

Quaderni acp

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

www.acp.it

Madonna e Bambino con il libro



189 Editoriale: La fine della irreversibilità di esclusiva **190** Latte in polvere troppo caro **191** Vaccinaci **192** Congressi controluce **194** Nati per Leggere **196** Film: Balzac e la Piccola Sarta cinese **197** Alcol, droghe, guida: una funzione per le autoscuole? **200** Libri **202** Info **204** Il gradimento dei lettori per Quaderni acp **205** La collaborazione fra Ministero della Pubblica Istruzione e Nati per Leggere **209** Lettere **212** Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici **218** Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite? **221** Si può migliorare l'accuratezza dei test per il GH? **223** Penicillina V e sintomi della faringite **224** L'emicrania di Valentina **226** Mariella e il seno asimmetrico **229** Se nasce un bambino o una bambina disabile **233** La vaccinazione contro l'influenza

settembre-ottobre 2004 vol 11 n° 5

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

settembre - ottobre 2004 vol 11 n° 5

Editoriale

- 189 La fine della irreversibilità di esclusiva
Ragioni e torti
Giancarlo Biasini

Attualità

- 190 Latte in polvere troppo caro
intervengono Antitrust e Lombardia
Redazionale

Vaccinacipi

- 191 Vaccini gratis a scelta,
equità e diritti dimenticati
Luisella Grandori

Congressi controllo

- 192 Gli Argonauti: il patto generazionale
Francesca Siracusano
192 Counselling in Romagna
Francesco Ciotti
192 Padova: tutto sul suicidio
Luigi Gualtieri

Nati per leggere

- 194 "Guarda che faccia": istruzioni per l'uso
194 Lo sviluppo del progetto Marche
e Emilia Romagna

Film

- 196 La lettura, l'amore, la narrazione
in *Balzac e la Piccola Sarta cinese*
di Dai Sijie
Italo Spada

Esperienze

- 197 Alcol, droghe, guida:
una funzione per le autoscuole?
Franca Beccaria, Mario Carzana,
Antonella Ermacora, Aldo Ravaglia

Libri

- 200 Giuro di esercitare la medicina in libertà
e indipendenza. Medici e industria
Marco Bobbio
200 Pensa alla salute
Braucci, de Silva, Montesano,
Parrella, Pascale, Piccolo
201 L'Oca della Pace *Giulia Iervese*
201 Lettera a un medico sulla cura degli uomini
Giorgio Cosmacini, Roberto Satolli

Info

- 202 I medici complici di torture
202 In rete il Registro Europeo
degli studi clinici sui bambini
202 Guida all'uso dei farmaci per i bambini:
indagine conoscitiva
202 La corsa contro l'Aids dimentica i bambini

- 202 Gli antidepressivi SSRI in disgrazia
203 Il conto degli errori
203 Storie italiane e cervelli in fuga
203 Minimeeting mangia-fuggi e gadget
203 IPA

ACP News

- 204 Il gradimento dei lettori per Quaderni acp
Francesca Siracusano, Gianni Piras
205 L'attività di collaborazione
fra Ministero dell'Istruzione
e Nati per leggere
Alessandra Sila
207 Bambini di strada *Maurizio Bonati*

Lettere

- 209 La politica sanitaria in *Quaderni acp*
Maria Giovanna Stabile
209 La nostra rubrica INFO
Giancesare Biasucci
209 "Mama mbuta"
Chiara Castellani

211 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 212 Imparare a leggere:
i meccanismi psicofisiologici
Giuseppe A. Chiarenza, Silvia Casarotto

Leggere e fare

- 218 Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?
Marina Col, Silvia Malguzzi,
Cesare Ghitti, Antonio Clavenna
221 Si può migliorare l'accuratezza diagnostica
dei test per il GH?
Marina Aloi, Giusy Zirilli,
M. Sole Coletta Spinella,
Simona Adelardi, Giusy Sanmartino
223 Penicillina V e sintomi della faringite
Giancarlo Biasini

Narrative Medicine

- 224 L'emicrania di Valentina
Federica Zanetto, Michele Gangemi

Il caso che insegna

- 226 Mariella e il seno asimmetrico
Giuseppe Lietti

Saper fare

- 229 Se nasce un bambino
o una bambina disabile
Andrea Canevaro

Informazioni per genitori

- 233 La vaccinazione contro l'influenza
Luisella Grandori

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2004 è di Euro 75. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto: a ricevere Quaderni acp, ad uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, ad uno sconto di 25 Euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta scritta (fax 0783 599149 o e-mail: francdessi@tiscali.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. I soci che fanno parte di un gruppo locale affiliato all'ACP devono versare la quota al loro referente locale, il quale potrà trattenerne il 30% per l'attività del gruppo.

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
september-october 2004; 11(5)

189 Editorial

Doctors and Italian public health service
Giancarlo Biasini

190 Current issues

Infant formulas too expensive in Italy
Quaderni acp

191 Vaccinacipi

Free vaccines by choice
Luisella Grandori

192 Meeting synopses

194 Born to read

196 Movies

197 Personal accounts

Alcohol, drugs and driving: a training for driving schools? *Franca Beccaria, Mario Carzana, Antonella Ermacora, Aldo Ravaglia*

200 Books

202 Info

204 ACP news

204 Readers satisfaction for Quaderni ACP
Francesca Siracusano, Gianni Piras
205 Collaboration between Ministry of Education and "Nati per Leggere" *Alessandra Sila*
Street children *Maurizio Bonati*

209 Letters

211 Didactic support

212 A close-up on progress

Learning to read:
the psychophysiological mechanisms
Giuseppe A. Chiarenza, Silvia Casarotto

218 From literature to practice

218 Epinephrine treatment in bronchiolitis?
Marina Col, Silvia Malguzzi, Cesare Ghitti, Antonio Clavenna
221 Can GH test diagnostic accuracy be improved?
Marina Aloi, Giusy Zirilli, M. Sole Coletta Spinella, Simona Adelardi, Giusy Sanmartino
223 Penicillin V and symptoms of sore throat *Giancarlo Biasini*

224 Narrative Medicine

Valentina's migraine
Federica Zanetto, Michele Gangemi

226 Learning from a case

Mariella and her asymmetric breast
Giuseppe Lietti

229 Update to practice

The birth of a child with disability
Andrea Canevaro

233 Informing parents

Influenza vaccination
Luisella Grandori

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 web: www.quaderniacp.it
e-mail: red@quaderniacp.it

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: gcbias@tin.it

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 3332562649, Fax 0793027471
e-mail: ufficiociacp@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 la foto pubblicata a pag. 206 ringraziamo l'agenzia Contrasto e la Reuters che ne hanno gentilmente concesso la riproduzione

Il disegno di pag. 213 è tratto da Liber/63

LA COPERTINA. L'immagine riproduce una "Madonna leggente" Giorgione 1478-1510. Olio su tavola. Oxford, Ashmolean Museum.

NORME REDAZIONALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli che riguardino argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con la metodologia EBM o mediante le modalità della medicina narrativa, messe a punto su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per genitori. Sono inoltre accettati articoli di politica sanitaria, di riflessione su lavoro e sull'impegno professionale del pediatra, su particolari esperienze professionali individuali e/o di gruppo. I testi, in Word, devono pervenire alla direzione via e mail o via posta su dischetto (gcbias@tin.it Giancarlo Biasini. Corso U. Comandini 10, 47023 Cesena).

Devono essere corredati di un riassunto in italiano ed in inglese di 800-1000 battute e di 5 parole chiave. Il riassunto in inglese potrà essere modificato a giudizio della redazione. Il numero delle battute per gli scenari clinici, i casi clinici, e le messe a punto non potrà superare le 12.000, compresi i riassunti.

Per gli altri contributi il numero delle battute non potrà superare le 17.000 salvo accordi con la redazione. Le lettere non possono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori possono essere ridotte dalla redazione. Chi non è disponibile ad accettare la riduzione deve specificarlo nel testo. Gli articoli pervenuti saranno sottoposti tutti alla valutazione della redazione e/o ad almeno due revisori. Il giudizio verrà trasmesso agli autori in tempo ragionevole. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. Non si forniscono estratti neppure a pagamento. La bibliografia deve essere conforme alle norme dell'Index Medicus. E cioè cognome ed iniziale del nome dell'autore (corsivo); titolo del lavoro (tondo); denominazione della rivista abbreviata secondo l'Index Medicus (corsivo). Deve seguire (corsivo), l'indicazione dell'anno di pubblicazione seguito da due punti, del volume seguito da punto e virgola, delle pagine non seguite da punteggiatura. Per esempio: *Corchia C, Scarpelli G* La mortalità infantile nel 1997 *Quaderni acp* 2002;5:10-4 Quando gli autori siano più di tre si elencano i primi tre e si fa seguito con et al. Per i testi deve essere indicato l'autore, il titolo, l'editore, l'anno di edizione. Per esempio: *Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C* La febbre e la tosse nel bambino. *Il Pensiero Scientifico Ed. Roma. 1998.*

La fine della irreversibilità di esclusiva

Ragioni e torti

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Servizio Sanitario Nazionale. Rapporto di lavoro esclusivo. Intra-moenia. Extramoenia

Dunque dopo molti rinvii e tentennamenti è caduta l'irreversibilità della scelta di esclusività di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, introdotta nella legislazione sanitaria dai governi di centro-sinistra e sostenuta specialmente dalla On. Bindi.

Con la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della legge 138/2004 il discusso provvedimento bindiano va in pensione. Ogni anno, il 30 novembre, i medici potranno cambiare idea sulla opzione per la esclusiva. Il cambiamento di rapporto entrerà in vigore l'anno successivo o anche prima se la singola regione lo vorrà. La misura con ogni probabilità interesserà pochi operatori sanitari e il "reddito elettorale" previsto sarà modesto. I medici dipendenti sono circa 103.000; quelli in esclusiva sono 93.000 (oltre il 90%), i veterinari sono 5.700, quelli in esclusiva sono 5.500 (97%). Una decina di migliaia di professionisti che attualmente è in esclusiva passerà probabilmente alla non esclusiva. Queste sono le previsioni del Ministero. "L'Italia è debindizzata"; così è stato detto da alcuni sindacati come la CIMO, la CISL, l'ANPO che avevano fondato la loro battaglia su questo risultato.

L'altra innovazione portata dalla 138/2004 è che i non esclusivisti potranno dirigere Unità Operative (UO) semplici o complesse e, contemporaneamente, svolgere attività professionale ovunque lo vogliano, mentre con la legge precedente non lo potevano fare. Solo chi era in esclusiva poteva essere dirigente di UO.

È stato scritto altre volte, su questa rivista, che la scelta definitiva (cioè l'irreversibilità) dell'esclusiva sembrava tinta di pregiudiziali ideologiche troppo nette per essere ragionevoli. Abbiamo l'impressione che la stessa Bindi, nel tempo,

se ne sia resa conto. Francamente non dispiace che l'irreversibilità sia stata cancellata. Non aveva molto senso sul piano dell'etica e del diritto; neppure il matrimonio è più irreversibile, figuriamoci una scelta professionale garantita da un contratto di lavoro! L'irreversibilità del rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, se la si sente, è "dentro"; non può essere una scelta burocratica. Se non la si sente, non c'è burocrate di direzione generale, aperto o ottuso, che possa inserirla.

Pochissimo accettabile è, invece, l'essere andati al di là; chi va al di là di solito sbaglia. E così si è fatta la concessione ai non esclusivisti di dirigere Unità Operative semplici e complesse. È molto difficile pensare che un chirurgo possa contemporaneamente lavorare nel privato, cioè abbia fatto la scelta di lavorare in extramoenia, e contemporaneamente si senta di dirigere una UO specialmente se complessa. Forse si può scommettere che non accadrà diffusamente neanche dopo questa innovazione legislativa; o che accadrà solo in casi del tutto particolari perché la complessità delle strutture implica, oggi, una dedizione pressoché completa sul piano temporale, mentale e spaziale da parte dei dirigenti. Questo lavoro di direzione strategica comporta oggi per i professionisti la necessità di essere dentro la formazione per il training clinico e di giocare contemporaneamente un ruolo decisivo nella gestione economica della UO o del dipartimento rispetto a quanto è stato fino a ieri. Si veda, a questo proposito, l'articolo di Chris Ham sul numero scorso (*Quaderni acp 2004; 4: 148*). La leadership clinica insomma non basta più per dirigere una UO; essa deve essere supportata dalla conoscenza e sviluppo di culture organizzative e da capacità di gestione di risorse economiche e umane che portino a migliorare il rendimento del sistema che non possono che interessare marginalmente chi sceglie la non esclusività

del rapporto perché ha deciso di lavorare al di fuori del sistema. La gestione di una UO fa essere talmente e "completamente dentro il sistema" da escludere mentalmente chi si sente capace di andarne fuori. Difficile quindi essere contemporaneamente dentro e fuori. La complessità della prova del "governo clinico", con tutte le varie oscillazioni che il ministro (un giorno estremamente rigoroso, l'altro giorno largamente compassionevole nei riguardi dei dirigenti) ha percorso nei suoi tentativi finora vani di definirlo, è tale da richiedere un impegno di studio e di lavoro defaticante.

Semmai il problema è la entità della indennità di esclusiva che viene congelata ai livelli del 2000, dimostrando una scarsa considerazione dell'istituto nella mente (e nel cuore) della parte pubblica. Che sembra non credere affatto alla necessità che il settore pubblico includa elementi di modernizzazione clinica e organizzativa senza i quali è destinato a soccombere.

La concessione della direzione delle UO ai non esclusivisti assume quindi il sapore di un liberalismo di facciata pressoché inutile. Se poi accadesse che, contrariamente alle attese, molti non esclusivisti scegliessero di guidare dipartimenti o UO complesse, la possibilità loro concessa di optare ogni anno per la reversibilità impedirebbe alle aziende di programmare attività e darsi obiettivi pluriennali ragionevoli.

La nuova legge quindi introduce elementi di instabilità dei quali non si sente proprio il bisogno.

La proposta, fatta in parlamento, e fatta propria anche dall'ANAAO, di introdurre la reversibilità solo ogni 3 anni sembrava del tutto ragionevole. Un periodo di 3 anni potrebbe essere uno spazio ancora molto ristretto, ma forse sufficiente, ai fini della programmazione sanitaria. La sanità sarebbe stata egualmente debindizzata, ma l'operatività delle strutture poteva essere meno compromessa. ♦

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

editoriale

Latte in polvere troppo caro intervengono Antitrust e Lombardia

Redazionale

L'Autorità garante della Concorrenza e del Mercato ha deliberato l'avvio di un'istruttoria nei confronti delle società Nestlé, Milupa, Nutricia, Plasmon, Heinz, Humana, Star, Mellin, Abbott, Milte, Chiesi, Dicofarm, Bristol-Myers, Squibb e Syrio Pharma, produttrici di latte per l'infanzia. L'Autorità era già intervenuta nel settore del latte per l'infanzia con un'istruttoria conclusa il 2 marzo 2000, in seguito alla quale era stata accertata un'intesa restrittiva fra i principali produttori (Nestlé, Heinz, Plasmon, Nutricia, Milupa, Humana e Abbott), consistente nell'escludere concordemente la possibilità di vendere il latte artificiale nei supermercati e nell'accordarsi sul fatto di limitare la distribuzione dei propri prodotti al solo canale farmaceutico: ciò che contribuiva a mantenerne elevati i prezzi. In quell'occasione, l'Autorità aveva multato le ditte per un totale di circa 6 miliardi di lire.

Nel corso degli ultimi mesi, a seguito di ulteriori indagini e di denunce pervenute da parte di molti consumatori e di indagini pubblicate sulla stampa, l'Autorità ha accertato la persistenza di prezzi del latte per l'infanzia (latte di partenza, di proseguimento, latti speciali) assai più elevati (talora anche di oltre il doppio) di quelli presenti nei principali Paesi europei, una ancora limitata incidenza delle vendite di latte per l'infanzia tramite i supermercati (circa il 10%) e la totale assenza di importazioni parallele dall'estero. Poiché non è stata evidenziata nessuna ragione economica che possa giustificare tale situazione, la circostanza che in Italia i prezzi siano notevolmente superiori rispetto a quelli praticati dalle stesse imprese per i medesimi prodotti negli altri Paesi europei appare potersi spiegare solo con un coordinamento delle politiche commerciali dei produttori di latte per l'infanzia. Ulteriori indizi di tale coordinamento sono rinvenibili nell'accordo raggiunto nel mese di maggio 2004, con cui i produttori di latte per l'infanzia, invitati dal Ministro della Salute a ribassare i prezzi, hanno concordato di ridurre contemporaneamente e nella stessa misura i prezzi dei propri prodotti, nonché nell'esistenza di listini di *prezzi consigliati* di vendita al pubblico, diffusi dalle imprese produttrici alle

farmacie e pressoché integralmente applicati dalle stesse.

I comportamenti descritti appaiono all'Antitrust suscettibili di configurare un'intesa restrittiva della concorrenza. Considerato, infine, che i dati hanno messo in luce l'assenza di importazioni parallele, pur in presenza di una rilevantissima differenza tra i prezzi praticati in Italia e quelli osservati, per gli stessi prodotti, in altri Stati membri, l'Antitrust ha ritenuto opportuno avvalersi della collaborazione di Autorità Antitrust di altri Paesi della Comunità. I relativi accertamenti ispettivi presso alcune delle imprese nei cui confronti è stata avviata l'istruttoria sono stati pertanto contemporaneamente effettuati, oltre che in Italia, anche in Francia, Germania e Spagna. Il procedimento si concluderà entro il 30 giugno 2005. Le indagini dell'Antitrust, avviate lo scorso aprile, sono condotte dai carabinieri dei Nas, che, dopo avere verificato i prezzi in tutta Italia, li hanno comparati con quelli di alcuni Paesi, tra cui Francia, Spagna e Germania, pubblicati peraltro ampiamente da giornali e riviste italiane.

Intanto il Movimento Consumatori ha comunicato che la sede di Milano del Movimento, attraverso la creazione di un Gruppo d'Acquisto Solidale ("LatteMiele"), ha posto in distribuzione, da lunedì 12 luglio, latte artificiale delle più note marche, importato appositamente da alcuni Paesi europei, a un prezzo ridotto del 50% rispetto a quello comunemente di vendita in farmacie e market milanesi, nel pieno rispetto del DM 500/1994. Contemporaneamente il Movimento Consumatori distribuisce ai soci del GAS "LatteMiele" e a tutte le mamme materiale informativo (approvato dal Ministero della Salute) per spiegare loro con molta chiarezza la superiorità del latte materno. Quest'ultima parte del comunicato dovrebbe fugare le preoccupazioni di alcune organizzazioni che si battono per la diffusione dell'allattamento al seno e che hanno manifestato il timore che una eccessiva enfasi sul latte artificiale possa far passare in secondo piano la promozione di quello materno. Il Movimento Consumatori ha sostanzialmente voluto dimostrare con questa sua iniziativa che, nonostante l'inerzia

ministeriale, qualcosa è possibile fare "anche da soli". Si può avere latte a prezzi europei (14 euro a confezione) anche acquistandolo al sito www.baby-milk.de.

La Regione Lombardia (unica a quanto sembra, sia dato onore al merito) ha preso qualche provvedimento per mettere un minimo di ordine nella prescrizione dei latti. Ha stabilito che, salvo che esigenze di salute impongano al bambino la prescrizione di un alimento speciale, nella lettera di dimissione **non** debba essere prescritto un latte nella presunzione che tutti i latti siano equivalenti. A questa valutazione di "equivalenza dei prodotti", che ha fondatissima base teorica, rispondono, in un articolo a firma M. Tucci, sul *Corriere salute* del 18 luglio, I. Barberi (cattedratico a Messina), G. Rondini (presidente della Società di Neonatologia) e G. Corsello (primario palermitano). Dice Barberi che la Lombardia vincola la libertà del medico; dice il secondo che le indicazioni sulla dieta sono atto medico ("Guai se si lasciassero le madri senza indicazione") e sostiene che i latti delle diverse aziende sono diversi; dice il terzo che basta il diverso peso alla nascita per prescrivere latti diversi. Circa la "libertà" si potrebbe osservare che, se così fosse, il medico avrebbe diritto di imporre il farmaco griffato al posto del generico, mentre le altre osservazioni sono chiaramente senza fondamento sulla base delle attuali evidenze.

Sullo stesso numero del *Corriere salute* il prof. Rondini muove un forte attacco contro un opuscolo del Ministero della Salute che riafferma il diritto delle madri di avere vicino a sé il neonato in ospedale. Scrive l'opuscolo ministeriale, forse ingenuamente, che così "sarà più difficile che vengano date al neonato aggiunte di latte artificiale o soluzioni con glucosio". Il prof. Rondini si offende per questa azione di controllo genitoriale. Ma dato che il "non somministrare ai neonati durante la degenza né latte né glucosio" rientra nei protocolli universalmente accettati, sarebbe stato più opportuno dire che il "controllo" sarebbe stato comunque inutile perché negli ospedali queste condannate cose non si fanno. E se invece da qualche parte si facessero? ♦

Per corrispondenza:
e-mail: red@quaderniacp.it

attualità

Vaccini gratis a scelta, equità e diritti dimenticati

Luisella Grandori

Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Strategie vaccinali. Responsabilità. Rischi

Il Ministero promette tutti i vaccini gratis

Sul *Corriere della Sera* del 9 luglio u.s. il Ministero della Salute annunciava l'offerta gratuita di tutti i nuovi vaccini disponibili sul mercato: antipneumococco, antimeningococco, anti-varicella (agli adolescenti e ai piccoli). Le Regioni venivano invitate a "collaborare" ma erano lasciate libere di scegliere se attuare o meno le strategie suggerite. Oltre allo stupore per un simile annuncio attraverso i quotidiani senza un accordo preventivo con le Regioni, destava preoccupazione il rischio che potrebbe derivarne alla comunità.

Il comunicato stampa ACP

Il giorno seguente, l'ACP esprimeva le sue valutazioni nel comunicato stampa che si riporta di seguito:

*Vaccini gratis: una scelta non concordata con le Regioni, che rischia di illudere le famiglie e mette a rischio la comunità. L'offerta estesa e gratuita dei nuovi vaccini, annunciata dal Ministero della Salute, dà il via a un percorso difficilmente sostenibile sul territorio nazionale, e desta più di una preoccupazione. Si tratta inoltre di una iniziativa che alimenta una gestione poco corretta dello strumento delle vaccinazioni e che potrebbe nuocere alla comunità. A denunciarlo è l'ACP, Associazione Culturale Pediatri, che commenta in questo modo la notizia comparsa ieri sul *Corriere della Sera*. "Prima di annunciare una manovra di questa portata occorrerebbe stabilirne la fattibilità, e concordarla con le Regioni – spiega il presidente Michele Gangemi –, il rischio è quello di creare aspettative nelle famiglie, soprattutto nelle periferie".*

La libertà delle Regioni, che potrebbero decidere di non aderire alla distribuzione gratuita, provocherà la disomogeneità dell'offerta delle vaccinazioni sul territorio nazionale, ledendo il diritto delle famiglie italiane all'equità. Una disomogeneità che potrebbe rivelarsi nociva nel tempo: "Non va dimenticato che per alcuni vaccini la mancata omogeneità di strategia e di elevate coperture mette a rischio la salute delle persone – sottolinea Luisella Grandori, responsabile della Prevenzione vaccinale dell'Associazione –, nel caso dell'anti-varicella, ad esempio, il rischio è quello di provocare a distanza di tempo, nel corso di decine di anni, uno spostamento della malattia negli adulti, nei quali la varicella comporta un maggior rischio di complicanze e di morte (30-40% in più che nell'infanzia), come valutato dal nostro Istituto Superiore e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità". È vero che negli Stati Uniti questo vaccino viene somministrato da anni – aggiunge Grandori – ma i tempi sono ancora troppo brevi per verificare la positività dei risultati raggiunti: "Per questo motivo la maggior parte dei Paesi europei si è fermata prima di decidere. I morti per morbillo avrebbero dovuto insegnarci che non bastano le proposte ministeriali, ma che è necessario garantire il coordinamento delle azioni e la sorveglianza".

Nella confusione dei ruoli delle innumerevoli commissioni nazionali deputate alla definizione di strategie vaccinali – spiega l'ACP – ancora una volta i pediatri e tutti gli operatori della sanità apprendono dalla stampa, e non dalle vie ufficiali, quali siano le scelte in materia di vaccinazioni (come avvenuto con l'antinfluenzale nell'inverno scorso). "Nessuno sembra curarsi del fatto che molte Regioni stentano a fornire i dati di malattia e di copertura vaccinale, indispensabili alla sorveglianza – prosegue Gangemi – le gravi criticità più volte denunciate dall'ACP, non hanno trovato risposta. Nessun vero progetto efficace, nessun investimento è stato fatto per garantire l'offerta dei vaccini e la sorveglianza delle malattie a livello periferico. In questo abbandono istituzionale viene da chiedersi se, dopo i morti per morbillo, dovremo aspettarci i futuri morti per varicella".

Simili dichiarazioni d'intenti da parte del Ministero – conclude l'ACP – prive di riscontro con la realtà, creano ancora una volta una grave confusione in una materia molto delicata e denotano una mancanza di responsabilità verso la comunità.

Il comunicato veniva spedito alle agenzie di stampa, alle testate dei maggiori quotidiani, all'Ufficio Stampa del Ministero della Salute, alla Direzione della Prevenzione Sanitaria del Ministero, all'Istituto Superiore di Sanità, alla Commissione Nazionale Vaccini, alla Presidenza SIP, FIMP, SITI (Società scientifica degli igienisti), ai Referenti regionali per le vaccinazioni, al MOIGE (Associazione di genitori), a Vaccinetwork, al Forum di Pediatria Online, al Network Italiano per le Vaccinazioni (NIV), al Direttivo e al gruppo vaccinazioni ACP oltre a diversi pediatri e igienisti al di fuori dell'ACP.

Le risposte

Molti rispondono (operatori dell'ISS, molti soci ACP, siti e referenti regionali, pediatri, igienisti), condividendo la nostra valutazione o auspicando un confronto. Il NIV pubblica il comunicato sulla sua newsletter. Con gli operatori di base si apre un vivace dibattito che trova tutti d'accordo sulla necessità di criteri rigorosi, attenzione ai rischi (varicella) e rispetto delle priorità. Alcuni temono che le proposte ministeriali possano acuire gravemente la debolezza strutturale dei servizi vaccinali in tante parti d'Italia. Altri sollevano il problema dei diritti del singolo e della protezione della comunità e propongono diverse soluzioni organizzative.

Sul Forum di Pediatria Online la discussione verte sugli stessi temi, anche se qualcuno è favorevole alla proposta del Ministero e altri invitano ad accettarla come una sorta di "cavallo di Troia" per promuovere l'offerta dei nuovi vaccini. Alle tattiche di guerra l'ACP preferirebbe criteri adeguati alla materia in questione e la consapevolezza della responsabilità di tutti verso l'intera comunità. Si constata invece con amarezza che nel frattempo ogni Regione si sta muovendo in autonomia, introducendo in modo diverso i nuovi vaccini e determinando nei fatti la perdita di un coordinamento nazionale. ♦

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

Gli Argonauti: il patto generazionale

Si è tenuto a Matera dal 14 al 16 maggio "Gli Argonauti", quinto incontro tra pediatri delle regioni meridionali, che quest'anno ha avuto come titolo e filo conduttore "Il patto generazionale". Questo è stato anche il tema della prolusione che ha aperto i lavori e che è stata affidata a Tonino Perna (Dipartimento degli Studi politici e sociali, Università di Messina; presidente dell'Ente Parco dell'Aspromonte; *Quaderni* pubblica su questo numero la recensione del suo libro sui parchi). Le sue riflessioni sulle modalità con cui questo patto tra generazioni, che nel passato costituiva un patrimonio affidabile, sia stato oggi messo in discussione da chi ha consumato risorse (e quindi non solo nell'ottica che conosciamo ricchi-poveri, nord-sud del mondo, ma anche padri-figli), al punto da ipotecare per le generazioni future prospettive di stabilità, di sicurezza, di pace. La sua relazione è stata molto apprezzata e ha suscitato commenti e interventi soprattutto per la parte in cui ha dimostrato come sia possibile a chiunque abbia il compito di gestire risorse (economiche e umane) avviare interventi in grado di ristabilire questo patto e invertire la tendenza al consumo dissennato dei beni. Su questo filo conduttore si sono svolti i lavori del congresso: i relatori hanno trattato temi clinici (endocrinologia, gastroenterologia, ortopedia, neurologia) e di seguito i medici in formazione delle Scuole di Specializzazione in Pediatria hanno mostrato con uno scenario la risoluzione di un problema clinico attraverso la ricerca e la lettura critica della letteratura. Altri temi affrontati: i trapianti (Gridelli, ISMET, Palermo), l'efficienza degli esami di laboratorio, la pediatria di gruppo, il bambino che non dorme. Nel pomeriggio si sono tenuti i corsi di formazione in piccoli gruppi. Sono stati presentati due progetti di ricerca: quello nazionale su "L'allattamento al seno" (Conti Nibali) e quello del gruppo ACP Puglia-Basilicata su "La qualità del sonno nei primi 3 anni" (Moschetti). D'Andrea ci ha raccontato trent'anni

dell'Associazione Culturale Pediatri (anniversario che ricorre quest'anno), illustrandoli attraverso le iniziative editoriali e le riviste prodotte in questo ormai lungo periodo. Il professor Panizon ha chiuso il congresso con le sue riflessioni sull'etica dell'errore. Ai partecipanti è stato distribuito un questionario sul Codice ACP di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria del farmaco, preambolo di una serie di iniziative di coinvolgimento dei soci e dei gruppi locali sulla diffusione ed effettiva adesione di questo strumento, di cui l'Associazione si è dotata già dal 1999. Possiamo aggiungere che Matera ci ha accolto con la sua magica bellezza scabra e pacificante, e con il calore antico dell'ospitalità di organizzatori che sanno far rivivere lo spirito d'Antan del nostro incontrarsi negli appuntamenti rituali.

Francesca Siracusano

Counselling in Romagna

Si è concluso, a fine aprile 2004, a Cesena, il primo corso di formazione al counselling per pediatri di famiglia e consultoriali, condotto da Michele Gangemi e Patrizia Elli. Vi hanno partecipato 20 pediatri di famiglia, 4 pediatri di comunità e 1 pediatra ospedaliero.

Nella prima parte del corso i docenti hanno presentato una introduzione alle principali abilità del counselling, le principali tecniche del counselling che facilitano la narrazione e su queste basi hanno organizzato un lavoro a piccoli gruppi su materiale audio e videoregistrato.

Alla fine della prima parte hanno operato una sintesi del percorso e hanno preparato la fase successiva, proponendo ai discenti un lavoro di audioregistrazione di sedute in ambulatorio sul cui trascritto lavorare nella seconda parte del corso.

Nella seconda parte del corso i docenti hanno ripreso i concetti esposti, hanno promosso un lavoro a piccoli gruppi sulle audioregistrazioni effettuate dai discenti, hanno fatto applicare alle audioregistrazioni uno strumento di autovalutazione e autoapprendimento per migliorare le abilità di colloquio, hanno esposto i fondamenti dell'utilità del counselling nel sostegno alla genitorialità.

Alla fine del corso si è operata una sintesi del lavoro svolto e si è proposto l'uso di uno strumento di autovalutazione permanente sull'utilizzo del colloquio in ambulatorio pediatrico.

Gli iscritti al corso hanno partecipato attivamente e puntualmente a tutte le fasi della formazione e alla fine del corso hanno espresso valutazioni di gradimento tutte superiori alla media e hanno tutti superato la valutazione rispondendo con esattezza in misura superiore al 70% ciascuno alle 10 domande a scelta multipla proposte dai docenti.

È stata rivolta una particolare attenzione alla strutturazione del colloquio con la famiglia e con il bambino, alla facilitazione del coinvolgimento e della condivisione di analisi e procedure, alla negoziazione del piano di azione con il paziente e la famiglia.

Le valutazioni sui colloqui audioregistrati hanno messo in evidenza la grande prevalenza nella pratica quotidiana del colloquio direttivo su quello condiviso, e hanno messo in rilievo la necessità per migliorare e consolidare le proprie abilità di counselling di passare a una supervisione periodica sulle abilità di colloquio del pediatra attraverso una formazione in itinere che confronti nel piccolo gruppo e con l'aiuto di un esperto il passaggio dalla teoria alla prassi. Questa ulteriore fase comporterà l'adozione di strumenti di valutazione soggettivi e oggettivi sui pediatri e sui pazienti.

Francesco Ciotti

Padova: tutto sul suicidio

"Accogliere, comprendere e sostenere l'adolescente che ha tentato il suicidio" è stato il tema del convegno tenuto in primavera 2004 a Padova. Esperti di diversi Paesi sono stati concordi sul suicidio in adolescenza come seconda causa di morte. Nei 15 Paesi dell'Unione Europea, tra il 1983 e il 1993, sono deceduti quasi 250.000 giovani tra i 15 e i 25 anni per cause accidentali o violente. Negli USA, nel 1950, nella fascia 14-24 anni, il tasso specifico di suicidio era di 4.5 per 100.000. Nello stesso gruppo di età, nel

controluce

1990, esso era triplicato: 13.2 per 100.000. Sempre negli USA, per quello che riguarda il tentato suicidio (TS), da ricerche svolte tramite self report, si ricavano percentuali per gli adolescenti tra il 7 e il 9%. Sul tema del TS e atti autolesivi, in una recente ricerca condotta a Bologna in diverse scuole medie superiori (età media 16.5, 1.1 anni), su circa 500 ragazzi mediante self report, è emerso che nell'arco degli ultimi 12 mesi il 19% aveva presentato ideazione suicidaria; il 9% aveva compiuto atti di autolesionismo; il 5% aveva tentato il suicidio. È evidenziata una correlazione diretta e drammatica tra suicidio e TS: un tentativo di suicidio eleva la possibilità di morte di 15 volte per il sesso maschile e di 9 volte per il femminile. In tutti i Paesi occidentali, si osserva, comunque, un notevole aumento del TS in età evolutiva, in particolare in adolescenza. In una recente ricerca condotta in Veneto, su circa 100 persone tra gli 11 e i 17 anni afferite al Pronto Soccorso, si rileva che il 25% di coloro che hanno tentato il suicidio è maschio.

L'età media dei maschi è 13 anni, delle femmine circa 14; nel 24% dei casi c'era già stato un precedente TS. Tra i fattori di rischio più significativi è necessario diversificare tra quelli predisponenti e quelli precipitanti (precedono di meno di un mese il tentativo di suicidio). Il fattore maggiormente predisponente è la presenza di gravi lutti in famiglia (20% dei TS); separazioni, divorzi e cambiamenti di residenza (15%); patologia psichiatrica familiare (10%); entrata di un nuovo membro nel nucleo familiare (5%).

Gli eventi precipitanti sono: conflittualità con i genitori (52%); fallimenti scolastici (42%); fallimenti nelle relazioni interpersonali (21%); solo nel 10% dei casi non risultano essere accaduti eventi significativi. Più fonti riportano che, in circa il 37% del campione, è stato presente un abuso intrafamiliare o extrafamiliare. In letteratura un orientamento non eterosessuale viene considerato fattore di rischio. Per il livello scolastico: il 54% dei ragazzi frequentava le scuole medie superiori, il 41% le inferiori, il 2% le elementari; i restanti casi risultavano impegnati in attività lavorative. Il meto-

do più utilizzato è l'assunzione di farmaci nel 61% (42% psicofarmaci, 18% analgesici, antinfiammatori, antibiotici). Le restanti modalità: assunzione di sostanze tossiche (14%), precipitazione (10%), recisione dei polsi e strangolamento (5%). Quanto alle psicopatologie rilevate in anamnesi, il 52% soffriva di ansia, di depressione o di quadri misti, il 31% di altra sintomatologia psichica. Nessun segno psicopatologico nel 14% dei casi. In nessun caso sono stati identificati sintomi di tipo psicotico. Da più parti si è sottolineato che la paroxetina era assunta regolarmente da diverse persone con pratiche autolesive. Si veda a questo proposito l'editoriale del numero 4/2004 di *Quaderni*.

Nelle persone che avevano già un precedente tentativo di suicidio sono particolarmente rappresentate una psicopatologia depressiva (43%), e quella mista ansioso-depressiva (24%). Nella ricerca condotta a Bologna con utilizzo di self report è risultato che l'uso quotidiano di cannabinoidi, tra coloro che hanno compiuto un TS, è frequente: 27% contro il 5% dei controlli; è presente l'uso quotidiano, settimanale o mensile, di ecstasy o cocaina. Un solo caso dichiarava di far uso di eroina, mentre è significativo l'uso di sostanze anfetamino-simili. Anche l'utilizzo abituale di alcol è frequente nel gruppo dei TS, così come sono presenti abusi alcolici nelle famiglie di origine. Gli interrogativi e i problemi più significativi possono essere così riassunti: non esistono criteri diagnostici precisi ma solo orientativi per la definizione della crisi suicidaria. Essa si manifesta in modo diverso alle differenti età. I fattori di rischio devono essere intesi come fenomeni correlati, non necessariamente come cause; possiedono una validità esplicativa per grandi gruppi non per i casi singoli. Le ideazioni suicidarie, piuttosto frequenti in adolescenza, non vanno banalizzate, ma non è evidente una correlazione tra ideazione suicidaria e passaggio all'atto. Se si dovesse tentare di descrivere alcune fantasie che guidano la maggior parte dei TS, si potrebbero così indicare:

– *fantasia fusionale*: il fatto di “tornare a qualcosa di buono, di tornare a uno sta-

dio prenatale, di essere riunito con una madre che ti desidera e ti protegge”;

- *fantasia vendicativa*: “mi hai fatto tanto male che devo fartene altrettanto”, “ti getto il mio cadavere sulle spalle”;
- *fantasia del giocare con la morte*: “c'è sempre la possibilità di vivere, c'è sempre la possibilità di morire”;
- *fantasia di colpa*: “l'aver fatto qualcosa di terribile da voler uccidere il proprio corpo”;
- *fantasia della mutilazione o della purificazione*: “togliere qualcosa nel corpo, o automutilarlo per eliminare qualcosa di tossico”.

Rispetto all'intervento sulla crisi, sembrano emergere due diverse concezioni, non opposte e irriducibili, ma distinte:

- la prima vede nella crisi, in particolare nel TS, un fenomeno chiaramente patologico, che andrebbe spiegato soprattutto nell'ambito di un inquadramento nosografico clinico e psichiatrico, fino a parlare di break down, o rottura psicotica;
- la seconda vede la crisi in adolescenza come una situazione che non andrebbe necessariamente connotata a livello nosografico, ma costituirebbe piuttosto una crisi di natura psicosociale, che può rivelarsi spesso transitoria e reversibile.

Le due visioni danno origine a modalità di intervento differenti: nel primo caso, si ipotizzano prese in carico tendenzialmente più lunghe, condotte soprattutto da operatori clinici in ambiti di ricovero/day hospital/ambulatorio; nel secondo, si pensa a interventi più brevi, multifocali, che mirano al superamento dello stato di vulnerabilità e al recupero dell'equilibrio emotivo, condotti mediante un lavoro di rete da operatori di diversa professionalità, clinici, non clinici, e operatori sociali. Fondamentale è il lavoro con i genitori, finalizzato alla migliore comprensione della dinamica che ha portato al gesto suicidario (individuazione dei fattori di rischio e di quelli protettivi). È indispensabile anche, da utilizzare come risorsa, la sensibilizzazione della scuola (spesso luogo di osservazione privilegiata) al disagio dell'adolescente.

Luigi Gualtieri



“Guarda che faccia”: istruzioni per l’uso

È uscito il primo libro prodotto da NPL, edito da Giunti Editore. Autore del libro è Stefania Manetti in collaborazione con la redazione di *Quaderni acp*. Il titolo è *Guarda che faccia!* Un cartonato con le fotografie delle facce di bambini di 6-12 mesi di età a tutta pagina. Le facce rispecchiano diverse emozioni: fame, gioia, rabbia, tristezza, e sono rilevate da espressioni verbali relative alla espressione della faccia. Con semplicità il libro esplora le emozioni di ogni giorno che lentamente emergono e vengono riconosciute dai bambini. Il libro è indicato per la fascia 6-12 mesi, è facilmente maneggevole grazie alla misura ridotta; le sue pagine robuste sono adatte alle prime esplorazioni autonome. I bambini di questa età raggiungono i libri, li “assaggiano” e guardano le figure; sono, in particolare, catturati dalle fotografie delle facce. Vocalizzano e “battono” con la mano sulle pagine. I genitori possono “leggere” le facce raccontando ciò che fa il bambino ritratto e segnandolo con il dito: “Guarda! Questo bambino ride, questo piange, questo mangia. Vedi la bocca? I denti? Il naso?”. Le basi di sviluppo sulle quali si basa il libro sono le seguenti.

- Tra gli 8 e i 12 mesi il bambino verifica la sede e il punto in cui si dirige l’attenzione dell’adulto se l’oggetto è ben visibile.

- Tra i 10 e i 14 mesi il bambino orienta sempre la sua attenzione su ciò che attira quella dell’adulto ed è capace di distinguere tra due oggetti quello fissato dall’adulto. Il lettore quindi deve guardare il libro quando legge o parla della immagine.

- Dopo i 14 mesi il bambino dirige attivamente l’attenzione dell’adulto mo-

strandolo col dito quello che gli interessa. Passa quindi dalla ricezione alla richiesta. L’adulto deve soddisfarla.

- Il bambino di 6-8 mesi è in grado di riconoscere tutti i suoni, tutte le consonanti e tutte le vocali, ma assume maggiore familiarità con le parole con significati oggettivi (nomi, aggettivi, verbi) piuttosto che con preposizioni, congiunzioni o avverbi. Il linguaggio di chi “legge” deve essere perciò molto elementare.

- Il bambino di 6-8 mesi impara le parole per “segmentazione” delle stesse nella massa fonetica; in pratica le estrae dal grosso del discorso di chi gli parla. Le parole nella frase devono essere quindi pronunciate con la maggiore chiarezza possibile.

“Guarda che faccia” scopre queste attività del bambino e perciò deve essere veramente considerato il primo libro del genitore e del bambino.

È disponibile per i progetti NPL al prezzo per copia di Euro 3.54 escluse le spese di spedizione. È distribuito dal Centro per la Salute del Bambino. Le prenotazioni per le forniture devono essere inviate al Centro per la Salute del Bambino, via dei Burlo, 1- 34123 Trieste. Tel 040 3220447. Fax 040 3224842.e-mail: csb.trieste@iol.it.

Marche

Il 22 maggio scorso, promossa dall’ACP Marche, in collaborazione con le locali sezioni dell’Associazione Italiana Donne Medico e dell’Associazione Italiana Educazione Demografica, si è svolta ad Ascoli Piceno la presentazione del progetto Nati per Leggere.

L’incontro si è tenuto presso la libreria Rinascita che, oltre all’ampio spazio normalmente dedicato ai bambini, attrezzato con gradoni e cuscini per consentire ai piccoli di sfogliare e leggere comodamente i libri, aveva per l’occasione attrezzato la sala riunioni, esponendo tutto il materiale informativo di NPL e la maggior parte dei libri consigliati. Nel corso dei lavori il titolare della libreria, Giorgio Pignotti, è intervenuto comunicando di aver istituito un fondo per regalare a ogni neonato della città un libro, attraverso il pediatra di famiglia.

Ha introdotto la manifestazione Laura Olimpì, dell’ACP Marche. Successi-

vamente è intervenuto Alessandro Capolongo, segretario regionale della FIMP, portando il saluto dei pediatri di famiglia marchigiani, dimostrando l’interesse di tutta la categoria per l’iniziativa.

È intervenuto anche Antonio Carlucci, Direttore del locale Dipartimento materno-infantile. Il prof. Biasini ha aperto i lavori facendo un’ampia e interessante rassegna delle iniziative in Italia e nel mondo e chiarendo finalità e modalità di attuazione del progetto. Sono seguiti due tavole rotonde e numerosi interventi non programmati. Mauro Mario Coppa, dell’Associazione Italiana Dislessia di Ancona, e Maria Cristina Alessandrelli dell’Ospedale Salesi di Ancona hanno raccontato cosa già si fa e cosa bolle in pentola nella loro città. In questa da settembre verrà lanciato il progetto NPL vero e proprio, con la collaborazione del Comune e dei pediatri di famiglia; intanto già da tempo al Salesi sono realizzati interventi di lettura ad alta voce ai bambini degenti. Maria Longo, neuropsichiatra infantile, responsabile delle UMEE di Ascoli, e Vincenzo Luciani, psicologo, direttore del consultorio familiare di Ascoli e San Benedetto del Tronto, hanno illustrato i rapporti tra lo sviluppo del bambino e la lettura. Nel corso della seconda tavola rotonda Emanuela Impicini, direttrice della biblioteca comunale di Ascoli, e Natalia Tizi, della biblioteca comunale di Fermo, entrambe del direttivo regionale dell’AIB, hanno riferito sulle attività delle loro istituzioni, e si sono dichiarate disponibili a collaborare fattivamente con i pediatri per le iniziative di consulenza e formazione che saranno organizzate nei prossimi mesi. Già da tempo, in entrambe le biblioteche, si svolgono con successo letture animate rivolte ai bambini dell’età prescolare e ai loro genitori, e il prestito di libri ai più piccoli rappresenta una realtà non trascurabile. Tra gli interventi non programmati, quello di due operatrici del consultorio familiare di San Benedetto del Tronto, di uno psicomotricista di Ascoli e del dott. Cappellacci, pediatra, in rappresentanza dell’ACP Abruzzo. Numeroso e partecipe il pubblico, composto da pediatri di famiglia e ospedalieri, medici di medicina generale, logopedisti e operatori della riabilitazione, insegnanti, genitori e nonni.

nati

per leggere

Del progetto NPL si è parlato nelle cronache locali dei quotidiani *Il Messaggero* e *Il Resto del Carlino*.

Tra le iniziative illustrate nel corso della mattinata si segnalano:

1. la distribuzione del materiale informativo di NPL (manifesti, pieghevoli con i consigli di lettura per le varie età, opuscoli con informazioni sui rapporti tra sviluppo del bambino e libro) negli studi dei pediatri di famiglia. Il materiale è stato acquistato grazie a un contributo della Provincia di Ascoli Piceno.

2. Ad Ascoli Piceno i pediatri consegneranno un libro a ogni neonato, grazie al fondo istituito dalla libreria Rinascita.

3. Saranno attivati interventi di lettura per i bambini ricoverati in ospedale. In particolare:

- il progetto "letto a letto" organizzato in collaborazione tra la biblioteca e la UO di Pediatria dell'Ospedale di Fermo;

- saranno continuate le iniziative presso il Salesi di Ancona, con lettori volontari e la collaborazione del personale del reparto;

- progetti simili sono in preparazione presso la UO di Pediatria di Ascoli Piceno.

4. Saranno inoltre attuate iniziative di promozione della lettura nei corsi di preparazione al parto; l'intervento partirà nei prossimi mesi ad Ascoli Piceno e a San Benedetto del Tronto.

5. Saranno attuate letture animate negli asili nido.

6. Sono in corso contatti con il locale servizio di vaccinazioni per avviare un progetto di lettura per i bambini vaccinati.

7. In collaborazione tra la biblioteca e la libreria Rinascita si organizzerà un corso di formazione per lettori volontari.

8. Sarà tentato un esperimento di "lettura in spiaggia", nel Fermano e a San Benedetto del Tronto.

In conclusione, si può sperare che anche nelle Marche, dove NPL sta per ora lentamente crescendo a macchia di leopardo, il progetto si trasformi nei prossimi mesi in un vero e proprio contagio.

Laura Olimpini

Emilia Romagna

Il 5 giugno, presso la Galleria dei Sotterranei di Palazzo Ducale di Pavullo nel Frignano, in Provincia di Modena, si è tenuta la presentazione del progetto NPL. L'incontro ha visto dapprima il saluto delle autorità e in seguito gli inter-

venti del prof. Giancarlo Biasini, del dott. G. Zucchi, pediatra di famiglia, della dott.ssa E. Bovero, bibliotecaria, e infine della signora Lorenza Cavani, mamma e lettrice volontaria che con il proprio intervento è riuscita a toccare la sensibilità dei presenti.

Il progetto interessa tutti i quattro pediatri di famiglia (dott. A. Adani, dott. C. Mangialavori, dott.ssa R. Bosi, dott. G. Zucchi) presenti sul territorio, che sono riuniti in Associazione dall'aprile 2001 (Associazione Pediatri di Famiglia "C'era una volta") e sono stati i promotori del progetto. I comuni che hanno accettato di partecipare al finanziamento del progetto sono il comune di Pavullo, Lama Mocogno e Serramazzone.

Nati per Leggere nel Frignano prevede tutte le iniziative tipiche del progetto, cioè il dono dei libri da parte dei pediatri, l'intervento attivo di sensibilizzazione alla lettura durante i bilanci di salute, la presenza di libri delle biblioteche nelle sale di attesa degli ambulatori con la opportunità del prestito e la successiva restituzione presso la biblioteca. Grazie al progetto è stato organizzato un corso per lettori volontari che si sono impegnati ad offrire le stesse ore impiegate nel corso come attività volontaria di lettore negli ambulatori dei pediatri di famiglia, nell'ambulatorio vaccinale del Consultorio e presso la UO di Pediatria dell'Ospedale di Pavullo.

Il progetto è stato programmato il più possibile conforme ai suggerimenti del movimento NPL. Speriamo pertanto di ottenere anche nel nostro territorio (attraverso i questionari che verranno riproposti ai genitori tra 12-18 mesi) i benefici effetti sulle abitudini alla lettura nelle famiglie dei nostri pazienti, così come viene riportato in letteratura.

Graziano Zucchi

Riportiamo qui di seguito l'intervento di una mamma, la signora Lorenza Cavani, effettuato nella riunione di Pavullo.

"La mia esperienza non ha nulla di particolare, non ho segreti da svelare.

A riflettere sull'argomento, mi sono fatta aiutare dai miei ragazzi, che mi hanno detto candidamente: tu non hai fatto niente, noi eravamo curiosi di sapere che cosa ci fosse scritto sui libri che ti vedevamo leggere!

Infatti io sono una divoratrice di libri, riviste, quotidiani.

Guardando indietro, a me bambina, vedo una casa di contadini, ma con un quotidiano che il postino consegnava tutti i giorni, riviste settimanali per adulti, per bambini e ragazzi, e frequenti doni di libri da parte di parenti e conoscenti.

Non ero una lettrice che passava ore sui libri; ci passavo solo i momenti liberi prima dal gioco, poi dallo studio e dal lavoro. Io non potevo e non posso addormentarmi senza un libro fra le mani.

Ammetto di non essere un lettrice di saggi, ma adoro i romanzi, storici, gialli, d'azione e... rosa!

Poi la mia esperienza di genitore: sin dalla nascita del primo figlio, la casa ha iniziato a riempirsi di libri che, da cartonati, divenivano brevi storie, fiabe, e via fino agli (già letti tutti) Harry Potter, le ragazzine, ma anche romanzi classici per ragazzi oltre che ovviamente riviste settimanali e mensili per ragazzi. Il libro è venuto a far parte dei giochi che c'erano a disposizione, e vi era spesso la richiesta da parte dei ragazzi di sentirselo leggere. La cosa che piaceva di più era quando il papà leggeva per loro, era una gioia all'ennesima potenza. Devo dire che non li abbiamo forzati nei confronti dell'apprendimento della lettura; è avvenuta regolarmente con i tempi scolastici. La frequentazione della biblioteca è iniziata con le prime uscite scolastiche, dove si era obbligati a restituire il prestito e... come fare a ritornare a casa a mani vuote? Il libro, poi, era per me lo strumento per non essere troppo assillante nei loro confronti durante le uscite in pineta o al parco giochi; infatti i ragazzi potevano giocare più sereni perché io mi perdevo fra le pagine e non ero subito a dire: andiamo a casa, state attenti, devo andare a stirare...

Spesso poi interrompevano il gioco per venirmi a chiedere: cosa stai leggendo? Di cosa parla questo libro? Questa è la curiosità che loro ricordano e che dicono sia stata la molla che li ha spinti ad essere a loro volta lettori in erba. Con il senno di poi, posso dire che non sarebbe stato necessario un così grande investimento economico; infatti la biblioteca è stata per noi, che non ne eravamo frequentatori, una grande scoperta. Tuttavia, quando guardo le nostre collezioni di libri, immagino come staranno bene nelle future case dei nostri figli...". ♦

La lettura, l'amore, la narrazione in *Balzac e la Piccola Sarta cinese* di Dai Sijie

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Il libro me l'avevano regalato a Natale, esattamente due anni fa. Ricordo di averlo letto d'un fiato. Lo riprendo adesso in mano e leggo, in copertina, che Dai Sijie è uno scrittore-regista cinese che vive da quindici anni a Parigi, dove ha realizzato tre cortometraggi. "*Balzac e la Piccola Sarta cinese*" è stato scritto in francese, è apparso in libreria nella primavera del 2000 e ha venduto oltre duecentomila copie nella sola Francia. Nell'autunno del 2001, Dai Sijie ha ultimato in Cina le riprese del film che ha tratto da questo suo fortunato libro. In Francia, il film è uscito nel 2003; in Italia è arrivato solo nel luglio 2004, a stagione praticamente finita. Scrisi, a suo tempo: so che quando il libro diventerà un film, andrò a vederlo, ma preferirei non rivederlo. Era una frase sibillina che necessitava di una spiegazione. Ai lettori di allora e agli spettatori d'oggi chiarisco il mio pensiero cominciando dalla trama. Alla fine del 1968, nella Cina Rossa, il Presidente Mao avvia un piano destinato a cambiare profondamente il Paese: chiude le università, i giovani intellettuali borghesi vengono mandati in campagna per essere "rieducati" dai contadini poveri. Romanzo e film narrano le vicende di due giovani (un violinista, che è anche il narratore della storia, e Luo), i quali finiscono in uno sperduto villaggio di montagna, tra contadini rozzi e analfabeti. La rieducazione dello Stato è impostata su torture fisiche e psicologiche inumane (solo tre persone su mille riescono a sopravvivere), ma giocano a favore dei due giovani alcune fortunate coincidenze: la scoperta di una valigia piena di libri (classici francesi, Balzac su tutti) che un terzo giovane borghese rieducando tiene illegalmente nascosta sotto il letto, l'amore improvviso di Luo (ma anche del narratore) per la giovane e bella figlia del sarto di un paese vicino, il loro talento di narratori. Come dire: la lettura, l'amore, la narrazione.

La lettura, quindi. Nella Cina di Mao viene considerata pericolosa ed è proibita; ma i giovani non temono di sfidare la legge e così il proprietario dei libri diventa "traditore del popolo" per avere nascosto "merce proibita", Luo e il violinista compiono il più rocambolesco furto della loro vita e la figlia del sarto (la *Piccola Sarta* del titolo) abbandona il villaggio per trasferirsi in una grande città, giacché, come dirà al suo giovane amante, "Balzac le ha fatto capire che

la bellezza di una donna è un tesoro inestimabile".

Il proibizionismo come irresistibile attrazione non è certo una novità, ma questa volta non ci sono di mezzo alcol, fumo e droga, bensì dei libri. Libri che, nella Cina di Mao come nell'autodafè dell'Inquisizione, sono considerati pericolosi. Ed è vero, sotto un certo aspetto. Leggere è pericoloso (ne sanno qualcosa Paolo e Francesca del "Galeotto fu il libro e chi lo scrisse"), è come beccarsi un virus che non se ne va più e che cresce con il tempo e con gli anni. "I libri - scrive Francesco Algarotti - sono come i telescopi nello spazio: avvicinano gli oggetti lontani". Avvicinare la Francia di Balzac alla Cina di Mao, era pericoloso; probabilmente com'è pericoloso per chi ama governare che la massa capisca troppo. C'è una beatitudine laica - "Beati gli incolti" - che fa comodo a molti e che viene usata come sonnifero della mente. Guai, se la massa si sveglia!

Ce la prendiamo tanto con i nostri ragazzi perché non leggono e non sappiamo come fare per staccarli dai videogiochi. Idea: e se proibissimo loro - ma severamente e con pene corporali - di toccare anche un solo libro? L'amore tra la Piccola Sarta e Luo è qui trattato con una tenerezza d'altri tempi. Il culmine della loro storia ha come sfondo l'acqua trasparente e profonda di una caletta. La scenografia che Dai Sijie sceglie è una sorta di piccolo Eden cinese, ma questa scena madre è da lui raccontata alla Kurosawa. Come in *Rashomon* abbiamo più versioni: "Ciò che disse il vecchio mugnaio", "Ciò che disse Luo", "Ciò che disse la Piccola Sarta".

Non è solo un'invenzione tecnica dello scrittore-regista cino-francese; è una chicca stilistica all'interno del racconto. Bene. Sembra - la fonte è un quotidiano francese - che la censura cinese abbia impedito a Dai Sijie di girare questa scena e che egli, *pro bono pacis* o per fare buon viso a cattiva sorte, abbia cambiato l'ambientazione filmica.

Considerazione numero due; questa volta diretta all'autore. No, caro Dai Sijie, questo non è giusto. Ci sono delle norme nel rapporto autore-lettore che vanno rispettate in tutte le latitudini. Chi legge il romanzo "vede" questa bellissima scena, la fa sua e la proietta sullo schermo della personale fantasia. Da quel momento, nessuno - nemmeno chi l'ha creata - è autorizzato a cam-

biarla, perché essa è diventata di tutti. Questo episodio anticipa solo in parte la spiegazione di quella mia sibillina espressione iniziale ("preferirei non rivedere il film"). Per comprenderla del tutto resta da chiarire il terzo tema, quello della "narrazione". Gli abitanti del paesino sperduto in cui i due ragazzi vengono esiliati non avevano mai avuto l'occasione di vedere un film in vita loro; anzi, non sapevano neppure che cosa fosse il cinema. Un giorno, essi raccontano al capo villaggio la trama di un film e questi ne resta talmente ammaliato da morire dalla voglia di sentirne altre. Quando nel vicino paese di Yong Jing viene proiettato un film, il capo villaggio decide di mandare i due ragazzi a vederlo, ma a due condizioni: che al loro rientro siano capaci di raccontarlo a lui e all'intero villaggio e che la durata della loro narrazione rispetti esattamente quella della proiezione. L'improvvisato mestiere del narratore sarà, in tal modo, una duplice tavola di salvezza per i due ragazzi: da una parte, infatti, permetterà loro di acquistare la fiducia e la benevolenza di tutti (amore della Piccola Sarta incluso); dall'altra, li farà sopravvivere in un luogo di tristezza tramite l'evasione fantastica. Tra i mille modi di narrare, quello orale resta il più antico, il più rassicurante, il più caldo. Nulla potrà mai sostituire la voce della mamma china sulla culla, i racconti dei nonni davanti al camino, le prime lezioni della maestra elementare. La grande invenzione di Dai Sijie è quella di avere parlato di "cinema orale" non come di un "non cinema", ma come di un "cinema altro". Non siamo di fronte a un film che si sente soltanto, ma di fronte a un film che si sente e che si vede in tanti modi quanti sono gli uditori-spettatori. Anche per i libri, in fondo, si può dire la stessa cosa: non li leggiamo soltanto; senza accorgercene, li scegiamo pure, li interpretiamo, li proiettiamo e li vediamo.

Non c'è niente da fare: certe cose si avvertono prima che avvengano. Ora che ho visto anche il film, posso dirlo tranquillamente: *Balzac e la Piccola Sarta cinese* di Dai Sijie è un bel film; ma la prima visione (quella della lettura) era un'altra cosa. ♦

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?

Franca Beccaria*, Mario Carzana**, Antonella Ermacora°, Aldo Ravaglia°°

*Sociologa; **Responsabile Promozione Salute Regione Piemonte; °Educatore-formatore; °°Pediatra, Consulente Regione Piemonte

Abstract

Alcohol, drugs and driving: a training for driving schools?

With the beginning of the third century in all European Union Countries (UE) road safety is considered a priority. A training program based on the effects of alcohol and illegal drug abuse during driving has been offered by the Piemonte Region both to school teachers and driving schools instructors. 225 people and 157 driving schools have been trained at a provincial level. The aim was to make participants fully aware of the importance of their role as educators. The program trained also on the use of a kit: "Alcohol, drugs and driving: considerations in course". Great interest and sensibility for the subject was shown by the participants. They also seemed interested in changing their teaching modalities and time schedules. Great attention and interest for this subject emerged also through individual contacts with pupils especially during driving school lessons.

Quaderni acp 2004; 11(5): 197-199 and 234

Key words Car accidents prevention. Alcohol and car accidents. Road safety education. Training writing material

All'inizio del terzo millennio il tema della sicurezza e della prevenzione degli incidenti stradali è una delle priorità di tutti i Paesi dell'Unione Europea. La Regione Piemonte ha offerto a insegnanti e istruttori di autoscuola l'opportunità di partecipare a un corso di formazione sugli effetti del consumo di alcol e di sostanze psicoattive illegali sulla guida. Il corso, organizzato a livello provinciale, ha visto la partecipazione di 225 persone in rappresentanza di 157 autoscuole. Oltre agli aspetti strettamente informativi, il corso aveva come obiettivo il rendere consapevoli i partecipanti dell'importanza del loro ruolo di educatori nella prevenzione della guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive. Il corso ha previsto anche la formazione sull'utilizzo didattico del kit "Alcol, droghe e guida. Riflessioni in corso".

I partecipanti hanno mostrato interesse e sensibilità per i temi affrontati e disponibilità a modificare le modalità e i tempi dedicati all'argomento in aula. Maggiore attenzione a questi temi è emersa anche nel corso dei contatti individuali con gli allievi, in particolare durante le lezioni di guida.

Parole chiave Prevenzione degli incidenti. Alcol e incidenti. Educazione stradale. Materiale educativo

Nel 2000, nell'Unione Europea, gli incidenti stradali hanno provocato oltre 40.000 morti e 1,7 milioni di feriti. La fascia di età più colpita è quella dei giovani tra i 14 e i 25 anni, per la quale gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di decesso (Commissione Europea, 2001). Le autorità di polizia italiane nel 2000 hanno rilevato 211.941 incidenti stradali, con il decesso di 6410 persone; altre 301.559 hanno subito lesioni di diversa gravità. Ogni giorno in Italia, a causa di incidenti stradali, muoiono mediamente circa 18 persone, mentre altre 824 rimangono ferite (ISTAT, 2001). La battaglia contro l'insicurezza sulle strade ha

fatto sì che l'Unione Europea si sia posta l'ambizioso obiettivo di dimezzare il numero dei morti sulla strada tra il 2000 e il 2010, favorendo l'adozione di misure nazionali e locali finalizzate a prevenire gli incidenti stradali, sia attraverso la diffusione di buone pratiche sia promuovendo nuove tecnologie al servizio della sicurezza stradale. La Commissione Europea sottolinea la necessità di proseguire nella lotta al flagello della guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di droghe o farmaci che compromettono la capacità di guidare in condizioni sicure.

Se il comportamento del conducente resta la principale causa di incidenti, dovuti in

particolare alla velocità, alla distrazione e allo stato psico-fisico del conducente, il fenomeno si complica ulteriormente per i giovani guidatori. Qui è molto difficile separare il fattore "inesperienza di guida" da quello dovuto al fattore "età del conducente", costituito a sua volta da un insieme di elementi socio-culturali quali lo stile di vita, il consumo di alcol e droghe, il modo di fruire l'auto, la diffusa abitudine a guidare di notte quando la guida è più rischiosa, in particolare il venerdì o il sabato notte (1,2). Se dunque il fattore umano riveste importanza nella dinamica degli incidenti stradali e la ricerca del rischio è parte dell'esperienza giovanile, le politiche di prevenzione e sicurezza stradale devono tenere conto della complessità del fenomeno e coinvolgere tutti i soggetti che operano a contatto con i giovani compreso il personale delle autoscuole, passaggio obbligato per coloro che imparano a condurre un veicolo. L'autoscuola si configura come un luogo nel quale affrontare i temi delle conseguenze legate alla guida sotto l'effetto di alcol e di sostanze per l'opportunità di raggiungere un vasto numero di giovani.

Il percorso formativo

L'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, rispondendo anche alle indicazioni della Legge Quadro in materia di alcolismo del 30 marzo 2001 n. 125, ha promosso un ciclo di corsi di formazione rivolti a insegnanti e istruttori delle autoscuole della Regione. Il progetto intende agire sulla scarsa conoscenza degli effetti di alcol, droghe e farmaci sulla guida, e sui valori diffusi all'interno dei gruppi giovanili, per i quali bere o consumare sostanze psicoattive e poi mettersi alla guida è segno di "machismo" o di capacità di reggere e di controllare la situazione. L'ipotesi è che, attraverso la sensibilizzazione e la formazione di educatori, come insegnanti e istruttori di autoscuola, sia possibile arrivare a ridimensionare regole che fanno parte o rafforzano l'identità di gruppo.

Per corrispondenza:
Aldo Ravaglia
e-mail: alravaglia@fiscalinet.it

esperienze

Gli obiettivi generali del corso erano i seguenti:

- sensibilizzare e informare insegnanti e istruttori sull'importanza di affrontare con i giovani i rischi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive;
 - renderli consapevoli dell'importanza del loro ruolo di educatori su questo tema;
 - informarli sulle modalità di utilizzo di diversi supporti didattici;
 - fornire indicazioni operative su come meglio affrontare questi temi con i giovani.
- I corsi si sono sviluppati in *quattro incontri* di due ore ciascuno. I *primi tre*, settimanali, hanno visto la partecipazione di esperti che affrontavano temi relativi agli effetti del consumo di alcol e droghe sulle prestazioni alla guida e alle modalità di comunicazione più efficaci in aula. Ai partecipanti al corso è stato fornito il kit "Alcol, droghe e guida riflessioni in corso", realizzato dall'ASL 1 di Torino e dall'ASL Città di Milano, e composto da un manuale, un set di lucidi, una videocassetta VHS, un cd-rom e una vetrofania che qualifica l'autoscuola come sensibile alla promozione della guida sicura. Al termine del terzo incontro è stato distribuito ai partecipanti un primo questionario sulla percezione e gradimento del corso.

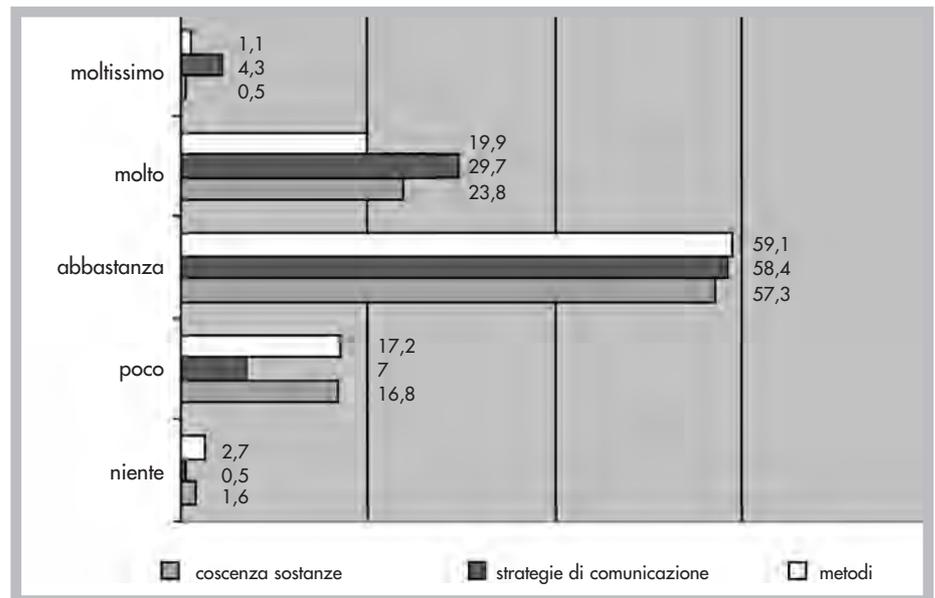
Il *quarto incontro* si è tenuto dopo sei mesi con l'obiettivo di rilevare, attraverso la somministrazione di un secondo questionario e la discussione di gruppo, le tematiche affrontate in aula (fattori che influenzano la guida, effetti dell'alcol e delle droghe sulla guida, i giovani e la ricerca del rischio, codice della strada), il tempo dedicato, quali strumenti del kit sono stati consultati o utilizzati in aula, quali argomenti hanno maggiormente attirato l'attenzione dei ragazzi, eventuali bisogni formativi futuri.

Risultati

La partecipazione

Il percorso formativo ha raccolto una buona adesione delle autoscuole. Complessivamente sono stati attivati 14 corsi, distribuiti in tutte le province, che hanno visto la partecipazione di 225 persone, (178 uomini e 47 donne), di 157 autoscuole diverse, su un totale di 443 contattate. I giovani che hanno avuto l'opportunità di sentir parlare di alcol, droga e guida in autoscuola sono oltre 1800. La valutazione dell'impatto del corso sulle attività dell'autoscuola è stata

FIGURA 1: LIVELLO DI APPRENDIMENTO



effettuata al quarto incontro. I dati riportati sono relativi a 68 partecipanti al quarto incontro, ossia il 30% degli iscritti al corso. Questa scarsa presenza all'incontro di valutazione è probabilmente da imputare al tempo troppo lungo tra la parte formativa vera e propria e quella valutativa, e dalla presentazione del quarto incontro come tempo di valutazione, nel quale non ci sarebbero state ulteriori informazioni.

Dall'incontro di valutazione è inoltre emersa la sensazione che per molti ragazzi l'autoscuola sia stata la prima opportunità per sentir parlare e anche discutere di alcol e droga.

Dai dati emersi dai due questionari e dall'incontro di valutazione è possibile trarre alcune considerazioni sulla ricaduta del corso di formazione nell'attività quotidiana degli istruttori e degli insegnanti e conseguentemente di capire se gli obiettivi del progetto sono stati raggiunti.

L'interesse e le conoscenze

Dalle risposte al primo questionario, somministrato al termine del terzo incontro con l'obiettivo di raccogliere informazioni sul gradimento del corso, risulta che il tempo dedicato è stato ritenuto adeguato dal 60% dei partecipanti, insufficiente dal 40%. La quasi totalità dei partecipanti (97,6%) ha considerato il corso utile e stimolante per le attività didattiche; il 70% ha l'esigenza di

approfondire ulteriormente i temi del corso; il restante 30% non lo ritiene necessario. I primi sottolineano la disponibilità a partecipare a nuovi corsi di aggiornamento e avanzano la richiesta di non essere abbandonati nel difficile compito di educare i giovani a una guida responsabile.

Tutti i rispondenti (186 persone, pari all'83% degli iscritti) hanno giudicato molto interessanti i temi affrontati negli incontri formativi relativi alla comunicazione con i giovani e le informazioni su alcol, droghe e farmaci. Invece, l'incontro sulle modalità di utilizzo del kit per l'autof ormazione o per le attività didattiche con i ragazzi, pur essendo stato percepito come utile, è stato valutato meno interessante. Su questa valutazione ha sicuramente pesato la scarsa familiarità che molti partecipanti hanno con gli strumenti multimediali. È stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro opinione sulla qualità del corso e sulla sua capacità di modificare le conoscenze dei partecipanti sulle tematiche programmate.

L'81,6% ritiene che le proprie conoscenze si siano modificate, il 16,8% pensa che si siano modificate poco e l'1,6% per nulla (figura 1).

Per quanto riguarda le strategie di comunicazione con i giovani, il 92,4% dei partecipanti afferma che si sono arricchite. Le conoscenze relative ai "metodi" per fare

prevenzione tra i giovani si sono modificate per l'80,1% dei partecipanti. La quasi totalità (91,4%) dei partecipanti ha dichiarato di poter utilizzare i contenuti appresi durante le lezioni in aula con i ragazzi. Alla domanda: "Pensa di poter svolgere un ruolo attivo nella prevenzione dei rischi legati alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive?", l'83,9% ha risposto in modo positivo; il 30% si è mostrato decisamente convinto rispondendo "molto" o "moltissimo".

Questo dato sembra rivelare il raggiungimento di uno degli obiettivi di questo progetto: "rendere consapevoli insegnanti e istruttori di autoscuola dell'importanza del loro ruolo di educatori su questo tema".

Gli effetti in autoscuola

Gli argomenti affrontati nel corso di formazione sono stati praticamente tutti oggetto di trattazione nei corsi per il conseguimento della patente di guida; solo il rapporto tra giovani e rischio sembra essere stato un po' penalizzato. Seppure le valutazioni che emergono dall'analisi del secondo questionario e dalle discussioni che si sono tenute negli incontri di valutazione riguardano solamente il 30% degli iscritti al corso (le persone presenti al quarto incontro), esse possono fornire elementi di riflessione per gli operatori che si occupano di educazione e promozione della salute.

Da un'indagine informale, effettuata al momento della realizzazione del kit che aveva come unico scopo la definizione degli strumenti didattici, risultava che questi temi venivano affrontati nelle lezioni di teoria in modo molto superficiale e con un tempo ridotto: molti intervistati sostenevano di esaurire l'argomento anche solo in un quarto d'ora. Sembra pertanto un successo che più del 30% riesca a soffermarsi per oltre un'ora su aspetti che purtroppo al momento non hanno rilevanza nel programma ministeriale (tabella 1).

La metà dei rispondenti al questionario è consapevole che il tempo dedicato a questi argomenti non è sufficiente; tale difficoltà è attribuibile all'ampiezza del programma di teoria. Si lamenta anche che quiz e argomenti previsti dal Ministero diano scarsa importanza ai temi della guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive. Durante gli incontri di valutazione è emerso che gli insegnanti sono coloro che riescono a dedi-

care maggior tempo ai temi in questione perché li affrontano in aula nell'ambito del loro programma didattico. La situazione della guida sembra invece costituire un'opportunità per l'istruttore di affrontare questi temi in modo più informale e diretto: il rapporto personale che si instaura con i ragazzi permette di captare situazioni di disagio, di ricevere confidenze e di dare informazioni che vengono percepite dai ragazzi come consigli personali e non come informazioni da apprendere per superare l'esame di guida.

Durante le lezioni di guida la modalità più utilizzata per incominciare a parlare di alcol e droga al volante sembra essere quella di partire dal problema degli incidenti del sabato sera sul proprio territorio. Gli istruttori raccontano che sono i ragazzi che chiedono informazioni sull'accaduto e su come si sarebbe potuto evitare. Il kit consegnato ai partecipanti è stato ampiamente utilizzato. Il cd-rom viene valutato come il supporto didattico più completo: rappresenta una vera e propria banca dati su alcol, droghe e guida; ha informazioni utili per la formazione, per la preparazione dei contenuti delle lezioni o per stampare materiale da distribuire in aula. È uno strumento utilizzabile direttamente in aula o da lasciare a disposizione degli allievi. I filmati sono stati meno utilizzati perché considerati da alcuni troppo brevi e il messaggio è stato da altri giudicato troppo poco incisivo. Tra coloro che si sono serviti dei filmati, alcuni li hanno visionati con i ragazzi come introduzione al tema, altri li hanno utilizzati in attesa di dare inizio alla lezione.

Circa la metà dei rispondenti ha dato la possibilità ai propri allievi di consultare il cd-rom; di questi il 59,6% l'ha messo a disposizione in autoscuola, mentre il 40,4% l'ha dato in prestito. I partecipanti hanno valutato quali argomenti trattati in autoscuola hanno suscitato maggiore interesse nei giovani: il 77,8% cita gli effetti dell'alcol sulla guida e il 65,4% il tema delle droghe. Altri argomenti (i fattori di rischio che influenzano la guida, il codice della strada e gli stili di vita) hanno suscitato minor interesse. Dall'altra parte proprio i temi più interessanti per i giovani sono anche quelli su cui insegnanti e istruttori sentono il bisogno di ulteriori approfondimenti (tabella 2).

TABELLA 1: TEMATICHE AFFRONTATE CON GLI ALLIEVI

Incidenti stradali	83,9%
Effetti dell'alcol sulla guida	83,9%
Fattori che influenzano la guida	82,8%
Effetti delle droghe sulla guida	73,6%
Contenuti del codice della strada	69,0%
Comportamenti e stili di vita	63,2%
I giovani e la ricerca del rischio	33,3%

TABELLA 2: ARGOMENTI DA APPROFONDIRE CON I GIOVANI

Effetti dell'alcol sulla guida	58,4%
Effetti delle droghe sulla guida	54,5%
Fattori che influenzano la guida	53,2%
Incidenti stradali	42,9%
Comportamenti e stili di vita	39,0%
I giovani e la ricerca del rischio	26,0%
Contenuti del codice della strada	14,3%

Conclusioni

L'interesse e il gradimento espressi dai partecipanti al termine del terzo incontro del corso di formazione sono stati confermati anche a distanza di alcuni mesi, seppure i dati risentano della scarsa numerosità del campione.

L'obiettivo principale del corso, sensibilizzare e informare insegnanti e istruttori di autoscuola sull'importanza del loro ruolo nell'affrontare i temi legati al rischio di guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive, è stato raggiunto. Questa affermazione è supportata dal fatto che molti partecipanti avvertono l'esigenza di un ulteriore approfondimento sul tema, esigenza che implica il riconoscere il proprio ruolo non solo di educatori alla guida corretta, ma anche all'assunzione di stili di vita sani. Probabilmente l'essere stati, per la prima volta, destinatari di un intervento formativo di questo tipo ha reso questi professionisti maggiormente consapevoli del ruolo educativo che essi ricoprono. Questa occasione formativa ha inoltre fatto emergere l'esigenza di una formazione continua. Gli educatori non vogliono essere lasciati soli, soprattutto oggi che con le nuove regole introdotte dal Codice della Strada sono

continua a pag. 234

Libri: occasioni per una



Marco Bobbio è cardiologo dell'ospedale Molinette di Torino dove si occupa professionalmente di trapianti di cuore. Insegna epidemiologia clinica all'Università di Torino. È stato componente della CUF dal 1997 al 2000. Ha quindi tutte le conoscenze e il background necessario per affrontare il tema dei rapporti fra medici e industria farmaceutica. Il libro affronta tutte le varie forme con le quali l'industria tenta di influenzare le scelte prescrittive del medico, al di là della vera qualità e delle vere indicazioni dei prodotti che, insieme al costo, devono rimanere il faro di orientamento della professione del medico. Il conflitto di interessi (un tema caro a questa rivista) è alla base del volume di Bobbio. Il conflitto è fra chi (l'industria) legittimamente promuove i suoi prodotti e legittimamente insegue profitti (altrimenti non darebbe benefici a chi dei farmaci ha bisogno), e chi invece quei prodotti deve usarli per il solo beneficio del cittadino assistito e tenendo conto, anche, dell'interesse economico di chi quel prodotto paga (il SSN e in fondo noi tutti). Ogni volta che vi è un tentativo di influenzare e condizionare le prescrizioni del medico per indurlo a operare in modo non conforme al solo interesse del cittadino e del terzo pagante nasce un conflitto di interesse. E sappiamo tutti che questo tentativo è frequente. Nasce quindi l'impellente problema di oggi: separare net-

tamente il mondo medico da quello dell'industria; è la tesi di Richard Smith, direttore del *BMJ*, che abbiamo più volte citato in questa rivista. Il conflitto di interesse non riguarda ovviamente quegli atteggiamenti giuridicamente o professionalmente perseguibili che interessano la magistratura e gli ordini professionali, ma riguarda una lunga serie di rapporti più sfuggenti ed equivoci: gli omaggi ai medici, i convegni con le tavole rotonde truccate, le inserzioni pubblicitarie equivocate "tollerate" dalle riviste scientifiche, gli editoriali equivoci che sconfinano nella pubblicità (gli inglesi li chiamano *advertorials*, mescolanza di *advertisement* ed *editorials*). Il conflitto di interessi fa parte del mondo dell'etica e non della giustizia e Bobbio ne descrive e ne approfondisce ogni aspetto con la lucidità e la chiarezza di chi lo ha molto studiato e compreso. È un libro di buona preparazione al codice interno che l'ACP sta studiando.

Giancarlo Biasini

Marco Bobbio

Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria
Einaudi 2004, pp. 298, Euro 15,00



Ulisse, uno senza fissa dimora; Raffaele, l'anziano solo e senza familiari che si ricovera in ospedale per fare "gli accerta-

menti" e trascorre i suoi ultimi giorni di vita in una corsia d'ospedale familiarizzando con gli infermieri, gli altri ammalati, tra cui un ragazzino, che diventano così la sua famiglia; Maddalena, una giovane donna che frequenta "da abusiva" un corso di preparazione al parto al Policlinico di Napoli; un ragazzo di 13 anni che si ricovera per le fratture riportate dopo essere stato investito da una moto che scorazzava su un marciapiede. Insomma, un racconto sulle molteplici esperienze fatte in ospedale, un racconto sulle voci, gli odori, i personaggi, i colori che animano i nostri ospedali. Sei racconti chiesti a sei giovani scrittori campani dal Direttore generale dell'ASL Caserta 2, il triestino Franco Rotelli, affinché parlassero "a noi operatori".

Agli scrittori è stato chiesto di raccontare storie che avessero a che fare con la "mala" e la "buona" sanità, con la salute e la malattia, con le istituzioni della sanità o con la medicina in generale. Lo scopo? Quello di fare in modo che medici e infermieri tenessero questo libro sul loro comodino e di tanto in tanto ne sfogliassero qualche pagina.

Chi lo deve leggere? Lo consigliamo caldamente a tutti i medici e a tutti gli infermieri di tutti i nostri ospedali, perché in queste pagine c'è la loro, la nostra storia di tutti i giorni, con le vittorie e le sconfitte, le illusioni e le delusioni, le gioie e i dolori.

Un piccolo ma prezioso volume che servirà anche a far conoscere e apprezzare sei giovani scrittori campani. "I medici li teniamo per malaugurio" diceva Eduardo De Filippo in *Napoli milionaria*; per questo forse Francesco Piccolo nell'ultimo racconto sogna un ospedale che per un giorno, solo per un giorno, rimanga completamente vuoto, senza ammalati, con i medici che si guardano increduli.

Paolo Siani

Braucci, de Silva, Montesano, Parrella, Pascale, Piccolo

Pensa alla salute

L'ancora del Mediterraneo 2004, pp. 78, Euro 7,00

buona lettura



Quello di cui parliamo non è un libro; è invece un gioco di società che si ispira al classico gioco dell'oca e da cui prende il nome: L'oca della pace. Ci è sembrato utile parlare di questo "gioco" in un momento tragico per il mondo in cui in tanti parlano di pace ma siamo, e da tempo, in guerra. Il gioco nasce dall'esperienza di una maestra napoletana che lo ha realizzato per educare alla legalità e alla pace in modo semplice e allegro i suoi alunni. I ragazzi, rispondendo a semplici domande (la cultura è utile? necessaria? svantaggiosa? oppure perché è stato organizzato il social forum, o ancora cosa vuol dire cooperazione, cos'è l'effetto serra, cos'è il volontariato, cos'è il lotto clandestino, cosa minaccia oggi la pace ecc.), comprendono rapidamente che, se si imbocca la strada giusta, la pace può essere realizzata. Le caselle azzurre (quelle positive), casa della cultura, dell'uguaglianza, dell'amore, del disarmo, degli scambi culturali, del volontariato, della giustizia, fanno correre il concorrente avanti fino alle caselle della pace. Le caselle nere (quelle negative), malasanità, lavoro nero, uso di droghe, razzismo ecc., sono fenomeni che ostacolano la realizzazione della pace e spediscono il bambino sulle caselle rosse del rimedio, la casa della salute, dell'umiltà, della riflessione, della povertà, della condivisione. È dunque un gioco.

Un gioco semplice, divertente, molto istruttivo, realizzato da una giovane casa editrice napoletana, che insegna ai bambini a riflettere e ad apprezzare la pace e la legalità, e fornisce agli adulti gli strumenti per parlare di questi temi con i propri figli.

È utile? Forse è utile, se davvero vogliamo la pace e la cooperazione tra i popoli, cominciare a costruirla giorno per giorno dentro le nostre case, nelle scuole, anche scegliendo di trascorrere un'ora insieme ai nostri bambini giocando con l'oca della pace. Sarebbe bello che gli insegnanti dedicassero un po' del loro tempo durante le ore di lezione a questo gioco? Forse sì, perché la scuola è, come diceva don Milani, il luogo privilegiato di elaborazione della coscienza civile degli uomini del domani. Può un gioco aiutare i bambini, gli insegnanti, i genitori a recuperare i valori della vita? Può un gioco contribuire a costruire un mondo di pace? In fondo noi che abbiamo scelto di dedicarci ai bambini e che spesso giochiamo con loro siamo convinti di sì. E allora buon divertimento a tutti.

Paolo Siani

Giulia Iervese

L'Oca della Pace

L'isola dei ragazzi 2003, Euro 12,00



“E ora? Cosa devo fare per essere un buon medico?”. Sotto forma di lettera scritta in risposta alla domanda cruciale di chi si affaccia alla professione, le pagine del libro sono preziosa occasione di riflessione per tutti, chiamati ad interrogarci sui significati e sui modelli entro cui intendere oggi la pratica clinica. Gli Autori scrivono in modo ragionato su una professione che ormai sa modificare il corso delle malattie, ma che deve anche fare i conti con condizionamenti economici e regole sempre più vincolanti e stringenti, deve

ragionare sui limiti delle risorse disponibili, ubbidire sempre più ad obiettivi di efficienza, con alti costi in termini di burocratizzazione e spersonalizzazione nella relazione clinica. Nei quattro capitoli, corrispondenti ad altrettanti interrogativi sulle aspettative dei pazienti, sugli scopi della medicina oggi, sul percorso in atto imboccato dall'industria della salute, sulle ragioni per non arrendersi alle logiche del mercato, sono riconoscibili alcune definizioni e parole chiave tanto più apprezzabili oggi, in un tempo in cui spesso contano aggressività, successo, produttività anche nella “cura degli uomini”. Tra le più significative: relazione clinica, “cuore e sostanza del rapporto di aiuto”, maturazione personale, “che passa anche attraverso la cognizione del dolore, della sofferenza, della morte”, saggezza, “capacità di giudicare e decidere senza possedere tutti gli elementi”, tensione morale, “fatta di senso di giustizia, desiderio di far bene e rispetto per gli altri”; e ancora i richiami ad una “rettezza quotidiana sostenibile da chiunque”, al mantenimento della fiducia dei pazienti con l’“onestà e l’umiltà”, all’arricchimento e alla verifica personale con la lettura di libri, riviste e con il contatto con istituzioni e intellettuali (“preziose fonti di analisi e riflessione”); e, nelle ultime pagine della lettera, l’invito convinto da parte degli Autori a vivere comunque sempre il mestiere di medico come un privilegio, anche per la possibilità di “entrare nella vita dei pazienti attraverso la porta della sofferenza”. Il testo è molto ricco di citazioni e richiami al dibattito in corso sui diversi aspetti della professione medica e della relazione clinica. La prosa è scorrevole, la lettura veloce – come si addice appunto a una lettera, anche perché gli Autori collocano in “box” separati dal testo le descrizioni e i commenti di eventi e passaggi significativi della storia sanitaria recente. C’è anche un post-scriptum, un “dialogo sulla salute e sulla malattia” tra i due Autori...e così, a fine lettura, la riflessione può continuare...

Federica Zanetto

Giorgio Cosmacini, Roberto Satolli

Lettera a un medico sulla cura degli uomini

Laterza 2003, pp. 157, Euro 15,00

info: notizie

I medici complici di torture

La rivista *Lancet* del 21-27 agosto dedica un editoriale e un articolo all'uso della tortura che qualcuno vorrebbe considerare legittimo se riesce a trarre informazioni utili dai torturati. L'articolo parte naturalmente dai casi di Abu Ghraib e di Guantanamo. Riprendendo il parere di un giudice inglese, *Lancet* scrive che non si può vincere il terrorismo usando i suoi metodi. Ma un altro problema vi è legato: la complicità dei medici e del personale sanitario nelle "operazioni" di tortura. Che è provato sia in Iraq che in Afghanistan, e che ha costretto la Croce Rossa a sospendere per protesta le ispezioni. Scrive *Lancet* che, dal momento che un medico è chiamato a vedere una persona, questa diventa immediatamente un suo paziente al quale si lega con i principi dell'etica medica; e del resto la dichiarazione di Tokyo (1975) dice chiaramente che non ci si può "avventurare in torture o altre procedure che degradino gli uomini anche durante le guerre". Non si può e, se si sa, non si può tacere. Alcuni casi vengono citati: non cura di segmenti ossei fratturati o infetti, non uso di apparecchi immobilizzanti di arti fratturati, suture effettuate inappropriatamente da personale non sanitario in presenza del medico, mancate o falsificate denunce di morte, comi derivati da percosse denunciati come spontanei, "morti" nel sonno e così via.

In rete il Registro Europeo degli studi clinici sui bambini

Gli studi clinici hanno un ruolo fondamentale nel promuovere un uso razionale dei farmaci. Purtroppo i risultati prodotti sono spesso di difficile reperimento.

Un Registro internazionale delle sperimentazioni cliniche pediatriche attive e programmate è ora disponibile e rappresenta una risposta alla riconosciuta carenza di appropriati studi volti a produrre evidenze circa l'efficacia e la sicurezza delle terapie nei bambini. L'Unione Europea ha infatti deciso di sostenere lo sviluppo di un Registro Europeo delle sperimentazioni cliniche pediatriche nell'ambito del *Fifth Framework Programme, Thematic Programme "Quality of Life"*, affidandone il coordinamento al

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto "Mario Negri" di Milano /Maurizio Bonati, Chiara Pandolfini).

Fino ad ora nessun Registro era dedicato ai bambini. Un Registro del genere rappresenta anche un utile strumento per la pianificazione di nuove ricerche (in termini di appropriatezza e necessità) perché promuove la collaborazione e la comunicazione tra ricercatori sia a livello nazionale che internazionale. Può consentire una distribuzione più oculata e appropriata dei fondi per la ricerca clinica, identificando i bisogni terapeutici ancora inevasi. Consentirà anche il monitoraggio attivo degli studi in corso: il loro procedere e il loro esito. Il Registro è consultabile liberamente collegandosi al sito www.dec-net.org. 2004;363:1389).

Guida all'uso dei farmaci per i bambini: indagine conoscitiva

Da alcuni mesi sono state distribuite 600.000 copie della Guida che rappresenta il primo testo del suo genere in Italia e il secondo a livello europeo: l'edizione italiana dal formulario pediatrico, *Medicines for children* (edito dal *Royal College of Paediatrics and Child Health*), e promossa dal Ministero della Salute. La Guida è stata adattata, aggiornata e ampliata da un gruppo di lavoro nazionale. Dal 26 maggio la Direzione Generale dei Farmaci del Ministero della Salute e il Laboratorio per la Salute Materno-Infantile del "Mario Negri" hanno avviato una consultazione telematica con gli operatori sanitari sull'uso e possibile miglioramento della Guida. Il "Negri" si rivolge a tutti coloro che hanno ricevuto la Guida perché aderiscano all'iniziativa. Per partecipare basta collegarsi all'indirizzo: www.marionegri.it/valutazioneguida. I risultati saranno inviati direttamente per posta elettronica agli interessati e verranno divulgati sulle riviste pediatriche.

La corsa contro l'AIDS dimentica i bambini

Le multinazionali farmaceutiche e i Governi ignorano la necessità di sviluppare terapie e strumenti diagnostici contro l'HIV/AIDS per i bambini. Nei Paesi in via di sviluppo almeno 2,5 milioni di bambini al di sotto dei 15 anni sono

affetti da HIV; tra di loro pochissimi riescono ad avere accesso alle terapie. Ma anche per quei pochi la cura non è semplice. I bambini che hanno bisogno del trattamento contro l'AIDS sono costretti ad assumere grandi quantità di sciroppo dal sapore inaccettabile o a ingoiare compresse di grandi dimensioni. Le multinazionali farmaceutiche non mostrano alcun interesse a investire nello studio e sperimentazione di terapie pediatriche, perché nei Paesi ricchi la trasmissione del virus da madre a figlio è ormai inesistente. I bambini malati dei Paesi poveri non rappresentano un mercato attraente per le industrie farmaceutiche. Nel 2003 c'erano al mondo almeno 2 milioni e mezzo di bambini sieropositivi; nello stesso anno 700mila bambini al di sotto dei 15 anni hanno contratto il virus. Di essi l'88,6% vive nell'Africa sub-sahariana. La prognosi per loro non è affatto incoraggiante: il 50% dei bambini che nascono con l'HIV muore prima di aver compiuto due anni.

(Dal comunicato di *Medici Senza Frontiere, Conferenza mondiale sull'AIDS di Bangkok, 13 luglio 2004*)

Gli antidepressivi SSRI in disgrazia

Il problema della sicurezza dei farmaci SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) tipo Prozac nel trattamento della depressione dei bambini è stato oggetto di numerosi interventi negli ultimi mesi. (Si veda, a tale proposito, l'editoriale del numero di *Quaderni acp* di luglio-agosto 2004).

In Gran Bretagna il gruppo di esperti del Comitato per la sicurezza in medicina, dopo un esame della letteratura, ha effettuato una valutazione del problema, dopodiché l'Agenzia che regola la somministrazione dei farmaci (MHRA) ha deciso di vietarne l'uso prima dei 18 anni e il *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) ha concordato con il divieto autorizzando solo l'uso della fluoxetina. Sulla paroxetina invece si è arrivati al giallo negli USA. L'avvocato generale dello Stato di New York, Eliot Spitzer, ha accusato la GSK di avere nascosto prove della inefficacia del farmaco sulla depressione dei bambini e degli adolescenti quando era stato confrontato con un placebo. La GSK, nel 1998, avrebbe inoltrato ai dipendenti

sulla salute

un "Internal company memo" per occultare le prove della inefficacia del farmaco. Anzi, nonostante queste prove, era stato preparato materiale per gli acquirenti del farmaco, che attestava effetti particolarmente buoni e garanzie assolute di sicurezza. Spitzer calcola che la paroxetina sia stata usata da più di 2 milioni di bambini e giovani americani nel 2002 con un introito di 55 milioni di dollari USA. La GSK si è difesa: il "memo" del 1998 in effetti c'era stato, ma non riflette la posizione della compagnia e comunque tutte le ricerche effettuate sono state inoltrate alla FDA e a tutte le agenzie regolatorie del mondo e in almeno due dozzine di congressi (*Nature* 2004;429:589). In Italia, la Procura di Torino ha richiesto alla Regione Piemonte l'elenco dei medici che dopo il luglio 2003 abbiano prescritto a pazienti con meno di 18 anni farmaci antidepressivi contenenti paroxetina. Il pm Raffaele Guariniello ha avviato un'inchiesta sull'utilizzo pediatrico di questo tipo di medicinali e, al momento, ha aperto un fascicolo contro ignoti per somministrazione di farmaci in modo pericoloso per la salute pubblica. Il 3 luglio 2003 il Ministero della Salute ha emanato uno specifico decreto che dispone che nei foglietti illustrativi venga scritto che la paroxetina "non è indicata" e "non deve essere somministrata" sotto i 18 anni, evidenziando anche gli effetti indesiderati.

Il conto degli errori

Il *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) ha calcolato, nel suo rapporto "La salute in Canada", il peso degli errori attribuibili ai medici, agli ospedali, ai farmacisti. A questi errori sono attribuibili 23.750 decessi evitabili per anno, un milione di giornate di ricovero, 759 milioni di dollari USA di spese aggiuntive. Un canadese su 9 riceve da un medico il farmaco o la dose sbagliata. Ancora un canadese su 9 e un bambino su 11 (i bambini sono più fortunati!) contraggono una infezione ospedaliera. Un decesso su 152 negli ospedali per acuti è associato con un errore evitabile. Un neonato ogni 81 nati per via vaginale ha un trauma da parto. Un anziano ogni 1124 ricoverati in ospedale ha una frattura di femore durante il ricovero. Un operato ogni 6667 "trattiene" un corpo estraneo nel suo corpo durante un intervento chirurgico. Una ecatombe (*Lancet* 2004;

363:2059). Dopo il Canada gli USA: ogni anno muoiono fra 44.000 e 98.000 pazienti per errori della pratica clinica. Il 40% delle famiglie americane riferisce di avere verificato su se stesse la presenza di errori clinici. Il peso economico degli errori è stimato fra 17 e 20 MLD di dollari USA. In Australia il peso è di 7 MLD di dollari australiani, in UK di 6 miliardi di sterline. Le cause più frequenti sono di natura organizzativa: apparecchiature scadenti, allarmi non o male funzionanti, prescrizioni illeggibili o errate o non scritte, condizioni di lavoro disumane. Una grossolana classificazione può distinguere le cause in "per eventi omessi" o "per eventi commessi". (*Lancet* 2004;363:970)

Storie italiane e cervelli in fuga

Politecnico di Torino: un anno fa è messo a concorso un posto di ricercatore in ingegneria biomedica. Sono presentate due domande: un concorrente (A) ha 2 pubblicazioni come ultimo autore in riviste internazionali e alcune presentazioni a congressi naturalmente prive di *peer review*; l'altro concorrente (B) ha 21 pubblicazioni su riviste internazionali come primo autore, altre 10 come coautore e 50 presentazioni. Il regolamento dell'ateneo stabilisce che le pubblicazioni da sottoporre ad esame siano al massimo in numero di 10. Ambedue (A e B) ottengono 30 punti sul curriculum; sono pari. Piccole differenze sulla valutazione di un test hanno assegnato il posto al candidato A. Il candidato B ha accettato un posto di professore associato in una università straniera per chiara fama: un altro cervello in fuga. Il concorso è regolare, l'interpretazione di trascurare riconoscimenti internazionali di prestigio è lecita perché la legge italiana dà limitatissimo o nessun peso all'eccellenza scientifica internazionale. Una lettera su questo "avvenimento" è stata pubblicata il 21 giugno 2004 da *The Scientist* e ripresa da *Le Scienze* 2004;431;16.

Minimeeting mangia-fuggi e gadget

Scriviamo nella rubrica INFO del numero scorso che nel primo trimestre del 2004 si sono tenuti 4436 minimeeting, cioè riunioni "scientifiche" di qualche ora, con un investimento complessivo delle aziende farmaceutiche di 40

milioni di euro. Il 16% dei meeting mangia e fuggi si è svolto in Lombardia. La commissione ECM aveva disposto il blocco degli eventi di meno di 3 ore e programmati a partire dalle ore 19! (*Sole24oresanità* 8-14 giugno 2004). Ora è uscita una ordinanza del Ministro della Salute che indica cinque norme in vigore da settembre: 1) gli "eventi" (!) devono durare almeno 6 ore, perché in meno di 6 ore è difficile fare aggiornamento; 2) non potranno avere uno sponsor unico; 3) non potranno riguardare un solo farmaco; 4) devono essere dichiarati conflitti di interesse da parte dei relatori; 5) i curricula dei relatori devono dimostrare la competenza sull'argomento trattato. È abbastanza chiaro che delle 5 norme solo quella delle 6 ore ha un valore reale. Il resto è aria fritta. Per quanto riguarda il valore della dichiarazione del conflitto di interessi richiesto in ECM oggi in Italia, si rimanda all'editoriale del numero 2/2004 di *Quaderni acp* a pagina 47 e 48. Assai più preciso di Sirchia è il *National Institute of Health* (NIH) in USA, equivalente grosso modo al nostro Istituto Superiore di Sanità. NIH ha deciso di radiare i componenti che abbiano conflitti di interesse dimostrati dalla partecipazione a lavori commissionati dalla industria o che abbiano comunque rilevanti interessi accademici (*Nature* 2004;429:119; *Nature* 2004;430:1).

Intanto le regioni hanno in mente di fissare alcuni principi sui rapporti fra informatori scientifici e medici. Sarebbero da ricevere solo 3 volte per anno e sempre al di fuori degli orari dedicati ai pazienti. Negli ospedali dovrebbero essere ricevuti non nei reparti ma in sale ad hoc come le biblioteche; non potrebbero lasciare campioni di farmaci non dispensati dal SSN; i gadget accettabili dai medici non dovrebbero superare per anno i 20 euro. (*Sole24oresanità* 13-19 luglio 2004)

International Pediatric Association

Giorgio Tamburini è stato nominato nello Standing Committee dell'*International Pediatric Association*. Lo Standing Committee definisce le politiche dell'Associazione e comprende una quindicina di componenti. Tamburini si occuperà di salute ambientale e di qualità delle cure pediatriche.

Il gradimento dei lettori per Quaderni acp

Francesca Siracusano*, Gianni Piras**

*Pediatria di libera scelta, Messina; **Segreteria ACP

Si è conclusa in gennaio 2004 la *survey* sul gradimento di *Quaderni acp* iniziata nel febbraio 2003. Il questionario è stato pubblicato sulla rivista e sul web, inviato per e-mail ai referenti dei gruppi, distribuito ai principali congressi ACP (Tabiano, Argonauti, Perugia, Congresso Nazionale). I dati preliminari sono stati presentati al Congresso Nazionale di Varese nella sessione dedicata alla rivista. Sottoponiamo ai nostri lettori i dati definitivi. I questionari compilati ricevuti sono in totale 274, quanti i partecipanti di un Congresso Nazionale ACP. Il 61% del campione è costituito da donne, il 78% da pediatri di famiglia, la metà lavora in centro città e oltre i 4/5 assiste una popolazione di condizione sociale mista. È ovvio che consideriamo il campione assolutamente non rappresentativo dell'insieme dell'Associazione: si tratta infatti solo del 10% dei soci. Abbiamo comunque pensato di fornire un rapporto dei risultati emersi a tutti coloro che hanno voluto rispondere (e che ringraziamo per aver voluto assecondarci in questo esercizio), ritenendo che il materiale possa costituire oggetto di riflessione comune. Circa il 60% delle risposte sono di iscritti a gruppi locali (*figura 1*); e non vi erano differenze rilevabili tra le attitudini alla lettura, le modalità di aggiornamento preferite, il gradimento della rivista o delle rubriche, gli iscritti all'ACP da singoli.

Il lettore di *Quaderni acp* preferisce aggiornarsi leggendo (mediamente 4,8 ore/settimana, il 43% sia in italiano che in inglese), e la rivista costituisce uno strumento di formazione e di aggiornamento (42%), di cui segue con interesse, se pure con qualche difficoltà, il percorso di risoluzione dei problemi clinici attraverso la consultazione della letteratura e la lettura critica.

Oltre a *Quaderni acp* la quasi totalità legge anche *Medico e Bambino* (91%), alcuni anche *Occhio Clinico Pediatria* (14%) e la *RIP* (12%). Tra le riviste in inglese la più letta (in formato elettronico?) è *Pediatrics* (23%). Meno della metà dei lettori (49%) indica nella partecipazione ai corsi la modalità preferita di aggiornamento. Gli altri scelgono la lettura, l'esperto, i pari. Il 40% legge spesso, sempre o per intero la rivista e il 62%, pur attribuendo poca importanza alla veste tipografica, si dichiara soddisfatto; mentre il gradimento delle singole rubriche varia considerevolmente (*figura 2*).

Sarà quindi compito della redazione apportare correzioni per rendere più comprensibili gli scenari clinici (*figura 3*). Siamo consapevoli del fatto di avere operato un bias di selezione del campione, e questo per le modalità con cui è stato sottoposto e raccolto il questionario (congressi, corsi di formazione dei gruppi, web) e che a rispondere siano stati proprio quei soci e lettori da sempre vicini sia al "progetto" che al percorso formativo di *Quaderni acp*, oltre che allo spirito dell'Associazione.

Sarebbe altrettanto utile prefiggersi di raggiungere, con altre modalità, i "non lettori" e chiedere perché non leggono la rivista, e quali altre preferiscono leggere e perché. Allo scopo di cercare di interpretare e monitorare le attitudini alla lettura dei pediatri dell'ACP, la redazione ha elaborato un questionario costituito da sole tre domande, al quale auspichiamo aderirete numerosi. Restituendovi le vostre risposte speriamo tuttavia di offrire sempre pretesto e luoghi per riflessioni comuni e partecipate, per commenti e proposte: del resto la finalità principale del questionario era di comunicare un invito a partecipare attivamente al futuro di *Quaderni acp*. Grazie! ♦

Francesca Siracusano

Per corrispondenza: marsirac@tin.it

FIGURA 1: TIPOLOGIA DEI SOCI CHE HANNO ADERITO ALL'INCIDENZA (27% QUESTIONARI RICEVUTI)

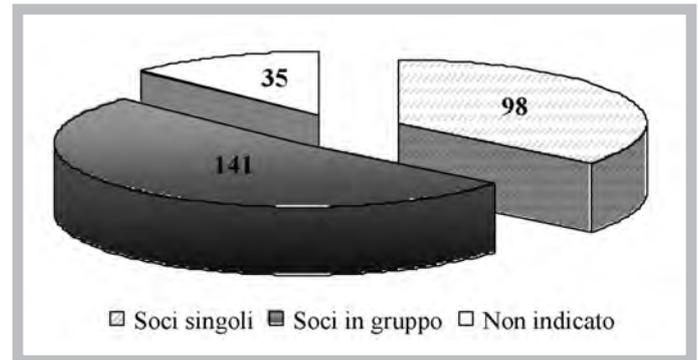


FIGURA 2: INTERESSE (MEDIO/ALTO) RISCOSTRATO PER CIASCUNA RUBRICA

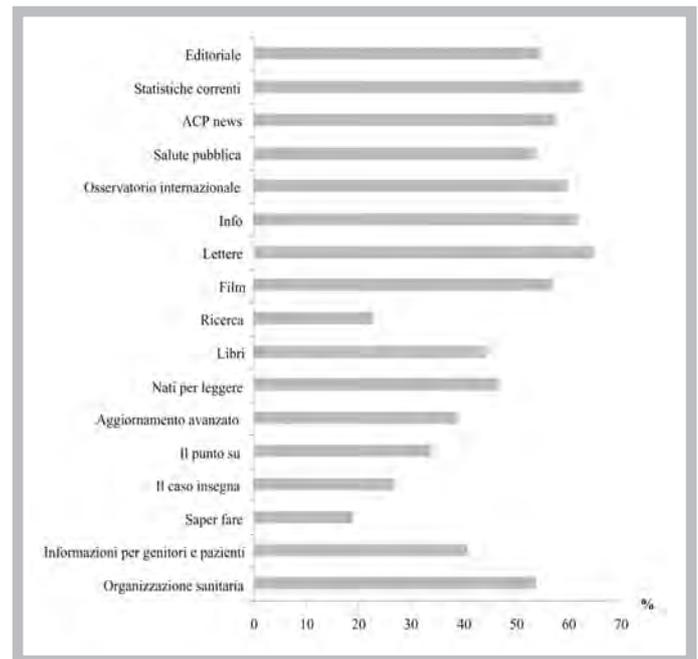
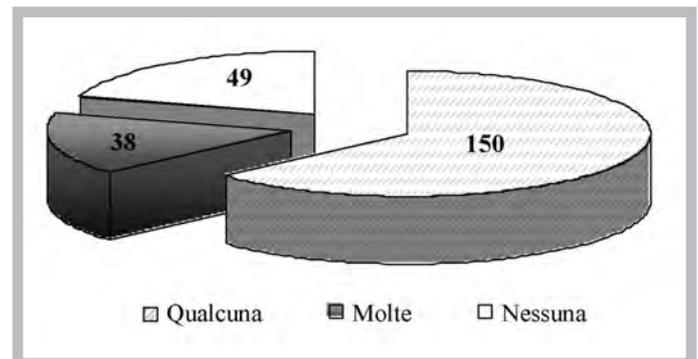


FIGURA 3: DIFFICOLTÀ DI COMPrensIONE AVVERTITA NELLA LETTURA DEGLI SCENARI CLINICI



L'attività di collaborazione fra Ministero dell'Istruzione e Nati per Leggere

Alessandra Sila
Centro per la Salute del Bambino, Trieste

Il 12 luglio 2004 presso il Dipartimento per l'Istruzione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), si è tenuto il secondo incontro del Comitato Tecnico Scientifico, costituito a seguito della sottoscrizione di un protocollo di intesa tra l'ACP (in rappresentanza delle associazioni coinvolte in Nati per Leggere) e il Ministero stesso. Il protocollo è riportato su *Quaderni acp* di luglio-agosto 2004 (pagina 168). Il comitato è composto per il MIUR da Ferdinando Lazzaro e Maria Barberini (Dipartimento per l'Istruzione) e da Carmela Sasso (Ufficio Scolastico Regionale della Campania); per NPL da Nicola D'Andrea (ACP), Igino Poggiali (AIB) e Alessandra Sila (CSB). Alla riunione si sono comunicati ai componenti del MIUR i contenuti del progetto e come le associazioni promotrici interagiscono fra loro in modo complementare e le attività specifiche che si svolgono in collaborazione con la scuola. Igino Poggiali ha richiamato l'attenzione sul modello organizzativo di NPL, sulla sua flessibilità che gli ha consentito di essere messo in pratica in tutte le regioni del Paese su iniziativa ora dei pediatri, ora dei bibliotecari, ora di insegnanti o di volontari entusiasti. L'ottimo si ha quando i pediatri e i bibliotecari interagiscono insieme sulle famiglie, ma ci sono molte esperienze di successo che si sono basate di volta in volta sui soggetti localmente disponibili e attivi.

Ha quindi illustrato le aspettative delle associazioni promotrici rispetto all'impulso che il Ministero potrebbe imprimere alla ulteriore diffusione dell'iniziativa. La via maestra, suggerita dall'Ispeatrice Sasso e condivisa dagli altri componenti del Ministero, è l'inserimento delle pratiche di NPL nel Piano dell'offerta formativa (POF) delle scuole dell'infanzia in particolare, senza escludere sconfinamenti verso i primi anni della scuola elementare.

Altre possibilità di collaborazione tra NPL e Ministero sono rappresentate dall'inserimento dei principi, contenuti e obiettivi del progetto nel POF dei licei pedagogici. In particolare è possibile, ed è già stato sperimentato con successo, il coinvolgimento degli studenti di tali istituti in un percorso che attraverso una formazione apposita consenta loro di diventare volontari della lettura in ambulatori, scuole, ospedali ecc. Il tempo dedicato a questa attività potrebbe essere riconosciuto come credito formativo. Una ulteriore possibilità di collaborazione col Ministero riguarda il settore delle scuole presso gli ospedali pediatrici e le UO di pediatria degli ospedali generali.

I rappresentanti dei NPL hanno assicurato la loro assistenza al MIUR nella messa a punto del materiale e del modello organizzativo utile al coinvolgimento progressivo del numero sempre più alto possibile di scuole dell'infanzia. A tal proposito hanno segnalato la ovvia necessità di disporre di risorse finanziarie; di questa entità sarà fornita al più presto una nota preventiva dal MIUR. I prossimi passi riguarderanno l'invio, da parte del MIUR, a tutti i capi di istituto delle scuole di una comunicazione ufficiale che proporrà un invito a collaborare con NPL nell'ambito dei progetti locali, inserendo nel POF le attività di NPL.

L'iter nelle scuole consisterà nella presentazione delle attività al collegio deputato ad esprimersi e a indicare un referente territoriale. È intenzione del MIUR di costituire un gruppo di lavoro ristretto tra questi referenti in modo da creare successivamente dei poli decentrati. A questo gruppo di lavoro verrà offerta una formazione specifica che poi dovrà essere riproposta ai componenti delle scuole che saranno interessate a NPL.

Il MIUR ha espresso la disponibilità di mettere a disposizione uno spazio sul proprio sito per pubblicizzare le attività con NPL. Igino Poggiali ha preso l'impegno di inviare da parte dell'AIB tutta la documentazione ed esemplari di materiali realizzati nel corso del progetto.

Il MIUR ne farebbe un piccolo nucleo di documentazione da utilizzare nei momenti di discussione e promozione del progetto. La riunione è stata l'occasione per i rappresentanti di NPL per offrire, attraverso alcuni esempi, le attività di lavoro possibili nell'ambito della scuola.

Lina Di Maio, che nella seconda riunione rappresentava l'ACP sostituendo Nicola D'Andrea, ha illustrato le attività che si sono svolte a Napoli in collaborazione con il liceo sociopsicopedagogico Villari e l'Istituto Superiore di Scampia-liceo sociopsicopedagogico. È utile presentare brevemente ai pediatri impegnati in NPL queste esperienze.

A Napoli il progetto è nato nella primavera del 2001 e da allora sono stati organizzati 4 corsi per lettori volontari. Per l'anno scolastico 2003-2004 due corsi si sono tenuti direttamente in due scuole: per le ultime classi questa attività è stata inserita nelle attività curricolari. Concretamente, durante le ore di lezione, i ragazzi, accompagnati dall'insegnante, hanno lavorato nelle sale di attesa. Gli alunni delle terze e quarte classi hanno lavorato nelle ore pomeridiane leggendo da novembre ad aprile. Sono stati loro attribuiti dei crediti formativi. Gli ospedali dove si è realizzata l'esperienza dei lettori sono l'Ospedale Cardarelli (UO di Pediatria e sala d'attesa degli ambulatori), e la Clinica Pediatrica del Policlinico universitario.

Alessandra Sila, del CSB, ha confermato, con l'esperienza triestina, attività svolte nei licei psicopedagogici e nelle scuole dell'infanzia: a Trieste il percorso è stato simile a quello napoletano: gli studenti dell'Istituto "G. Carducci" hanno fatto i loro tirocini nei nidi e nelle scuole per l'infanzia con convenzioni tra liceo e scuole per l'infanzia che hanno preso in considerazione anche gli aspetti burocratici di queste attività che sono rientrate in quelle curricolari. Alcune scuole per l'infanzia si sono dotate di biblioteche ad uso dei bambini, anche con prestito dei libri alle famiglie, e molte attualmente organizzano letture con volontari e personale professionale. Al MIUR è stata fornita una copia di tutto ciò che è stato prodotto dagli studenti e dai bambini nell'ambito delle attività di NPL. Chi avesse materiale di questo tipo è pregato di inviarlo al CSB per l'inoltro al Ministero. ♦

Alessandra Sila

Per corrispondenza: alessandra.sila@csbonlus.org

Beslan...Beslan...Beslan...



(REUTERS g.c.)

La tragedia di Beslan ha attratto l'attenzione sui bambini vittime della guerra.
La tragedia è stata grande, ma è la prima volta che i bambini pagano il conto?
E i bambini di Dresda morti nel circo, e quelli ebrei "passati per il camino"?
E i bambini bruciati nel Vietnam?
E quelli infilzati da altri bambini nel Darfur?
E quanti altri?
E quelli che muoiono per non avere né cure né pane?
I bambini pagano il dolore del mondo.
Perché sono il debole e facile anello di una catena di deboli.
Ma le lacrime per Beslan sono già asciutte.
Fino alle prossime.

Bambini di strada

Aprire le porte: per affacciarsi al mondo e guardare

Maurizio Bonati

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Il 19 ottobre 1991, nel corso della visita in Brasile, il Papa, Giovanni Paolo II, incontra i *meninos e meninas de rua* e nel discorso pronunciato davanti alla cattedrale di S. Salvador, Bahia, così si esprime: "... Non possono né devono esserci bambini abbandonati, né i bambini senza famiglia, né bimbi e bimbe di strada. Non possono, né devono esserci bambini usati dagli adulti a scopi immorali, per il traffico di droga, per le piccole e grandi infrazioni, per praticare il vizio. Non possono né devono esserci bambini nei riformatori e nelle case di correzione dove non riescono a ricevere una vera educazione. Non possono e non devono esserci, ed è il Papa ad esigerlo, bambini assassinati, eliminati, con il pretesto di prevenire i crimini, segnati a morte". (1) Purtroppo, nonostante gli auspici papali e il numero di organizzazioni non governative (principalmente di matrice religiosa) che hanno intrapreso iniziative e progetti per e con i bambini di strada sia cresciuto considerevolmente nel corso dell'ultimo decennio, il popolo dei "randaggi" aumenta in modo impressionante in ogni parte del mondo. Non solo nel Sud del mondo, ma anche nelle grandi metropoli dei paesi sviluppati incominciano a vivere nelle strade bambini senz'atetto. (2) Il Papa, dal canto suo, ha evidenziato nuovamente questo dramma sociale, (3) ma altri sono gli interventi necessari a modificare il destino delle decine di milioni di bambini di strada nel mondo; altri gli attori responsabili da condannare; altri gli spettatori irresponsabili da informare e coinvolgere.

Alcune realtà sono talmente drammatiche e complesse che è difficile distinguere tra i "figli della strada" quali di loro sono bambini di strada, bambini lavoratori di strada, bambini di famiglie di strada, bambini a rischio. Sebbene questa classificazione risulti utile per meglio focalizzare gli interventi di recupero (o il più delle volte di solidarietà) che possano avere un qualche probabile raro successo, lo scenario che si presenta nelle

strade pullulanti di bambini che elemosinano, fanno piccoli lavori, raccolgono o rovistano tra i rifiuti, sniffano colla o benzina o ... si prostituiscono rende molto arduo ogni nobile tentativo. Solo a Nairobi ci sono oltre 130.000 ragazzi di strada, chiamati in swahili *chockora*, cioè quelli che si nutrono di rifiuti. Vengono, nella maggior parte, dalle baraccopoli che circondano la capitale (Liberia, Kawangare, Korogocho, Mattare e Ruaraka) e convergono sulla discarica a cielo aperto tra cui trovano cibo e riparo di notte, avvolti in sacchi di plastica. (4)

Cambia il contesto, ma la realtà è simile in troppe altre città del mondo. È il caso, per esempio, di Dacca dove si stima che siano, come a Calcutta, 200.000 i bambini di strada. Molti di questi sono i cosiddetti *wip children* (cioè figli di prostitute; *wip: women in prostitution*); costretti ad allontanarsi dalla casa-postribolo quando maschi od avviati all'attività del bordello prematuramente se bambine. Ai *wip* è negato l'accesso alla scuola pubblica e quindi alcuni dei progetti sociali di cooperazione mirano a fornir loro le nozioni elementari affinché non siano analfabeti, cercando di motivarli e far capire loro le ragioni che li hanno costretti a vivere sulla strada. (5) La speranza nel futuro di questi bambini è parola impossibile perché la maggior parte non riuscirà a trovare sbocchi diversi. (6) Eppure bisogna provare, perché seppur rari e limitati a pochi bambini rispetto alla moltitudine degli aventi diritto, qualcosa si può fare e tutti possono contribuire (anche a distanza).

Le statistiche dicono che sono molti i poveri del mondo, ma i poveri del mondo sono molti di più dei molti che lo sembrano.



La giovane ricercatrice Catalina Álvarez Insúa ha indicato un criterio utile per correggere i calcoli: «I poveri sono coloro che trovano la porta chiusa», disse. Quando formulò la sua definizione, lei aveva tre anni. L'età migliore per affacciarsi al mondo e guardare. ♦

Eduardo Galeano (7)

Il progetto ACP

Singoli e gruppi possono convergere i versamenti sul ccp 24715450 intestato a Centro Salute del Bambino ONLUS Via dei Burlo 1, 34123 Trieste (Indicare nella causale "Bambini di Strada").

Bibliografia

- (1) Barutta G. *Meninos de rua. Ragazzi di strada in Brasile. Quaderni CUAMM 1992; 39*
- (2) Ripamonti E. *I bambini per le strade tra Nord e Sud del mondo. Collana mondialità. 17 Volontari per lo Sviluppo* <http://www.peacelink.it/children/street/p1.html>
- (3) Giovanni Paolo II. *Messaggio per la Quaresima 2004: "L'umanità non può chiudere gli occhi di fronte a un dramma così preoccupante! Che male hanno fatto questi bambini per meritare tanta sofferenza?"*
- (4) Zanotelli A (ed). *Korogocho. A scuola dei poveri. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano, 2003*
- (5) Mo E. *Il presepe dei bambini di Dacca. Il Corriere della Sera, sabato 28 dicembre 2002*
- (6) Briski Z, Kauffman R. *Born into Brothels. India-USA, 2004. È un documentario che ha avuto una menzione speciale della giuria alla Mostra Cinematografica di Locarno e che racconta il tentativo di sottrarre dal poverissimo distretto a luci rosse di Calcutta, 9 bambini, figli di prostitute, che vivono nella promiscuità più assoluta.* <http://www.kids-with-cameras.org/>
- (7) Galeano E (ed). *Le labbra del tempo. Sperling & Kupfer Editori, Milano, 2004*

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: mother_child@marionegri.it

NUOVA INIZIATIVA PER I SOCI ACP

Il Centro per la Salute del Bambino continuerà a curare, per i soci dell'ACP, il servizio di sorveglianza della letteratura iniziato nell'aprile 2004.

Si tratta di un servizio di aggiornamento bibliografico che fornirà, ogni due mesi, schede di articoli rilevanti per il pediatra. La selezione degli articoli avverrà grazie a una sorveglianza della letteratura che comprenderà, in una prima fase, le riviste:

- *Lancet; BMJ; JAMA; NEJM*
- *Archives of Diseases in Childhood; Paediatrics; Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; Pediatrics Infectious Disease Journal; Journal of Pediatrics*

Il servizio prevede inoltre l'identificazione e la segnalazione di revisioni sistematiche Cochrane (*Cochrane Database of Systematic Review/CDSR*) di interesse per il pediatra a partire dall'elenco delle revisioni nuove e di quelle aggiornate che viene fornito dalla Cochrane ogni tre mesi.

Verrà quindi prodotta una newsletter dal titolo:

LA SORVEGLIANZA DELLA LETTERATURA PER IL PEDIATRA **Bollettino bimestrale**

In questa, per ogni articolo selezionato, sarà presente una breve scheda con titolo, rilevanza dell'articolo, commento, espressione della discussione tra il gruppo dei redattori, abstract in inglese. In occasione dell'uscita dell'aggiornamento del CDSR (quindi quattro volte all'anno) sarà presentato l'elenco completo delle revisioni di possibile interesse per il pediatra, con link al relativo abstract (in inglese). Verranno inoltre selezionate, in base alla loro rilevanza, una o più revisioni che saranno oggetto di un breve approfondimento.

La newsletter verrà inviata ogni due mesi per posta elettronica ai responsabili dei gruppi e ai soci singoli che ne facciano richiesta con una e-mail al Centro per la Salute del Bambino (csb.trieste@iol.it).

La prima newsletter è stata spedita in aprile, la seconda in giugno. Chi non le ha ricevute lo comunichi all'ufficio soci (ufficiosociacp@tiscali.it).

La politica sanitaria in Quaderni acp

Egregio Direttore, sono socia ACP da tempo e seguo con attenzione, soprattutto in questi ultimi tempi agitati, le questioni di politica sanitaria, di economia e di salute "globalizzata" su *Quaderni*. Da circa un anno, con un gruppo di amici legati ai movimenti della società civile, abbiamo costruito un sito in rete per discutere di politica, di cultura e "anche" di sanità. Da un po' pensiamo di arricchire la pagina riservata alla Sanità con contributi diversi da quelli che troviamo sulla stampa "profana" on line. Le chiedo perciò se ritiene possibile che noi inseriamo, in discussioni su temi specifici, un link a pagine correlate su *Quaderni* on line, ovviamente rinviando al vostro sito. Con i migliori saluti

Maria Giovanna Stabile

Associazione Il Parlamentino

(aderente al Coordinamento dei Movimenti Lombardi)

Diamo volentieri l'autorizzazione alla collega Stabile. Il contributo della nostra rivista alla discussione di problemi di politica sanitaria è una scelta che data fino dalla fondazione della rivista. L'occhio con cui vediamo i problemi dell'infanzia è interno ai problemi stessi come noi siamo interni al sistema di assistenza sanitaria e sociale. Modestamente i nostri interventi sono citati da più parti; il che non vuol dire che le nostre opinioni abbiano in qualche modo contribuito a modificare le storture che nel nostro Paese si verificano intorno ai problemi assistenziali dell'infanzia che continuano ad essere ignorati. E quando vengono affrontati spesso ci viene da pensare che sarebbe stato meglio che fossero rimasti ignorati. Il latte artificiale gratuito, per esempio, che ci riporta ai tempi dell'ONMI.

La nostra rubrica INFO

Gentile Direttore, ho partecipato all'indagine che mi chiedeva cosa mi piace e cosa meno della nostra rivista.

Non ho visto i risultati definitivi (spero non mi siano sfuggiti), ma io sono fra quelli (penso/spero ne siano stati altri) che pensano che le pagine più interessanti siano quelle di INFO. Io non trovo le notizie di quelle pagine in nessuna rivista, e in nessun giornale italiano. Da questo punto di vista il nostro

sguardo di italiani muore al di là delle Alpi e della mia Sicilia, ma spesso non sappiamo nulla neppure di quello che accade, qui da noi. Per esempio, i dati che avete riportato sull'ultimo numero sul costo della salute dei bambini sono illuminanti. Per questo credo che dobbiamo ringraziarvi.

Giancesare Biasucci

I risultati del sondaggio non sono sfuggiti ai lettori perché li pubblichiamo su questo numero. L'apprezzamento di Biasucci per la rubrica INFO si ricollega all'interesse della lettera precedente di M.G. Stabile. Effettivamente crediamo di essere l'unica rivista che pubblica due pagine in ogni numero sulla salute dei bambini in Italia e nel mondo. Ci fa piacere che questo lavoro, nel quale tutta la redazione è impegnata, piaccia ai nostri lettori o a molti di essi come dimostrano i risultati del sondaggio pubblicati a pagina 204.

"Mama mbuta"

Cari amici, sono Chiara Castellani, ginecologa, responsabile di programmi di assistenza materno-infantile in Nicaragua (1983-89) e in Congo (dal 1991 a oggi). Fin dall'inizio della mia esperienza in Nicaragua dovetti immediatamente constatare gli effetti deleteri dell'allattamento artificiale sullo stato di nutrizione e sulla morbi-mortalità per diarrea dei bambini con meno di un anno.

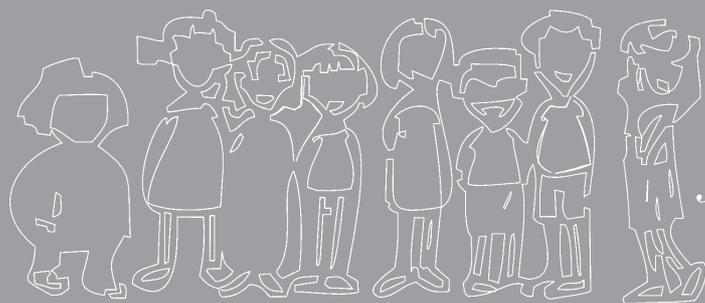
Fu però solamente quando mi trovai in una realtà marginale rurale, con una popolazione estremamente povera, che disposi di termini di confronto concreti, quasi paradossali: nei villaggi più poveri e isolati, dove la guerra condizionava situazioni di miseria e di mancato accesso all'assistenza sanitaria, la malnutrizione aveva una prevalenza superiore al 50% nei bambini con meno di 6 anni, ma i lattanti (regolarmente allattati al seno perché non c'era altro alimento disponibile a causa della guerra) erano degli stupendi bambini grassocci e sveglissimi, talora a scapito delle madri, denutrite esse stesse per l'incapacità economica di procurarsi alimenti nutritivi. La malnutrizione infantile era una conseguenza immediata dello svezzamento, non esistendo alternative alimentari di buon tenore proteico. Viceversa, nel centro urbano in cui si trovava l'ospedale, vi erano alcune famiglie che non potei definire ricche ma che potevano permettersi la spesa del latte artificiale: era fra i loro figli che riscontravo i casi di diarrea cro-

nica e di marasma infantile precoce. Nel 1987, l'anno in cui la guerra fu più dura, la principale causa di morte ospedaliera fu la diarrea. Su 27 decessi per diarrea, 26 furono in minori di 1 anno. Tutti meno uno erano allattati artificialmente e con un deficit nutrizionale moderato o grave associato. L'allattamento artificiale favoriva anche gravidanze ravvicinate, favorendo ulteriori circoli viziosi di povertà e malnutrizione. Il dato meno comprensibile di questa situazione era che chi utilizzava il latte artificiale lo faceva convinta di spendere i suoi pochi risparmi per meglio nutrire il proprio bambino, "come fanno in Europa", mentre le madri che non avevano la possibilità materiale di acquistare il latte in polvere si sentivano quasi in colpa del fatto che la povertà impedisse loro di garantire il meglio ai propri figli: quando mi sinceravo con loro se stavano allattando al seno, mi sentivo rispondere con rammarico: "non ho altro". Eppure in quegli anni il governo sandinista stava portando avanti delle campagne di promozione dell'allattamento al seno, utilizzando anche media (come la radio) diffusi nelle zone rurali; la pubblicità al latte in polvere come ai biberon era severamente proibita. Ciononostante persino alcuni miei colleghi, in perfetta buona fede, prescrivevano il latte artificiale in situazioni in cui non sussistevano reali controindicazioni all'allattamento materno. Anche nella zona in cui attualmente opero in Congo la guerra e l'isolamento stanno minando le poche risorse economiche della popolazione; la malnutrizione è diffusissima, ma non nel minore di un anno, perché la sola forma possibile di alimentarlo è l'allattamento materno. Persino il piccolo rimasto orfano viene allattato da una "mama mbuta", normalmente un'altra madre presente nella famiglia allargata, normalmente già nutrice di un altro bambino.

Chiara Castellani

Questo breve "racconto" di Chiara Castellani se da una parte sintetizza i benefici nutrizionali del latte materno, dall'altra è una crudele testimonianza degli effetti deleteri del mancato allattamento naturale nelle regioni povere del mondo; ci induce a riflettere sull'eticità della pubblicità dei sostituti del latte materno e sull'impegno che tutti dovremmo approfondire nel rispettare il Codice di Commercializzazione dell'OMS.

s.c.n. ♦



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 e 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 per quanto riguarda la gestione sia 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.

Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici

Giuseppe A. Chiarenza*, Silvia Casarotto**

*Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza, A.O. "G. Salvini", Ospedale di Rho, Milano

**Dipartimento di Bioingegneria, Politecnico di Milano

Abstract

Learning to read: the psychophysiological mechanisms

Dyslexia isn't a simple perceptive deficit but a more complex one linked to the malfunctioning of high cognitive functions.

An early diagnosis is necessary in order to recover a good reading ability and good social relations. The author analyses the various interpretative hypothesis regarding this heterogeneous disease which involves different neuronal and functional circuits. Basically two main theoretical models are described, both focalizing the attention to the neurophysiological damage (thanks to the new diagnostic imaging techniques) and to the macroscopic anatomical damage of specific areas of the brain. The role of neuropsychology is enhanced through the study of the brain's electrical and muscular reactions following reading aloud visible alphabet letters.

Quaderni acp 2004; 11(5): 212-215

Key words Dyslexia. Reading. Neurophysiology. Neuropsychology. Brain

La dislessia non è un semplice deficit percettivo ma un disturbo più complesso, legato al malfunzionamento di funzioni cognitive elevate. Individuarle il più precocemente possibile consente un adeguato recupero dell'abilità di lettura e un buon inserimento sociale. L'autore prende in analisi le varie ipotesi interpretative di questa patologia che non è compatta e omogenea ma eterogenea, e che coinvolge diversi circuiti neuronali e funzionali. Vengono descritti i due modelli teorici principali che focalizzano l'attenzione sia sulle alterazioni neurofisiologiche sia (grazie alle nuove tecniche di imaging) su alterazioni di tipo macroscopico dell'anatomia di alcune aree cerebrali. Viene anche evidenziato il ruolo della neuropsicologia nello studio delle risposte elettriche cerebrali e muscolari in seguito a stimolazione ottenuta con la lettura ad alta voce di lettere dell'alfabeto presentate visivamente.

Parole chiave Dislessia. Lettura. Apprendimento. Neurofisiologia. Neuropsicologia. Cervello

La dislessia evolutiva è un disturbo neuro-psicologico che influenza le abilità di lettura: i soggetti che ne sono affetti hanno generalmente un'intelligenza nella media, normali funzionalità sensoriali uditive e visive, e hanno ricevuto un'adeguata educazione. A livello sociale, psicologico e lavorativo, la dislessia ha un notevole impatto: in genere il livello di istruzione dei soggetti dislessici è inferiore a quello che potenzialmente essi potrebbero raggiungere in base alle loro capacità intellettive. I metodi di intervento per correggere le difficoltà di lettura sono affidati a terapisti specializzati: i logopedisti. L'efficacia di una terapia è tanto maggiore quanto più essa è precoce (1). Per questo motivo è importante individuare fin dalle prime classi della scuola elementare la presenza di disturbi di lettura.

Una conoscenza precisa delle manifestazioni cliniche della dislessia è quindi indispensabile per diagnosticarla precocemente in modo adeguato e per decidere le attività di recupero da svolgere. L'indizio più evidente di una possibile presenza di dislessia è la lentezza, la mancanza di fluidità e scorrevolezza nella lettura: il soggetto dislessico legge più lentamente di un bambino normale, e in modo stentato. Un'importante caratteristica della dislessia è la ridotta capacità di effettuare un'analisi fonologica, ovvero una decodifica delle singole parole in fonemi. Questa difficoltà è indice di un'alterata percezione e memoria uditiva e si manifesta nella lettura di parole che, rispetto a quelle effettivamente presentate, hanno in comune solo la prima e l'ultima lettera. Si parla quindi di approccio alla lettura di tipo prevalentemente visi-

vo, globale o gestaltico: "leggo per come sembra che appaiano". Indicativo è poi il completamento "creativo" di parole a partire da spezzoni grafici, di solito la prima lettera o sillaba. A questo si deve aggiungere l'omissione delle sillabe centrali durante la lettura di parole multisillabiche e l'invenzione di non parole. Un ulteriore e rilevante aspetto dei deficit di lettura connessi con la dislessia riguarda una debole percezione e memoria visiva per la configurazione grafica delle lettere e delle parole. Questa difficoltà si riflette nell'errata collocazione degli accenti e nella confusione tra simboli grafici simili (b-p, d-b) o brevi parole intere che non perdono significato quando vengono invertite specularmente. Manifestazioni meno comuni ma ugualmente indicative di specifici disturbi di lettura sono la tendenza a confondere il significato di parole palindrome e la sorprendente capacità di leggere e scrivere guardando attraverso uno specchio.

L'osservazione delle manifestazioni della dislessia indica uno spettro di errori e difficoltà piuttosto ampio e variegato. Da queste considerazioni si deduce che la dislessia non è una patologia compatta e omogenea, ma piuttosto un disturbo eterogeneo in cui sono variamente coinvolti diversi circuiti funzionali sia uditivi che visivi. Di conseguenza, è facile immaginare che non esiste un pieno accordo tra i ricercatori su quali siano le cause funzionali e strutturali della dislessia. All'interno dell'ampio panorama di ipotesi fatte in proposito, è possibile comunque evidenziare due principali modelli teorici, a cui si aggiungono alcune considerazioni provenienti da misure della distribuzione della materia grigia nell'encefalo e alcuni elementi nuovi emersi dalle recenti scoperte in campo genetico.

La prima importante ipotesi riguarda l'esistenza di un deficit a carico delle strutture magnocellulari del sistema visivo: questa ipotesi associa quindi le difficoltà

Per corrispondenza:

Giuseppe A. Chiarenza

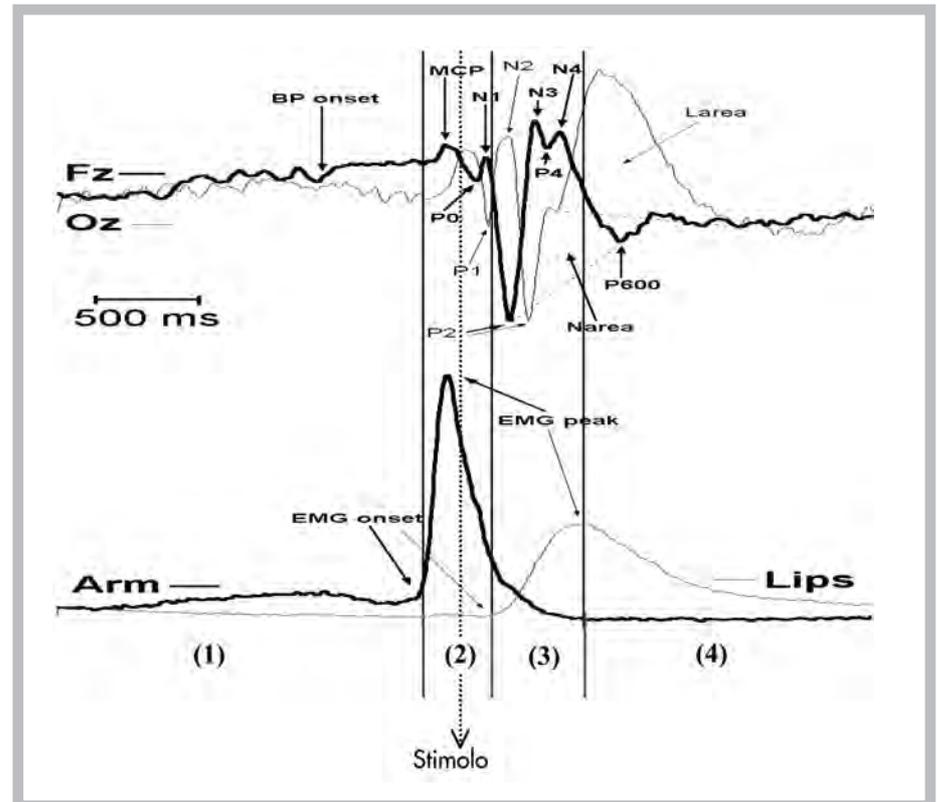
e-mail: gachiarenza@tiscali.it

aggiornamento avanzato

di lettura a una alterazione della percezione sensoriale visiva a medio-alto livello. I neuroni retinici sono suddivisibili sia per dimensioni che per funzione in cellule P e cellule M. Le cellule M sono di grandi dimensioni e possiedono la guaina mielinica; le cellule P, invece, hanno dimensioni più contenute e sono a conduzione lenta. Le cellule M si proiettano nei due strati ventrali (detti magnocellulari) del nucleo genicolato laterale del talamo, mentre le cellule P sono connesse con i quattro strati dorsali (detti parvocellulari). Studi sperimentali sugli animali hanno evidenziato che gli strati magnocellulari sono poco sensibili ai colori ma molto al contrasto di luminanza, e rispondono efficacemente ad elevate frequenze temporali e basse frequenze spaziali; invece gli strati parvocellulari sono molto sensibili ai contrasti di colore e poco ai contrasti di luminanza, e rispondono efficacemente a basse frequenze temporali e alte frequenze spaziali. Questo significa che il sistema magnocellulare è predisposto per l'elaborazione di informazioni relative a oggetti in movimento, mentre il sistema parvocellulare governa la percezione di oggetti stabili nel campo visivo (2,3,4). Dal talamo, le informazioni visive trasportate dai sistemi magnocellulare e parvocellulare proseguono separatamente verso la corteccia visiva primaria. Lasciata la corteccia occipitale, le informazioni visive raggiungono altre aree associative del cervello, per essere ulteriormente elaborate: in particolare, le fibre del sistema parvocellulare si proiettano nella corteccia temporale inferiore (via ventrale), mentre quelle del sistema magnocellulare si proiettano in parte nella corteccia temporale inferiore ma soprattutto nella corteccia parietale posteriore (via dorsale).

Le evidenze sperimentali a favore di questa ipotesi consistono innanzitutto nell'aver osservato una riduzione delle dimensioni delle cellule magnocellulari nei reperti autoptici dei soggetti dislessici (5,6). Inoltre, è stata notata una ridotta attivazione della corteccia visiva secondaria nelle immagini di risonanza magnetica funzionale (2,7,8). Alcuni studi neuropsicologici e neurofisiologici hanno infine evidenziato la presenza di

FIGURA 1: SUDDIVISIONE DELLE COMPONENTI DEI POTENZIALI LETTURA-CORRELATI NEI PERIODI PREMOTORIO (1), PRELESSICALE (2), LESSICALE (3) E POST-LESSICALE (4) IN BASE ALLA REGISTRAZIONE DELL'ELETTROMIOGRAMMA LABIALE E DEI MUSCOLI DEL POLLICE DURANTE LA LETTURA AD ALTA VOCE AUTO-SOMMINISTRATA



ritardi nei potenziali visivi e una difficoltà nella focalizzazione dell'attenzione spaziale e nella percezione di oggetti in movimento (9,10). Il fatto che anche nel sistema uditivo sia presente una suddivisione di fibre sensoriali simile al dualismo parvocellulare/magnocellulare del sistema visivo, ha suggerito l'esistenza di un deficit più generale esteso alle vie a conduzione veloce dei sistemi visivo, uditivo, motorio e vestibolare per spiegare le origini della dislessia (11,12).

La seconda maggiore ipotesi sulle cause della dislessia prevede l'incapacità di compiere correttamente un'analisi fonologica del discorso: questa ipotesi nasce da considerazioni sulle strategie che un individuo deve adottare per imparare a leggere le parole che vede per la prima volta. La lettura corretta di una parola nuova è un'operazione composta da più fasi. Innanzitutto è necessario scomporre la parola nei suoi costituenti grafici fonda-

mentali, i grafemi. Poi bisogna associare correttamente ciascun grafema con il corrispondente fonema. Infine, la composizione ordinata dei fonemi consente la lettura ad alta voce della parola. L'interruzione di questo circuito in una delle sue fasi impedisce l'apprendimento della lettura.

Tra le evidenze sperimentali a favore di questa ipotesi vi è il ritrovamento di una ridotta e ritardata attivazione dell'area responsabile della memoria visiva delle parole (13). Inoltre, è stata notata una mancanza di connessione funzionale tra il giro angolare e le classiche aree del linguaggio, come l'area di Wernicke (14,15,16). Anche l'area di Broca e le aree frontale anteriore e temporale, che sono legate alla composizione dei fonemi per la produzione di parole, si sono dimostrate meno attive nei soggetti dislessici rispetto ai normali (17). Infine, questa ipotesi è indirettamente sostenuta dal ritrovamento di una normalizzazione

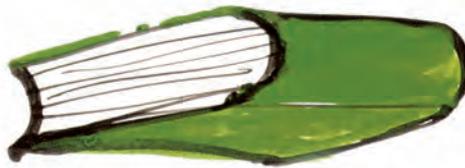
dei livelli di lattato misurati con spettroscopia nei soggetti dislessici che avevano seguito una terapia riabilitativa logopedica (18).

Le recenti scoperte in campo genetico hanno consentito di evidenziare alcune componenti ereditarie della dislessia, già intuite dall'osservazione di una ripetizione frequente del disturbo all'interno dei membri della stessa famiglia (19,20).

Infine, il potere di risoluzione delle tecniche di imaging ha messo in evidenza anomalie strutturali macroscopiche dell'anatomia di alcune aree cerebrali. In particolare, è stata notata una riduzione

mentale alla registrazione dell'attività elettrica cerebrale, è possibile studiare le risposte del cervello specifiche a questo evento, che vanno sotto il nome di potenziali cognitivi lettura-correlati. La registrazione di questi potenziali è estremamente utile per comprendere la dinamica di attivazione delle aree corticali coinvolte nella lettura. Durante i normali compiti di lettura sono attivi contemporaneamente numerosi processi, dalla percezione alla semantica, alle inferenze dal contesto. Per studiare questi processi singolarmente, evitando quindi che il soggetto per leggere possa ricorrere a funzioni superiori, è opportuno utilizzare stimoli semplici, come singole lettere dell'alfabeto: in questo modo l'interpretazione dei risultati è coerente con il livello delle attuali conoscenze sulle fun-

zionalità cerebrali e i potenziali cognitivi lettura-correlati sono specifici della condizione in esame.



ne del volume del lobo anteriore destro del cervelletto, del giro frontale anteriore e del lobo temporale (21,22,23) La presenza di anomalie strutturali del *planum temporale* e del giro angolare è stata rilevata da diversi studi (24,25,26).

La psicofisiologia è una disciplina che studia le relazioni tra le variazioni di parametri fisiologici di diversa origine (nervosa, cardiovascolare ecc.) e il comportamento esteriore del soggetto. Ad esempio, associando la lettura ad alta voce di lettere dell'alfabeto presentate visiva-

mente alla registrazione dell'attività elettrica cerebrale, è possibile studiare le risposte del cervello specifiche a questo evento, che vanno sotto il nome di potenziali cognitivi lettura-correlati. La registrazione di questi potenziali è estremamente utile per comprendere la dinamica di attivazione delle aree corticali coinvolte nella lettura. Durante i normali compiti di lettura sono attivi contemporaneamente numerosi processi, dalla percezione alla semantica, alle inferenze dal contesto. Per studiare questi processi singolarmente, evitando quindi che il soggetto per leggere possa ricorrere a funzioni superiori, è opportuno utilizzare stimoli semplici, come singole lettere dell'alfabeto: in questo modo l'interpretazione dei risultati è coerente con il livello delle attuali conoscenze sulle fun-

zionalità cerebrali e i potenziali cognitivi lettura-correlati sono specifici della condizione in esame. Nella progettazione del protocollo di stimolazione, bisogna anche tenere conto del fatto che la lettura è un processo attivo: per leggere, il soggetto compie un atto di volontà e innesca coscientemente specifici meccanismi di attenzione necessari all'esecuzione del compito. Per investigare le interazioni tra tutti questi processi, è opportuno dare al soggetto la possibilità di decidere, ad esempio per mezzo della pressione di un pulsante, quando iniziare a leggere. Durante la prova è quindi necessario registrare, oltre ai potenziali cerebrali, anche l'attività dei muscoli delle labbra e dei muscoli del pollice che azionano il pulsante. Seguendo questo approccio, è possibile individuare e descrivere tutta

una serie di onde e picchi positivi e negativi che compaiono prima, durante e dopo la lettura ad alta voce. Queste componenti possono essere suddivise in diversi periodi, come è mostrato graficamente nella *figura 1*. Il periodo premotorio comprende l'attività elettrica cerebrale che precede quella fasica elettromiografica (EMG), legata alla pressione del pulsante: tale attività cerebrale è rappresentata da un potenziale che incrementa lentamente la sua ampiezza per una durata di circa 500 ms e si manifesta in modo consistente sulle regioni frontali, centrali e precentrali. Questo potenziale, denominato *Bereitschaftspotential* (BP), è stato descritto per la prima volta nel 1965 (27): esso è stato proposto come indicatore dell'intenzione del soggetto ad iniziare la lettura. I potenziali cerebrali che compaiono durante il fronte di salita e di discesa dell'EMG del pollice e prima del fronte di salita dell'EMG labiale sono: *Motor Cortex Potential* (MCP), P0, N1, P1. Questi potenziali corrispondono, da un punto di vista fenomenologico, alla comparsa sullo schermo della lettera dell'alfabeto e appartengono al periodo prelessicale. In particolare l'MCP segnala sulla corteccia precentrale le informazioni sensoriali propriocettive relative al movimento eseguito (28). Invece i potenziali P0, N1 e P1 sono espressione dei primi stadi dell'elaborazione percettiva visiva delle lettere e si manifestano principalmente sulle aree occipitali e parietali. Le componenti che si trovano lungo tutto il fronte di salita dell'EMG labiale fino al picco massimo (N2, P2, N3, P4, N4, Narea) appartengono al periodo in cui avviene la lettura ad alta voce, che è quindi chiamato lessicale: esse si registrano principalmente sulle aree frontali, precentrali e centrali. Poiché tali componenti vengono registrate durante la produzione verbale esplicita, si suppone che siano in relazione all'attivazione dei relativi meccanismi di controllo. Le componenti che si trovano lungo il fronte di discesa dell'EMG labiale (P600, P600area, Larea), quando ormai il soggetto ha finito di leggere ad alta voce, appartengono al periodo postlessicale: esse sono maggiormente rappresentate sulle regioni parietali e posteriori. Si ipotizza che tali componenti siano legate a

meccanismi mnemonici e di feedback e che contribuiscano in questo modo all'apprendimento della lettura. L'attivazione dei meccanismi di attenzione è sicuramente presente in ognuna delle fasi sopra descritte: essa si manifesta principalmente durante il periodo prelessicale e lessicale attraverso un aumento di ampiezza di P1, P2, Narea, e una riduzione in latenza di P2.

L'analisi dei potenziali cerebrali ha messo in evidenza che nei bambini dislessici esistono un aumento della latenza e una riduzione dell'ampiezza di alcune componenti rispetto ai soggetti normali nei vari periodi di lettura.

Le differenze rilevate nelle componenti premotorie rappresentano una non ottimale coordinazione tra i processi motori e le intenzioni verbali. Le anomalie nelle componenti prelessicali sono riconducibili a un ridotto livello di attenzione e a un ritardo dei processi dell'elaborazione sensoriale visiva. Le difficoltà nella decodifica fonologica e nell'articolazione verbale dello stimolo visivo possono essere spiegate dalle alterazioni morfologiche delle componenti durante il periodo lessicale. Le anomalie delle componenti post-lessicali verosimilmente generano un errato funzionamento dei processi di feedback, indispensabili per il controllo delle performance e per l'apprendimento della lettura. Infatti, quando un soggetto si ascolta mentre legge ad alta voce, verosimilmente rinforza l'elaborazione a livello cognitivo dello stimolo visuo-verbale e, in particolare, consolida la mappa di corrispondenza tra simboli grafici e fonemi.

Questi ritardi rispecchiano da un punto di vista neurofisiologico le osservazioni comportamentali fatte sui dislessici, che mostrano tempi di lettura aumentati e una ridotta fluidità nei compiti di lettura. Questi risultati suggeriscono che la dislessia non è causata semplicemente da un deficit percettivo, ma è un disturbo più complesso legato al malfunzionamento di funzioni cognitive elevate, come l'attenzione, la coordinazione verbo-motoria, i meccanismi di controllo a feedback, la memoria e l'analisi fonologica. L'insieme di questi disordini porta i dislessici a leggere più lentamente del normale e a compiere molti errori.

Lo sviluppo ulteriore di queste nuove metodiche di indagine combinate con quelle di neuroimaging contribuisce a gettare luce sui meccanismi normali coinvolti nella lettura e sulle loro modificazioni in condizioni patologiche; inoltre l'applicazione clinica di queste indagini ha dei risvolti significativi sia sullo sviluppo di programmi riabilitativi che sul monitoraggio dei progressi fatti dai soggetti che seguono un programma riabilitativo. ♦

Bibliografia

- (1) Chiarenza GA. Linee guida dei disturbi specifici di apprendimento. *Giornale Italiano di Neuropsichiatria Infantile* 2004; in press
- (2) Eden GF, Van Meter JW, Rumsey JM, Maisog JM, Woods RP, Zeffiro TA. Abnormal processing of visual motion in dyslexia revealed by functional brain imaging. *Nature* 1996;382:66-9
- (3) Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. IV ed. McGraw-Hill, 2000
- (4) Habib M. The neurological basis of developmental dyslexia. *Brain* 2000;123:2373-99
- (5) Livingstone MS, Rosen GD, Drislane FW, Galaburda AM. Physiological and anatomical evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991;88:7943-7
- (6) Galaburda AM. Developmental Dyslexia and animal studies: at the interface between cognition and neurology. *Cognition* 1994;50:133-49
- (7) Demb JB, Boynton GM, Heeger DJ. Brain activity in visual cortex predicts individual differences in reading performance. *Proc Natl Acad Sci USA* 1997;94:13363-6
- (8) Demb JB, Boynton GM, Heeger DJ. Functional magnetic resonance imaging of early visual pathways in dyslexia. *J Neurosci* 1998;18:6939-51
- (9) Felmington KL, Jakobson LS. Visual and visuomotor performance in dyslexic children. *Exp Brain Res* 1995;106:467-74
- (10) Vidyasagar TR, Pammer K. Impaired visual search in dyslexia relates to the role of the magnocellular pathway in attention. *Neuroreport* 1999;10:1283-7
- (11) Stein J, Walsh V. To see but not to read; the magnocellular theory of dyslexia. *Trends Neurosci* 1997;20:147-52
- (12) Fulbright RK, Jenner AR, Einer W, Pugh KR, Shaywitz BA, Shaywitz SE, Frost SJ, Skudlarski P, Constable RT, Lacadie CM, Marchione KE, Gore JC. The cerebellum's role in reading: a functional MR imaging study. *Am J Neuroradiol* 1999;20:1925-30
- (13) Salmelin R, Service E, Kiesila P, Uutela K, Salonen O. Impaired visual word processing in dyslexia revealed with magnetoencephalography. *Ann Neurol* 1996;40:157-62
- (14) Horwitz B, Rumsey JM, Donohue BC. Functional connectivity of the angular gyrus in normal reading and dyslexia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998;95:8939-44
- (15) Shaywitz SE, Shaywitz BA, Pugh KR, Fulbright RK, Constable RT, Mencl WE, Shankweiler DP, Liberman AM, Skudlarski P, Fletcher JM, Katz L, Marchione KE, Lacadie C, Gatenby C, Gore JC. Functional disruption in the organization of the brain for reading in dyslexia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998;95:2636-41
- (16) Paulesu E, Dèmonet J-F, Fazio F, McCrory E, Chanoine V, Brunswick N, Cappa SF, Cossu G, Habib M, Frith CD, Frith U. Dyslexia: cultural diversity and biological unity. *Science* 2001;291:2165-7
- (17) Georgiewa P, Rzanny R, Hopf J-M, Knab R, Glauche V, Kalsner W-A, Blanz B. fMRI during word processing in dyslexic and normal reading children. *Neuroreport* 1999;10:3459-65
- (18) Richards TL, Corina D, Serafini S, Steury K, Echelard DR, Dager SR, Marro K, Abbott RD, Maravilla KR, Berninger VW. Effects of a phonologically driven treatment for dyslexia on lactate levels measured by proton MR spectroscopic imaging. *Am J Neuroradiol* 2000;21:916-22
- (19) Fagerheim T, Raeymaekers P, Tønnessen FE, Pedersen M, Tranehjaerg L, Lubs HA. A new gene (DYX3) for dyslexia is located on chromosome 2. *J Med Genet* 1999;36:664-9
- (20) Thompson PM, Cannon TD, Narr KL, van Erp T, Poutanen VP, Huttunen M, Lonqvist J, Standertskjold-Nordenstam CG, Kaprio J, Khaledi M, Dail R, Zoumalan CI, Toga AW. Genetic influences on brain structure. *Nat Neurosci* 2001;4:1253-8
- (21) Eliez S, Rumsey JM, Giedd JN, Schmitt JE, Patwardhan AJ, Reiss AL. Morphological alteration of temporal lobe gray matter in dyslexia: an MRI study. *J Child Psychol Psychiat* 2000;41:637-44
- (22) Brown WE, Eliez S, Menon V, White CD, Reiss AL. Preliminary evidence of widespread morphological variations of the brain in dyslexia. *Neurology* 2001;56:781-3
- (23) Eckert MA, Leonard CM, Richards TL, Aylward EH, Thomson J, Berninger VW. Anatomical correlates of dyslexia: frontal and cerebellar findings. *Brain* 2003;126:482-94
- (24) Larsen JP, Høien T, Lundberg I, Ødegaard H. MRI evaluation of the size and symmetry of the planum temporale in adolescents with developmental dyslexia. *Brain and Language* 1990;39:289-301
- (25) Duara R, Kushch A, Gross-Glenn K, Barker WW, Jallad B, Pascal S, Loewenstein DA, Sheldon J, Rabin M, Levin B, Lubs H. Neuroanatomic differences between dyslexic and normal readers on magnetic resonance imaging scans. *Arch Neurol* 1991;48:410-6
- (26) Leonard CM, Voeller KS, Lombardino LJ, Morris MK, Hynd GW, Alexander AW, Andersen HG, Garofalakis M, Honeyman JC, Mao J, Agee F, Staab EV. Anomalous cerebral structure in dyslexia revealed with magnetic resonance imaging. *Arch Neurol* 1993;50:461-9
- (27) Kornhuber HH e Deecke L. Hirnpotentialänderungen bei Willkurbewegungen und passiven Bewegungen des Menschen: Bereitschaftspotential und reafferentes Potential. *Pflügers Arch Ges Physiol* 1965;284:1-17
- (28) Papakostopoulos D, Cooper R, Crow HJ. Inhibition of cortical evoked potentials and sensation by self-initiated movement in man. *Nature* 1975;258:321-4.

Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?

Marina Col*, Silvia Malguzzi*, Cesare Ghitti*, Antonio Clavenna**

*Clinica Pediatrica, Università di Milano Bicocca. Monza

**Laboratorio per la Salute Materno Infantile, IRFMN, Milano

Abstract

Epinephrine treatment in bronchiolitis

The problem analysed in this scenario regards the treatment of a 6-month old girl admitted to an Emergency Department with a diagnosis of bronchiolitis: is nebulised salbutamol more effective than epinephrine? A bibliographic search in MEDLINE was performed (using the Clinical Queries mask) and an RCT on salbutamol vs epinephrine concerning 66 infants with bronchiolitis was found and evaluated. No statistically significant differences between the two drugs were observed. However, the analysis of the RCT highlighted the need for a review of the existing protocol in terms of drug therapy, dose, schedule, hospitalisation and discharge criteria.

Quaderni acp 2004; 11(5): 218-220

Key words Bronchiolitis. Epinephrine. Salbutamol.

Il problema analizzato in questo scenario riguarda il caso di una bambina di 6 mesi condotta al Pronto Soccorso per bronchiolite. Di fronte alla persistente dispnea, è preferibile trattare la bambina con salbutamolo aerosol (0,15 mg/kg/dose in 2 ml di fisiologica), come da prassi, oppure con adrenalina nebulizzata (0,1-0,25 mg/kg /dose in 2 ml di fisiologica), come prevede il protocollo del reparto? A questo proposito, dopo una ricerca nella banca dati bibliografica MEDLINE (utilizzando la maschera Clinical Queries), viene identificato un RCT salbutamolo vs adrenalina in 66 bambini <1 anno con bronchiolite. I risultati dello studio, coerenti con quanto emerso da altri RCT, non hanno dimostrato differenze statisticamente significative tra i due trattamenti. Pur non avendo fornito una risposta al quesito di partenza, l'analisi dello studio ha, però, evidenziato la necessità di una revisione del protocollo per quanto riguarda la terapia farmacologica (farmaco, schema di dosaggio) e il percorso clinico-assistenziale (necessità di ricovero, dimissione, follow-up).

Parole chiave Bronchiolite. Adrenalina. Salbutamolo

Scenario clinico

Gaia, 6 mesi appena compiuti, viene condotta dai genitori presso il nostro Pronto Soccorso per la comparsa, quasi improvvisa, di difficoltà respiratoria, mai verificatasi precedentemente. Qualche giorno prima aveva iniziato a presentare rinite sierosa, tosse e modesto rialzo della temperatura corporea; la madre aveva notato irrequietezza e inappetenza concomitanti al peggioramento del quadro respiratorio. Al momento della valutazione clinica Gaia si presenta polipnoica (70 atti/min) con rientramenti diaframmatici. All'auscultazione toracica si apprezzano fini rantoli diffusi teleinspiratori e qualche sibilo sparso. Il quadro clinico depone per diagnosi di bronchiolite: consultando il protocollo terapeutico attualmente in uso presso la nostra divisione, disponiamo il monitoraggio dei parametri vitali della piccola e, vista la SO₂ in

aria <94%, iniziamo la somministrazione di ossigeno umidificato. Data la difficoltà all'alimentazione riferita dai genitori e la polipnea, Gaia viene inoltre posta in infusione glucosalina reidratante. Per la persistente dispnea dovremmo, secondo protocollo, eseguire un aerosol con adrenalina (0.1-0.25 mg/kg/dose in 2 ml di fisiologica). Si decide tuttavia di praticare dapprima un aerosol con broncodilatatore (salbutamolo, 0.15 mg/kg/dose in 2 ml di fisiologica), considerando l'utilizzo dell'adrenalina come seconda scelta, in caso di mancata risposta o peggioramento del quadro clinico.

Background

La bronchiolite è un'infezione delle vie respiratorie inferiori, caratterizzata da ostruzione infiammatoria dei bronchioli terminali (edema, infiltrato flogistico), che colpisce prevalentemente i bambini

nel primo anno (picco d'incidenza 6 mesi). L'eziologia è prevalentemente virale: VRS in più del 50% dei casi. Clinicamente può presentarsi con dispnea, tachipnea (60-80 atti/min), rientramenti intercostali, diaframmatici; all'auscultazione toracica si possono apprezzare fini rantoli diffusi teleinspiratori, a volte rumori di broncospasmo. Generalmente si riconoscono sintomi prodromici quali rinite sierosa, inappetenza, irritabilità, febbre, tosse.

Il trattamento della bronchiolite è controverso: viene riconosciuta l'utilità di una terapia di supporto con ossigeno umidificato (correzione dell'ipossipemia) e fluidi per via endovenosa (difficoltà all'alimentazione, tachipnea). L'uso dei corticosteroidi non ha mostrato vantaggi; controverso l'utilizzo dei broncodilatatori per via aerosolica e dell'adrenalina.

La domanda in tre parti

In un bambino di età < 12 mesi con bronchiolite [POPOLAZIONE] il broncodilatatore (salbutamolo) rispetto all'adrenalina per via aerosolica [INTERVENTO] è più efficace

- nel migliorare il quadro respiratorio?
- nel prevenire la necessità di ricovero ospedaliero? [OUTCOME].

Strategia di ricerca

Si verifica nel MeSH di Pub Med l'esistenza dei seguenti termini: *bronchiolitis - epinephrine nebulized - salbutamol*. Si traduce la domanda su Pub Med nella maschera "Clinical Queries Using Research Methodology Filters" selezionando *Therapy* e *Specificity: "bronchiolitis" AND "epinephrine nebulized" AND "salbutamol"*. La ricerca seleziona 9 articoli di cui 7 attinenti (2 articoli trattano di asma e wheezing); 6 studi clinici randomizzati, controllati e 1 metanalisi che comprende un totale di 20 studi clinici randomizzati, controllati.

Articolo selezionato

Tra gli studi selezionati scegliamo l'articolo di Mull CC, Scarfone RJ, et al. A

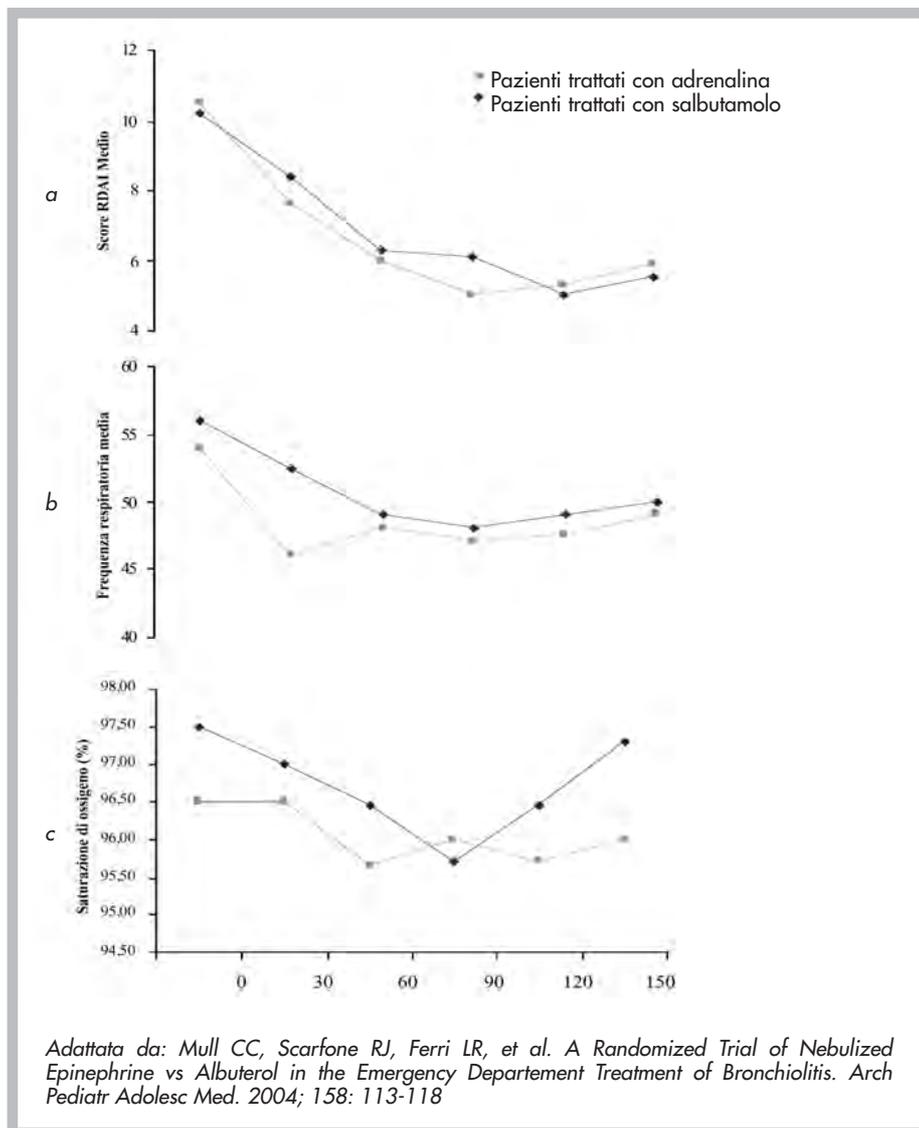
Per corrispondenza:

Marina Col

e-mail: marina.col@tiscalinet.it

leggere e fare

FIGURA 1: ANDAMENTO TEMPORALE DELLO SCORE RDAI (a) DELLA FREQUENZA RESPIRATORIA (b) E DELLA SATURAZIONE DI OSSIGENO (c)



randomized trial of nebulized epinephrine vs albuterol in the emergency department treatment of bronchiolitis. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:113-118.

L'articolo soddisfa infatti i seguenti requisiti:

- si tratta di uno studio randomizzato, controllato, in doppio cieco;
- risponde al nostro quesito confrontando l'uso del salbutamolo a quello dell'adrenalina per via aerosolica;
- la numerosità del campione è tra le maggiori di quelle riportate in studi analoghi (66 pazienti);
- lo studio è recente (2004);
- lo scenario clinico analizzato è simile a quello del nostro Pronto Soccorso, ed in particolare alla situazione clinica riportata: l'età dei pazienti è compresa tra 0 e 12 mesi; quello presentato è il primo episodio di wheezing.

Caratteristiche dello studio

Nazione: USA

Tipo di studio: studio clinico, randomizzato, controllato, in doppio cieco

Setting: Division of Emergency Medicine, Hospital for Children, Wilmington, USA

Pazienti e interventi confrontati: 66 pazienti di età compresa tra 0 e 12 mesi, al primo episodio di wheezing, con diagnosi clinica di bronchiolite.

► Gruppo 1: comprende 34 bambini a cui vengono somministrati 0.9 mg/kg di adrenalina nebulizzata in 2 ml di fisiologica, al momento dell'ammissione presso la Divisione di Emergenza e successivamente a distanza di 30 e 60 minuti. La valutazione clinica (Respiratory Distress Assessment Instrument - RDAI, che comprende wheezing e rientramenti respiratori, FR, SO₂) è prevista prima di ciascuna dose di farmaco e a 90, 120 e 150 minuti. Durata complessiva dell'osservazione 150 minuti.

TABELLA 1: NECESSITÀ DI RICOVERO

EVENTO	Gruppo 1 (adrenalina, n. 34) CER	Gruppo 2 (salbutamolo, n. 32) EER	RR	RRR	ARR	NNT
Ricovero	16/34 0.47	12/32 0.38	0.80 IC95% da 0.33 a 1.94	0.20 IC 95% da -0.14 a 0.33	0.10 IC 95% da -7 a ∞	10

Significato delle abbreviazioni: CER (Control Event Rate): eventi nel gruppo di controllo; EER (Experimental Event Rate): eventi nel gruppo sperimentale; RR (Relative Risk): rapporto tra eventi nel gruppo sperimentale ed eventi nel gruppo controllo; ARR (Absolute Risk Reduction): riduzione assoluta del rischio, cioè differenza fra gli esiti sfavorevoli nel gruppo di controllo e quello sperimentale; RRR (Relative Risk Reduction): riduzione relativa del rischio di un evento sfavorevole nei pazienti randomizzati al trattamento in sperimentazione rispetto ai controlli. NNT: numero dei bambini da trattare per attendersi un risultato positivo

► **Gruppo 2:** comprende 32 bambini a cui vengono somministrati 0.15 mg/kg di salbutamolo nebulizzato in 2 ml di fisiologica, al momento dell'ammissione presso la Divisione di Emergenza e successivamente a distanza di 30 e 60 minuti.

La valutazione clinica (RDAI) è prevista prima di ciascuna dose di farmaco e a 90, 120 e 150 minuti. Durata complessiva dell'osservazione 150 minuti.

Vengono esclusi dallo studio bambini di età >1 anno, con anamnesi significativa per wheezing ricorrente, asma, patologie cardiache o respiratorie croniche, sospetta malattia cardiologica in atto, temperatura >38°C in bambini <2 mesi, pazienti che hanno ricevuto precedentemente broncodilatatori. I due gruppi sono sovrapponibili per le caratteristiche della popolazione e per la gravità della patologia.

Risultati riportati

Nello studio sono stati considerati tra gli outcome primari il miglioramento del quadro clinico (valutazione del grado di distress respiratorio inteso come wheezing e rientramenti respiratori: RDAI), e della frequenza respiratoria. Tra gli outcome secondari la valutazione della saturazione di ossigeno in aria ambiente (SO₂) e la percentuale di ricoveri ospedalieri.

1. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi nei parametri rilevati nei diversi tempi previsti (grado di distress respiratorio, FR e SO₂) (figura 1).

2. Il numero di ricoveri ospedalieri non è stato giudicato significativamente differente tra i due gruppi considerati (tabella 1). Conclusione degli Autori: non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa nell'efficacia tra adrenalina e salbutamolo nel trattamento della bronchiolite.

Risposta al quesito

1. Adrenalina e salbutamolo per aerosol hanno efficacia clinica sovrapponibile nel trattamento della bronchiolite: nello studio analizzato non sono state infatti rilevate differenze statisticamente significative nel quadro respiratorio in bambini sottoposti all'uno o all'altro trattamento farmacologico (figura 1).

2. Per quanto concerne il numero di ricoveri ospedalieri, l'analisi dei dati riportati (tabella 1) mostra che i pazienti trattati con adrenalina hanno un maggior

rischio di essere ricoverati rispetto a quelli che ricevono salbutamolo (1 ricovero in più per ogni 10 bambini trattati), seppur la differenza fra i due gruppi non sia statisticamente significativa.

3. Un ulteriore dato emerge dallo studio: il numero delle ricadute cliniche, nelle 72 ore successive alla dimissione dalla divisione di emergenza, è più elevato se consideriamo i bambini trattati con salbutamolo rispetto a quelli che ricevono adrenalina (8/19 vs 3/16; RR 2.25, IC 95% 0.51-9.91). Ne deriva quindi l'opportunità di attuare una più prolungata osservazione nei pazienti che vengono trattati con salbutamolo.

4. Altro punto da valutare è quello relativo ai dosaggi dei farmaci utilizzati: mentre per il salbutamolo vi è omogeneità di posologia tra lo studio analizzato e la pratica presso la nostra divisione (0.15 mg/kg/dose in 2 ml di fisiologica), per l'adrenalina siamo di fronte a un'importante discrepanza: nel nostro protocollo terapeutico sono previsti 0.1-0.25 mg/kg/dose in 2 ml di fisiologica, ripetibili ogni 2 ore; lo studio analizzato prevede l'utilizzo di 0.9 mg/kg/dose, ripetibili dopo 30 minuti.

Per poter estendere i risultati dei diversi studi alle singole realtà ospedaliere è quindi necessaria la definizione di una corretta posologia dell'adrenalina per aerosol da utilizzare in modo univoco.

Conclusioni

I risultati dello studio preso in esame sono coerenti con quanto emerge dalle revisioni sistematiche della letteratura: non ci sono trattamenti farmacologici per la bronchiolite la cui efficacia sia adeguatamente documentata. L'analisi condotta e le evidenze disponibili rimandano alla necessità di ulteriori studi, ma anche di un adeguato follow-up dei pazienti e di una ri-valutazione dei protocolli terapeutici e assistenziali, per quanto riguarda i farmaci (tipo e schema di dosaggio), la necessità/adequazione dell'ospedalizzazione e i criteri di ricovero/dimissione. ♦

Bibliografia

- (1) Hartling L et al. Epinephrine for bronchiolitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2004*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (2) Lazano JM. Bronchiolitis. *Clin Evid* 2004;11:360-74
- (3) King VJ et al. Pharmacological treatment of bronchiolitis in infants and children. A systematic review. *Arch Ped Adolesc Med* 2004;158:127-37.

Associazione Culturale Pediatri

con il supporto organizzativo APeC
e Pediatria di Comunità, AUSL di Ferrara

"SIRMIONE 15"

Ferrara (Ostellato)
Villa Belfiore - via Pioppa 27
25-27 novembre 2004

PATERNALISMO O PARTNERSHIP NELLE CURE AL BAMBINO?

Giovedì 25 novembre

15.00-15.30

Introduzione al Seminario

G. MASTELLA (Verona)

15.30-16.10

Chi decide in medicina?

S. SPINSANTI (Roma)

16.10-16.50

Partnership nella presa in carico
e nelle decisioni di cura.

G. F. BALDINOTTI (Milano)

17.10-17.50

Counselling come metodo favorente
la partnership

M. GANGEMI (Verona)

P. ELLY (Milano)

17.50-18.30

Associazionismo:

ruolo nella partnership

P. B. MOORE (Roma)

18.30-19.30 discussione

Venerdì 26 novembre

Presentazione di esperienze
con discussione:

9.00-10.00

La produzione di materiali informativi
come strumento di partnership

M. A. COSTANTINO (Milano)

10.00-11.00

Tentativi di costruire una partnership
il bambino: il problema
della gestione del dolore
Esperienza di infermiere (Padova)

11.20-13.00 discussione

14.30-18.30

Gruppi di lavoro sulle due esperienze
tutor: C. MASTELLA (Milano)

Sabato 27 novembre

Reports e discussione sui lavori di
gruppo del venerdì.

11.00-12.30

Elaborazione di possibili modelli per
una partnership.

12.30-13.30

Sintesi conclusiva, test ECM,
valutazione Seminario.

Informazioni e quote di partecipazione:

Segreteria organizzativa: APeC

Chiara Cuoghi

c/o Pediatria di Comunità

Azienda USL Ferrara

Via Boschetto 29/31 - 44100 FERRARA

tel. 0532 235505-7 / fax 0532 235502

pedcom.fe@ausl.fe.it

Si può migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH?

Marina Aloï, Giusy Zirilli, M. Sole Coletta Spinella, Simona Adelardi, Giusy Sanmartino
Specializzande in Pediatria, Università di Messina

Abstract

Can GH test diagnostic accuracy be improved?

The problem analyzed in the following scenario regards a 12 year old girl with a severe decrease in growth velocity and a quite bad growth prevision. Since provocative tests for growth hormone release show a deficiency, she begins therapy with growth hormone; after two years during which puberty started and provocative tests show normal values, therapy is interrupted, nevertheless growth velocity appears normal. The authors ask themselves whether a pre treatment with estrogens in order to realize a pubertal type condition can improve diagnostic accuracy of provocative tests and point out real growth hormone deficiency. Research of secondary literature (Cochrane database) doesn't give results, through Pubmed a double blind RCT is found with pertinent results. Estrogen priming could be considered in pre pubertal stages of development in children with an uncertain phenotype, with abnormal GH tests and with a diagnostic doubt of a constitutional growth and pubertal delay, in order to make a distinction with real growth hormone deficiency.

Quaderni acp 2004; 11(5): 221-222

Key words Growth delay, Estrogens, Growth Hormone deficiency

Il problema analizzato in questo scenario riguarda una bambina di 12 anni con un importante difetto staturale e una pessima previsione staturale che, alla luce di test da stimolo per il GH alterati, inizia terapia sostitutiva con GH. Dopo due anni, avviata la pubertà, i test da stimolo risultano normali e la bambina continua a crescere nonostante l'interruzione della terapia con ormone della crescita. Le autrici si chiedono se un pretrattamento con estrogeni, tale da creare una condizione similpuberale, possa migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH ed evidenziare i reali deficit classici di ormone della crescita. La ricerca in letteratura secondaria (Cochrane Database) non ottiene revisioni sull'argomento; quella su PubMed permette di ottenere un RCT in doppio cieco che fornisce risultati pertinenti. Il priming con estrogeni potrebbe essere effettuato in bambini prepuberi con un quadro fenotipico incerto, test per il GH alterati e con un forte sospetto diagnostico di ritardo costituzionale di crescita e pubertà per distinguerli preventivamente da coloro che presentano un deficit classico di ormone della crescita.

Parole chiave Ritardo di crescita. Estrogeni. Deficit di GH

Scenario clinico

Giunge presso l'ambulatorio di Endocrinologia pediatrica una bambina di 11 anni e 7 mesi, inviata dal pediatra curante per bassa statura. Presenta un'altezza di 131 cm, pari a -2,8 DS (deviazioni standard) rispetto a un target familiare di -1,8 DS, un'età ossea ritardata di circa un anno (10 anni e 6/12 vs età cronologica di 12 anni), una pessima previsione staturale (145 cm), assenza di caratteri puberali. Vengono eseguiti i test da stimolo per la secrezione del GH che evidenziano un valore di 7,2 ng/ml e 7,7 ng/ml rispettivamente dopo stimolo clonidinicico e insulinico, valori che permettono di porre diagnosi di "deficit parzia-

le di GH" (valori inferiori a 5 ng/ml configurano un deficit completo, tra 5 e 10 si parla di deficit parziale). Si avvia quindi terapia con ormone della crescita. Durante il periodo di trattamento si osserva un buon recupero staturale, infatti l'altezza, corrispondente a -2,8 DS all'inizio della terapia, raggiunge -1,8 DS (con un incremento di 1 DS) durante i 2 anni di terapia sostitutiva e, in tale periodo, si verifica anche la progressione dei caratteri puberali. Vengono ripetuti i test da stimolo per il GH che risultano normali (picco massimo di GH 13,5 ng/ml dopo stimolo clonidinicico e 14,3 ng/ml dopo stimolo insulinico) e si decide di sospendere il trattamento. Nei due anni succes-

sivi la paziente continua a mantenere un buon potenziale di crescita, raggiungendo un'altezza pari a -1,7 DS (migliore del suo target genetico). A questo punto si pone diagnosi di deficit transitorio di GH secondario a ritardo costituzionale di crescita e pubertà (RCCP).

Background

Il RCCP rappresenta la più frequente causa di falsa positività nella diagnosi di deficit classico di GH (GHD), per la sua elevata frequenza e la fisiologica riduzione della secrezione del GH che spesso accompagna il ritardo puberale. Vi sono da anni proposte di creare artificialmente una condizione ormonale similpuberale attraverso un breve trattamento (priming) con ormoni sessuali ed eseguire i test da stimolo per il GH sotto l'effetto di questo.

Ci siamo chiesti se è possibile individuare preventivamente i casi di deficit di GH solo transitorio e secondario a ritardo puberale e quindi effettuare una diagnosi prospettica e non retrospettiva, come nel nostro caso. Il priming con estrogeni aumenta l'efficacia diagnostica dei test da stimolo con GH?

La domanda in tre parti

Nei bambini con ritardo di crescita [POPOLAZIONE] il priming con estrogeni [INTERVENTO] aumenta l'accuratezza diagnostica nella diagnosi di GHD transitorio? [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Verifichiamo nel browser MESH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: "Growth disorders" AND "Estradiol". Conduciamo una prima ricerca sulla letteratura secondaria (Cochrane Database) ma non otteniamo alcun risultato pertinente. Utilizziamo quindi in PubMed la maschera delle "Clinical Queries"; selezioniamo **Diagnosis AND Specificity** e troviamo tre articoli. Dopo aver letto gli abstract, ne selezioniamo uno come utile alla nostra ricerca.

Per corrispondenza:
Marina Aloï
e-mail: marinaaloi@hotmail.com

leggere e fare

Articolo selezionato

Martinez AS et al. Estrogen priming effect on Growth Hormone (GH) provocative test: a useful tool for the diagnosis of GH deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2000 Nov; 85(11):4168-72

Caratteristiche dello studio

Setting: Clinica endocrinologica

Nazione: Argentina

Tipo di studio: Trial clinico randomizzato in doppio cieco

Pazienti e interventi confrontati

Sono stati arruolati nello studio 59 bambini, suddivisi in due gruppi:

- ▶ **Gruppo SS (bassa statura):** 44 bambini (10 F, 34 M) con bassa statura idiopatica, definita mediante l'esclusione delle principali cause patologiche di bassa statura (assenza di caratteri fenotipici suggestivi di GHD, anomalie neuroradiologiche, esclusione di celiachia e altre condizioni patologiche determinanti importante deficit staturale), ma che presentavano una secrezione di GH subnormale ai test da stimolo ed età compresa tra 5 e 17,3 anni
- ▶ **Gruppo GHD:** 15 bambini (9 F, 6 M) con una sospetta diagnosi di deficit di GH classico, in base a criteri clinico-auxologici (bozze frontali prominenti, naso a sella ecc.), neuroradiologici (ectopia, segnale luminoso, ipofisi, ecc.) ed endocrinologici (deficit ipofisari multipli), con una ridotta secrezione di GH ai test da stimolo ed età compresa tra 4,8 e 16 anni

L'intervento consiste nella somministrazione di una singola dose quotidiana di estradiolo valerato per os (1-2 mg) o placebo a ciascun soggetto (seguita da inversione dei due gruppi, in modo che ciascun bambino ricevesse sia E2 che placebo), seguita da test di stimolazione del GH (arginina o clonidina) e misurazione del picco massimo di GH.

Lo scopo è stato quello di valutare l'effetto della somministrazione di estrogeni

sull'efficacia diagnostica dei test da stimolo per il GH in bambini con RCCP e GHD.

Analisi dell'accuratezza diagnostica dei test da stimolo per il GH dopo pretrattamento con estrogeni

Sensibilità: 15/15=100%

con placebo 13/15= 86,7%

Specificità 97,7%

con placebo 40/44= 90,9%

Valore predittivo positivo 15/16= 93,8%

Valore predittivo negativo 43/43= 100%

Rapp. di verosimiglianza per test positivo $1/(1-0,977)= 44$

con placebo $0,867/(1-0,909)= 9,5$

Rapp. di verosimiglianza per test negativo $(1-1)/0,977= 0$

con placebo $(1-0,867)/0,909= 0,15$

Il riscontro di un rapporto di verosimiglianza per test positivo superiore a 10 ci indica l'utilità del priming con E2 nel migliorare l'accuratezza diagnostica dei test da stimolo per il GH. Il riscontro di un rapporto di verosimiglianza per test negativo molto basso, inferiore a 0,1, ci permette di affermare che la negatività del test in esame è fortemente suggestiva di assenza di malattia (cioè deficit di GH persistente).

Conclusioni

L'articolo esaminato dimostra che i test da stimolo per GH dopo priming con estrogeni hanno una buona accuratezza diagnostica poiché riducono il numero dei falsi positivi. Pertanto potrebbero essere utili nella diagnosi differenziale tra bambini con GHD transitorio e secondario a RCCP e bambini con GHD persistente.

Tre giorni di priming con E2 potrebbero precedere l'esecuzione dei test in bambini prepuberi soprattutto se il quadro fenotipico è incerto e il sospetto di RCCP molto elevato (familiarità positiva, ritardo o assenza dello sviluppo puberale associato a deficit staturale, sesso maschile, esclusione di cause patologiche di bassa statura). ♦

TABELLA: VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AI TEST DA STIMOLO DOPO PRIMING

	Deficit di GH	Short stature	Totale
Test positivo (picco GH <9 mcg/l)	15	1	16
Test negativo (picco GH > 9 mcg/l)	0	43	43
Totale	15	44	59

Gruppo di lavoro PUER
"Assistenza alla puerpera e al neonato"
in collaborazione col
Centro per la Salute del Bambino ONLUS

"LE CURE ALLA PUERPERA E AL NEONATO NELLE PRIME SETTIMANE"

Trieste, 12-14 gennaio 2005

Mercoledì 12 gennaio

ADATTAMENTO NEONATALE E BENESSERE DELLA PUERPERA

09.00-10.00 Introduzione (G. Colombo)

10.00-11.00

L'adattamento organico del neonato nelle prime 48 ore, l'adattamento relazionale/affettivo del neonato nei primi 7 giorni, l'adattamento del nucleo familiare (G. Rapisardi)

11.15-13.00

Le modificazioni organiche della puerpera nelle prime 48 ore, l'adattamento della puerpera ai ritmi del neonato (C. Chiodini)

14.00-16.00

OSSERVARE, COMUNICARE, ASSISTERE per valorizzare la capacità di osservazione degli aspetti relazionali e comunicativi delle situazioni cliniche e loro utilizzo (M. Gangemi)

16.00-17.00

Introduzione alle abilità di counselling (M. Gangemi)

Giovedì 13 gennaio

IL SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

09.00-10.00 Fisiologia della lattazione (B. Zapparoli)

10.00-11.30 Valutazione della poppata (C. Chiodini)

11.45-13.00 Problemi del seno (C. Chiodini)

14.00-15.30 Bassa introduzione di latte (B. Zapparoli)

15.30-17.00 L'influenza dei contesti (G. Colombo)

Venerdì 14 gennaio

LE AZIONI E I CONTESTI: ASSISTENZA ALLA PUERPERA E AL NEONATO IN OSPEDALE, A CASA, NEL TERRITORIO

09.00-11.15

Identificazione e valutazione dei parametri per la cura della puerpera e del neonato con competenze relative al primo intervento, all'invio/ricovero (B. Zapparoli)

11.30-13.00

Raccomandazioni per l'assistenza alla puerpera e al neonato (G. Rapisardi)

14.00-15.00

L'influenza del contesto (G. Colombo)

15.00-17.00

Criticità nella comunicazione tra operatori e progetto di miglioramento (G. Colombo)

17.00-17.30

Verifica per ECM e verifica gradimento corso

Segreteria organizzativa:

Mariarosa Milinco

tel. 040 300551 / fax 040 3224842

E-mail: mariarosa.milico@csbonlus.org

Centro per la Salute del Bambino

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

www.csbonlus.org e-mail: info@csbonlus.org

Penicillina V e sintomi della faringite

a cura di Giancarlo Biasini

“Quaderni acp” offre ai lettori un’ulteriore modalità per la lettura critica delle evidenze scientifiche. La presentazione consiste in un riassunto strutturato di articoli provenienti dalla letteratura secondaria, quella, cioè, che valuta criticamente gli studi pubblicati su uno specifico quesito clinico. Alla presentazione segue un commento della nostra redazione. In questo numero viene presentato un articolo pubblicato su *Evidence Based Medicine*(2004;9:77) che valuta il comportamento dei sintomi con o senza trattamento antibiotico con penicillina orale.

La domanda

In bambini di 4-15 anni con faringite la penicillina V per 3 o per 7 giorni riduce i sintomi più efficacemente del placebo?

Articolo selezionato

Zwart S, Rovere MM, De Melker RA, et al. Penicillin for acute sore throat in children: randomized double blind trial. *BMJ* 2003;327:1324

Caratteristiche dello studio

Tipo di studio: trial randomizzato controllato con placebo.

Setting: 43 ambulatori in Olanda

Pazienti: 156 bambini/ragazzi di età fra 4 e 15 anni (media 10 anni) con faringite (sore throat) da meno di 7 gg e con più di 2 dei sintomi/segni dello score di Center (febbre, non tosse, linfadenopatia anteriore, essudato tonsillare); solo il 62% dei bambini aveva una coltura positiva per streptococco beta-emolitico di gruppo A.

Intervento: 46 trattati per 7 gg e 54 trattati per 3 gg con penicillina V (250 mg x3 nei bambini fra 4 e 10 anni e 500 mg x 3 dopo i 10 anni). 56 trattati con placebo per 7 gg.

Outcome: numero di giorni con sintomi dolorosi dopo la randomizzazione; eradicazione dei patogeni.

Follow up: completato nell’87% dei casi a 7 giorni

Risultati

In tutti i bambini esaminati collettivamente (positivi o negativi alla coltura) o separatamente, a seconda del risultato della coltura, il trattamento con penicillina non ha dato risultati significativamente migliori del placebo sulla durata dei sintomi. I risultati sono stati complessivamente molto capricciosi. In alcuni casi il placebo è stato meglio della penicillina (tabella 1).

Il commento dei recensori

Il commento è affidato a M. Lindboek della Università di Oslo. Il recensore

TABELLA 1: DURATA (IN GIORNI) DELLA FARINGITE NEI TRE GRUPPI

Coltura	N°	Pen. gg vs placebo	Media (giorni)	Differenza e IC 95% (giorni)
Tutti	156	Pen. 7 gg vs placebo	3.8 vs 3.8	0.0 (-0.9 / 0.9)
		Pen. 3 gg vs placebo	4.6 vs 3.8	0.8 (-0.1 / 1.7)
Positivi	96	Pen. 7 gg vs placebo	3.0 vs 3.5	-0.5 (-1.5 / 0.6)
		Pen. 3 gg vs placebo	4.8 vs 3.5	1.3 (0.2 / 2.4)
Negativi	60	Pen. 7 gg vs placebo	4.9 vs 4.7	0.2 (-2.0 / 1.6)
		Pen. 3 gg vs placebo	4.4 vs 4.7	-0.3 (-1.4 / 1.9)

osserva che il criterio adottato (più di 2 item di Centor) non è mai stato validato in una popolazione di bambini; osservazione questa che pure gli Autori della ricerca pubblicata sul *BMJ* fanno. Gli stessi Autori in uno studio su adulti avevano utilizzato criteri diversi (più di 3 item). In secondo luogo l’utilizzo della coltura in una popolazione infantile (dove il numero dei portatori è più elevato che negli adulti) può indurre in errore in quanto diluisce l’effetto della penicillina. Anche questa considerazione è stata fatta dagli autori della ricerca. Il comportamento sostanzialmente identico nei bambini con o senza coltura positiva incoraggia i medici (secondo i recensori, ma anche secondo gli autori) a non trattare con penicillina il bambino con faringite, anche se con coltura positiva per streptococco.

Il nostro commento

Il rischio maggiore di ricerche come queste è che si giunga alla condivisione dell’affermazione che trattare con penicillina non serve. A questa prima conclusione ne segue una seconda: usare un placebo (tesi degli Autori) o passare a un altro antibiotico? Quest’ultima tesi è suggerita da un articolo di Casey e Pichichero. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics* 2004;113:866-82. La faringite, anche streptococcica (il 62% era da streptococco

in questa casistica che possiamo quindi definire “sporca” anche se gli autori hanno poi esaminato i gruppi di casi separatamente), è una malattia autolimitante che, in qualche giorno, sparisce spontaneamente (nella ricerca da 3.5 a 4.7 giorni).

Il trattamento non si fa per la faringite, ma per gli esiti a distanza della stessa. È una nozione antica come la storia della medicina anche se, dal lato sperimentale, per chiarire l’outcome “Streptococco - RAA”, vista la rarità dell’evento, sarebbero necessari studi caso-controllo o di coorte con un numero di cittadini molto alto.

Gli Autori della ricerca olandese superano questo bias sostenendo che, dato che le complicanze a distanza sono diventate rare nelle *affluent western communities*, questo rischio può essere accettato. Lo accetta il nostro lettore? Ma, se il problema è questo, non servono in fondo ricerche come questa pubblicata dal *BMJ*, alla quale il commento di autorevoli autori non aggiunge nulla. Naturalmente l’eradicazione è stata più alta nei trattati che nei non trattati: 68% nel gruppo 7 gg; 35% nel gruppo 3 gg; 28% nel gruppo placebo (p=0.003) e, se si tiene conto che, per affermazione degli autori, nell’area studiata circa il 30% dei positivi è portatore, i conti tornano perfettamente. Nel gruppo dei trattati per 7 giorni sono rimasti col loro streptococco in gola il 32% dei bambini, cioè i portatori. Non si può dedurre che la penicillina V è efficace? ♦

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

leggere e fare

L'emicrania di Valentina

Federica Zanetto*, Michele Gangemi**

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

Abstract

Valentina's migraine

The following scenario regards the use of propranolol in migraine prophylaxis for an 11 year old girl. Parent's request regards the opportunity to go on with a few weeks treatment as prescribed by the neurologist. No more information comes from a search through secondary literature or a data bank compared to the expert's point of view and casuistry. The expert remains then the only real reference for the paediatrician. Thus, a true and careful listening during which the paediatrician shows interest and respect towards parents point of view remains the best tool available. A careful use of communicating strategies in getting back the necessary information for parents is also important. The choice to follow the prescribed treatment becomes then fruit of a shared and conscious agreement.

Quaderni acp 2004; 11(5): 224-225 and 234

Key words Migraine. Therapy. Propranolol. Counselling. Narrative medicine

Il problema analizzato in questo scenario riguarda l'utilizzo del propranololo nella profilassi dell'emicrania in una ragazzina di 11 anni e il quesito dei genitori sull'opportunità di proseguire tale trattamento per alcune settimane, come prescritto dalla specialista consultata. La ricerca sulle pubblicazioni secondarie e quella in banca dati non forniscono alcuna informazione aggiuntiva rispetto al punto di vista e alla casistica dell'esperto, che restano l'unico riferimento per la pediatra prima di procedere nel suo intervento con la famiglia. Un ascolto reale, in cui vengono espressi interesse e rispetto per i dubbi e le perplessità dei genitori, e l'utilizzo attento di alcune strategie comunicative nella restituzione delle informazioni a loro necessarie sono alla base di un'adesione condivisa e più consapevole al trattamento farmacologico in corso.

Parole chiave Emicrania. Terapia. Propranololo. Counselling. Medicina narrativa

Scenario clinico

Valentina, 11 anni, è da due mesi in trattamento farmacologico preventivo con propranololo per una cefalea insorta a 10 anni, con attacchi frequenti (> 2 al mese), di durata prolungata (> 2 ore), poco rispondenti ai comuni analgesici. I genitori, pur constatando un evidente miglioramento della situazione dopo l'inizio della profilassi, mai convinti del tutto dell'utilizzo del farmaco, telefonano alla pediatra (Box 1).

Background

In caso di crisi emicraniche che si manifestano in età scolare con frequenza superiore ai 2 attacchi al mese e con intensità tale da comportare assenze scolastiche, viene presa in considerazione la profilassi farmacologica, per la durata di 2-6 mesi. Il propranololo ha dimostrato buona efficacia nella profilassi degli attacchi in bambini di questa fascia di età, alla dose di 1-3 mg/kg/die. Come per altri farmaci che pos-

sono essere utilizzati a tale scopo (ergotamina, clonidina, inibitori dell'ingresso del calcio), il meccanismo d'azione dei beta-bloccanti nella prevenzione dell'emicrania non è noto: più che a un supposto meccanismo di tipo vascolare, l'azione favorevole sarebbe legata a effetti diretti sul sistema nervoso centrale.

Cosa dice (o non dice)

L'Evidence Based Medicine

La pediatra è assolutamente convinta della competenza della specialista che segue Valentina e non ha dubbi sulla correttezza della prescrizione, considerate anche le caratteristiche delle crisi di cefalea presentate dalla ragazzina (frequenza degli attacchi, intensità del dolore, familiarità, risposta scadente agli analgesici durante la crisi, limitazione delle normali attività).

Prova comunque ad andare oltre il punto di vista dell'esperto, e a verificare lo stato attuale della letteratura sull'argomento.

Clinical Evidence, dicembre 2003, a pag. 433, in risposta al quesito "quali sono gli effetti della profilassi dell'emicrania in età pediatrica?", riporta i risultati di tre RCT sull'efficacia dei beta-bloccanti rispetto al placebo: gli studi, tutti condotti su piccoli numeri, non sono concordi nelle loro conclusioni (*conflicting evidence*). Non sono nemmeno recentissimi (Ludvigsson, *Acta Neurol Scand* 1974; 50:109-15; Forsythe, et al. *Dev Med Child Neurol* 1984;26:737-41; Olness, et al. *Pediatrics* 1987;79:593-97).

Anche rispetto ad eventuali correzioni dietetiche nella prevenzione dell'emicrania in età pediatrica, cui la mamma di Valentina ha già accennato al telefono, non sono state trovate al momento evidenze disponibili (*Clinical Evidence*, dicembre 2003, pag. 434).

Data un'occhiata anche all'indice 1999-2003 di *Prescrivere* sotto i termini "migraine" e "antimigraineux", la pediatra non vi trova alcun risultato utile, a parte una breve citazione riguardante i preparati omeopatici (studi clinici e metanalisi non conclusive), da tenere presente per il suo colloquio dell'indomani con i genitori. Nemmeno la consultazione diretta in banca dati, alla ricerca di eventuali studi più recenti, condotta utilizzando il browser MeSH di *PubMed* e lanciando la query **Migraine/prevention AND control AND Child AND Propranolol**, dà alcuna risposta. La pediatra prova ancora a selezionare e a lanciare la stringa **Migraine/prevention AND control**: vengono elencati 12 RCT, di cui però nessuno recente, riguardante l'utilizzo del propranololo nella profilassi dell'emicrania.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

Sia la ricerca tradizionale che quella in banca dati non forniscono alcuna informazione aggiuntiva rispetto al punto di vista dell'esperto. La pediatra può ora procedere nel suo intervento con la famiglia, consapevole di doversi riferire questa volta soprattutto all'esperienza clinica accumulata e analizzata nel corso degli anni dallo specialista (Box 2).

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

Box 1

Mamma ... dottoressa, mi scusi, la chiamo ancora per il mal di testa di Valentina... va tutto molto meglio dall'ultima volta che ci siamo sentite... da quando prende le pastiglie praticamente non ci sono stati più attacchi...

Pediatra Bene... avete per caso sentito anche la neurologa?

Mamma Appunto per questo le telefono... lei ci dice comunque di continuare ancora per due mesi... ma io e mio marito siamo contrari... è proprio così necessario prendere ancora queste pastiglie?

Pediatra Immagino che, adesso che Valentina sta meglio, possa non essere così automatico pensare di continuare con la terapia... è un aspetto che non abbiamo ancora considerato... e poi forse ci sono alcune informazioni che è importante che voi abbiate. Ne possiamo parlare domani sera in ambulatorio anche con suo marito?

Mamma Sarebbe meglio... abbiamo un po' di dubbi... gli effetti collaterali delle pastiglie... e poi speravamo di più in una cosa diversa, magari si può intervenire sull'alimentazione...

**La buona comunicazione:
un percorso a tappe**

La mamma: cosa ha in mente

- *dubbi* sull'opportunità di continuare la terapia, data l'assenza di sintomi: "è proprio così necessario prendere ancora queste pastiglie?"
- *quello che sa, o crede di sapere*: "gli effetti collaterali delle pastiglie..."
- *alternative possibili*: "magari si può intervenire con l'alimentazione..."
- *scelta ipotizzata*: sospendere la terapia ("io e mio marito siamo contrari").

La pediatra:

- *accoglie* il dubbio: non contraddice, né contrasta quanto espresso dalla mamma
- *riconosce e legittima la difficoltà* ("immagino possa non essere così automatico pensare...")
- *non dà immediatamente informazioni e spiegazioni*, che peraltro preannuncia ("ci sono alcune informazioni che è importante voi abbiate")
- *non banalizza* alternative e ipotesi avanzate dalla mamma.

Box 2

Pediatra Dunque, se ho capito bene ieri al telefono, Valentina a distanza di 2 mesi dall'inizio dell'assunzione del farmaco sta molto meglio... la neurologa vi ha comunque prescritto altri due mesi di terapia su cui voi avete molti dubbi... vediamo meglio in che senso siete contrari a continuare?

Mamma Ci sembra comunque un farmaco pesante, con molti effetti collaterali...

Padre Adesso che il mal di testa è praticamente scomparso, abbiamo paura che saltino fuori altri problemi.

Pediatra So però che la specialista è molto attenta con dosaggi e durata della terapia...

Mamma Infatti vuole che le telefoniamo una volta al mese...

Pediatra "visto il beneficio, e in base ad esperienze precedenti, so che di solito non protrae la durata della profilassi oltre i 4 mesi..."

Papà In effetti, così ci ha spiegato... ma noi volevamo essere sicuri di questo... e poi abbiamo saputo che gli attacchi di emicrania si possono prevenire eliminando certe cose dall'alimentazione...

Mamma Abbiamo letto di buoni risultati anche con le cure omeopatiche...siamo disposti a provare anche questa strada, pur di essere sicuri di non danneggiare la salute di Valentina.

Pediatra È vero, anche queste sono opzioni possibili, anche se prive di sicure evidenze scientifiche...dobbiamo però chiederci "che cosa in questo momento è meglio fare per Valentina?" Le sue crisi di mal di testa erano molto forti...e solo dopo l'assunzione del farmaco c'è stato un evidente miglioramento...È vero quello che avete letto rispetto agli effetti collaterali... ma un utilizzo attento, sotto costante sorveglianza specialistica, come è nel vostro caso, e per il tempo strettamente necessario, ne evita in genere la comparsa...

Mamma In effetti finora le pastiglie sono state di molto aiuto...anche a scuola non ci sono più state assenze...

Pediatra In più, ci tengo molto a rassicurarvi sulla competenza ed esperienza della neurologa.

Papà Di questo ci siamo resi conto già all'inizio, quando ci ha dato informazioni precise sulla diagnosi e sul farmaco... che dunque a questo punto è meglio proseguire...

Pediatra La cosa importante è rispettare le dosi prescritte, come voi state già facendo... possiamo comunque riparlare soprattutto se vi vengono in mente altri aspetti che vi preoccupano...

Discussione generale

La pediatra è da subito consapevole del rischio di contrapposizione con i genitori, presente nel momento in cui cercasse di convincerli della correttezza della prescrizione, riaffermando il proprio ruolo e lanciandosi immediatamente in spiegazioni scientifiche anche dettagliate. Sa anche che il suo obiettivo principale è quello di ottenere una sufficiente collaborazione da parte loro perché Valentina continui la profilassi della sua emicrania, impostata secondo uno schema dimostratosi finora efficace. Già durante il colloquio telefonico, la pediatra legittima lo stato emotivo della mamma di Valentina (*immagino che... possa non essere così automatico pensare di...*), senza banalizzare quanto le riferisce, e questo le permette di entrare in una relazione in cui già può iniziare a contrattare qualcosa (le informazioni mancanti, l'incontro del giorno dopo).

Anche la breve ricapitolazione che rimette in campo ciò che è stato riferito al telefono, all'inizio del successivo colloquio in ambulatorio, indica la partecipazione della pediatra allo stato emotivo dei genitori, che si sentono così rispecchiati e capiti. Dà inoltre loro la possibilità di esprimere le proprie ragioni (*in che senso siete contrari*

continua a pag. 234

Mariella e il seno asimmetrico

Giuseppe Lietti

Pediatra di famiglia, ACP Milano e provincia

Abstract

Mariella and her asymmetric breast

Mariella is a young 11 year old girl. She seeks advice for a clear breast asymmetry: the left breast is enlarged, more developed and with a greater consistence than the right one. Mammary ultrasonography shows a discoid mass, biopsy confirms the diagnosis of giant fibroadenoma. Surgery generally consists in the removal of the mass and the preservation of the affected breast which can usually continue a regular development. Nevertheless evidences regarding the integrity of glandular structure are possible only after a complete pubertal development. In the described case only the surgical removal of the growing mass and its anatomical pathology analysis helped confirm diagnosis. Needle biopsy is not always a sure procedure.

Quaderni acp 2004; 11(5): 226-227

Key words Breast mass in childhood. Fibroadenoma. Breast asymmetry. Needle biopsy in childhood

Mariella è una ragazzina di 11 anni. Viene a consulenza per una nettissima asimmetria dello sviluppo delle due mammelle: alla visita, la ghiandola di sinistra appare molto più grossa e sviluppata e di consistenza aumentata rispetto alla controlaterale. All'ecografia mammaria è evidente una formazione discoidale che all'agoaspirato risulta compatibile con la diagnosi di fibroadenoma gigante, confermata successivamente dall'esame istologico del pezzo operatorio. L'intervento chirurgico prevede in questi casi la salvaguardia della ghiandola mammaria che può continuare a svilupparsi regolarmente, anche se la certezza dell'integrità della struttura ghiandolare è possibile solo a sviluppo puberale completato. Solo l'asportazione della massa in rapida crescita e la successiva analisi anatomo-patologica del pezzo operatorio hanno permesso in questo caso la conferma diagnostica, non sempre certa all'istologia su agoaspirato.

Parole chiave Nodulo mammario nell'infanzia. Fibroadenoma. Asimmetria delle mammelle nell'infanzia. Agoaspirato

La storia

Mariella, 11 anni e 3 mesi, da alcuni mesi presenta un progressivo aumento di dimensioni della mammella di sinistra, via via più evidente nelle ultime settimane. All'ultimo controllo ambulatoriale, effettuato 6 mesi prima per una infezione delle alte vie respiratorie, non si segnalavano segni di asimmetria nello sviluppo puberale mammario (segni puberali P2, M2).

La ragazza, in buone condizioni generali e senza febbre, all'esame clinico evidenzia questa volta una nettissima asimmetria nello sviluppo delle due mammelle: quella destra è in normale stato di avanzamento puberale per l'età (M3 secondo Tanner); a sinistra la ghiandola appare

molto più grossa e sviluppata, con cute sovrastante tesa, non arrossata, senza segni di infezione in atto, senza dolore alla palpazione, ma di consistenza decisamente aumentata rispetto alla controlaterale. È evidente il reticolo venoso superficiale sulla cute della mammella. Il capezzolo è appiattito.

Lo sviluppo puberale secondo Tanner è P3; null'altro di rilevante all'esame obiettivo; in particolare non vi sono stazioni linfonodali superficiali clinicamente apprezzabili a livello ascellare, laterocervicale e clavicolare bilateralmente.

La diagnosi

Colpito dalla evidente asimmetria mammaria, che non ho mai visto prima in

ragazzine di questa età in 13 anni di pediatria di famiglia, richiedo un consulto presso una ginecologa esperta in senologia che visita Mariella 2 giorni dopo ed effettua una ecografia mammaria. Questa evidenzia una formazione discoidale sotto la ghiandola mammaria di sinistra, di spessore di 32 mm e diametro massimo di 150 mm.

Viene praticato nella stessa seduta un agoaspirato della massa, ipotizzando la presenza di una formazione fibroadenomatosa.

Tre giorni dopo l'esame istologico risulta essere compatibile con la diagnosi di fibroadenoma gigante. Un consulto tra l'anatomopatologo, la ginecologa e il chirurgo plastico porta alla decisione di asportare subito la neoformazione per due motivi:

- ▶ la rapida crescita della massa adenomatosa è destinata a proseguire, considerata la fase di sviluppo puberale della ragazzina;
- ▶ esiste la remota possibilità che si possa trattare di un cisto-sarcoma filloide (rara patologia neoplastica a variante benigna o maligna), visto che la diagnosi istologica su agoaspirato di fibroadenoma gigante (patologia più frequente e benigna) non è sempre certa al 100% in questi casi.

Mariella viene ricoverata e sottoposta a intervento di asportazione della massa fibroadenomatosa, con ottimo esito in termini di successo chirurgico ed estetico.

L'équipe chirurgica assicura di avere risparmiato la ghiandola mammaria che potrà continuare a svilupparsi regolarmente. Sarà necessario attendere il completo sviluppo puberale per essere certi che la struttura ghiandolare non abbia subito danni.

L'esame istologico del pezzo operatorio conferma la diagnosi di fibroadenoma gigante.

Per corrispondenza:

Giuseppe Lietti

e-mail: giuseppe.lietti@fastwebnet.it

il caso che insegna

A distanza di 3 mesi, Mariella gode di buona salute e le due mammelle sono simmetriche.

Che cosa abbiamo imparato

Il caso ha obbligato a rivedere il capitolo delle asimmetrie della ghiandola mammaria in età infantile. Si tratta spesso di fenomeni para-fisiologici, ma che richiedono comunque un attento monitoraggio nel tempo.

Abbiamo così re-imparato che l'esame clinico è fondamentale e deve prevedere:

- ▶ la presenza in anamnesi di un recente trauma o segni di infezione in atto,
- ▶ la valutazione dello sviluppo puberale secondo Tanner,
- ▶ un accurato esame obiettivo delle ghiandole mammarie,
- ▶ la presenza di linfadenopatia satellite al cavo ascellare,
- ▶ la presenza di secrezione dal capezzolo (1,2,3).

1. Se l'esame clinico risulta negativo, a parte l'asimmetria, ci si orienta verso la diagnosi di telarca asimmetrico e sarà sufficiente programmare un ulteriore controllo clinico nel tempo.

L'età cronologica di insorgenza di un telarca asimmetrico è importante per differenziare un fisiologico inizio di sviluppo puberale da un'ipotesi di pubertà precoce (1,2).

2. L'esame ecografico della mammella è indicato nei casi in cui si sospetti la presenza di formazioni nodulari, soprattutto se in rapida evoluzione. Patologie della mammella, solitamente tipiche delle giovani donne, possono insorgere anche in ragazzine in fase pre-puberale, seppur molto raramente.

Si tratta quasi sempre di patologie benigne che richiedono solo un attento monitoraggio clinico o ecografico. Rarissima è la possibilità che compaiano affezioni neoplastiche maligne primitive. Altrettanto rara, ma possibile a questa età, è la comparsa di masse tumorali a carico delle ghiandole mammarie secondarie ad altre patologie neoplastiche (linfomi, leucemie, raioblastomi, neuroblastomi) (3,4).

3. La necessità di eseguire l'esame citologico ecoguidato va attentamente valutata al fine di evitare inutili sollecitazioni iatrogene su una ghiandola in accrescimento (2). Il prelievo citologico, in casi accuratamente selezionati, ha lo scopo di accertare la natura della tumefazione e l'eventuale necessità di intervento chirurgico.

4. Se si ipotizza la natura fibroadenomatosa della massa, non esiste alcuna indagine strumentale, istologica ed ematochimica che consenta una diagnosi differenziale certa tra fibroadenoma gigante e cisto-sarcoma filloide benigno o maligno (5,6).

In questi rari casi solo l'intervento chirurgico di asportazione della massa e la successiva analisi anatomo-patologica del pezzo operatorio danno garanzie di certezza diagnostica (3,6). ◆

Bibliografia

- (1) De Felice C, Barchiesi S, Nusiner MP, Tassi P, Morello P, Figliolini N, Figliolini M. La patologia mammaria nell'adolescenza. *Minerva Ginecol* 1994; Vol. 46, N. 5:243-8
- (2) West KW, Rescorla FJ, Scherer III LR, Grosfeld JL. Diagnosis and treatment of symptomatic breast masses in the pediatric population. *J Pediatr Surg* 1995; Vol. 30, N. 2:182-7
- (3) Ciftci AO, et al. Female breast masses during childhood: a 25-year review. *Eur J Pediatr Surg* 1998;8:67-70
- (4) Boothroyd, Carty H. Breast masses in childhood and adolescence. A presentation of 17 cases and a review of the literature. *Pediatr Radiol* 1994;24:81-4
- (5) Lo Martire N, Nibid A, Farello G, Gabriele A, Giuliani M. Fibroadenoma gigante in adolescente: contributo clinico. *Ann Ital Chir* 2002;LXXIII, 6:631-4
- (6) Magnoni P, Nardi F. Fibroadenoma gigante della mammella. Inquadramento clinico e diagnosi differenziale. Descrizione di un caso. *Minerva Chir* 1996;51:71-5

Centro per la Salute del Bambino ONLUS

"ALLATTAMENTO AL SENO: CORSO PRATICO DI COUNSELLING FORMAZIONE DI FORMATORI"

Trieste, 13 -17 dicembre 2004

Lunedì 13 dicembre

09.00-11.00 Presentazione, introduzione, materiali e metodi del corso. Perché l'allattamento al seno è importante

11.30-13.30 Lo stato dell'allattamento al seno nel tuo territorio. Fisiologia dell'allattamento al seno

14.30-16.30 Valutazione di una poppata. Osservazione di una poppata

16.45-18.00 Valutazione della giornata; assegnazione dei compiti; preparazione per il giorno seguente.

Video: *Helping mothers to breastfeed*

Martedì 14 dicembre

09.00-11.00 Ascoltare e comprendere. Esercizi di ascolto e comprensione

11.30-13.30 Posizioni dell'allattamento. Abitudini e routine delle strutture sanitarie.

14.30-16.30 Pratica clinica 1: ascolto ed apprendimento, valutazione di una poppata

16.45-18.00

Video: *Feeding low birthweight infants*

Valutazione della giornata

Mercoledì 15 dicembre

09.00-11.00 Infondere fiducia e dare sostegno. Esercizi su come infondere fiducia

11.30-13.30 Condizioni del seno. Esercizi su condizioni del seno. Rifiuto del seno

14.30-16.30 Pratica clinica 2: infondere fiducia e dare sostegno, posizioni per l'allattamento

16.45-18.00 Esame del seno

Valutazione della giornata

Giovedì 16 dicembre

09.00-11.00 Come raccogliere una storia di allattamento al seno. Esercizi su come raccogliere una storia

11.30-13.30 Latte insufficiente. Quando il bambino piange. Esercizi su latte insufficiente e Quando il bambino piange

14.30-16.30 Pratica clinica 3: raccogliere una storia di allattamento al seno

16.45-18.00 Come spremere il latte

Valutazione della giornata

Venerdì 17 dicembre

09.00-11.00 Aumentare la produzione di latte e ri-allattamento. Esercizio sulle tecniche per consigliare

11.30-13.30 Sostegno all'allattamento materno. Promozione commerciale dei sostituti del latte materno

14.30-16.30 Pratica clinica 4: consigliare le madri in diverse situazioni

16.45-18.00 Pianificazione del corso ed assegnazione dei compiti

Docenti:

ROSA BERNAL

Psicologa ed esperta in comunicazione (Ruda - UD)

SOFIA QUINTERNO ROMERO

Master in Salute Pubblica (TS)

Segreteria organizzativa:

Mariarosa Milinco

tel. 040 300551 / fax 040 3224842

E-mail: mariarosa.milico@csbonlus.org

Centro per la Salute del Bambino

via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste.

www.csbonlus.org e-mail: info@csbonlus.org

Se nasce un bambino o una bambina disabile

Andrea Canevaro

Ordinario di Pedagogia, Università di Bologna

Abstract

The birth of a child with disability

How should a family be informed about their child's chronic illness? The Author faces the problem regarding the paediatrician's communication of a disability and the way to assist the family and the child. A long process of support is needed considering the cognitive and emotional problems emerging following the first communication of the disease. During this process the paediatrician needs the support of other professionals like teachers and educators; all should take care in giving parents the following message: "We are giving you the information coming from our work, but we are also offering you the tools necessary for you to go beyond our knowledge, in order to become an interlocutor with your own needs and considerations".

Quaderni acp 2004; 11(5): 229-232 and 234

Key words *Chronic disease at birth. Paediatrician communication. Congenital disability*

Come si comunica la diagnosi di malattia cronica e come si accompagnano bambino e famiglia nel loro percorso? L'Autore affronta il problema della comunicazione di disabilità da parte del pediatra alla famiglia e come accompagnare bambino e famiglia nel percorso assistenziale. Sottolinea le difficoltà cognitive ed emotive successive alla prima comunicazione e che vanno elaborate attraverso un lungo processo di accompagnamento fra pediatra e famiglia. In questo processo il pediatra si deve avvalere della rete degli altri professionisti dell'infanzia che interagiscono con il bambino come insegnanti ed educatori. Il professionista, nel dare le informazioni, deve curarsi di fornire questo messaggio: "Ti diamo certamente le informazioni che la professione fornisce, ma ti offriamo anche gli strumenti per andare oltre le nostre conoscenze e per diventare interlocutore con le tue riflessioni e richieste".

Parole chiave *Malattia cronica. Comunicazione. Disabilità*

1. La lacerazione delle previsioni

"Le persone si sono sempre sforzate di controllare gli eventi che condizionano la loro vita. Esercitando la propria influenza su ciò che possono controllare, sono maggiormente in grado di realizzare gli scenari futuri desiderati e di prevenire l'avverarsi di quelli indesiderati" (1).

Queste parole ci dicono qualcosa che possiamo collegare alla nascita di un bambino o di una bambina disabili. In qualsiasi momento venga avvertita la possibilità o la certezza che il figlio o la figlia che si attende abbia una disabilità, vi è una sorta di lacerazione della previsione, ed è quindi la perdita di una capacità di controllare gli eventi che ci stanno attorno. Questa è una situazione che può provocare profondi disorientamenti e rendere delle persone solitamente tranquille improvvisamente incapaci di prendere in mano la propria situazione. E

quindi ci si sente improvvisamente con un vuoto di informazione: sembra l'inizio di una condizione in cui gli aiuti che abitualmente ciascun individuo riceve non sono più sufficienti e sono necessari aiuti speciali. La prima informazione è dunque di grande importanza.

Nel 1980 Piero Bertolini dirigeva una collana di piccoli libri che aveva come titolo "Il mestiere del genitore" e mi aveva affidato la realizzazione di un libro che prese come titolo *Bambini handicappati* e come sottotitolo *Crescere insieme* (2). Il primo capitolo dopo l'introduzione riguardava il tema che veniva così intitolato: *Quando nasce un bambino handicappato*. Le parole di presentazione della collana sono ancora interessanti. Questo **mestiere** del genitore, mestiere atipico, che qualcuno interpreta più come una missione, qualcun altro come un compito importante e altri come una operazio-

ne dovuta, che si deve fare. E poi quel **crescere insieme**, che si può collegare al fatto che la presenza di un bambino o di una bambina handicappata rende molto più difficile quel mestiere, che sembra impossibile interpretare così come lo si pensava, e quindi sembra esigere una operazione che forse è presente in tutte le educazioni infantili: crescere insieme al figlio o alla figlia che cresce.

Il capitolo dedicato alla nascita di un bambino, o bambina, handicappato si presentava con alcune citazioni di frasi di madri che raccontavano quale era stato *l'impatto della prima notizia* nella loro mente. L'informazione arrivava da una figura medica e quasi sempre era nel contesto ospedaliero, dopo il parto, in condizioni non ottimali per ricevere la notizia. La stessa disparità della situazione prosemica era ricordata come motivo di disagio: chi fornisce la notizia può anche accelerare il passo e dimostrare nei movimenti che non può fermarsi più di tanto a commentare e ad accogliere le reazioni, perché deve fare dell'altro. Ma in queste testimonianze c'erano anche delle espressioni che si capivano essere state legate a momenti di simpatia per chi aveva sì fornito una notizia, che non cambiava di molto, ma accompagnata da qualche gesto, da qualche atteggiamento, che voleva far capire di non essere solo l'annunciatore ma anche un aiuto: iniziava una relazione di aiuto.

Crediamo che molte di quelle condizioni, a distanza di più di vent'anni, siano rimaste le stesse nelle loro componenti minime, ma siano cambiati alcuni elementi di contesto. Si potrebbe dire: chi si occupa di nascite non cambia la sostanza di cui si occupa, ma gli elementi della nascita si inquadrano in una situazione che ha qualche cosa di nuovo.

Evidenziamo subito alcuni di tali elementi. Oggi più di ieri vi sono *altre fonti di informazioni*. Vi è la possibilità che, una volta avuto l'annuncio, i familiari

Per corrispondenza:
Andrea Canevaro
e-mail: canevaro@scform.unibo.it

saper fare

dedichino qualche tempo alla ricerca di altre informazioni non dalla fonte che ha fornito il primo annuncio ma, per esempio, da internet. L'annuncio riguarda una certa disabilità che può essere anche stata spiegata da chi ha fornito l'annuncio, ma ulteriori informazioni vengono cercate esplorando e navigando in internet; e nasce allora anche il problema di possibili dissonanze: quelle informazioni hanno forse una sostanza congruente ma l'espressione, l'immagine, la costruzione scenica potrebbero essere tali da non renderle del tutto sintoniche con la prima informazione.

Inoltre, chi riceve la prima informazione cerca subito di collegarla a qualcosa che indichi quali strade praticare per affrontare i problemi che l'annuncio pone, per superare il disorientamento e la mancanza di controllo del contesto. Come assumere nuovamente il controllo del contesto se non con continue immissioni nella propria testa, nella propria vita, di nuove informazioni che supportino, sorreggano l'annuncio che è stato dato? E qui nascono possibili percorsi non del tutto integrabili gli uni con gli altri, con la possibilità quindi che vi siano delle situazioni ulteriormente gravate dalla tensione esistente tra una fonte di informazione e l'altra, riguardo al modo di crescere un bambino, una bambina, quindi al modo di rispondere alla necessità sostanziale di essere genitori.

Vi è un ulteriore elemento che rende mutato lo scenario. È la più forte presenza di *famiglie isolate* rispetto ai loro congiunti, ai rispettivi familiari. Il lavoro, l'immigrazione, rendono più difficile una costante presenza prossimale, accanto al nascituro, alla nascita, della famiglia allargata. Cominciano ad esservi situazioni di immigrazione che presentano apprendimenti linguistici buoni, ma circoscritti al vocabolario nato attorno alle occupazioni lavorative; improvvisamente, un soggetto, madre e/o padre, si trova con una difficoltà linguistica grave che rende difficile il dialogo con la fonte di informazione, con i medici, col personale ospedaliero e in seguito con il percorso degli operatori socio-sanitari. Ci sarebbe bisogno di un mediatore linguistico che non è sempre facile trovare, né introdurre in termini tali da non azzerare quella competenza linguistica già realizzata attorno alle mansioni lavorative.

Sono problemi che potrebbero essere visti come esterni alla funzione pediatrica, perché potrebbe sembrare che altri debbano occuparsi di questi aspetti. Ma noi sappiamo che gli elementi devono integrarsi gli uni con gli altri: uno deve annunciare l'altro, e che un buon percorso è tale se non vi sono rotture marcate da dover impegnare il soggetto recettore a un intenso lavoro di connessione. Abbiamo bisogno di capire un processo complesso, senza pretendere che vi siano delle strade tutte rettilinee e totalmentelisce. Abbiamo bisogno però che vi siano dei raccordi percorribili e non dei salti bruschi e delle interruzioni. Per questo la prima notizia deve contenere qualcosa che permetta di assumerne altre, riportandole a un contesto dialogico; nello stesso tempo deve permettere la costruzione di competenze senza azzerare quelle già avute. Questo è un compito interessante e importante; nasce un bambino o una bambina disabili e vi è la necessità di ragionare perché la prima notizia apra un percorso.

2. Non una informazione ma un percorso di accompagnamento

Partiamo da un assunto banale: l'annuncio, la prima informazione vanno dati con tutta l'attenzione possibile. Esprimersi in termini frettolosi è sbagliato, considerare che l'altra o l'altro siano già preparati in qualche modo può essere un errore, usare un linguaggio molto tecnico senza spiegazioni può essere non farsi capire, banalizzare troppo può creare delle ansie anche maggiori, fornire prescrizioni o previsioni assolute può essere un errore. Bisogna avere il massimo dell'impegno nel fornire le prime informazioni col massimo dell'attenzione, e questo comporta cercare di sapere qualche cosa della persona o delle persone con cui si ha una relazione, da dove vengono, che ruolo hanno nella società, come possono essere poi aiutati nel loro impegno, da chi... ed è già qualcosa che va oltre la prima informazione. E infatti nel nostro assunto è implicito che, per quanta cura possiamo mettere nel dare la prima informazione, questo non mai è sufficiente, può creare sempre un disorientamento. Anche la prima informazione fornita con il massimo della cura e accolta nel momento in cui la si fornisce con una

certa serenità può essere poi la fonte di disorientamento. Bisogna sostituire al termine 'informazione' e 'momento dell'informazione' un'altra dimensione che è il *percorso*. *L'informazione deve essere un processo*; così come per qualsiasi apprendimento non c'è una improvvisa aggiunta di informazione a un quadro; vi sono tutti i presupposti perché anche questa informazione - e qualcuno potrebbe dire giustamente: soprattutto "questa" informazione - ha bisogno di una dimensione di processo, deve entrare in un contesto culturale, mentale, personale, e deve per questo non essere unicamente assunta così come arriva ma riformulata, riorganizzata, completata; deve dar luogo a interrogativi, dubbi, riorganizzazioni. È un processo di cui vogliamo evidenziare alcuni aspetti.

Il processo permette di dare maggiore spazio e forse le giuste dimensioni non solo alle parole che vengono utilizzate per la prima informazione, per il dialogo e le occasioni di incontro che seguiranno, ma anche alle dimensioni di comunicazione non verbale: le dimensioni prossemiche, ovvero gli spazi, le distanze, la possibilità o meno di uscita o di fuga, secondo un certo gergo, l'individuazione di oggetti mediatori, che possono assumere una grande importanza - una tazza di caffè può rivelarsi utile a far dialogare con le parole, che pure sarebbero le stesse anche senza tazza di caffè -. È la possibilità che sia messa in atto una organizzazione più complessa e significativa per entrambe le parti. Noi abbiamo criticato, come era forse giusto criticare, una certa seduzione che può nascere da proposte rieducative o educative, riabilitative o abilitative, che si servono molto della ritualità, della programmazione, del progetto, e consegnano al ruolo genitoriale delle vere e proprie prescrizioni di comportamenti. Le abbiamo criticate e credo che debbano essere criticate perché hanno forti limiti, compromettono a volte la possibilità di reale crescita per fornire dei simulacri di crescita. Ma questo è fuori tema; quello che ci serve riflettere e riprendere è che la loro efficacia nel sostenere la rielaborazione cognitiva del nucleo genitoriale è legata a *mediatori efficaci*, cioè oggetti, programmi, progetti che permettono di costruire un rapporto organizzato attorno a qualcosa.

In anni passati ho assistito in Nord America alla nascita del *Portage*, pronunciato diversamente e legittimamente tanto in francese che in inglese. L'esigenza era quella derivata dalle grandi distanze, dalla possibilità che fosse consegnata alla famiglia una lista molto dettagliata di comportamenti della prima e della seconda infanzia, con la possibilità che fossero codificati comportamenti che quel bambino o quella bambina eseguiva, e ne derivasse, con un'organizzazione informatizzata, un programma; quindi veniva caricata l'esperienza nella memoria virtuale del computer perché elaborasse i dati in entrata e ne facesse scaturire un programma educativo.

Era la speranza ingenua di risolvere il problema delle grandi distanze e aveva però come effetto quello di mettere in mano a un nucleo familiare uno strumento-guida mediatore nel rapporto con i tecnici: i pediatri, gli educatori. E, in quanto mediatore, funzionava. Non funzionava per quello che era stato l'obiettivo del progetto, ma permetteva di avere un oggetto mediatore. Inoltre - va detto - consentiva di evitare uno sguardo banalizzante. Funzionava come lista di possibili comportamenti a cui fare attenzione, e quindi come possibilità di non vedere solo ciò che si è abituati a vedere o solo ciò che massimamente attira l'attenzione, come possono essere i comportamenti insufficienti. Le insufficienze di un bambino, di una bambina, sono più notate e notevoli dei comportamenti competenti, e quindi l'osservazione rischiava - senza un mediatore efficace - di arenarsi da una parte su richieste troppo ampie e dall'altra su abitudini ad osservare, disorientate, peraltro, perché ritenute già in partenza di scarsa capacità in rapporto all'eccezionalità di un figlio o figlia handicappato/a.

I mediatori sono importanti, e sono importanti nei percorsi anche di spazi in cui gli incontri e i dialoghi avvengono. Se è un percorso, tutto questo è evidente che entra nel processo; meno evidente è la cura che se ne ha, perché se viene privilegiata sempre la parola, senza badare molto al contesto in cui questa parola viene pronunciata, viene ascoltata, viene ricambiata, il contesto stesso potrebbe annullare tutti gli elementi positivi che sono contenuti nella parola. Se il mediatore è solo il dialogo verbale, che pure è

fondamentale, i rischi di equivoci possono essere innumerevoli. Se invece, oltre a questo, vi sono gesti, momenti in cui si può esaminare una serie di fotografie, ad esempio, per capire meglio se ci intendiamo, se diamo alle parole lo stesso significato, si può fare qualcosa insieme, secondo un modo di operare che vuol dire: "inizio io, poi andiamo avanti insieme, e in seguito vai avanti tu". Chi è considerato l'esperto avvia una trasmissione di competenze che non sarà la fotocopia della sua competenza, ma saranno l'assunzione e l'intreccio delle competenze dell'altro e propria.

È il percorso. Chi ha compiti di prima informazione, di percorso nella e dalla prima informazione, deve aggiungere un altro elemento importante: essere disposto a lavorare con altri e raggiungere, quindi, una possibilità di *interlocuzione con altre figure professionali*. In particolare ritengo di dovere chiedere un'attenzione perché entri in questa dimensione di percorso la figura dell'educatore o dell'educatrice professionale, perché ritengo - e ho qualche elemento di sostegno in alcuni studiosi (3) - che l'educatore professionale sia quella professione il cui intervento di aiuto non è effettuato in un periodo di tempo determinato e in un luogo preciso, ma si permette di accompagnare l'altro nel luogo in cui è, e nel tempo, necessario. Questa è una condizione che non è permessa a chi lavora in un centro sanitario, a chi è in qualche modo legato a una condizione strutturata e chi ha delle necessità di organizzare un tempo standardizzato. È già più vicino all'antica figura del medico di famiglia, perché si reca nel luogo e organizza il suo tempo a seconda delle necessità dei suoi pazienti, impegnando gli altri ad avere una certa dipendenza dalle sue possibilità, come è giusto che sia. L'educatore professionale ha una dimensione un po' diversa perché dovrebbe avere una maggiore flessibilità. Il problema è quello che si può immaginare: non è una figura conosciuta, e nel mondo della pediatria si affaccia per la prima volta. I primi tirocini degli educatori in formazione, svolti con i pediatri nei reparti di pediatria, sono di questi anni. È solo da poco che in alcune situazioni sono entrate delle figure di educatori professionali. È un mio dovere - per convinzione provata ed essendo impe-

gnato nella formazione di queste figure professionali - richiamare questa figura in una riflessione che non si limita a questo incontro tra diversi aspetti delle relazioni di aiuto perché esige un'apertura ad altre figure capaci di permettere l'accompagnamento. C'è proprio bisogno di fare questo percorso di elaborazione della notizia per cercare efficacia e positività. La difficoltà che si può incontrare è la complessità delle figure e quindi nel tempo necessario a ragguagliare ciascuno perché sia in grado di proseguire il lavoro iniziato da altri.

In questo caso però l'esigenza forte che altri Paesi hanno già indicato come esperienza possibile è quella di fare diventare *gli stessi familiari il fulcro dell'operazione*. Anziché metterli nella condizione di essere fruitori passivi, possono e forse devono diventare - in una dinamica progressiva, non certo investendoli di responsabilità da un giorno all'altro - coloro che tengono i rapporti, in una funzione che non è rivendicativa di servizi ma come organizzatori del loro servizio, nell'esercizio della capacità di essere dialogici con tutti. Questo è il punto fondamentale di un percorso di crescita: la possibilità che il soggetto, che è in qualche modo bisognoso di aiuto, diventi a sua volta capace di aiutare. E chi? Aiutare proprio coloro che lo aiutano. Ed è in questo interscambio che si realizza un processo, un percorso di liberazione, si potrebbe dire; è un'espressione che può essere letta come troppo enfatica ma è certamente la liberazione da un'idea di avere una vita totalmente ripiegata su se stessa. I famigliari riprendono in mano la vita, uscendo da una situazione che sembra dover essere fatta tutta di rinunce. Tante volte abbiamo potuto incontrare famigliari che avevano dovuto rinunciare ad amicizie, svaghi, passatempi, hobbies culturalmente anche di alto livello perché dovevano ripiegarsi sulla propria creatura. Non è questa la forma da incoraggiare. Bisogna ricreare delle possibilità di crescita anche culturale: può essere il momento in cui le persone riacquisiscono una fiducia nei propri mezzi. Una letteratura di stampo molto pragmatico, tipicamente statunitense, ha come interlocutori destinatari i famigliari e, dal mio

continua a pag. 234

**Finalmente il libro che i genitori possono
“leggere” ai bambini fin da piccolissimi
Si intitola “Guarda che faccia”**



**È un libro di visi di bambini in varie espressioni
È stampato in italiano e in altre lingue**

**Per la sua semplicità lo si può
offrire ai bambini fino dal 7° 8° mese di vita**

**È un cartonato di piccole dimensioni
che sta bene nelle mani di un bambino**

**È in libreria da luglio 2004 a Euro 5,90
Edito da Giunti Kids**

**È anche presso il Centro per la Salute del Bambino a prezzo
ridotto per le iniziative di Nati per Leggere.**

Centro per la Salute del Bambino

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel. 040 3220447 / 040 300551 - Fax 040 3224842

info@csbonlus.org

La vaccinazione contro l'influenza

Luisella Grandori
Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori

Cos'è l'influenza

L'influenza è una malattia tipicamente stagionale che si presenta in inverno. È un'infezione molto contagiosa ed è causata da due virus diversi (tipo A e B) che ogni anno si possono modificare in modo più o meno importante. Le difese prodotte contro i virus dell'anno precedente diventano quindi poco efficaci a difenderci dalla nuova infezione. Per questo, contrariamente a quanto accade per altre malattie infettive, come morbillo o varicella, di influenza è possibile ammalarsi ogni anno. Solo eccezionalmente i virus influenzali cambiano in modo tale da diventare irricognoscibili; in questo caso si verificano epidemie gravi che coinvolgono tutto il mondo (pandemie).

Come ci si infetta

L'influenza si trasmette da persona a persona soprattutto attraverso le minuscole goccioline emesse durante la respirazione oppure attraverso oggetti da poco contaminati con secrezioni del naso o della gola e, specialmente nei bambini, attraverso le mani sporche.

Gli ambienti chiusi, sovraffollati e con uno scarso ricambio d'aria, come le aule scolastiche, gli autobus, i negozi, il cinema, sono quelli in cui più facilmente si diffonde la malattia per una maggior facilità ad entrare in contatto con i virus eliminati da chi ne è portatore.

I sintomi

L'influenza ha di solito un inizio brusco con febbre e brividi di freddo, mal di testa, dolori muscolari diffusi, forte spossatezza, mal di gola, raffreddore e tosse. A volte compaiono vomito e diarrea. La febbre dura in genere 2 o 3 giorni ma può protrarsi più a lungo. Di solito i sintomi respiratori (come raffreddore, mal di gola e tosse) diventano più evidenti nei giorni immediatamente successivi e la tosse può durare anche 2 settimane. Talvolta invece si manifesta con febbre e

pochi sintomi respiratori. Ad essa segue spesso una marcata sensazione di stanchezza o malessere anche per parecchi giorni. L'influenza dura in media una settimana e di regola guarisce completamente nei bambini sani. La gravità della malattia può dipendere dal tipo di virus in circolazione e dalla sua diversità, più o meno marcata, rispetto a quelli circolati negli anni precedenti. I bambini, per la loro giovane età, hanno per forza incontrato pochi tipi di virus influenzali, perciò sono meno capaci di difendersi e si ammalano più spesso degli adulti.

La malattia può essere più pericolosa se colpisce bambini che hanno condizioni di salute che li rendono più soggetti a complicazioni oppure a un aggravamento della loro malattia di base. Questo è il caso di malattie respiratorie croniche, malattie dei reni, problemi cardiaci, diabete, sistema immunitario indebolito.

Il vaccino

Per preparare il vaccino, i virus dell'influenza vengono prima coltivati in uova di pollo, poi uccisi. Nei vaccini destinati all'infanzia i virus vengono spezzettati in piccole parti (vaccini split) o trattati in modo da isolare solo microscopiche particelle del virus (vaccini a "sub-unità"). Poiché, come si è già detto, i virus dell'influenza tendono a modificarsi di anno in anno

- ▶ Ogni anno il vaccino viene sostituito con uno "aggiornato"
- ▶ Ogni inverno è necessario rivaccinarsi con il nuovo vaccino ritenuto più efficace contro i virus della stagione in corso.

Il vaccino viene somministrato con un'iniezione. La protezione inizia circa 15 giorni dopo il completamento della vaccinazione. Il numero di dosi è variabile a seconda di alcune condizioni del bambino da vaccinare.

- ▶ Una sola dose è sufficiente se il bambino ha più di 12 anni oppure è più

piccolo ma è già stato vaccinato l'anno precedente.

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

L'efficacia della vaccinazione nell'impedire la malattia non si conosce con precisione. Nei bambini la protezione migliora con l'aumentare dell'età. Da alcuni studi sulle persone sane risulta che sono protetti circa il 50% dei bambini sotto i 5 anni di età e circa il 70-80% degli adolescenti e degli adulti vaccinati.

Gli effetti collaterali del vaccino

Il vaccino è generalmente ben tollerato e, specialmente nei bambini, non causa disturbi; raramente possono verificarsi effetti collaterali di lieve entità.

- ▶ Nella sede d'iniezione possono comparire rossore, gonfiore e dolore nelle 48 ore successive.
- ▶ Più rara è la comparsa di febbre, malessere generale, dolori muscolari, articolari, e mal di testa a distanza di 6 - 12 ore dalla iniezione; questi sintomi si osservano più spesso in chi si vaccina per la prima volta e non durano più di uno o due giorni.
- ▶ Le reazioni allergiche a componenti del vaccino sono eccezionali come per tutti i vaccini.

Chi vaccinare?

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

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

informazioni per genitori

Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?

segue da pag. 199

sempre più chiamati a "educare" alla sicurezza stradale.

Essi avvertono che è proprio sul terreno della comunicazione (3,4) che si gioca la partita dell'efficacia del messaggio su atteggiamenti e comportamenti responsabili. In sintesi, questa esperienza può costituire un primo contatto importante con il mondo delle autoscuole e aprire la possibilità di realizzare iniziative volte alla riduzione degli incidenti stradali, valorizzando le risorse umane e finanziarie disponibili nel settore pubblico e privato.

Nell'ambito delle iniziative di riduzione dei comportamenti a rischio tra i giovani, questa esperienza conferma l'importanza di individuare nuovi soggetti e canali che permettano di raggiungere anche quelle persone uscite precocemente dal circuito scolastico e di sperimentare nuove modalità di comunicazione efficaci rispetto ai canali tradizionalmente utilizzati. La formazione di insegnanti e istruttori di autoscuola potrebbe anche affrontare alcune peculiarità legate a due tipologie di clientela dell'autoscuola, altrimenti difficilmente raggiungibili: gli stranieri e gli allievi per il conseguimento delle patenti superiori (mezzi pesanti e autobus). Altre tematiche quali elementi di primo soccorso e prevenzione dei traumi cranici meriterebbero maggior spazio in aula e momenti formativi dedicati a insegnanti e istruttori (5,6). ♦

Bibliografia

- (1) Putignano C, Nusca F. I neopatentati: legislazione ed evidenza statistica. *Rivista Giuridica della Circolazione e dei Trasporti*. Roma: ed. LEA, 1995
- (2) Putignano C. I giovani e gli incidenti stradali, Convegno Epidemiologia e Strategia di Intervento per la Sicurezza Viaria. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 1997a; Putignano C. Gli incidenti stradali negli anni '90. Roma: ISTAT, 1997b
- (3) Amici S, Beccaria F. Comunicazione e prevenzione: linee guida per messaggi di promozione della salute rivolti all'universo giovanile. *Dal Fare al Dire* 2003;3
- (4) Beccaria F, et al. Alcol, droghe e guida. Riflessioni in corso. ASL I Torino e ASL Città di Milano, 1999
- (5) Commissione Europea. Libro bianco: La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte. Bruxelles, 2001
- (6) ISTAT. Statistica degli incidenti stradali. Anno 2000, *Informazioni*, 38, 2001.

L'emicrania di Valentina

segue da pag. 225

a continuare...?), prima di aggiungere le sue spiegazioni e senza insistere sulle motivazioni per proseguire la terapia.

A questo punto tutto il successivo intervento informativo può partire da quanto detto dai genitori, evidenziando e trattando con loro a uno a uno i diversi aspetti (la paura degli effetti collaterali, la durata della terapia, il ruolo della neurologa, le alternative possibili), che diventano così più comprensibili e utilizzabili per facilitare l'obiettivo di cura. La pediatra mette infine in risalto l'accordo e la collaborazione con la specialista rispetto alla scelta terapeutica attuata, sottolineandone la competenza e collocandola in tal modo all'interno della relazione come figura significativa e alleata.

La buona comunicazione

La pediatra:

- ha un obiettivo: **completare le informazioni e aiutare i genitori a integrarle nel processo decisionale**
- ridefinisce la situazione di difficoltà
- non dà indicazioni generiche o teoriche
- dà informazioni agganciate a ciò che i genitori raccontano (quindi più efficaci e produttive)
- valorizza ruolo e collaborazione della specialista
- guida i genitori a prendere in considerazione la proposta terapeutica come soluzione migliore in quel momento per la bambina

"Evidenza" e "narrazione": la sintesi

Nella storia dell'emicrania di Valentina a un certo punto si verifica un imprevisto: i genitori vogliono interrompere il trattamento farmacologico preventivo, nonostante i benefici osservati. La pediatra è però convinta dell'utilità di una profilassi che, pur priva di evidenze conclusive in letteratura, è comunque riconducibile a un'ampia casistica clinica analizzata negli anni dallo specialista. Con un ascolto reale, empatico, non prevenuto né svalutante, dei dubbi dei genitori e una restituzione attenta e misurata delle informazioni a loro necessarie, riesce a porre le basi di collaborazione indispensabili per proseguire una terapia che deve durare nel tempo e che va nella direzione di un maggiore benessere della ragazzina. ♦

Se nasce un bambino o una bambina disabile

segue da pag. 231

punto di vista, ha il grande limite di essere una semplificazione continua, con il rischio di essere una falsificazione, in buona fede, perché consegna ai familiari una storia e una competenza finte, deprivate di tutti i percorsi conflittuali. E quindi nascendo, ad esempio, un bambino con lesione cerebrale, viene indicato "il" percorso e non la storia difficile dei percorsi tentati e realizzati - e che a volte non vanno d'accordo tra loro - per indicare quale è la pista giusta per educare un bambino, una bambina, con una lesione cerebrale; semplificazione che non è il modo adeguato per far crescere una consapevolezza e un'autostima.

La possibilità di fornire letture, da parte dei tecnici che danno le informazioni, può contenere il seguente messaggio implicito: "ti do certamente le informazioni che la mia professione mi fornisce, ma ti offro anche degli strumenti per andare oltre le mie conoscenze e per diventare mio interlocutore con tue riflessioni e richieste".

È lo stesso atteggiamento che sembra utile per quanto riguarda le informazioni reperibili su internet. I genitori possono avere questo tipo di informazioni da parte di un sistema non interattivo come può essere un sito internet. Hanno bisogno dell'intermediario umano che può essere proprio il pediatra, se non considera quelle informazioni come antagoniste alla sua competenza, ma come elementi che il genitore - che si organizza con un maggior tempo da dedicare a queste attenzioni, riempiendo un vuoto scarsamente sopportabile - può fornirgli; la sua interpretazione, la sua cultura e la sua esperienza permettono una complementarietà utile perché un genitore senta di avere il meglio senza essere dominato. Vediamo in questo un intreccio di percorso e non un flash, un'informazione che arriva e scompare e di cui non resta né traccia né memoria. ♦

Indicazioni bibliografiche

- (1) Bandura A. Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Gardolo di Trento: Erickson, 2000; Ediz. originale 1997
- (2) Canevaro A. Bambini handicappati. Crescere insieme. Bologna: Cappelli, 1980
- (3) Trambly L. La relation d'aide. Lyon: Chronique social, 2001