v.	3
Ketorolac	0,5 mg/kg	e.v.	2-3

*Oramorph: sciroppo 2 mg/ml. soluzione orale 20 mg/ml (1 ml = 16 gocce = 20 mg)
°MS Contin - Skenan: discoidi da 10-30-60-100 mg

I farmaci impiegati nella terapia del dolore acuto

FANS. Trovano indicazione nella cura degli stati infiammatori, nel dolore muscolo-scheletrico, nelle patologie reumatiche, nei traumi, nel dolore post-operatorio e nel dolore oncologico per (tabella 4) potenziare l'azione degli oppioidi. Poiché agiscono principalmente inibendo la sintesi periferica delle prostaglandine, i FANS non influenzano sulla ventilazione, non provocano nausea e/o vomito, ileo, spasmo

biliare o ritenzione urinaria. È comunque importante ricordare gli effetti collaterali più comuni quali gastrolesività, tossicità renale, inibizione dell'attività piastrinica e manifestazioni allergiche.

Oppioidi Indicati nel dolore di elevata intensità, gli oppioidi risultano essere ancora poco utilizzati nel bambino, principalmente per il timore della depressione respiratoria e dell'assuefazione.

Morfina: è il farmaco oppioide di riferimento. Nel neonato la sua emivita è prolungata a causa dell'immaturità epatica e renale; dopo i primi due mesi di vita, invece, i tempi di eliminazione e i dosaggi divengono sovrapponibili a quelli dell'adulto.

Codeina: è un oppioide debole, convertito in morfina a livello epatico (fino al 10% della dose somministrata). Utile l'associazione con il paracetamolo che ne aumenta l'attività analgesica. Dosaggi: 0,5 mg/kg ogni 4 h per os o per via rettale. Nei bambini con peso superiore ai 50 kg il dosaggio è di 30-60 mg ogni 4 h.

Metadone: è un oppioide caratterizzato da lenta eliminazione, lunga durata d'azione ed elevata biodisponibilità anche per via orale. Rispetto alla morfina provoca minore dipendenza e tolleranza ed è utilizzato nel dolore cronico, nel dolore oncologico e nello svezzamento da altri farmaci oppioidi. Dosaggio: 0,2 mg/kg per os ogni 4-12 h per os. Nella somministrazione e.v. 0,1-0,2 mg/kg come dose carico; 0,05mg/kg le dosi successive. In caso il paziente presenti eccessiva sedazione si consiglia di aumentare gli intervalli tra le dosi.

Meperidina: è controindicata la sua somministrazione cronica per il pericolo di

convulsioni da ipereccitabilità del SNC, dovuta all'accumulo del suo metabolita, la normeperidina. Può essere utile anche nei casi di brivido scuotente o nei tremori incontrollabili. Dosaggio: 0,2-0,5 mg/kg e.v. in bambini con età superiore a 6 mesi.

Fentanil: utilizzato come analgesico soprattutto negli interventi chirurgici e nell'analgesedazione in terapia intensiva, è 80-100 volte più potente della morfina.

È possibile il suo utilizzo per via transdermica (*Durogesic cerotto*). Presto saranno in commercio preparati a base di fentanil somministrabili per via transmucosa (lecca-lecca). Dosaggio: 1-2 mg/kg e.v. (per l'analgo-sedazione in T.I.).

Sufentanil: è 5-7 volte più potente del fentanyl e possiede una maggiore liposolubilità che ne determina il rapido assorbimento. Dosaggio: 0,1 mg/kg/h in infusione continua per l'analgo, sedazione in T.I., dopo bolo di 0,2-1 mg/kg.

Remifentanil: è un oppioide di recente introduzione, adatto per interventi chirurgici prolungati e per l'analgo-sedazione in T.I. grazie alla rapida eliminazione anche dopo infusioni protratte. È quindi l'oppioide di scelta nei pazienti nefropatici, epatopatici e nei neonati ricoverati in T.I. Dosaggio: l'infusione continua va iniziata con dosi pari a 0,025-0,05 μ g/kg/min, mantenendo comunque il paziente in ventilazione controllata o assistita.

Tramadolo: è un oppioide debole, con trascurabili effetti di depressione sul respiro.

Può essere utilizzato per os o per via parenterale. Gli effetti collaterali più comuni sono nausea, vomito, vertigini, disforia e sudorazione. Dosaggio: 1-2 mg/kg ogni 6 h per os o e.v.

Tipologie e sedi del dolore

Il dolore oncologico

La terapia eziologica deve essere accompagnata da una terapia antalgica adeguata attraverso l'utilizzo di oppioidi minori

o maggiori, FANS, anestetici locali e adiuvanti.

La morfina è il farmaco di scelta nel dolore oncologico grave del bambino.

È raccomandabile la somministrazione degli analgesici ad orari fissi ed il trattamento degli effetti collaterali quali stipsi, vomito e nausea (*tabella 5*).

Il dolore addominale cronico benigno

È un dolore cronico ricorrente presente nei bambini di età tra i 5 e i 15 anni, che compare almeno tre volte nell'arco di tre mesi, di durata solitamente inferiore all'ora e che altera le normali attività del bimbo. Localizzato, in genere, in regione periombelica, è associato a nausea, pallore, sudorazione e cefalea.

Si tratta di un dolore viscerale, probabilmente originato dal tenue o dal colon e accompagnato da un dolore riferito. Dopo aver escluso altre gravi patologie ed avere impostato un supporto psicologico, si possono utilizzare farmaci quali paracetamolo, tramadolo, antidepressivi triciclici, anticolinergici e procinetici.

Il dolore muscolo-scheletrico degli arti

Il 7% delle visite dal pediatra sono correlate a un dolore muscolo-scheletrico, spesso dovuto a sindromi ricorrenti croniche benigne e prive di una eziologia organica tra cui, le più frequenti sono le artralgie del ginocchio (33% del totale).

La terapia farmacologica consiste nella somministrazione di aspirina a basse dosi prima di coricarsi o di altri FANS.

Il dolore toracico

È quasi sempre un sintomo benigno con origine da strutture muscolo-scheletriche oppure da strutture toraciche o addominali.

Il dolore toracico cronico benigno si manifesta quindi con episodi intermittenti di dolore profondo, poco localizzato, retrosternale o precordiale, raramente irradiato, generalmente di breve durata. Escluse le cause più gravi, si può curare con farmaci analgesici come il paracetamolo da solo o associato alla codeina e/o con FANS al bisogno.

La sindrome da fibromialgia primaria giovanile

I pazienti accusano un dolore diffuso muscolo-scheletrico ricorrente o cronico. Il dolore è profondo con iperestisie e molti punti dolenti (da 10 a 20), in genere localizzati a livello delle sporgenze ossee e delle inserzioni tendinee. Questi pazienti possono essere trattati con terapia fisica e/o cognitivo-comportamentale unitamente ai FANS.

Il dolore neuropatico

Fra i farmaci più efficaci vanno considerati gli antidepressivi triciclici come l'amitriptilina e la nortriptilina. Gli effetti collaterali più frequenti sono rappresentati da stipsi, ritenzione urinaria, bocca asciutta, visus sfocato e aritmie; nel caso si presentassero tali sintomi, le dosi vanno ridotte.

Dosaggi: si inizia con 10 mg/die ogni sera per 5-7 giorni, aumentando eventualmente la dose di 10 mg/die fino ad ottenere risultati terapeutici. Altri farmaci utilizzabili sono gli anticonvulsivanti quali: Gabapentin: 100 mg/die fino a un massimo di 300 mg/die; Carbamazepina: 100 mg/die, aumentando di 100 mg ogni 3-4 giorni fino a un massimo di 400-600 mg; Fenitoina: 5 mg /kg/die, dose da dividere in due somministrazioni (massimo 250-300 mg/die). A tutti questi farmaci si può associare il tramadolo in qualità di analgesico puro.

Da associare alla terapia farmacologica le terapie cognitivo-comportamentali, le tecniche di rilassamento, gli esercizi ritmici, l'ipnosi, il biofeedback. Fra le terapie fisiche può essere utile la TENS. ♦

Bibliografia essenziale

- Ivani G. Terapia del dolore nel bambino. *SEE Società Editrice Europea*. Firenze, 2000.
 Nicosia F. Il dolore postoperatorio. Valutazione e trattamento. *Mosby, Milano*. 1996.
 Krechel S.W., Blidner J. CRIES: a new neonatal postoperative measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Pediatric Anaesthesia* 1995; 5:53-61.
 Mc Grath P.A., Johnson G., Goodman J.T.: The Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS). *Advances in Pain Research and Therapy* 1985; 9: 395-402.
 Morton N.S.: Pain assessment in children. *Paediatric Anaesthesia* 1997; 7:267-272.
 Novelli G.P.: Terapia del dolore. *SEE Società Editrice Europea*. Firenze 1999.

IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

Il **Centro per la Salute del Bambino (CSB)** è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) fondata nel 1999 da un gruppo di operatori, in primo luogo pediatri, attivi nel campo della salute del bambino.

La missione fondamentale del Centro è quella di promuovere ricerca, formazione e interventi di efficacia dimostrata in aree orfane di attenzione, quali i programmi di prevenzione nelle prime epoche della vita e in adolescenza.

A questo fine il Centro si propone di favorire la collaborazione tra operatori e servizi diversi, fornendo documentazione, occasioni di confronto, percorsi di formazione e di ricerca e supporto alla progettazione di interventi integrati.

Il Centro svolge la propria attività in collaborazione con Enti pubblici e privati, Associazioni, Società scientifiche, Fondazioni, Istituti di Ricerca, Agenzie Governative e non, nazionali e internazionali.

LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Ricerca e documentazione

- Conduzione, partecipazione e supporto a progetti di ricerca
- Collaborazione con il progetto finalizzato del Ministero della Salute "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile"
- Coordinamento della ricerca ACP "Studio collaborativo di verifica dell'applicabilità di linee guida in pediatria ambulatoriale. L'esempio dell'otite media acuta"
- Ricerca sulle abitudini alla lettura ai bambini, in collaborazione con "Nati per leggere"

2. Formazione e aggiornamento

- Corsi di formazione rivolti a operatori sanitari dell'infanzia (pediatri, neuropsichiatri, riabilitatori, ostetriche e ostetrici-ginecologi, psicologi, infermieri, educatori)
- Corsi multidisciplinari sull'abuso e il maltrattamento dei minori per operatori delle aree socio-sanitaria, socio-educativa e giudiziaria
- Corsi per operatori con responsabilità dirigenziali nel settore materno-infantile
- Corsi per operatori sanitari e sociosanitari per le cure agli adolescenti (adattamento del curriculum elaborato a livello europeo dal programma EuTeach)
- Corsi su ricerca e sperimentazione clinica in pediatria ambulatoriale

- Corsi per operatori sanitari su promozione e pratica dell'allattamento al seno
- Corsi per "peer counsellor" sull'allattamento al seno

3. Sviluppo di servizi e progetti

- Attività di formazione e sviluppo di strumenti educativi rivolti a genitori, pianificazione e valutazione di programmi e servizi nell'area materno-infantile, attività di supporto tecnico per programmi di cooperazione sanitaria internazionale, interventi diretti di cooperazione e solidarietà
- Iniziativa "Nati per leggere"
- Progetto "Genitori quasi perfetti" di supporto alla funzione genitoriale
- Collaborazione al progetto della Regione Calabria "Assistenza domiciliare al puerperio"
- Collaborazioni con Aziende sanitarie ed Enti locali per programmi di prevenzione
- Percorsi formativi per operatori sanitari sull'allattamento al seno

4. Solidarietà internazionale

- Raccolta fondi per il *Center for Reproductive Health and Environment* di Nukus (Mare di Aral)

Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

Email csb.trieste@iol.it

<http://www.salutedelbambino.it>

Diagnosi per immagini nei bambini con pielonefrite: tanto rumore per nulla?

Leopoldo Peratoner

UO di Pediatria, Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

Abstract

Diagnostic imaging in childrens with Pyelonephritis. Much ado about nothing?

Starting from a recent paper on the efficacy of imaging studies in young children with acute pyelonephritis, we emphasize that the most relevant intervention to modify the prognosis of these children is to rapidly diagnose and properly treat the acute infection. We discuss the utility of radioisotopic ultrasound studies, usually performed in these children. To conclude, in most cases an ultrasonographic evaluation, possibly repeated 3-4 weeks after the acute infection, seems to be less invasive and informative enough to diagnose the most severe malformations, which may need a further diagnostic evaluation.

Quaderni acp 2004; 11(1): 43-45.

Key words Urinary tract infection. Pyelonephritis. Diagnostic imaging.

Partendo da un recente articolo sull'utilità diagnostica di studi di immagini in bambini con infezione alta delle vie urinarie, l'Autore sottolinea che gli interventi più importanti che possono modificare la prognosi delle IVU alte sono la diagnosi immediata e il trattamento corretto dell'infezione. Vengono discusse l'utilità degli studi radioisotopici ed ecografici usualmente richiesti in questi bambini. L'Autore conclude che nella maggioranza dei casi la valutazione ecografica, eventualmente ripetuta dopo 3-4 settimane dopo l'infezione, sembra essere la metodologia d'esame meno invasiva e abbastanza informativa per far diagnosi delle malformazioni più severe che richiedono poi un più completo processo diagnostico.

Parole chiave Infezione delle vie urinarie. Pielonefrite. Diagnosi per immagini.

Un approccio diagnostico "pesante" nei bambini piccoli con un episodio di pielonefrite acuta (PNA) è tuttora indicato dalle linee guida internazionali. Negli ultimi anni tuttavia sono stati posti alcuni interrogativi sulla reale utilità di queste procedure diagnostiche nel condizionare la prognosi a distanza di questi bambini. Abbiamo visto nel corso degli ultimi decenni enfatizzare prima l'utilità di evidenziare un eventuale reflusso vescico-ureterale (RVU), poi più recentemente altri hanno sottolineato invece l'utilità della definizione del danno parenchimale (scintigrafia a tutti nella fase acuta dell'infezione). Ancora più recentemente, e questo è un po' il messaggio del recente studio pubblicato nel 2003, di Hoberman e coll., riemerge il ruolo del RVU (1). È solo un problema di "mode" o, come sempre accade, si va avanti per nuove conoscenze, errori e dimenticanze, con un andamento che ricorda i vichiani corsi e ricorsi?

Tentiamo di fare un po' di ordine, partendo proprio dal lavoro sopra citato.

Lo studio di Hoberman

Lo studio prospettico di Hoberman riguarda 309 bambini dei primi 2 anni di vita con primo (almeno apparentemente) episodio di PNA.

In tutti questi bambini è stato seguito un protocollo invasivo, che prevedeva:

- ecografia e scintigrafia con DMSA in fase acuta di infezione
- cistouretrografia minzionale dopo circa un mese
- controllo scintigrafico dopo 6 mesi

I risultati dello studio:

1. il 61% dei DMSA è risultato patologico in fase acuta, ma solo nel 9% questa alterazione è risultata persistente (scar) a 6 mesi di distanza;
2. l'ecografia iniziale è stata definita normale nell'88% dei casi e le poche ano-

malie identificate erano alla fine poco utili per una diagnosi certa di PNA e/o di scar e tanto meno di RVU;

3. la cistouretrografia è risultata positiva per RVU nel 39% dei bambini, ma solo il 4% aveva un RVU superiore al 3°.

Gli Autori concludono che scintigrafie ed ecografie sono inutili sia in senso prognostico che nel decidere provvedimenti terapeutici di qualsiasi tipo; unico accertamento possibilmente utile è la cistouretrografia, ma ... forse anche no.

Il dubbio, già espresso precedentemente da altri, riguarda l'utilità della profilassi antibatterica a lungo termine nei bambini con RVU, una prassi tuttora indicata dalla maggior parte delle linee guida.

Questo lavoro sembra per alcuni versi abbastanza scontato (i risultati non sono né sconvolgenti né nuovi), ma molto importante per le considerazioni che gli Autori stessi fanno sui loro dati. Considerazioni in parte condivisibili, in parte meno, soprattutto, come dirò poi, per quanto riguarda l'uso dell'ecografia. Prenderò in esame separatamente gli accertamenti di immagine tradizionali e previsti dalle linee guida, commentandoli alla luce dei dati di Hoberman e di altra letteratura recente, per arrivare a una proposta di cose utili da fare in un bambino al primo episodio di PNA.

La scintigrafia statica (DMSA)

Esame molto attendibile, sia per la diagnosi di PNA che per quella di nefropatia da reflusso o meglio di scar (sappiamo che ci può essere scar anche senza dimostrazione di un RVU); non va dimenticato tuttavia che la dose di irradiazione non è insignificante e che per ottenere dei dati attendibili l'esame richiede l'immobilità del bambino per un tempo abbastanza lungo da richiedere, a questa età, per lo meno una sedazione. Non è quindi un esame "leggero" e, se

Per corrispondenza:
Leopoldo Peratoner
e-mail: pediatria@aopn.fvg.it

il punto su

teniamo conto che in gran parte dei casi dovrà essere ripetuto a distanza per verificare la transitorietà o meno delle lesioni acute, ne consegue un'invasività, a mio parere, eccessivamente rilevante.

Sulla utilità del DMSA "in acuto" nel modificare il comportamento terapeutico ormai i dati sono numerosi e rilevanti, e riguardano:

1. la terapia antibiotica della PNA: non ci sono differenze significative nell'efficacia tra terapia orale e terapia parenterale (2), che secondo alcuni avrebbe forti indicazioni nella PNA DMSA positiva; nella scelta terapeutica rimangono valide alcune regole: terapia orale, sempre eccetto che quando il bambino non sia in grado di assumerla correttamente (vomito o importante compromissione dello stato generale) o quando la durata dell'infezione sia stata lunga prima della diagnosi. In questa situazione un vantaggio, anche se piccolo, della terapia per via endovenosa potrebbe essere influente sull'esito in scar o in gravità della scar stessa. Si tratta in ogni caso di un atteggiamento di prudenza, senza che vi sia una dimostrata prova di efficacia;

2. la previsione dello scarring: sappiamo con certezza che la stragrande maggioranza delle lesioni parenchimali "in acuto" sono transitorie e che invece buona parte delle scar importanti c'erano già prima dell'evento infettivo (la PNA), presenti già nella vita intrauterina (la cosiddetta "displasia"). Così Hoberman conclude sulla non utilità, in termini di bilancio costi/benefici, del DMSA in fase acuta. Anche la dimostrazione della scar, a distanza dall'infezione, potrebbe essere superflua in termini di decisioni terapeutiche, se non fosse che sappiamo che un danno parenchimale rilevante aumenta il rischio di complicanze tardive (ipertensione arteriosa, problemi in gravidanza se si tratta di una bambina, insufficienza renale solo se il danno è bilaterale e importante). Che l'approccio chirurgico al RVU non modifichi la prognosi renale, anche nei casi di nefropatia grave bilaterale (3), lo sappiamo ormai con certezza (*Quaderni acp* 2001;5:48-9).

Mi sembra in definitiva che questi accertamenti possano essere riservati a quei bambini con segni di scarring importante, per quantificare il probabile difetto funzionale e stabilire quindi una prognosi. In questi casi l'esame deve essere fatto a distanza di almeno 4 mesi dall'episodio acuto di PNA. Anche se il "gold standard" è ancora considerato il DMSA, ci sono dati abbastanza attendibili per considerare altrettanto affidabile, e nel contempo più utile per la possibilità di studiare anche la fase dinamica, soprattutto minzionale, lo studio con MAG-3, evitando così il cateterismo vescicale (*vedi paragrafo successivo*).

Hoberman non rileva criteri clinici di rischio di scarring, se non la presenza di un RVU; altri criteri, come la durata della febbre prima della diagnosi e/o dopo l'inizio del trattamento, pur mostrando delle differenze, non raggiungono la significatività statistica (uno studio più esteso potrebbe portare a conclusioni diverse). A mio parere il rischio per il bambino di avere un importante scarring è definito sostanzialmente dal quadro ecografico: ne parlerò nel paragrafo apposito.

La cistografia minzionale

È l'unico accertamento di immagine che secondo Hoberman mantiene una sua validità, perché è l'unico test che possiede un'attendibilità e riproducibilità accettabili per la diagnosi di RVU, ammesso (e questa considerazione viene fatta dagli Autori stessi) che questa diagnosi comporti decisioni terapeutiche dimostratamente efficaci.

Ci sono alcune evidenze recenti che mettono in dubbio questo che fino a poco tempo fa sembrava un dogma: RVU significa atteggiamento terapeutico aggressivo. La prima è la negazione dell'efficacia della correzione chirurgica del reflusso (3,4) nel determinare la prognosi; la seconda è il sospetto (molto forte) che la presenza del reflusso non aumenti significativamente il rischio di recidive di PNA, per lo meno nei RVU di grado lieve-medio, < 4° (5). Sono in corso, anche in Italia, dei trial controllati riguardanti l'efficacia della profilassi: i dati preliminari a mia conoscenza conferma-

no il sospetto che la profilassi stessa non riduca il rischio di recidive, ma che ci siano un certo numero di bambini che possiamo definire "infection-prone" per motivi diversi dalla presenza o meno di un RVU. Se questo fosse verificato definitivamente, cadrebbe una motivazione forte a perseguire la diagnosi di RVU.

Ricordo tuttavia che questa diagnosi può essere in ogni modo fatta con metodiche meno invasive della cistouretrografia radiologica: la cistoscintigrafia annulla quasi del tutto l'irradiazione tissutale e soprattutto gonadica. L'unica limitazione reale di questa metodica è la necessità di visualizzare nei maschi la morfologia uretrale nel sospetto della presenza di valvole uretrali: ma questo sospetto può venir negato anche dall'osservazione di un mitto urinario efficace, continuo, e dall'assenza di residuo post-minzionale (ecografico).

I casi in cui sarà opportuno quindi eseguire una cistouretrografia minzionale radiologica saranno veramente l'eccezione. La ricerca ecografica del RVU è tuttora una metodica che, se non in mani ben sperimentate, ha una scarsa riproducibilità e d'altra parte non evita la cateterizzazione vescicale. Questa manovra non è da considerare priva di conseguenze, se non altro per il trauma, spesso sottovalutato, nella regione genitale, psicologicamente mal tollerato.

L'ecografia

Del tutto bocciata dai dati di Hoberman, ma, a mio parere, ingiustamente.

Se è finalizzata alla ricerca del RVU, la sensibilità è di certo modestissima, sebbene sia ovviamente più elevata per i reflussi di grado elevato (superiore al 3°): questi quasi sempre sono caratterizzati da una dilatazione persistente, anche caliciale, oltre che, spesso, ureterale. Non va quindi utilizzata a questo scopo. Se usiamo gli ultrasuoni dobbiamo sapere che servono, nei bambini con PNA, per due motivi:

1. La definizione dello "stato di salute" del parenchima renale: ci sono dati disponibili a tutt'oggi molto suggestivi per confortare nell'ipotesi che le dimensioni del rene corrispondano abbastanza

fedelmente alla sua funzionalità. Una misurazione ecografica semplice e abbastanza facilmente rilevabile, e quindi riproducibile, è quella del diametro longitudinale (bisogna chiederla al radiologo!). Questa va confrontata con le già disponibili curve di accrescimento renale (6): il rilievo di misure vicine o sotto i percentili bassi deve essere ritenuto un elemento molto suggestivo di un danno parenchimale rilevante; l'unico rischio di errore deriva da una misurazione sbagliata per difetto da parte dell'operatore. Per contro, e su questo l'"errore umano" è più difficile, delle misure vicine alla media ci daranno la certezza che il rene è poco o nulla compromesso funzionalmente. È utile valutare anche le dimensioni del rene controlaterale, sapendo bene che, se c'è un difetto funzionale significativo monolaterale; l'altro rene, se non è pure questo compromesso, sviluppa una ipertrofia compensatoria.

2. La ricerca di anomalie malformative diverse dal RVU o più complesse (idronefrosi da ostruzioni o duplicità, con o senza ureterocele): per alcune di queste può essere utile una definizione anatomica e funzionale più esatta, restando in questi casi aperta l'opportunità di una correzione chirurgica. Stapleton, in un editoriale sullo stesso numero del *NEJM* (7), pone l'accento sull'utilità e la validità della diagnosi ecografica prenatale di queste anomalie: sarebbe un'osservazione condivisibile, se non fosse per l'elevatissimo numero di false positività di questo tipo di indagine.

Possiamo chiedere certamente all'ecografia anche qualcosa di più (valutazione dell'ecogenicità parenchimale o dei flussi mediante il color-doppler per la diagnosi di scar o di PNA per esempio), ma più sofisticate sono le richieste che facciamo, più aumenta il margine di errore, e quindi diminuisce l'affidabilità della metodica.

E allora cosa dobbiamo fare?

Hoberman conclude che l'unica cosa certamente utile è diagnosticare e trattare correttamente le infezioni urinarie dei bambini dei primi anni di vita, perché oggi sappiamo che circa 3/4 di queste

sono PNA e, se non trattate correttamente, rischiano di sviluppare un danno renale irreversibile (scar). Raccomanda che venga fatta chiarezza sull'utilità della profilassi delle ricadute, perché da questa consegue l'utilità della diagnosi di RVU. Non si può che essere d'accordo in linea di massima su queste affermazioni, ma mi pare che l'identificare le situazioni più a rischio, solitamente RVU di elevato grado associati ad alterazioni renali prenatali, abbia qualche utilità pratica; se non altro per il grado di allerta da condividere con i genitori di questi bambini per prevenire, o contenere, aggravamenti del danno o ancora per rilevare precocemente la comparsa di una insufficienza renale, possibile quando il problema sia bilaterale.

E per questo obiettivo l'uso degli ultrasuoni, con le limitazioni e le osservazioni sul come utilizzarli precedentemente fatte, mi sembra il mezzo meno invasivo e più accettabile.

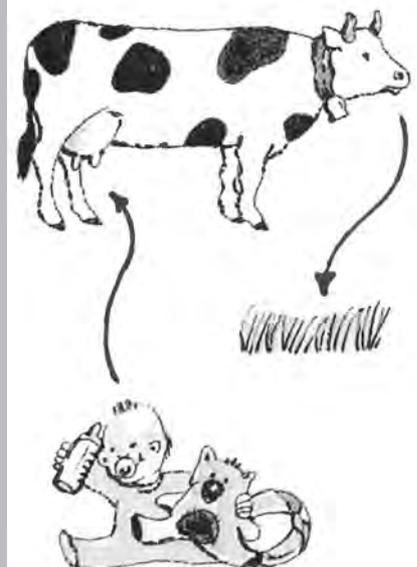
In questo modo mi sembra si possa da una parte essere meno aggressivi nei confronti del bambino, dall'altra possa essere riaffidata la gestione di questi bambini al pediatra di famiglia che, se si eccettua per la ricerca ecografica delle anomalie malformative più gravi, ha in mano tutti gli strumenti (pochi) necessari per la diagnosi e la terapia del bambino con pielonefrite. Ma questo, almeno in parte, è un altro discorso. ♦

Bibliografia

- (1) Hoberman A, et al. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med* 2003;348:195-202
- (2) Hoberman A, et al. Oral versus initial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children. *Pediatrics* 1999;104:79-86
- (3) Smellie JM, et al. Medical versus surgical treatment in children with severe bilateral vesicoureteric reflux and bilateral nephropathy: a randomized trial. *Lancet* 2001;357:1329-32
- (4) IRSC. Medical versus surgical treatment of primary vesicoureteral reflux. *Pediatrics* 1981;67:392-400
- (5) Williams G, et al. Antibiotics for the prevention of urinary tract infection in children: a systematic review of randomized controlled trials. *J Pediatr* 2001;138:868-74
- (6) Han BK, et al. Sonographic measurements and appearance of normal kidneys in children. *Am J Roentgenol* 1985;145:611-6
- (7) Stapleton FB. Imaging studies for childhood urinary infections. *N Engl J Med* 2003;348:51-2

da un libro di scienze
di scuola elementare

CATENE ALIMENTARI



Ed alla fine il neonato mangia il latte della mucca e non quello di mamma!

Il girello? Meglio non usarlo

Anonimo

Questo articolo è giunto per posta alla redazione di *Quaderni acp* senza alcun messaggio; solo un post it "Per *Quaderni acp*" ed un questionario di gradimento compilato e firmato in maniera illeggibile. Lo pubblichiamo perché lo abbiamo trovato interessante e perché è il solo modo per trovare l'autore.

Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori dei bambini nel primo anno di vita

Parole chiave Girello. Sviluppo psicomotorio. Traumi.

Un tempo il girello era la regola; lo si usa ancora?

I bambini possono essere messi nel girello senza rischi per lo sviluppo dei loro movimenti?

Fino a qualche anno fa l'uso del girello era un'abitudine consolidata, tanto che domande sul suo uso non erano abituali. Verso i 6-7 mesi, quando il bambino poteva reggere il busto, veniva posto nel girello prima con la mutandina e poi senza. Il suo uso sembra oggi molto diminuito, ma certamente non è scomparso. Per questo non sembra inutile dare qualche informazione ai genitori.

Da più di una decina di anni sono state condotte delle ricerche per capire se c'è un rapporto fra girello e sviluppo motorio quantitativo e qualitativo dei bambini. I bambini sui quali erano state condotte le ricerche non erano molti, anzi erano molto pochi: 64 bambini in una prima ricerca, 109 in una seconda, 6 coppie di gemelli in una terza.

I risultati deponevano sostanzialmente contro l'uso del girello: ritardava lo strisciamento e il gattonamento, ma secondo alcuni non sembrava ritardare il camminare autonomo; invece lo ritardava secondo altri.

Si trattava sempre di ricerche su numeri troppo piccoli di bambini e quindi inaffidabili. Fare ricerca su un argomento così poco importante poteva sembrare umiliante.

Una indagine recente

Recentemente è stata pubblicata una indagine su 200 bambini irlandesi: un numero non altissimo, ma discreto. Questi bambini frequentavano 10 scuole per l'infanzia; 109 di essi, metà maschi e

TABELLA 1: SVILUPPO DEI BAMBINI ED ETÀ IN SETTIMANE NELLE QUALI È STATO RAGGIUNTO

	Con girello	Senza girello
Hanno rotolato	21.07	23.93
Hanno strisciato	31.26	35.16
Sono stati in piedi da soli	53.68	57.00
Hanno camminato da soli	58.14	61.12

metà femmine, avevano usato il girello iniziando in media dall'età di 26-28 settimane (6 mesi e mezzo circa) e lo avevano usato in media fino a 50-54 settimane; gli altri non lo avevano usato. Lo sviluppo dei bambini, calcolato in settimane (il calcolo in settimane consente di essere più precisi del calcolo in mesi), è risultato essere quello che è riassunto nella *tabella 1*.

Il ritardo era tanto più marcato quanto più a lungo era stato usato il girello. Nessuna differenza è stata segnalata nel tenere dritta la testa, nello stare seduto,

nello stare in piedi con appoggio, nel camminare aiutato.

Per concludere

Sembra evidente che l'uso del girello interferisce con lo sviluppo motorio, specialmente riferito a strisciamento, gattonamento e deambulazione autonoma.

Il girello peraltro aumenta anche il rischio di traumatismi per il bambino. È prudente perciò che i genitori non ne facciano uso. ♦

Le informazioni sono tratte in gran parte da Garret et al. BMJ 2002;324:1494



Per corrispondenza:

e-mail: red@quaderniacp

informazioni per genitori