

Madonna e Bambino con il libro



235 Editoriale: 2005 Auguri a tutti i bambini del mondo **236** ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività **242** La gravidanza patologica in Italia **245** Film: Le chiavi di casa **248** Coinvolgere i genitori nel Progetto "Nati per Leggere" **250** Libri **252** Info **254** La ricerca in ACP: stato dell'arte **255** Lettere **258** La teoria del QT prolungato nella genesi della SIDS. Prospettive di ricerca e difficoltà applicative **262** La profilassi delle infezioni da VRS con Palivizumab: le evidenze **267** In piscina coprire le verruche? **268** Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio? **270** Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea **272** La comunicazione di una malattia cronica del neonato **275** I prick test **278** Vacciniamo contro la varicella?

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

novembre-dicembre 2004 vol 11 n° 6

Editoriale

- 235 2005: Auguri a tutti i bambini del mondo
Giancarlo Biasini

Saggi

- 236 ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti
William B. Carey

Statistiche correnti

- 242 La gravidanza patologica in Italia
Paolo Siani

Vaccinacipi

- 244 Politiche vaccinali: valutazioni di efficacia
Luisella Grandori

Film

- 245 *Le chiavi di casa* di Gianni Amelio e quelle di Marziyeh Mashkini
Italo Spada

Nati per leggere

- 248 "Nutrire la mente per nutrire il corpo" Coinvolgere i genitori nel Progetto NPL
Ugo Salvarani, Aldo Ravaglia

Libri

- 250 Aspromonte. I parchi naturali nello sviluppo locale *Tonino Perna*
250 L'ombra del vento *Carlos Ruiz Zafón*
251 Liberiamo i bambini *Roberto Volpi*
251 Vergogna *J. M. Coetzee*

Info

- 252 UE e farmaci per i bambini
252 Regali all'industria del farmaco
252 Via il Vioox
252 E Sirchia non lo sa
252 Regole lombarde e industrie del latte
252 In Belgio per operarsi
252 The soft science of medicine
253 Ridurre i cesarei?
253 Art-Science Bar
253 Il libro delle risposte sull'allattamento
253 Schwarzenegger e le cellule embrionali

- 253 Clonazione in USA da oociti residui
253 Linee telefoniche dedicate

ACP News

- 254 La ricerca in ACP: stato dell'arte
Giacomo Toffol

Lettere

- 255 Ma chi detta le regole? *Costantino Panza*
255 Ancora sul Governo clinico *Efrem Marri*
256 Malastampa *Andrea Guala*

257 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 258 La teoria del QT prolungato e la SIDS: prospettive di ricerca e difficoltà applicative
Alberto Dolora et al

Leggere e fare

- 262 La profilassi delle infezioni da VRS con Palivizumab: le evidenze
Carlo Corchia
267 In piscina coprire le verruche?
Redazionale

Narrative Medicine

- 268 Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?
Laura Dell'Edera et al.

Il caso che insegna

- 270 Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea
Fortunato Pannuti, Luciano de Seta

Saper fare

- 272 La comunicazione di una malattia cronica del neonato
Paola Dalla casa
275 I prick test ovvero le "prove allergiche"
Massimo Aschettino et al

Informazioni per genitori

- 278 Vacciniamo contro la varicella?
Luisella Grandori

280 Indice delle rubriche

282 Indice analitico

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
novembre-dicembre 2004; 11(6)

235 Editorial

2005: Greetings for all the children in the world
Giancarlo Biasini

236 Essays

ADHD: Attention Deficit Disorder with
Hyperactivity: The unresolved questions.
William B. Carey

242 Current statistics

Pathological pregnancy in Italy
Paolo Siani

244 Vaccinacipi

Vaccinations policy: evaluation of effectiveness
Luisella Grandori

245 Movies

248 Born to read

Nourish the mind to nourish the body
Ugo Salvarani, Aldo Ravaglia

250 Books

252 Info

254 ACP news

Research in ACP: the state of the art
Giacomo Toffol

255 Letters

257 Didactic support

258 A close-up on progress

The prolonged QT theory in the genesis
of SIDS. Research outlook and problems
in application
Alberto Dolara, Franca Rusconi, Eva Buiatti

262 From literature to practice

262 Prophylaxis of Respiratory syncytial
virus infections (VRS) with Palivizumab
Carlo Corchia

267 Should Verrucas be covered
while swimming? *Editorial staff*

268 Narrative Medicine

Congenital obstruction of nasolacrimal duct:
what is the right time for probing?
*Laura Dell'Edera, Federica Zanetto,
Michele Gangemi*

270 Learning from a case

A child with cough, dysphagia and sialorrhea
Fortunato Pannuti, Luciano de Seta

272 Update to practice

273 Communicating chronic disease in the newborn
Paola Dellacasa

275 Skin tests or allergy tests
Massimo Aschettino et al

278 Informing parents

Should we vaccinate for Varicella?
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 diffu-
sione 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**

Il disegno di pag. 273 è tratto da Janus,
11/2003.

LA COPERTINA. L'immagine riproduce uno
"Studio per una Madonna col Bambino",
Raffaello Sanzio 1483-1520. Paris, Musée
du Louvre.

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.*

2005: Auguri a tutti i bambini del mondo

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Disuguaglianze. Guerra. Mortalità. Salute dei bambini

Le tre linee principali del congresso dell'ACP di Pescara sono state le disuguaglianze nella salute nel mondo ed in Italia, la possibilità di applicare al quotidiano la pratica della Medicina basata sulle prove e le *humanities*: i libri, il cinema nel senso delle immagini in movimento e quindi anche la televisione e, in un progetto in corso, anche la musica. Si tratta di alcuni elementi possibili di crescita nella formazione del pediatra del futuro che si ripercuoteranno, a breve o a lungo termine, sulla salute dell'infanzia. Su questi temi occorrerebbe iniziare un dialogo molto fitto con tutti coloro che si occupano di salute dei bambini. Potrebbe/dovrebbe essere il filo conduttore anche dei prossimi incontri dell'Associazione entro se stessa e con le altre figure professionali che si occupano dei bambini.

Il congresso ha dedicato un silenzioso minuto di raccoglimento ai bambini di Beslan e di "tutte le Beslan del mondo". Perché c'è una Beslan ogni giorno, anche se non lo sappiamo perché ci segnalano solo le morti quando raggiungono dimensioni eccessive per essere dimenticate in un giorno. Si è detto alla conferenza parlamentare dell'infanzia di Roma che ogni giorno muoiono 547 bambini "per colpa di guerre e di attacchi terroristici". Siamo stupiti dalla parola "colpa" usata in questo contesto. Le guerre sono guerre e fanno il loro mestiere che è quello di uccidere. Non hanno colpe. Le "colpe" sono di chi le fa. I morti in guerra non sono un incidente come quelli delle strade o sul lavoro. Quelli sono la mortalità evitabile. Quelli delle guerre sono morti inevitabili, volute, cercate da chi la guerra la fa. Chi la fa sa perfettamente che il 90% delle vittime di conflitti che si perpetuano sono civili. Sa perfettamente che ogni 3 morti una è quella di un bambino.

Sono 200.000 i bambini che ogni anno muoiono in mezzo alle guerre. A pagina 243 parliamo di quelli dell'Iraq. Almeno 10.000 (ma forse sono molti di più; chi tiene il conto? Il 41% dei bambini non viene registrato alla nascita) bambini muoiono saltando sulle mine; ogni 20 minuti ne esplose una. Ricordiamoci ogni volta che suona il contaminuti per un risotto scoppia una mina. E una mina costa meno di un risotto. Appena 3 dollari; molti di questi dollari sono entrati, negli

anni scorsi, nelle contabilità di industrie italiane e le hanno arricchite. Quelle industrie non pagano il conto per toglierle: dovrebbero sborsare fra i 300 ed i 1000 dollari per ogni 3 dollari intascati. Senza contare che chi le toglie rischia la sua vita che vale molto di più dei 300 e dei 1000 dollari.

Negli ultimi 10 anni sono morti in guerra due milioni di bambini: è come se si fosse cancellata tutta la popolazione emiliano-romagnola fra Bologna ed i confini con la Lombardia.

Un milione di bambini è rimasto orfano e solo. È come se Milano città fosse fatta di soli bambini senza alcun adulto. 5 milioni di bambini hanno subito mutilazioni permanenti e noi ci commoviamo e facciamo raccolte per il piccolo irakeno (uno!) giunto in Italia per rifarsi le gambe. 20 milioni di bambini sono stati costretti ad abbandonare case e paesi; sono profughi. E c'è una guerra che è proprio una guerra di bambini: sono 300.000 i bambini soldato che hanno meno di 15 anni. E a volte, una volta su tre, sono soldati-bambine.

C'è anche una guerra senza guerra: un bambino su dodici non raggiunge i 5 anni di età. Vi sono le malattie, la fame, la povertà, la mancanza di iniziative educative, la mancanza di ricerche perché non utilizzabili economicamente per la salute di quel mondo. Solo il 10% dei fondi della ricerca mondiale è rivolto ad affrontare il carico di problemi che interessano il 90% della popolazione mondiale specialmente dei paesi poveri: è il cosiddetto gap 10:90.

Ogni anno muoiono dieci milioni di bambini e il 95% di queste morti avvengono nei 42 paesi del mondo con meno sviluppo. Due milioni e mezzo di bambini sono morti nel 2000 di infezioni respiratorie, un milione e mezzo di diarrea, un milione di malaria, mezzo milione di AIDS, centomila di tubercolosi. Sono malattie che da noi non mietono vittime da decenni e di fronte a queste tragedie la situazione dei bambini italiani è straordinariamente migliore.

Ma sofferenze non mancano neppure da noi, anzi tendono ad aggravarsi per quanto riguarda la situazione economica delle famiglie. Che rappresenta oggi un problema non piccolo.

La nostra spesa sociale a favore di famiglie e bambini sul totale della spesa sociale è la più bassa d'Europa: 3.6% contro l'8.3% della UE, contro il 13% della Danimarca e il 14% del

Lussemburgo. Lo sbilanciamento verso le spese sociali per gli anziani è evidente. Spesso il tentativo di riequilibrarlo viene indicato come *neo-con* o addirittura reazionario.

Il reddito familiare cala vertiginosamente se ci sono bambini: fino del 40% nelle famiglie quando queste hanno 3 bambini. La spesa per farmaci sostenuta dalla famiglia aumenta del 30% quando in famiglia arriva un bambino. Il rischio di povertà raddoppia o triplica se ci sono 2 o 3 bambini, mentre nei paesi della UE il rischio aumenta, e non nella misura che registriamo in Italia, solo con il 3° figlio e nei paesi scandinavi neppure con questo. Non sarà anche per questo che abbiamo il primato del più basso numero di figli per donna con le conseguenze che sono sotto gli occhi di tutti?

E quale importanza ha, sempre sul basso numero di bambini, la carenza di posti in asili nido che in Italia, fra pubblico e privato, è di 7.4 ogni 100 bambini di età 0-2 anni con punte particolarmente basse nelle regioni del meridionali che sono al di sotto del 3/100? E quali possibilità ci sono di raggiungere la soglia UE del 24/100?

Intanto il paese soffre perché ci sono molti stranieri e molti minori stranieri, anche se i nostri dati sono di 2.8 minori stranieri ogni 100 minori residenti contro il 10.5 di Germania ed Austria. E ci accapigliamo per l'antinfluenzale nei bambini sani.

Siamo alla fine di un anno e stiamo per entrare in uno nuovo. Forse bisogna tenere presente la risposta di Arturo Alberti, che certo ha una visione di ciò che accade nel mondo più vasta della nostra, ad una lettera che pubblicheremo sul prossimo numero: non fermarsi ai sentimenti ma promuovere iniziative, azioni concrete perché le cose cambino anche lentamente, ma cambino. Come?

L'Associazione in cui siamo è anche qui per questo. Per cercare, insieme, il "come". Per ragionamenti e per tentativi.

Che promuovere iniziative, azioni concrete perché le cose cambino sia il nostro augurio per il 2005 a noi e a tutti i bambini d'Italia e del mondo. ♦

I dati esposti derivano dalla *Prima conferenza mondiale dell'infanzia*, (Roma 17 ottobre 2004), da *Questioni e documenti* 33/2004 e da *Lancet* 2004;364:1563.

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

editoriale

ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti

William B. Carey
Clinical Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania

Abstract

ADHD: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: the unresolved questions

There is considerable uncertainty about the diagnostic terminology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The abnormal ADHD behaviors of activity (hyperactivity), inattentiveness and impulsiveness are not clearly distinguishable from normal temperament variations. The assumption that the ADHD symptoms arise from cerebral malfunction has not been supported even after extensive investigations. The current diagnostic system ignores the probable contributory role of the environment; the problem is supposedly all in the child. The questionnaires most commonly used to diagnose ADHD are highly subjective and impressionistic. The current view of ADHD fails to achieve the evolutionary perspective that the behaviors regarded as troublesome in the modern classroom may have survival value in primitive times. The ADHD label, which is widely thought of as being beneficial, has little practical specificity and may become harmful. In addition to problems with the diagnosis itself, there are concerns about the loose way it is being applied and the widespread misinformation about the specificity of the effects of methylphenidate.

Quaderni acp 2004; 11(6): 236-241

Key words ADHD. Hyperactivity. Inattentiveness and Impulsiveness. Methylphenidate

Rilevante è a tuttoggi l'incertezza riguardo alla terminologia diagnostica di disturbo dell'attenzione con iperattività (ADHD). I comportamenti anormali ADHD per iperattività, inattenzione, impulsività non sono chiaramente distinguibili dalle normali variazioni del temperamento. L'assunto che i sintomi dell'ADHD provengono da una disfunzione cerebrale non sono dimostrati sufficientemente nonostante estese indagini. Il corrente sistema diagnostico ignora il probabile ruolo dell'ambiente e il problema viene attribuito per intero alle caratteristiche intrinseche del bambino. I questionari comunemente usati per diagnosticare l'ADHD sono altamente soggettivi e impressionistici. La visione corrente dell'ADHD manca della prospettiva evolutiva che i comportamenti attualmente definiti come disturbanti in classe possono avere avuto un valore per la sopravvivenza nei tempi antichi. L'etichetta diagnostica di ADHD, anziché di beneficio, può essere dannosa al bambino e mancare di specificità. Al problema della diagnosi in sé si aggiunge quello della sua cattiva applicazione e della grande disinformazione a riguardo della non specificità degli effetti del metilfenidato.

Parole chiave ADHD. Iperattività. Inattenzione. Impulsività. Metilfenidato

Comportamenti ADHD o normali variazioni del temperamento?

I criteri DSM-IV per l'ADHD e la letteratura relativa definiscono i comportamenti di inattenzione e iperattività come anormali e differenti dalla norma, usando come elemento chiave il numero dei sintomi. Se il bambino manifesta sei dei nove sintomi di inattenzione o sei dei nove di iperattività/impulsività, al bambino si attribuisce la diagnosi di ADHD. In entrambe le categorie di sintomi, que-

sti sono etichettati con item del tipo "è spesso distratto nelle attività quotidiane", "spesso parla eccessivamente". Nessuno ci dice che cosa si intenda per "spesso" o "eccessivamente". Se i sintomi sono cinque, la diagnosi non si pone; se sono sei, il bimbo ha la diagnosi. Quindi quello che rende questi comportamenti un disturbo non è tanto la caratteristica intrinseca del sintomo, o la qualità della interazione con gli adulti, quanto piuttosto la loro numerosità fino al

livello di sei. Si tratta di una decisione del comitato di esperti DSM, che fissa arbitrariamente i livelli sopra i quali inattenzione, iperattività e impulsività diventano patologia. Molti osservatori hanno messo in dubbio la solidità di questo approccio del tutto soggettivo (1,2). Il principale problema nasce dal fatto che questi comportamenti derivano probabilmente da varie fonti, e in particolare possono essere normali variazioni del temperamento. Ciò che li fa clinicamente rilevanti non è quindi necessariamente il loro numero, ma piuttosto una interazione negativa di uno qualsiasi di questi con le aspettative e le risposte dell'ambiente di vita. Sono la cattiva interazione e il cattivo adattamento tra questi due elementi che amplificano il problema comportamentale e lo rendono disfunzionale. Il grande corpo di ricerca che riguarda il temperamento infantile e il suo significato clinico hanno una grandissima mole di implicazioni che non sono state prese in nessuna considerazione dal sistema diagnostico del DSM. I lavori di Chess e Thomas (3) e di molti altri Autori tra cui Carey e Mc Devitt (4) hanno dimostrato che, benché la patologia dell'ambiente, del bambino o di entrambi, possa essere responsabile del malfunzionamento del bambino, ci sono per contro molti casi in cui la radice patogena è piuttosto in una interazione disadattata tra un bambino normale e un ambiente normale ma incompatibile con quel bambino.

Ogni essere umano ha dei tratti temperamentali geneticamente predefiniti, che sono stati descritti come attività, regolarità dei ritmi biologici, evitamento ad avvicinamento a situazioni di novità, adattabilità, intensità delle reazioni emotive, umore prevalente, tempo di attenzione, distraibilità, soglia di attenzione sensoriale. Nella popolazione generale questi nove tratti variano dal basso all'alto: da alta a bassa attività, da alta a bassa adattabilità, e così via. Queste variazioni

Per corrispondenza:
William B. Carey
e-mail: wbcarey@worldnet.att.net

di per sé sono normali. Perciò una metà della popolazione è più attiva dell'altra, una metà è meno attenta dell'altra, senza che questo implichi una anormalità (5). Tuttavia alcuni tratti temperamentali possono comportare un cattivo adattamento e una cattiva interazione con i valori e le aspettative degli adulti. Il temperamento "difficile", definito da bassa adattabilità, umore negativo, alta intensità emotiva, può portare il bambino a sviluppare problemi comportamentali sociali, come dimostrato da Thomas, Chess e Birch già nel 1968 (6) e poi da molti altri. Il temperamento con "basso orientamento al compito" definito da alta attività, bassa attenzione, alta distraibilità, può invece portare il bambino a uno scarso rendimento scolastico, come dimostrato da Keogh e Martin (7,8). Inoltre ogni tratto temperamentale può essere un potenziale fattore di rischio in un ambiente con questo dissonante, ad esempio un bambino poco attivo in una famiglia di atleti e di sportivi che si aspetta un figlio attivo. Questi tratti temperamentali, anche se estremi, che espongono al rischio di disfunzioni sociali o scolastiche, non necessariamente tuttavia si traducono in problemi di salute. Bambini "difficili" possono essere comportamentalmente adeguati se la famiglia e l'ambiente sono sufficientemente capaci di accettarli e supportarli (9). I bambini con "basso orientamento al compito" possono avere risultati scolastici soddisfacenti se la famiglia è supportiva e se hanno una buona capacità intellettiva (10). Uno studio longitudinale ha dimostrato che solo la metà di quelli con valori estremi di iperattività, inattenzione e alta distraibilità hanno problemi scolastici; l'altra metà ha un rendimento scolastico sufficiente o buono (4). Ciò che sembra significativo per provocare la disfunzione del bambino non è tanto il numero dei tratti temperamentali lontani dalla media quanto piuttosto se c'è o meno una buona o cattiva adattabilità ("fit"), buona o cattiva interazione, tra questi tratti e le richieste di quel particolare ambiente di vita.

Un altro problema che contribuisce alla insufficiente chiarezza dei criteri diagnostici del DSM è indubbiamente lo studio

dei metodi usati. L'indagine diagnostica infatti è basata su campioni *clinici* di popolazione autoselezionati. Se uno esamina l'alta attività e la bassa attenzione solo in campioni clinici, non può valutare la frequenza con cui questi *tratti* compaiono anche in bambini normali. Un confronto tra 40 bambini inviati allo specialista per comportamenti fortemente iperattivi e 30 bambini di controllo parimenti iperattivi ma non inviati ha mostrato che "il miglior predittore dell'invio clinico erano la inabilità dei genitori a fronteggiare il comportamento del bambino, i disturbi emozionali del bambino, i problemi scolastici, lo stile educativo genitoriale permissivo" (11). Studi longitudinali hanno mostrato che questi bambini normalmente funzionanti con iperattività e inattenzione non sono ADHD non diagnosticati ma sono bambini sostanzialmente normali (12).

In sintesi la formulazione diagnostica corrente di ADHD, che subordina la diagnosi a un certo numero di espressioni comportamentali, ignora il fatto che questi comportamenti sono tratti temperamentali fondamentalmente normali che possono comportare un disadattamento non tanto per il loro numero ma per il fatto che ognuno di questi può provocare una interazione disfunzionale tra il bambino e un ambiente con lui incompatibile.

Sintomi ADHD: disfunzione cerebrale?

Il DSM-IV non lo dice, ma tutti i testi e gli articoli in materia danno per provato che i comportamenti di iperattività e inattenzione siano in gran parte dovuti a una disfunzione cerebrale. Così si dice che la "ADHD è attualmente riconosciuta come un comune disturbo neurocomportamentale del bambino" (13). La spiegazione più plausibile di questo assunto può risalire alle origini antiche del concetto di ADHD legate ai termini oggi desueti di "danno cerebrale minimo" e "disfunzione cerebrale minima". Questi termini furono abbandonati per il termine ADHD per non avere più alcun riferimento esplicito a un danno o a una disfunzione cerebrale, eppure l'assunzione implicita del danno resta nella mente di chi usa il nuovo termine. Quali dati sostengono

questa presunzione implicita? Alcuni studi preliminari di neuroimmagine non hanno mostrato differenze significative tra bambini con ADHD e gli altri. Gli studi più recenti concludono che "le reti fronto-striate possono essere coinvolte nell'ADHD" (14).

Diverse sono invece le evidenze che contrastano la supposta base neurologica dell'ADHD.

1. Oggi sappiamo che diversi fattori nocivi per il cervello, come l'intossicazione da piombo, la sindrome fetto-alcolica, il basso peso neonatale, il trauma cerebrale, possono portare a iperattività e inattenzione (15). È altrettanto dimostrato che danni cerebrali certi non necessariamente comportano iperattività e inattenzione (16,17).
2. Nei bambini con ADHD non sono stati riscontrati indicatori neurologici particolari né strutturali né funzionali né chimici (18,19). Le osservazioni, quando riportate a questo proposito, sono sempre alquanto oscure: non riferiscono a quali aspetti della sindrome sarebbero correlate; non precisano i rapporti di causa-effetto o di semplice associazione; non chiariscono se si riferiscono ad aspetti congeniti o acquisiti dopo la nascita.
3. D'altra parte è dimostrato che bambini sani con variazioni normali del temperamento registrano differenti funzioni cerebrali. In un campione di 48 bambini di 4 anni studiati con EEGgrafia, quelli che mostrano maggiori competenze sociali esibiscono una maggiore attivazione frontale sinistra, mentre i bambini ad alto evitamento sociale una maggiore attivazione frontale destra (20). Qualora studi dimostrino differenze neurologiche in bambini con ADHD, questi dovrebbero anche dimostrare che i reperti sono legati all'ADHD e non ad altri fattori come le incompetenze sociali, scolastiche, le differenze temperamentali ecc. Popolazione campione e popolazione controllo richiederebbero una selezione più accurata di quella proposta da varie ricerche.
4. Le evidenze di una base genetica alla sindrome ADHD (21) non depongono

di per sé per una anomalia cerebrale. I dati suggeriscono che i comportamenti ADHD variano geneticamente secondo un continuum nella popolazione generale piuttosto che come un disturbo con variazioni discontinue (2). D'altra parte forti sono anche le evidenze sul forte contributo genetico alle variazioni temperamentali (22), e alle strategie di soluzione dei problemi (23), che ci siano o no difficoltà sociali e scolastiche.

È sorprendente vedere come il pregiudizio di una base neurologica all'ADHD sia così forte e persistente seppure in assenza di evidenze. È invece evidente che in USA esistono potenti ragioni sociali per cui genitori ed educatori hanno bisogno di pensare che i sintomi ADHD vadano attribuiti a un sistema nervoso deficitario: per i genitori i sensi di colpa e l'evitamento delle responsabilità educative; per la scuola la difficoltà di attuare un sistema flessibile e adattivo; per la medicina il bisogno di difendere il proprio ruolo. Questi fattori sono ben descritti nel dettaglio da Diller e Reid (24,25).

In sintesi, nonostante gli accurati sforzi di talentuosi ricercatori, manca per l'ADHD ogni evidenza di alterazioni patologiche cerebrali. Se questi comportamenti sono semplici variazioni del comportamento normale, resterà difficile che questa patologia cerebrale venga provata in futuro.

I fattori ambientali e interattivi sono ignorati?

Dopo che la teoria psicologica ambientalista (tutto e sempre colpa della mamma) è, dagli anni '50 in poi, progressivamente tramontata, oggi la maggior parte degli studiosi propende verso la teoria interazionista in cui non c'è predominio della natura o della cultura, ma queste sono strettamente interconnesse dal concepimento alla fine della vita. Ciononostante i criteri DSM-IV dell'ADHD descrivono comportamenti intrinseci al bambino e difficoltà familiari o scolastiche proprie del bambino. Qualità dell'ambiente e interazioni tra questo e il bambino non vengono prese in considerazione. Il pregiudizio che il problema viene intera-

mente dal cervello difettoso del bambino ha scotomizzato la valutazione delle cure educative ricevute dal bambino. Questo pregiudizio ha impedito ogni progresso nella comprensione dei significati del comportamento del bambino e nella identificazione di vie alternative per aiutare quel bambino in quel particolare contesto.

Ora il corpo di ricerca sul temperamento degli ultimi trent'anni dimostra che l'evoluzione clinica è condizionata non solo dalle predisposizioni temperamentali innate del bambino, ma anche da come queste interagiscono col contesto di vita. L'evoluzione dei bambini con temperamento "difficile" dipende da come i genitori e gli altri adulti significativi per il bambino forniscono risposte contenitive o conflittuali e avversative al bambino (26,27). Un gruppo di bambini portoricani di New York erano considerati normali e adeguati dai loro genitori fino a quando non entravano nel sistema scolastico pubblico.

Levine (28) trova che il rendimento scolastico dei bambini con basso orientamento al compito è determinato soprattutto dalle qualità educative di genitori e insegnanti. Purtroppo solo pochi ricercatori hanno studiato gli effetti dell'ambiente sull'ADHD. Alcuni hanno cercato di capire come le difficoltà sociali di una istituzionalizzazione precoce si associano a comportamento inattento e impulsivo (29).

Taylor (30) dimostra che relazioni affettive primarie negative sono fortemente associate con un comportamento iperattivo; Biederman e coll. (31) che conflitti cronici, coesione familiare ridotta, psicopatologia familiare, psicopatologia materna, sono più frequenti nelle famiglie con ADHD che nelle famiglie controllo; Scahill e coll. (32) correlano stress psicosociali a forme severe di ADHD. E in ogni caso la tipologia di ambiente educativo determina fortemente il ricorso all'intervento terapeutico o meno in caso di diagnosi di ADHD.

In sintesi anche nella sindrome ADHD, come nelle altre forme di disadattamento emotivo e comportamentale, ci sono forti evidenze della grande influenza ambientale sull'evoluzione a distanza del destino dei bambini.

I questionari diagnostici sono validi?

Non è facile presentare una rassegna esauriente dei vari modi in cui oggi medici, psicologi e insegnanti giungono alla diagnosi di ADHD. Il DSM-IV si limita a descrivere i criteri diagnostici, riferisce che al momento non ci sono test diagnostici fisici o di laboratorio affidabili, e lascia al professionista la discrezionalità degli strumenti da usare. Vista la premessa, è naturale che la maggior parte degli operatori scelga i metodi più semplici e disponibili. Di solito la maggior parte dei pediatri o dei medici di famiglia si basa o su una intervista informale ispirata ai criteri del DSM-IV (33); oppure usa uno dei questionari designati allo scopo. I più noti sono i questionari di Conners: *Parent Rating Scale-Revised* per i genitori e *Teacher Rating Scale-Revised* per gli insegnanti, di cui esiste anche una forma abbreviata, e che possono essere compilati in pochi minuti. Questa è la modalità più frequentemente impiegata secondo vari Autori (34,35). Nonostante la loro grande diffusione, queste scale e la loro standardizzazione su varie popolazioni sollevano diversi e importanti problemi metodologici. Non soddisfano completamente i criteri psicometrici di base. Gli item che definiscono una condizione sono pochi di numero. Ciascun item è definito, lo si è già detto, in termini non operazionali e altamente soggettivi ("*parla eccessivamente*", "*si agita*" ecc.). Il compilatore non ha criteri per capire che cosa significa "*troppo*", "*spesso*" ecc. La risposta, che deve scegliere sulla frequenza del comportamento tra *talvolta* e *spesso*, non reca indicatori di riferimento. Il questionario perciò attribuisce al compilatore la totale responsabilità di decidere non solo se il comportamento c'è o non c'è, ma anche, quando c'è, se esso è normale o eccessivo. Il questionario suppone che la risposta del compilatore sia oggettiva. Le differenze di esperienza, tolleranza, stato emotivo, o altre qualità del genitore o dell'insegnante non vengono tenute in alcun conto. Questi questionari possono essere più una misura del disagio del genitore o dell'insegnante piuttosto che della disabilità del bambino. E nonostante questa vaghezza, i sostenitori delle scale pretendono che queste forniscano

una accurata diagnosi di tipo sì-no della sindrome ADHD.

Ma le insufficienze psicometriche delle scale portano ad alcune spiacevoli conseguenze. La correlazione tra diversi tipi di scale usate a questo scopo è molto bassa (36), la concordanza tra adulti diversi che valutano lo stesso bambino è molto bassa, il problema della comorbilità non è valutato. Questa mancanza di precisione delle scale ha portato allo sviluppo di varie tecniche nuove e non ancora validate, come il test di performance continua con EEG (37). Reid e Maag (38) concludono che: "Dato che le scale di valutazione pretendono di essere oggettive, i professionisti possono derivare dai loro punteggi la diagnosi certa di ADHD. Ma siccome la diagnosi con una scala può essere altrettanto accurata di un lancio della moneta a testa o croce, le scale non possono in alcun modo sostituire la valutazione informata del professionista...".

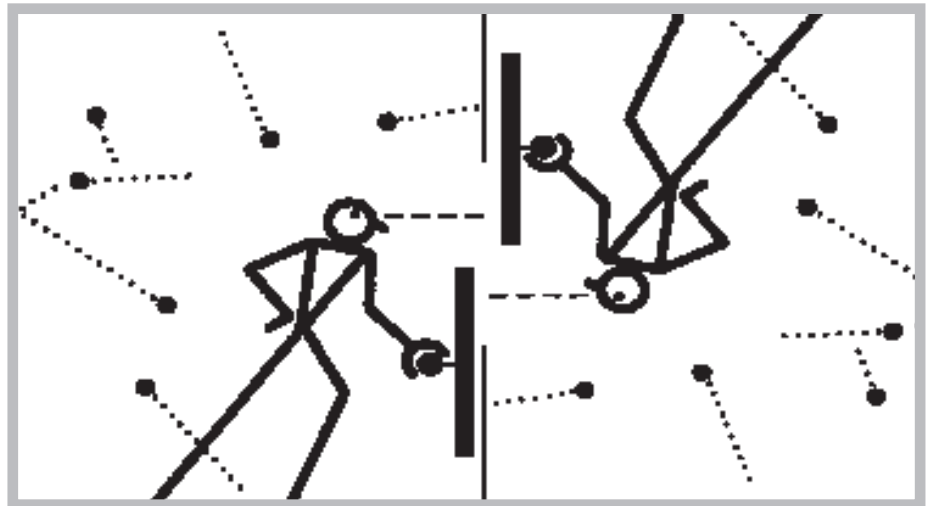
In sintesi, le scale correntemente usate per la diagnosi di ADHD sono soggettive e impressionistiche, non rappresentano altro che la percezione e il disagio di insegnanti o genitori, non possono sostituire l'intervista clinica e l'osservazione diretta né tanto meno possono deporre per una diagnosi di disfunzione cerebrale.

Qual è il peso della adattabilità e dei problemi cognitivi?

La definizione del DSM-IV stabilisce che i tratti di inattenzione e impulsività/iperattività devono comportare una disfunzione in almeno due contesti di vita (ad esempio famiglia e scuola). Il DSM-IV menziona anche una vasta gamma di possibili "disturbi e caratteristiche associati". Tra questi vi sono: una bassa tolleranza alla frustrazione, esplosioni di collera, bullismo, labilità di umore, disforia, bassa autostima, rifiuto dai pari. Nonostante la lunga lista di problemi, il DSM-IV presume che l'ADHD sia un disturbo in sé e non una predisposizione per altri problemi. Vi sono sempre più evidenze invece che i bambini con problemi scolastici e comportamentali attribuiti all'ADHD hanno fattori diversi dalla inattenzione e dalla iperattività che determinano i loro disturbi. I dati depongono nei differenti tratti

comportamentali per una presenza di tipiche disabilità cognitive. Le predisposizioni comportamentali sono state variamente descritte, ma in generale sono centrate intorno alle dimensioni di bassa adattabilità e di flessibilità. In uno studio preliminare del 1979 (39) su 61 bambini inviati dagli insegnanti al neuropsichiatra infantile per problemi di comportamento e di apprendimento, 30 ricevevano dallo specialista una diagnosi di MBD (disfunzione cerebrale minima): questi al *Behavioral Style Questionnaire* dei geni-

bilità rispetto all'adattamento sociale e scolastico. O forse la confusione è nata anche dal fatto che in genere nel *Behavioral Style Questionnaire* alta attività e bassa adattabilità sono correlate positivamente (43), come pure bassa persistenza e bassa attenzione correlano positivamente con la bassa adattabilità (44). Ciononostante la bassa adattabilità è una dimensione autonoma e più potente delle altre nel predire adattamento scolastico e sociale. Un altro fattore altamente coinvolto nei problemi scolastici e



tori erano sì più attivi e meno attenti degli altri 31, ma il tratto che più li differenziava dagli altri era la bassa adattabilità. Nello standardizzare un nuovo questionario per gli insegnanti su bambini prescolari, Billman e Mc Devitt (40) trovarono una correlazione di 0.80 tra gli item di impulsività-iperattività e quelli che definiscono la bassa adattabilità. Altri Autori sono arrivati a conclusioni sovrapponibili a proposito della centralità della bassa adattabilità, del tipo "la capacità limitata di modificare il proprio comportamento in funzione delle richieste e dei bisogni del contesto" (41), "il nodo è il modo in cui il bambino regola le proprie reazioni" (30), e "una incapacità nell'autocontrollo" (42). Come mai gli esperti del DSM hanno trascurato questa importante dimensione comportamentale? Probabilmente per la loro scarsa familiarità col patrimonio conoscitivo del temperamento infantile e in particolare del tratto temperamentale della adatta-

comportamentali non considerato nella ADHD sono le disabilità cognitive. Levine (45) ha descritto dettagliatamente "la eterogeneità delle manifestazioni e disfunzioni associate, incontrate nei bambini con difficoltà di attenzione che interferiscono con l'attenzione diretta al compito durante gli anni scolastici". Denckla (46) identifica i processi di pianificazione cognitiva e la memoria di lavoro tra questi. Se questi fattori non vengono sistematicamente indagati, la diagnosi di ADHD può essere impropria. *In questa prospettiva inattenzione e iperattività possono essere una conseguenza e non una causa rispetto a fattori di rischio più potenti come la bassa adattabilità e le disabilità cognitive.*

La diagnosi tiene conto della prospettiva evolutiva?

Come abbiamo visto, il pregiudizio del DSM-IV è che il bambino iperattivo e disattento a scuola abbia qualcosa che

non funziona nel suo cervello. E questo pregiudizio può non tenere conto di un altro aspetto, e cioè del fatto che “i nostri corpi e le nostre menti, che sono evolute attraverso millenni di caccia e raccolti nelle savane africane, possono talora non essere evoluti oltre ai bisogni dell’età della pietra per adattarsi a un ambiente altamente artificiale come la scuola moderna. In fondo brevi tempi di attenzione e iperattività potevano essere altamente adatti per i nostri antenati per favorire la loro sopravvivenza in un mondo pieno di predatori” (4).

La scuola moderna nasce appena 400 anni fa; la scuola pubblica per tutti appena 100 anni fa: “i tempi di risposta rapidi adattivi nel mondo della giungla possono essere diventati meno adattivi rispetto al comportamento utile in una società industriale e sempre più organizzata” (47). Alla luce di queste considerazioni evolutive e antropologiche, la presunzione che il cervello del soggetto iperattivo e attento per tempi brevi sia malato appare poco verosimile.

La diagnosi è utile o dannosa per il bambino?

Molti Autori sottolineano la gratitudine che la gente prova nel ricevere la diagnosi di ADHD per il proprio figlio o per se stessa. Molti pensano che questa sia una buona pratica di salute mentale perché solleva individui ed educatori dai mille sensi di colpa nell’aver prodotto i problemi dei figli. Affibbiare l’etichetta al bambino conferma l’opinione dei genitori che il bambino funziona diversamente e che i problemi di comportamento non hanno a che fare con loro. La diagnosi di ADHD permette anche alla scuola di ritenere che il bambino sia fonte dei suoi problemi e di ottenere fondi per le risorse delle classi speciali. La certificazione di una malattia medica facilita l’uso di farmaci come il metilfenidato, il cui uso sarebbe molto meno giustificabile nel caso si parlasse di un cattivo adattamento fra bambino da un lato ed educatori dall’altro.

Gli aspetti negativi dell’etichettatura diagnostica non possono comunque essere ignorati:

1. Questa diagnosi ha un valore pratico limitato per insegnanti, psicologi e

medici, in quanto non esplicita i problemi e le risorse di quel particolare bambino. Non contiene informazioni sulle abilità e sui deficit specifici cognitivi del bambino, non indica le aree di lavoro per genitori e insegnanti. Il complesso fenomeno dell’attenzione è codificato in maniera troppo semplicistica per averne un uso clinico. Motivazioni e adattamenti comportamentali non sono analizzati separatamente.

2. La gestione del problema è inficiata dal fatto che parenti e genitori sono esclusi a priori da ogni responsabilità, e tutto questo insieme alla presunzione che di fatto il farmaco è la sola forma di trattamento. Se non si considerano le influenze dell’ambiente sul comportamento del bambino, si rinuncia da subito a possibili interventi positivi sul problema. Non si considera alcuna interazione tra temperamento infantile e atteggiamenti educativi degli adulti. Reid (48) afferma che gli insegnanti, dato che sono parte dell’ambiente del bambino, sicuramente fanno parte del problema e anche della sua eventuale soluzione. D’altro canto le risorse sempre maggiori offerte ai bambini che ricevono questa diagnosi privano bambini in difficoltà educativa, e senza questa diagnosi di ogni misura di intervento, o possono spingere gli operatori ad estendere impropriamente questa diagnosi.

3. Questa diagnosi a lungo termine può rivelarsi stigmatizzante e dannosa in misura attualmente ancora non prevedibile. L’etichetta di disfunzione cerebrale apparentemente utile al bambino oggi può essergli nociva domani rispetto al lavoro, al servizio militare, al sistema assicurativo, all’acquisizione di patenti di vario tipo.

4. “La natura eterogenea dei gruppi oggi identificati con la diagnosi di ADHD di fatto impedisce ogni progresso scientifico, in quanto si oppone a indagare le diverse eziologie e i diversi meccanismi che soggiacciono a questo sintomo, a seguire longitudinalmente le diverse storie naturali, a confrontarsi tra esperti appartenenti a diversi orientamenti” (13).

Vi è malpractice nella diagnosi e nel trattamento?

Che uno sia d’accordo o non con i criteri DSM dell’ADHD, è evidente il fatto che a livello pratico questi criteri non sono applicati rigorosamente nella maggior parte dei casi. Due studi recenti, uno su più di 400 pediatri americani (35) e uno su medici di base e pediatri nel Nord Carolina (34), hanno dimostrato che i criteri diagnostici del DSM erano usati in meno della metà dei casi che ricevevano la diagnosi e il trattamento con stimolanti.

Un altro studio ha trovato un drammatico incremento nella prescrizione di questi psicofarmaci a bambini di appena due anni di età (49).

Molti operatori pubblici continuano a pensare che, se lo stimolante porta a un miglioramento del comportamento del bambino, questa è una prova indiretta della diagnosi di ADHD e una buona ragione per continuare il farmaco. Ciò che questi operatori trascurano è che tutti gli stimolanti cerebrali, compresa la caffeina, ottengono il risultato di migliorare le prestazioni specie cognitive in tutti i soggetti, compresi i bambini cosiddetti normali (50,51,52).

Pertanto la grande diffusione del *Ritalin* come prova ex juvantibus è del tutto irrazionale (Diller, 1998). Inoltre, benché certamente il metilfenidato abbia dimostrato la sua efficacia in molti casi, tuttavia i suoi effetti, se confrontati con un intervento psicologico ben condotto, sono sovrastimati (53). ♦

Bibliografia

- (1) Achenbach TM, Howell CT, McCounaghy CH, Stanger C. Six year predictors of problems in a national sample of children and youth: cross-informant syndromes. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:336-47
- (2) Levy E, Hay D, McStephen M, Wood C, Waldman. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetics analysis of a large scale twin study. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:737-44
- (3) Chess S, Thomas A. Temperament theory and practice. New York: BrunnerMazel, 1996
- (4) Carey WB, Mc Devitt S. Coping with children’s temperament. A guide for professionals. New York: Basic Books, 1995
- (5) Thomas A, Chess A. Temperament and Development. New York: Brunner-Mazel, 1977
- (6) Thomas A, Chess A, Birch H. Temperament and behaviour disorders in children. New York: University Press, 1968

- (7) Keogh BK. Applying temperament research to school. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK (eds). *Temperament in childhood*. New York: Wiley, 1989
- (8) Martin RP. Activity level, distractibility and persistence: critical characteristics in early schooling. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK (eds). *Temperament in childhood*. New York: Wiley, 1989
- (9) Maziade M. Should adverse temperament matter to the clinician? An empirically based answer. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK (eds). *Temperament in childhood*. New York: Wiley, 1989
- (10) Kanbayashi Y, Nakata Y, Fujii K, Kita MK. ADHD-related behaviour among non referred children: parents' rating of DSM-III-R symptoms. *Child Psychiatry and Human Development* 1994;25:13-29
- (11) Woodward L, Dowdney L, Taylor F. Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity: a research note. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38:479-85
- (12) Wolraich M, Hannah J, Baumgaertel A, Feuer I. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county wide sample. *J of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1998;19:162-8
- (13) Shaywitz B, Fletcher J, Shaywitz S. Defining and classifying learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder. *J of Child Neurology* 1995;10:S50-S57
- (14) Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological and genetic research. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1998;39:65-9
- (15) Max J, Arndt S, Castillo C, Bokura H, Robin D, Lindgren S, Smith W, Sato Y, Mattheis P. Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:841-7
- (16) Hetzig ME. Temperament and neurological status. In: Rutter M (ed). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford Press, 1983
- (17) Rutter M. Issues and prospects in developmental neuropsychiatry. In: Rutter M (ed). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford Press, 1983b
- (18) Peterson BS. Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:1560-76
- (19) Zametkin A, Ernst I, Silver R. Laboratory and diagnostic testing in child and adolescent psychiatry: a review of the past 10 years. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:464-72
- (20) Fox N, Rubin K, Calkins S, Marshall T, Coplan P, Porges S, Long J, Stewart S. Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age. *Child Development* 1995;66:1770-84
- (21) Sherman D, Iacono W, Mc Gue M. Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:745-53
- (22) Plomin R, Owen M, McGuffin P. The genetic basis of complex human behaviors. *Science* 1994;264:1733-9
- (23) Mellins CA, Gatz M, Baker L. Children's methods of coping with stress: a twin study of genetic and environmental influences. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:721-30
- (24) Diller LH. Running on Ritalin. A physician reflects on children, society and performance in a pill. New York: Bantam Books, 1998
- (25) Reid R, Maag J, Wasa S. Attention deficit hyperactivity disorder as a disability category: a critique. *Exceptional Children* 1993;60:198-214
- (26) Maziade M. Temperament research and practical implications for clinicians. In: Carey WB, McDevitt SC (eds). *Prevention and early intervention*. New York: Brunner-Mazel, 1994
- (27) Chess S, Thomas A. Origins and evolution of behaviour disorders from infancy to early adult life. New York: Brunner-Mazel, 1984
- (28) Levine MD. Educational care. Cambridge: Educators Publishing, 1994
- (29) Tizard B, Hodges J. The effect of early institutional rearing and development of eight year old children. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1978;19:99-118
- (30) Taylor E. Syndromes of attention deficit and overactivity. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1994
- (31) Biederman J, Milberger S, Faraone S, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon J, Warburton R, Reed E, Davis S. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:1495-503
- (32) Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas K, Leckman J, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school aged children. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38:976-84
- (33) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC, 1994
- (34) Angold A, Erkanli A, Egger HL, Costello EJ. Stimulant treatment for children: a community perspective. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39:975-84
- (35) Wasserman R, Kelleher K, Bocian A, Baker A, Childs G, Indacochea F, Stulp C, Gardner W. Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: a report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics* 1999;103:E38
- (36) Bussing R, Schuhmann E, Belin T, Wiawski M, Perwien A. Diagnostic utility of two commonly used ADHD screening measures among special education students. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:74-82
- (37) Kuperman S, Johnson B, Arndt S, Wolcaich M. Quantitative EEG differences in a non clinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:1009-17
- (38) Reid R, Maag J. How many fidgets in a pretty much: a critique of behaviour rating scales for identifying students with ADHD. *J of School Psychology* 1994;32:339-54
- (39) Carey WB, McDevitt SC, Baker D. Differentiating minimal brain dysfunction and temperament. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1979;21:765-72
- (40) Billman J, Mc Devitt S. TACTIC: a measure of temperament, attention, conduct, and emotion for 2-6 years old children in out of home settings. Paper presented at the twelfth Occasional Temperament Conference. Philadelphia, 1998
- (41) Rutter M. Behavioral studies: questions and findings on the concept of a distinctive syndrome. In: Rutter M (ed). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford Press, 1983a
- (42) Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. *Scientific American* 1998;279:66-71
- (43) Mc Devitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-7 year old children. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1978;19:245-53
- (44) Carey WB. The relationship between low adaptability and inattention. *Unpublished data*, 1998
- (45) Levine MD. Attention and dysfunctions of attention. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC (eds). *Developmental behavioral pediatrics* 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1999
- (46) Denckla MB. Biological correlates of learning and attention: what is relevant to learning disability and attention deficit hyperactivity disorder? *J of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1996;17:114-9
- (47) Jensen P, Mrazek D, Knapp P, Steinberg L, Pfeffer C, Schowalter J, Shapiro T. Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:1672-9
- (48) Reid R. Three faces of attention deficit hyperactive disorder. *J of Child and Family Studies* 1996;5:249-65
- (49) Zito J, Safer D, dosReis S, Gardner J, Boles M, Linch F. Trends in prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *J of American Medical Association* 2000;283:1025-30
- (50) Bernstein G, Carrol M, Crosby R, Perwien A, Go F, Benowitz N. Caffeine effects on learning, performance and anxiety in normal school aged children. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33:407-15
- (51) Rapoport J, Buchsbaum M, Zahn T, Weingartner H, Ludlow C, Mikkelsen E. Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects on normal prepubertal boys. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1978;190:560-3
- (52) Rapoport J, Buchsbaum M, Weingartner H, Zahn T, Ludlow C, Mikkelsen F. Dextroamphetamine: its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men. *Archives of General Psychiatry* 1980;37:933-43
- (53) Carey WB. What the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder did and did not say about the use of methylphenidate for attention deficits. *Pediatrics* 2000;105:863-4

La gravidanza patologica in Italia

Paolo Siani

UOC Pediatria, AORN "A. Cardarelli", Napoli, ACP Campania

Abstract

Pathological pregnancy in Italy

In this article some risk factors in pregnancy (cigarette smoke, weight gain, heavy or harmful works) and the main disorders (nausea, vomit, gestosis, hypertension) referred by a sample of women interviewed by Istat are considered.

In the overall the situation appears good, with little problems as always concentrated in population with high risk factors.

Among women with harmful or heavy works there are more problems as gestosis, hypertension, risk of premature labor, threatened abortion. In spite of a well known correlation between cigarette smoking and low birth weight there are still a considerable number of women smokers during pregnancy. Women with a lower educational status are the ones that often keep smoking during pregnancy.

Quaderni acp 2004; 11(6): 242-243

Key words Pregnancy. Pathological pregnancy. Weight gain. Smoke

In questo articolo vengono presi in considerazione alcuni fattori di rischio in gravidanza (fumo di sigaretta, incremento di peso, lavori pesanti o nocivi) e i principali disturbi (nausea, vomito, gestosi, ipertensione arteriosa), riferiti da un campione di donne intervistate dall'ISTAT. Ne viene fuori un quadro rassicurante della gravidanza, con pochi problemi, di poco conto, ma come al solito concentrati nelle fasce di popolazione a rischio. Un numero discreto di donne svolge attività lavorative pesanti o nocive durante la gravidanza e tra queste si verificano più spesso problemi tra cui gestosi, ipertensione, minaccia di parto prematuro, minaccia di aborto. Vi è un numero ancora alto di donne che fumano in gravidanza, nonostante sia ben documentata la correlazione tra fumo in gravidanza e basso peso alla nascita. Le donne con basso livello di istruzione sono quelle che più spesso continuano a fumare durante i 9 mesi di gestazione.

Parole chiave Gravidanza. Patologia gravidica. Aumento di peso. Fumo

La seconda parte dell'indagine ISTAT sulla gravidanza (della prima abbiamo trattato nel numero 1/2004 a pagina 10) si occupa dei fattori di rischio e dei problemi presentati dalle donne durante la gravidanza.

I dati raccolti si riferiscono all'ultimo figlio che le donne hanno avuto nei 5 anni precedenti la rilevazione e riguardano 2 milioni e 442.000 donne.

Il 62.4% delle intervistate riferisce disturbi durante la gestazione. Sono però nella grande maggioranza dei casi disturbi minori quali nausea e vomito (51%), patologie a carico delle vene (22%).

Minacce di aborto e di parto prematuro si sono verificate rispettivamente nel 16% e nel 13% dei casi. Solo una piccola percentuale infine ha sofferto di disturbi più

gravi: ipertensione (4.3%), gestosi (3.3%) e diabete (1.9%) (*vedi tabella*).

Nausea o vomito	51%
Minacce di aborto	16%
Minacce di parto prematuro	13%
Ipertensione	4,3%
Gestosi	3,3%
Diabete	1,9%

La percentuale di gravidanze problematiche è tutto sommato molto bassa e la maggior parte dei disturbi riferiti ha carattere lieve e transitorio. Questo è confermato dal fatto che soltanto l'11%

delle donne intervistate sono state a letto nel corso dei nove mesi per più di 7 giorni e solo il 3% sono state ricoverate in ospedale per più di 15 giorni. Sono le donne con più di 40 anni quelle che sono costrette a letto per lungo tempo (13%) e che vengono più spesso ricoverate per lunghi periodi, oltre 7 giorni (8.6%).

L'aumento di peso

L'aumento di peso è un altro dei parametri che può dare luogo a problemi durante la gravidanza, che è stato preso in considerazione dai ricercatori dell'ISTAT.

Il 53% delle donne ha fatto registrare un normale aumento di peso, cioè tra i 10 e i 15 kg, e il 28% un incremento inferiore ai 10 kg. Solo nel 14% si è registrato un incremento notevole, tra i 16 e i 20 kg, e nel 4% oltre i 20 kg. Sono più spesso le donne giovani (8.4%), con età inferiore a 24 anni, quelle che fanno registrare un incremento ponderale eccessivo, oltre 20 kg.

L'aumento eccessivo di peso, oltre 15 kg, è associato a gestosi e ipertensione nel 31% e nel 29% dei casi contro una media per tutte le donne del 18%.

Una delle conclusioni è quindi che è necessario fornire maggiori e più chiare informazioni soprattutto alle donne giovani sulle abitudini alimentari in gravidanza.

Questo non solo per ridurre l'eccesso ponderale ma anche per contrastare gestosi e ipertensione. Si tratta di un intervento preventivo utile, poco costoso e di grande efficacia.

Il fumo

Il fumo è un altro dei fattori di rischio presi in considerazione. Il 63% delle 610.000 donne fumatrici che hanno avuto figli negli ultimi 5 anni, e che sono state oggetto dell'indagine ISTAT, ha sospeso di fumare una volta concepito il bambino e il 29.7% ha ridotto il numero di sigarette fumate per giorno. Nel sud

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@fastwebnet.it

statistiche correnti

Italia invece solo il 58,5% delle donne fumatrici ha smesso di fumare durante la gravidanza e il 12,5% non ha modificato per nulla le proprie abitudini dopo il concepimento.

Le donne che smettono di fumare sono per il 71% diplomate o laureate. Per converso non fuma in gravidanza solo il 35% delle donne poco istruite.

Il livello di istruzione gioca quindi un ruolo determinante nell'indurre la futura madre ad assumere un atteggiamento corretto riguardo al fumo di sigaretta, durante la gravidanza.

Tra le donne che fumavano prima della gravidanza si osservano percentuali più alte di nascita di bambini con basso peso (23,7% contro 19,5% delle donne non fumatrici).

La percentuale di bambini nati con peso basso si riduce al 21,8% se le donne interrompono di fumare durante la gravidanza.

Una seconda conclusione è quindi che sul fumo andrebbero maggiormente sensibilizzate le donne, specie quelle poco istruite, con programmi ad hoc, non solo per la salute della mamma ma anche per quella del bambino. Anche l'interruzione del fumo durante la gravidanza ottiene buoni risultati.

Il lavoro

Il 56,2% delle donne oggetto della ricerca svolgeva un'attività lavorativa prima della gravidanza, e quasi la metà (46,7%) ha smesso di lavorare entro il sesto mese, il 36,9% al settimo, il 9,9% all'ottavo e il 6,5% al nono mese.

Lavoratrici in proprio (30,3%), dirigenti, imprenditrici, libere professioniste (17,5%) lavorano più spesso fino all'ultimo mese di gravidanza, mentre il 46% delle operaie interrompe il lavoro entro il quinto mese. Questo dato può essere spiegato valutando che il lavoro di un'operaia è più pesante e più gravoso rispetto a quello di dirigenti o imprenditrici, e può esporre a maggiori rischi la donna e il feto. Naturalmente anche le caratteristiche del lavoro autonomo influiscono su questo dato.

Il 25,2% delle donne intervistate, pari a 346.000 persone, svolgeva attività lavo-

ratrice pesanti o nocive prima della gravidanza, oltre la metà di queste donne non ha cambiato tipo di lavoro durante la gravidanza.

Tra le donne che lavorano si osservano prevalenze più elevate di disturbi durante la gravidanza: diabete 3,7% (media 1,9%), gestosi 6% (media 3,3%), ipertensione 6,9% (media 4,3), minaccia di parto prematuro 22,7% (media 13,7), minaccia di aborto 28,1% (media 16,6). Al sud interrompono il lavoro entro il quinto mese il 44,3% ed entro il sesto il 55,5%.

Conclusioni

Dall'indagine risulta un quadro rassicurante sulla gravidanza; pochi problemi, poco gravi.

Ma questi ultimi sono, come al solito, concentrati in alcune fasce di popolazione, quelle poco istruite e residenti al sud. Molte lavoratrici dipendenti e operaie abbandonano il lavoro prima dei termini previsti dalla legge; al contrario, lavoratrici in proprio o professioniste lavorano fino al nono mese. Ancora alta la percentuale di donne che fumano in gravidanza nonostante la correlazione ben documentata tra fumo e neonati con basso peso alla nascita. Su questo aspetto e sulle abitudini alimentari si può certamente fare di più a livello sanitario e sociale.

Questi dati, sostanzialmente rassicuranti dal punto di vista medico, rendono ancor più sconcertante l'alta percentuale di parti effettuati con taglio cesareo nel nostro Paese. In alcune zone la percentuale di parto cesareo supera il 50% ed è davvero difficile spiegare un tale tipo di procedura se si considera la bassa percentuale di gravidanze difficili a cui vanno incontro le donne italiane.

Non ci sembra superfluo ricordare, come già abbiamo fatto illustrando la prima parte di dati sulla gravidanza, che tra le donne che frequentano il corso di preparazione al parto si osserva una riduzione degli esiti negativi per la salute della mamma e del bambino. Sarebbe una pratica quindi da incrementare, specie tra le fasce di popolazione più a rischio, e meno istruite. ♦

LA MORTALITÀ IN IRAQ PRIMA E DOPO IL 2003

Il *Center for International Disaster and Refugees Studies* (Baltimora) in collaborazione con il Dipartimento di Medicina di Comunità dell'Università di Bagdad e la Scuola di Nursing della Columbia University di New York hanno condotto una *survey* per confrontare la mortalità dei civili in Iraq nel periodo di 15 mesi prima della invasione rispetto ai 18 mesi successivi. La *survey*, pubblicata su *Lancet* online del 29 ottobre 2004, si è svolta con interviste a nuclei familiari sulla composizione delle famiglie, le nascite, le morti (numero, data, causa e circostanze in caso di morte violenta) nel periodo pre e post-invasione.

Il rischio di morte è stato stimato in 2,5 volte più alto nel periodo postinvasione.

La mortalità infantile è stimata a 29/1000 nati prima e 57/1000 nati dopo l'invasione.

Due terzi delle morti violente ebbero luogo a Falluja. Se si esclude Falluja il rischio di morte è 1,5 volte rispetto al periodo preinvasione.

Gli AA hanno stimato che, sempre escludendo Falluja, ci sono state 98.000 morti in più dell'atteso dopo l'invasione. Le morti violente (prevalentemente di donne e bambini) sono da ascrivere prevalentemente (83% circa) alle forze della coalizione.

Sono chiare le possibili carenze di queste informazioni e la possibilità che il calcolo sia in difetto anche perché con ogni probabilità sono sottostimate le morti in combattimento.

La inevitabile limitazione del campione produce ampi intervalli di confidenza; ma è evidente il coraggio con il quale i ricercatori hanno condotto l'indagine in un paese come l'Iraq di oggi. Sta di fatto che la ricerca testimonia come i cosiddetti eufemistici danni collaterali si esprimano in morti e come gran parte di questi morti siano bambini.

Scrivendo *Lancet*, a commento della ricerca, che la rimozione di un crudele dittatore e il tentativo di portare la democrazia alla forza (*Democratic imperialism*) non hanno portato né pace né sicurezza, più, e non meno, morti: *the evidence that we publish today must change heads as well as pierce hearth.*

Politiche vaccinali: valutazioni di efficacia

Luisella Grandori

Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Antimeningococco. Antipneumococco. Efficacia sul campo. Politiche vaccinali in Italia

Antimeningococco C qualche anno dopo

Il Regno Unito valuta l'efficacia sul campo (*effectiveness*) del vaccino coniugato antimeningococco C, dopo 4 anni dalla sua introduzione nel 1999. I risultati della sorveglianza (1), mostrano una diversa durata della protezione a seconda dell'età di esecuzione della vaccinazione. I bambini vaccinati a 2, 3 e 4 mesi di vita (calendario di routine), rimangono ben protetti (93%) solo per un anno, mentre quelli vaccinati dai 5 mesi ai 18 anni, risultano ancora protetti dopo 4 anni con un'efficacia media del 90%. Gli AA concludono proponendo un richiamo nel 2° anno di vita per chi ha iniziato il ciclo a 2 mesi.

La Spagna (2) valuta l'impatto della vaccinazione dopo 3 anni dalla sua introduzione estesa nel 2000 (ai nuovi nati e fino ai 6 anni di età) e registra un calo dell'incidenza della malattia che passa da 6,6:100.000 a 1,0:100.000 sotto i 10 anni di età. I decessi passano da 30 a 3.

Pochi i fallimenti vaccinali, in tutto 15; 8 di questi si riscontrano in bambini vaccinati a 2, 4 e 6 mesi (calendario di routine). Il fenomeno viene correlato, anche in questo caso, con una perdita di protezione nel tempo. L'incidenza dei casi sostenuti dal gruppo B o da altri sierogruppi rimane stabile, ma viene isolato un ceppo B con forte potenziale epidemico forse derivato da una modificazione genetica di un ceppo C.

Entrambi gli studi dimostrano una buona efficacia sul campo del vaccino ma sottolineano l'importanza del monitoraggio per valutare la necessità di cambiamenti nella strategia vaccinale e per controllare la circolazione dei sierogruppi.

L'antipneumococco funziona ma ha un futuro sierotipo-indipendente.

Il monitoraggio effettuato in 8 ospedali degli USA dal 1994 al 2002 (3), evidenzia un calo complessivo delle forme invasive da *Sp* e il contemporaneo calo della penicillina resistenza dopo l'intro-

duzione estesa del vaccino. Questi risultati positivi sono però accompagnati dal graduale aumento di forme sostenute da sierotipi non contenuti nel vaccino tra i quali sembra in aumento la resistenza alla penicillina.

Bogaert et al. fanno il punto sulle strategie vaccinali contro lo pneumococco (4). Gli AA confermano l'attuale efficacia sul campo dei vaccini coniugati, approfondiscono il fenomeno in divenire del rimpiazzo dei sierotipi e descrivono la sperimentazione in corso di nuovi vaccini. Questi ultimi, auspicati da tempo dall'OMS (5), sono derivati da proteine di superficie che permetterebbero una protezione indipendente dai sierotipi e rappresentano perciò il futuro della strategia contro le infezioni invasive da *Sp*.

Il Piano Nazionale Vaccini rimane nel cassetto

Dopo le prime indiscrezioni comparse sui quotidiani nel luglio u.s. sulle indicazioni degli esperti ministeriali che lasciavano a discrezione delle singole Regioni, o addirittura del singolo pediatra, la scelta della gratuità di tutti i nuovi vaccini (6, 7), il PNV è fermo. E in attesa della valutazione della Conferenza Stato-Regioni, ciascuna Regione sta decidendo in autonomia. La Liguria offre gratuitamente a tutti i nuovi nati, l'antipneumococco dal 2003, la Toscana lo offre con un copayment, l'Emilia-Romagna e la Campania ne ampliano l'offerta gratuita ai bambini che frequentano il nido. In Puglia antipneumococco e antimeningococco vengono offerti gratuitamente su richiesta del singolo pediatra e in Sicilia, oltre alla vaccinazione universale contro la varicella (che stenta a decollare), si assiste – per gli altri vaccini – ad offerte diversificate tra singole ASL. In alcune grandi città (come Milano e Roma) compaiono centri vaccinali privati appaltati dalle ASL, che offrono di tutto... Un gran bel panorama.

Il CDC nazionale prende il via

È diventato attivo il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM). La Direzione è affidata per i primi 3 anni al Dr. Donato Greco. Il Cen-

tro si avvarrà della collaborazione delle Regioni e dei principali centri di assistenza e ricerca pubblici e privati italiani e sarà in contatto con altre realtà istituzionali europee e internazionali. Nel sito dedicato (8) sono descritti gli obiettivi e le modalità organizzative del Centro.

Alla sezione delle vaccinazioni (bambini) (9) è riportato il calendario nazionale ministeriale, ma nelle note si dice che il futuro PNV "prevede la possibilità di estendere, da parte delle regioni, l'offerta di vaccini di recente introduzione, quali l'antivaricella, l'antimeningococco C, l'antipneumococco, sulla base di valutazioni della realtà epidemiologica locale". Un'affermazione che lascia perplessi per tutto quanto detto sopra e perché la Conferenza Stato-Regioni, che ha poteri decisionali in materia per legge, non ha ancora espresso parere. ♦

Riferimenti

- (1) Trotter C. L. et al.: "Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction". *Lancet* 2004; 364: 365-367.
- (2) Cano R. et al.: "Impact of the meningococcal C conjugate vaccine in Spain: an epidemiological and microbiological decision". *Eurosurveillance monthly* 2004, Vol 9 (n.7-8): 5-6.
<http://www.eurosurveillance.org/em/v09n07/0907-223.asp>
- (3) Kaplan S.L. et al.: "Decrease of invasive pneumococcal infections in children among 8 children's hospitals in the United States after the introduction of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine". *Pediatrics* 2004; 113 (3): 443-449.
- (4) Bogaert D. et al.: "Pneumococcal vaccines: an update on current strategies". *Vaccine* 2004; 22: 2209-2220.
- (5) OMS: "Pneumococcal vaccines" *WER* 2003; 14: 110-119.
- (6) M. De Bac: "La proposta degli esperti ministeriali all'esame delle Regioni. Nuovi vaccini facoltativi, sono 12 in calendario". *Corriere della Sera*, 9 luglio 2004.
- (7) ACP: "Vaccini gratis, una scelta non concordata con le Regioni che rischia di illudere le famiglie e mette a rischio la comunità". www.acp.it sessione "documenti"
- (8) <http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp>
- (9) http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm_DettaglioAltre.jsp?id=28&label=vaccinazioni-bambini&men=vacc&lingua=italiano

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

Le chiavi di casa di Gianni Amelio e quelle di Marziyeh Mashkini

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Nel 1998, Gianni Amelio presentò alla Mostra del cinema di Venezia *“Così ridevano”*, melodramma non del tutto realistico che raccontava le alterne vicende di due fratelli siciliani emigrati nella Torino degli anni Cinquanta. Non era un film di facile lettura e, ad essere sinceri, non era nemmeno un bel film. Eppure, vinse il Leone d'oro.

A distanza di sei anni, sempre a Venezia, lo stesso regista si è ripresentato con *“Le chiavi di casa”*, accolto con un lungo applauso dal pubblico e pronosticato come candidato numero uno al massimo riconoscimento. Risultato? Nemmeno un premio di consolazione. Eppure, è un bel film. A conferma della legge della compensazione che vuole mettere dove s'è tolto e togliere dove s'è messo. Ma queste sono considerazioni di secondaria importanza. Il vero “leone”, come sappiamo, lo assegna il pubblico. Ed è il pubblico che sta assegnando il suo leone a questa storia tratta da *“Nati due volte”* di Giuseppe Pontiggia, sceneggiata, oltre che dallo stesso Amelio e da Sandro Petraglia, anche da Stefano Rulli.

Sia Pontiggia che Rulli sanno che cosa significa avere in casa un bambino portatore di handicap e avranno messo nella storia qualcosa in più degli altri, come di certo intenderanno qualcosa in più degli altri gli spettatori che leggeranno questo film come una conferma di quanto scrisse Henry David Thoreau in *Walden*: “Se un uomo non tiene il passo con i compagni, forse questo accade perché ode un diverso tamburo. Lasciatelo camminare secondo la musica che sente, quale che sia il suo ritmo o per quanto sia lontana”. È una musica tutta sua quella che sente Paolo, un ragazzo disabile di 15 anni, rifiutato dal padre subito dopo la nascita per avere causato, anche se involontariamente, la morte della giovane mamma.

Lo incontriamo per la prima volta sul treno che lo sta portando a Berlino in una clinica specializzata per la riabilitazione. Per la prima volta lo vede anche Gianni,

il padre che lo ha abbandonato e che si è rifatto una nuova famiglia. Nella clinica e nell'hotel dove i due hanno preso alloggio, Paolo ha comportamenti strani. Il suo alternare bellissimi momenti di intimità a scatti di nervosismo disorienta Gianni, consapevole di essere nella totale incapacità di comprendere e aiutare un figlio che non ha mai sentito suo.

Con il passare dei giorni, tuttavia, il rapporto tra i due si arricchisce sempre più e Gianni, aiutato anche dalla forza d'animo di una donna che da anni vive al fianco della figlia ricoverata nella stessa clinica, vede Paolo non come un handicappato, ma come un ragazzo diversamente abile e, in un momento di rabbia, lo sottrae alla ferrea disciplina dei fisioterapisti, che appare ai suoi occhi come un'inutile tortura, per un'escursione in Norvegia, a vivere un adolescenziale sogno d'affetto virtuale.

Chi ha memoria filmica, vedendo *“Le chiavi di casa”*, non può fare a meno di accostarlo a *“Il ladro di bambini”* che lo stesso Amelio realizzò nel 1992. Anche lì c'erano carezze e litigi, si viaggiava e ci si sentiva smarriti, ci si scontrava con la freddezza delle istituzioni, ci si ribellava alla condanna e all'impotenza; anche lì c'era un adulto che, a contatto con l'infanzia sconosciuta, si trasformava interiormente.

La metamorfosi del personaggio-Gianni (un intenso Kim Rossi Stuart) sposta il lato di lettura: Amelio non ci racconta la storia di un ragazzino disabile, ma quella di un adulto handicappato dentro. Alla fine, arriva la guarigione, ma non per Paolo che resterà spastico, bensì per Gianni, che da quindici anni viveva con il cuore paralizzato. Verrebbe spontaneo, a questo punto, allargare il discorso al concetto di handicap.

Anni fa, dovendo scegliere 20 film sulla diversità (1), mi sono volutamente indirizzato su strani handicap, come la vecchiaia, la genialità, le ideologie politiche, il razzismo, ecc. Ero partito dalla frase che la madre di *Forrest Gump* dice al

figlio – “è stupido solo chi si comporta da stupido” – per parafrasarla con: “è svantaggiato solo chi si comporta da svantaggiato”.

Non avevo ancora sentito la bella definizione che è stata data alle Paraolimpiadi di Atene 2004 - “diversamente abili” - che ci ricollega al “diverso tamburo” della già citata frase di Henry David Thoreau che pone l'accento più su ciò che si ha, che su ciò di cui si è privi. Paolo ha molte cose che Gianni non ha, ma non riesce a farglielo notare, perché lo vede terrorizzato di fronte alla malattia e ancora inadatto a fargli da genitore. I suoi scatti di rabbia sono l'unico modo per dire al padre e al mondo intero “non sono solo io ad avere bisogno di terapia; com'è possibile non comprendere una cosa così elementare?”.

Paolo sa che suo padre è fuggito una volta e che potrebbe fuggire ancora e allora fa di tutto per non perderlo più: non lo vuole svegliare e si alza dal letto senza fare rumore, vuole dimostrargli che anche da solo è capace ad avventurarsi nella giungla di una città, lo protegge invitandolo ad uscire dalla stanza quando gli vengono applicati elettrodi in tutto il corpo, lo fa ridere di gusto, gli dà del “matto” con sottintesa complicità quando gli vede compiere il coraggioso gesto di buttare in mare la stampella, lo accarezza e lo abbraccia in uno straziante e dolcissimo finale. Insomma: prima di chiedergli le chiavi della nuova casa dove il padre ha deciso di condurlo, Paolo vuole dare a Gianni le chiavi del suo cuore.

Una bella metafora questa delle chiavi di casa. Una metafora che starebbe bene anche per un altro film presentato a Venezia 2004 e che ha in comune con il film di Amelio un'altra particolarità: l'a-

continua a pag. 279

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

“Nutrire la mente per nutrire il corpo” Coinvolgere i genitori nel Progetto “Nati per Leggere”

Ugo Salvarani*, Aldo Ravaglia**

*Psicologo, Servizio di Psicologia ASL 7, Chivasso (Torino)

**Pediatria di famiglia, ACP Nord-Ovest, Chivasso (Torino)



Abstract

Nourish the mind to nourish the body. How to involve parents in “Nati per Leggere” programme

The Authors propose different tools and methods for paediatricians in order to motivate parents to read aloud to their children. The idea is to strike root in parent's mind that it is necessary to be nourishing parents, and therefore, in order to nourish the body, it is necessary to nourish the mind. Reading aloud by the parents inside a strong parent-child relationship is a stimulus for the child which can improve and bring to maturity his cognitive and affective abilities. Parents should be able to understand that a sense of well being takes origin from a mind's well being. Reading aloud can have a fundamental role in this and makes the child able to a better understanding of his surrounding reality.

Quaderni acp 2004; 11(6): 248-249

Key words Born to read. Mind. Body. Well being

Gli Autori propongono ai pediatri alcuni strumenti e metodi, utilizzabili con i genitori dei bambini da loro assistiti per motivarli alla lettura ad alta voce. L'idea è legare al bisogno dei genitori di essere dei genitori “nutrienti”, e validare l'assunto che, per nutrire il corpo, è necessario, nutrire la mente. La lettura ad alta voce, inserita all'interno di una forte relazione genitori-figli diventa uno stimolo per il bambino, che può maturare le sue competenze affettive e cognitive. Il genitore deve essere portato a comprendere che il benessere psico-fisico del bambino origina dal benessere della sua mente. La lettura ad alta voce ha in questo una funzione fondamentale e gli permette di conoscere la realtà che lo circonda.

Parole chiave Nati per leggere. Mente. Cuore. Benessere

Sia l'allattamento al seno che, più tardi, la lettura ad alta voce, avvicinano il bambino all'adulto, dando un significato al loro condividere uno spazio e un tempo di relazione. In entrambe le situazioni l'adulto nutre i bisogni di crescita del proprio bambino, in una cornice di intimità arricchente. Per poter aiutare i genitori a capire il valore che la lettura ad alta voce riveste nella formazione e nello sviluppo delle competenze cognitive del proprio figlio, è utile che il pediatra contribuisca a creare quelle premesse teoriche e motivazionali che, nella mente del genitore, legano l'uso della lettura alla crescita e alla maturazione delle competenze mentali del bambino stesso. Cercheremo qui di discutere come motivare i genitori, specialmente quelli che non fanno uso abituale della lettura, ad utilizzare il libro figurato, a partire dai 6-7 mesi di vita del bambino, nella relazione con il loro figlio. Va premesso che la motivazione è un processo mentale che ha bisogno di essere sollecitato e coltivato nel tempo. Gli incontri del pediatra con i genitori, soprattutto quelli per i bilanci di salute, possono diventare momenti in cui il pediatra può orientare la riflessione del genitore sul proprio operato, in funzione del benessere psico-fisico del bambino.

Il lavoro di motivazione si dimostra più efficace quando si innesta sui bisogni del genitore e si aggancia a interessi, pensieri e obiettivi già presenti nella sua mente. Questi pensie-

ri, a volte ancora grezzi o poco chiari e non finalizzati, se sono riorientati, possono essere utilizzati per dare forza a più idonee relazioni di accudimento in sintonia con i bisogni del bambino.

Nutrire: la funzione del genitore

Sappiamo quanto le madri investano nella loro competenza nutrizionale. L'allattamento al seno è il tema che occupa uno spazio mentale intenso. Su di esso, si gioca, nei primi mesi di vita del bambino, l'identità stessa del genitore. Forti sentimenti ed emozioni sono in gioco, e la capacità o meno di sentirsi genitori “nutrienti” rinforza il sentirsi dei buoni genitori. È opportuno quindi legarsi a questo bisogno del genitore, per favorire una visione immediatamente allargata ed estesa del “nutrimento” e della “alimentazione” come necessità e bisogno del corpo ma anche della mente. Compito della coppia, nella funzione genitoriale, dovrebbe essere quella di fornire tutto il necessario per l'acquisizione degli strumenti di conoscenza, per allenare le strutture pensanti perché siano capaci di pilotare la mente e garantire al bambino, diventato adolescente e poi giovane adulto, di comprendere le relazioni, governarle, negoziarne i conflitti, condividere rapporti affettivi significativi.

L'uso di metafore semplici, che abbiano le radici nell'immaginario collettivo, è un altro elemento importante da utilizzarsi nella rela-

zione di sostegno del pediatra alla genitorialità; è l'ingrediente di base di ogni processo motivazionale. La metafora, costruita su immagini evocative che colpiscono l'immaginario interno, rimane scolpita nella mente del genitore per molto tempo. Il contenuto pregnante e la capacità evocativa che l'immagine suscita permettono di orientare le scelte e il comportamento di relazione.

La dicotomia corpo-mente non aiuta a integrare, in una visione unitaria, la complessità dell'essere umano. Manca nella cultura corrente una immagine unificante che accorpi l'interconnessione esistente tra la fisicità e la psichicità dell'individuo con i correlati emozionali e i significati mentali.

Di fatto la costruzione dell'individuo nasce e si consolida dalla sintesi dei vari fattori che nella reciproca relazione contribuiscono a formare quell'individuo così affine agli altri individui ma, contemporaneamente, così diverso dal proprio simile.

Se analizziamo il termine “nutrire” e raccogliamo i suoi vari sinonimi, possiamo cogliere come in esso si integrino significati legati ai bisogni del corpo e a quelli della mente: nutrire, alimentare, sostentare, provvedere, rifornire, favorire, promuovere, accrescere, arricchire, saziare, riempire, appagare, sostenere, sorreggere, mantenere, coltivare, educare, plasmare, modellare, serbare, custodire. Ogni commento risulta superfluo di fronte alla ric-

Per corrispondenza:

Aldo Ravaglia

e-mail: alravaglia@fiscalinet.it

nati per leggere

chezza di significati che la catena dei sinonimi porta con sé, ma vale la pena sottolineare come nel concetto di nutrizione ci stia l'individuo nella sua interezza.

Mente, corpo, benessere

Il pediatra deve passare ai genitori il concetto del "nutrire la mente per nutrire il corpo" che è di fondamentale importanza per il benessere psico-fisico del proprio bambino, che non può essere assimilato a un grande stomaco che metabolizza prodotti biologici, con il solo scopo di accrescerne lo sviluppo fisico. C'è una mente che, fin dai primi giorni di vita, deve maturare e strutturarsi nelle sue varie componenti, consolidando la capacità a simbolizzare, la creatività e l'astrazione.

Con l'aiuto della "mente ausiliaria" del genitore, il bambino diventa un elaboratore di immagini, suoni, parole, idee e pensieri da immagazzinare nella propria memoria. E si chiama in causa anche il ruolo paterno, escluso dall'allattamento, ma capace di coltivare una relazione significativa con il bambino, basata sulla parola, l'esperienza sensoriale concreta, il linguaggio, il gioco, la lettura ad alta voce, la narrazione.

Il passaggio dal nutrimento fisico a quello mentale è fortemente legato alla qualità della relazione che il genitore riesce a costruire con il proprio figlio. Più la relazione è stimolante, coinvolgente, aperta, contenitiva e integrante, più il bambino può sviluppare tutte le sue funzioni, nel modo più opportuno e nel momento più appropriato alla sua crescita.

Per far meglio comprendere al genitore la necessità di nutrire la mente, può essere utile richiamare l'immagine del caos emozionale interno e del disordine mentale che il neonato vive inizialmente. Esperienza caotica derivante dal mondo esterno, che si somma con gli stimoli propriocettivi interni, che scatenano un flusso di emozioni forti che infastidiscono, spaventano, generano sofferenza. E attivano il pianto, come grido di allarme, che esprime, con modalità comunicativa forte, essenziale ed efficace, il malessere interno. Per poter uscire dal caos, il bambino ha bisogno di sedimentare, attraverso la relazione con un genitore competente, come alcune risposte siano, meglio di altre, fonte di soddisfazione e di benessere. Di fronte alla risposta al bisogno, il subbuglio emozionale cessa e la mente può sedimentare quelle azioni e quei comportamenti che lo fanno stare bene. Il mondo esterno può quindi iniziare a essere archiviato nella memoria a disposizione per paragonare, sistematizzare, ordinare le nuove esperienze. Dare significato alle proprie emozioni è il compito più complesso che il bambino ha di fronte, ma è anche il compito che meglio lo aiuta a uscire dalle nebbie primordiali.

Questo lavoro mentale si struttura a partire proprio dall'esperienza dell'allattamento. Qui conta come il genitore investe sul processo nutrizionale e come cura questo momento della relazione con il figlio.

Il momento del latte

Ben condotto, l'allattamento è l'esperienza più gratificante e più totalizzante che il bambino possa esperire. Tutti i canali percettivi possono essere attivi e connessi con l'esperienza di soddisfacimento dei suoi bisogni, e di conseguenza contribuire a fare di questa esperienza il prototipo di qualsiasi relazione di aiuto. Il bambino sperimenta non solo il fluire del latte nella sua bocca, con i suoi sapori, con i suoi contenuti alimentari che vanno ad appagare la fame, ma, accolto tra le braccia del genitore, sperimenta il piacere di essere tenuto dentro un morbido e caldo corpo materno, che lo contiene psichicamente e gli dà sicurezza e protezione. Le mani del bambino cercano di aggrapparsi, di afferrare; le labbra attaccate al seno provano il piacere della pienezza, gli occhi scrutano il viso dell'adulto e incontrano lo sguardo rassicurante del genitore, che cercano quegli elementi di costanza e di familiarità, che gli permetteranno di far permanere dentro di sé l'immagine del genitore, anche quando sarà distante.

Il bambino è avviluppato nelle parole calde e accoglienti del genitore, che accompagnano e modulano l'esperienza della suzione del bambino, in un tutto irrorato di piacere e di appagamento emozionale.

Il momento della parola

Fin dalla nascita è soprattutto la voce dell'adulto che deve richiamare l'attenzione del bambino, aiutarlo a fissare il volto dell'adulto, a ricambiare lo sguardo permettendogli di consolidare i primi approcci di comunicazione, e successivamente deve accompagnare e tradurre l'esperienza concreta di osservazione e di esplorazione del bambino. Tradurre l'agito del bambino in una narrazione che lo veda protagonista della sua storia permette al bambino di sedimentare le sue azioni, decodificate in parole, immagini e pensieri. In questo processo di reciproco coinvolgimento, assume maggior peso l'uso del libro figurato, porta aperta verso il mondo esterno, rappresentazione simbolica di un "fuori" che il bambino deve poter conoscere. La lettura ad alta voce, che il genitore potrà introdurre fin dal secondo semestre, gli permetterà di decentrarsi dal sé, per entrare nel mondo dell'altro e immedesimarsi con la storia raccontata. Se il genitore, attraverso la lettura ad alta voce, riesce a coinvolgersi e immedesimarsi in prima persona nella storia, potrà trasmettere al bambino la possibilità di entrare in un mondo fantastico

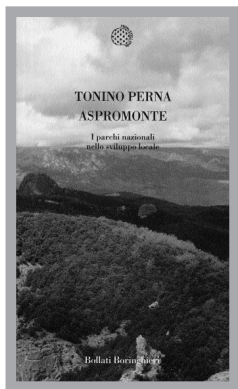
dove anche le emozioni hanno voce e trovano conforto nella relazione. "La voce che legge dà vita alla pagina, crea il miglior libro possibile, lo rende unico e lo consegna al bambino che ascolta perché possa essere trasformato in ricordo" (Rita Valentino Merletti).

La frase "accompagna e aiuta il bambino a esplorare il mondo esterno" lo aiuta a dare un ordine all'esperienza, a dare un nome alle cose, a mettere assieme, classificare, dividere, archiviare, analizzare il vissuto. La voce del genitore diventa quindi la "mente sussidiaria" del bambino, modello provvisorio nell'interpretazione della realtà, in attesa che la conquistata indipendenza gli permetta di pensare autonomamente e in libertà. Il libro stesso, nell'immaginario collettivo, si associa a un figlio simbolico, al prodotto "concepito" dalla mente creativa del narratore, il libro viene "partorito" dallo scrittore e può venire "adottato" da una scolaresca. Ogni creatura prodotta dalla creatività umana può tenere dentro valori, idee, immagini, pensieri, sentimenti, capaci di nutrire e stimolare la creatività e l'indipendenza della mente stessa dell'uomo, in grado di alimentare la sua curiosità intellettuale, coinvolgerne le emozioni e gli affetti, di allenare l'individuo alla libertà di pensiero. Il libro quindi è una risorsa importante dell'umanità che deve essere valorizzato nella relazione con il bambino, come alimento per la sua crescita. Nutrire la mente significa quindi offrire al bambino la possibilità di fare delle esperienze, degli investimenti affettivi, delle esplorazioni nel mondo delle relazioni e degli oggetti, permettere che quanto scoperto e sperimentato si organizzi in nuova conoscenza, in nuovi patterns comportamentali, consolidando modelli organizzativi di comprensione rispetto al mondo esterno. L'impegno del pediatra nell'aiutare la coppia genitoriale ad essere consapevole e competente, oltre che essere di aiuto e di sostegno alla maternità e alla paternità, finisce per rappresentare un fattore di protezione per il bambino, risorsa per una sua sana evoluzione, per una sua adeguata crescita emozionale e cognitiva, per il suo benessere psico-fisico. ♦

Bibliografia

- Bernardi M, Tromelli P. La tenerezza e la paura: ascoltare i sentimenti dei bambini. Salani, 1996
 Bowlby J. Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Raffaello Cortina, 1989
 Erickson MH. La mia voce ti accompagnerà. Astrolabio, 1982
 Oliverio Ferraris A. La forza d'animo. Rizzoli, 2003
 Valentino Merletti R. Leggere ad alta voce. Mondadori, 1996
 Winnicott DW. I bambini e le loro madri. Cortina, 1987
 Winnicott DW. Sviluppo affettivo e ambiente. Armando, 1975
 Winnicott DW. Gioco e realtà. Armando, 1974

Libri: occasioni per una



Anzitutto non fatevi ingannare, non fatevi respingere dal titolo che parla di Aspromonte, e dal sottotitolo "I parchi nazionali nello sviluppo locale". Perché è vero che il tema è quello del parco naturale ma rapidamente l'ambito si allarga alla storia e alle motivazioni politiche della nascita dei parchi. Le informazioni che l'autore dà sono tante e tali (devono essergli costate la famosa fatica "bestiale") e di tale fascino da fare dimenticare la "ristrettezza" del titolo. I parchi sono nati nel Nordamerica nella seconda metà dell'800, e oggi sono ancora una parte consistente dell'animo americano. È molto interessante la spiegazione che Perna dà di questo amore americano per i parchi nazionali: sono il monumento alla storia degli USA. Equivalgono, per la storia dei popoli, ai nostri musei, ai nostri Ercolano e Pompei. Gli USA hanno aperto la strada che poi si è riprodotta prima in Australia, poi nell'Europa settentrionale e infine con grande difficoltà e varie espressioni nell'area mediterranea (Malta, Cipro, Turchia, Siria, Tunisia, Maghreb, Grecia), dove il parco assume significati ed estrinsecazioni diverse e presenta difficoltà diverse. Anche in Italia grandissime sono le differenze e le difficoltà di partenza e di sopravvivenza fra i parchi delle aree del Nord, minati dalla pressione dello sviluppo industriale ed edilizio, e quelli del Sud dove si incontrano e si scontrano con le gravi difficoltà di una economia della sopravvivenza. La presenza dell'uomo - qui sta la grande differenza con l'esperienza americana nella quale l'uomo è "l'esterno" - dà al parco la possibilità di diventare un laboratorio dello sviluppo

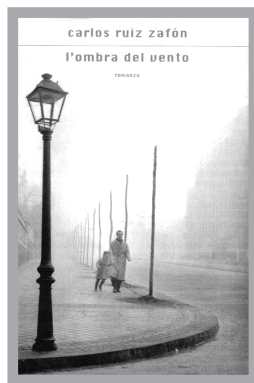
sostenibile, in cui l'uomo e la natura si sostengono a vicenda in un equilibrio bisognoso di numerosi continui assestamenti. La vita, breve, del parco nazionale dell'Aspromonte, di cui Perna è presidente, fornisce non pochi insegnamenti: la comprensione dei valori del parco del suo essere uno strumento di valorizzazione del territorio, la mobilitazione di forze locali che vanno dalle amministrazioni locali alle associazioni volontarie, alle imprese locali e ai singoli cittadini sono fondamentali per la vita prima dell'idea e poi dell'esistenza di un parco.

Giancarlo Biasini

Tonino Perna

Aspromonte. I parchi naturali nello sviluppo locale

Bollati Boringhieri 2002, pp. 223, Euro 16,00



Vi anticipo subito che si tratta di un bellissimo libro, come non capita tutti i giorni di incontrare, molto avvincente, e che vi prenderà sempre di più nel corso della lettura. Qualcuno lo ha definito un moderno "feuilleton" in salsa gotica. Protagonisti sono un bambino, Daniel, un libro maledetto e Barcellona, devastata e sconfitta dal franchismo.

In una delle prime scene del libro, il padre accompagna Daniel al "Cimitero dei libri dimenticati": è una biblioteca "sui generis", anche se dalla descrizione sembra più un inferno dantesco, e le anime sofferenti sono quelle di chi ha scritto quelle storie, ma anche di chi, grazie a queste, è riuscito a sognare. Ci sono i libri perduti, quelli dimenticati, sottratti

al fuoco o all'oblio. Daniel ha la possibilità di scegliere un libro e di salvarlo: è un libro maledetto, "l'ombra del vento" del fantomatico Julián Carax, che leggerà tutto d'un fiato in una notte; il libro e l'ombra di chi lo ha scritto lo tormenteranno e lo minacceranno ossessivamente nel prosieguo della storia. Da qui un susseguirsi di sorprese, alcune al limite dell'impossibile e della fantasia, e colpi di scena, tra amore, pathos, amicizia, guerra civile e morte, in mezzo a una miriade di personaggi cupi o semplicemente sfuggenti e misteriosi, appunto un "feuilleton" in salsa gotica. È il romanzo di formazione di Daniel, piccolo Don Chisciotte, che con l'aiuto del picaro Fermín Romero de Torres, combatte (e sconfigge) gli spiriti del male, quelli immaginari, ma anche quelli in carne ed ossa.

Sullo sfondo, come detto, c'è una Barcellona spesso spettrale, il Barrio Gotico, il Tibidabo e i vicoli bui delle Ramblas, una città popolata di notte da ombre che fuggono al clima politico di caccia alle streghe del regime franchista.

Due parole infine su Carlos R. Zafón, catalano, giornalista, che scrive per le pagine culturali de "El país" e "La Vanguardia", ma anche autore molto apprezzato in Spagna di libri per bambini: forse è per questo che affascina grandi e piccoli, con storie magiche ma semplici, facendo correre la nostra fantasia oltre le pagine di questa avvincente lettura.

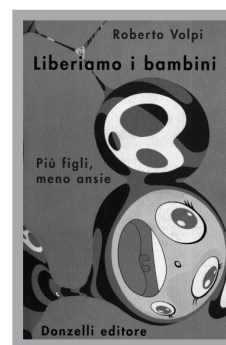
Spero di avervi incuriositi...

Fabrizio Fusco

Carlos Ruiz Zafón

L'ombra del vento

Mondadori 2004, pp. 438, Euro 18,00



buona lettura

Roberto Volpi, che nel 1998 ha pubblicato presso La nuova Italia il libro *C'erano una volta i bambini*, torna sull'argomento con questo nuovo, breve, pamphlet.

Le posizioni di Volpi, che abbiamo avuto come relatore in congressi ACP, sono note: i bambini in Italia godono buona salute, ma attorno ad essi c'è una preoccupazione talmente grande da fare pensare che la loro salute fisica sia invece in grave pericolo. L'attuale cultura attorno ai bambini ha quasi abolito le parole "sta bene". I dati statistici che Volpi citava nel suo primo libro sono sostanzialmente ripresi nel nuovo testo. Mortalità neonatale e infantile sono a livelli accettabili (ma, in verità, persiste un motivo di apprensione: la differenza fra Nord e Sud è ancora rilevante e oramai è fra un Nord-Centro allineati e un Sud sempre molto acciaccato). Anche i dati della morbilità e mortalità per incidenti, che vengono spesso richiamati pessimisticamente sulla stampa, sono migliorati sensibilmente, mentre sono sostanzialmente cattivi i dati sulla mortalità per incidenti da 15 a 17 anni. Il timore delle famiglie per l'abuso è forte, lanciato e rilanciato dalla stampa alla ricerca di "uomini cattivi" che aspettano nell'ombra, ma di certo c'è che l'abuso è soprattutto intrafamiliare e per la ricerca di "uomini cattivi" le famiglie dovrebbero guardare in se stesse. In sostanza, secondo Volpi, e non solo nel campo degli incidenti che tratta particolarmente, è l'attenzione verso i problemi di preadolescenti e adolescenti che è sottovalutata di fronte a una esagerata attenzione verso i problemi dei bambini. Alla base di tutto, secondo l'Autore, è persistente la scarsità del "bene bambino". Investita da questa penuria, la famiglia tende ad assumere caratteristiche di grande chiusura ed egoismo. Questa scarsità di bambini tenderà a rimanere: le iniziative governative in tal campo sono irrisorie; l'Autore ritiene che si debba mettere in campo molto di più sul piano dell'aiuto economico e, pur con cuore di sinistra, ritiene che non si possa fare a meno di riequilibrare il sistema di welfare fra le pensioni agli anziani e il sostegno a chi ha bambini. Sempre sul piano degli interventi sociali è giusta la critica che l'Autore fa alla forse troppo esaltata legge 285: non ha inciso sulle distanze fra le regioni in campo di servizi

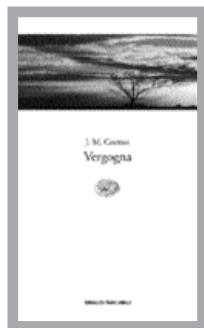
per l'infanzia; non ha prodotto granché sul piano della innovazione; non ha creato eventi capaci di rimanere dopo la fine della legge. Ma l'Autore dimentica che era la prima volta che in Italia si parlava di bambini. Le conclusioni che l'Autore trae dai dati che ci presenta sono in gran parte condivisibili; però sono le stesse che si traevano dalle sue pagine e dai dati presentati nel 1998. In questo senso il libro procede poco rispetto al precedente. In alcune parti poi la facile vena polemica toscana dello scrittore prende la mano. Solo due esempi: l'affermata discutibilità della prevenzione con acido folico in gravidanza per la modestia quantitativa del problema; l'affermazione che le ammissioni ai nidi basate sul favorire le coppie in cui ambedue i genitori hanno un lavoro favoriscono la parte forte dell'utenza. Come sempre il rischio di uno scritto a tesi è molto alto e giustamente rende il lettore diffidente. C'è poi un altro problema. Volpi parla da un osservatorio nazionale in un Paese dove ci sono realtà molto diverse. Si diceva prima della mortalità neonatale; ma non è solo questo. La povertà e i bambini malati di povertà, le disuguaglianze, il rischio sociale?

Giancarlo Biasini

Roberto Volpi

Liberiamo i bambini

Donzelli ed. 2004, pp. 149, Euro 12,00



In *Vergogna* viene raccontata la storia di un professore, David Lurie, insegnante alla Cape Town University. Un uomo che all'età di cinquantadue anni, cerca, come può, di mantenersi in equilibrio fra cultura e sessualità. Vorrebbe, il professore, portare a termine un lavoro su Byron;

all'inizio aveva pensato a un'opera critica, ma poi i vari tentativi si sono impantanati nel tedio, così pensa che forse sarebbe meglio scrivere musica: Byron in Italia, una meditazione sull'amore eterosessuale in forma di opera da camera. Il professore, dopo due divorzi e una figlia, crede di aver risolto il problema del sesso abbastanza bene. Egli è convinto che la bellezza di una donna non appartenga solo a lei, ma faccia parte del tesoro con cui la donna approda a questo mondo e perciò va spartita. Melanie, una sua alunna, è molto bella, fra loro due nasce qualcosa, ma poi la ragazza lo denuncerà per molestie sessuali... e allora tutto cambierà improvvisamente nella vita del protagonista. Abbandonata l'Università, David chiede ospitalità alla figlia Lucy che vive in campagna nella parte orientale della Provincia del Capo. Lì, in campagna, il post-apartheid è decisamente difficile.

Il problema è la difficoltà del vivere quotidianamente bianchi accanto a neri, e neri accanto a bianchi. Lucy, la figlia del professore, accetta abitudini, usi e costumi dei neri. Accetta violenze, umiliazioni. Accetta di provare vergogna, quando toccherebbe invece ai neri provare vergogna. Accetta, quasi che il suo accettare potesse sanare, almeno in parte, il male fatto ai neri... Lei (Lucy) crede che bisogna saper ricominciare dal fondo. Senza niente. Senza una carta da giocare; senza un'arma; senza una proprietà, senza un diritto, senza dignità. Lui (il professore) a un certo punto capisce che, se si trattasse di una partita a scacchi, sua figlia avrebbe subito uno scacco matto; ma sa perfettamente che nessuno sta giocando e che l'unica possibilità di sopravvivenza nel Sud Africa del dopo-apartheid è, per i bianchi (così come per i cani e anche probabilmente per gli stessi neri), l'abbandonarsi al proprio destino...? Vincitore del Booker Prize nel 1999, *Vergogna* mette in scena le trasformazioni del Sudafrica post-apartheid raccontando - come ha scritto il *Sunday Times* - "una storia dura, scritta in una prosa di scarna, aspra bellezza, che conferma Coetzee come uno dei nostri migliori narratori di oggi".

Nicola D'Andrea

J. M. Coetzee

Vergogna

Einaudi 2003, pp. 234, Euro 10,00

info: notizie

UE e farmaci per i bambini

Dopo molti anni di appelli sembrano avviati a diventare realtà anche nella Unione Europea (UE) le sperimentazioni con i farmaci studiati per i bambini (100 milioni nella UE). La Commissione UE ha definitivamente presentato un regolamento ad hoc per incentivare studi clinici per nuovi farmaci e anche su quelli attualmente in commercio. La proposta è stata adottata il 29 settembre dalla Commissione e presentata all'Europarlamento e al Consiglio dei Ministri della Salute (<http://pharmacos.eudra.org/F2/Paediatrics/index.htm>). Saranno formalizzati un blocco di incentivi per convincere le industrie ad attivare studi sui bambini. I benefici concessi riguarderanno sia i farmaci in commercio sia quelli in sperimentazione. Per quelli "nuovi" il regolamento approvato prevede l'aumento di 6 mesi dei brevetti e per quelli "orfani" si avrà un'estensione del brevetto di 2 anni. Per i farmaci già in commercio per gli adulti e sperimentati solo per gli adulti le industrie potranno acquisire il *Pediatric Use Marketing Authorisation*, cioè 10 anni di estensione del brevetto. Nella EMEA ci sarà un comitato pediatrico di esperti per valutare i programmi delle industrie per i test da utilizzare nelle sperimentazioni. Nel numero 4/2004 di *Quaderni acp*, a pagina 168, è contenuto il parere che l'ACP e il CSB hanno trasmesso alla Commissione Farmaceutica della UE (*Extended Impact Assessment*, pag. 55). **ACP e CSB sono le sole fra le Società e Associazioni scientifiche italiane che hanno trasmesso un parere alla commissione.** Tenendo conto dei tempi tecnici, l'attuazione della proposta è prevista per il 2006.

Regali all'industria del farmaco

Per ora invece il prolungamento del brevetto lo si fa dove non lo si dovrebbe fare. Una legge del 1991 (349/1991), e solo parzialmente corretta nel 2002 (112/2002), ha istituito il Certificato Complementare di Prolungamento (CCP) che estende il brevetto dei farmaci oltre i limiti della brevettabilità in Europa. Per esempio, il brevetto per l'omeprazolo (fatturato italiano 349 milioni di euro) è scaduto in USA nel 2001, e in Europa nel 2003; in Italia scadrà solo nel 2008

grazie al CCP. La commercializzazione dei farmaci generici sarà quindi possibile in Italia 7 anni dopo gli USA e 5 anni dopo l'UE. L'avvento del generico permetterebbe allo stato di risparmiare molti di questi soldi: per il blocco "omeprazolo - simvastatina - amlodipina" si potrebbero risparmiare ogni anno dai 200 ai 400 milioni di euro. Tutti sono alla ricerca di risparmi per il SSN: abolire la legge del 1991 sarebbe una buona idea (*Ilsole24ore Sanità* 5-11/10/2004).

Via il Vioox

La FDA ha sostanzialmente costretto la Merck a togliere dal commercio il nuovo antidolorifico Rofecoxib per gli effetti secondari dimostrati nel trial APPROVE. È interessante sapere che i dati di sicurezza per i quali il farmaco fu messo in commercio si riferivano a 5000 pazienti; il numero molto piccolo (di fronte ai 2.000.000 di cittadini che lo assumevano al momento della sospensione) può aiutare a comprendere come gli effetti secondari possano non essere messi in evidenza nelle sperimentazioni per l'approvazione dei farmaci. (*Lancet* 2004; 364:1288).

E Sirchia non lo sa

Alla riunione di fine ottobre fra ministro e ditte di latte il Ministro ha chiesto sorpresa: "Ma perché il latte si vende nei supermercati?".

Regole lombarde e industrie del latte

1. In ciascun punto nascita devono essere acquisite le quantità di sostituti del latte materno strettamente necessarie, da commisurare sulla media dei neonati che non possono essere allattati al seno.
2. Al momento della dimissione non devono essere forniti in omaggio prodotti o materiali in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento al seno.
3. Nelle lettere di dimissioni per i neonati non devono essere previsti spazi predefiniti per la prescrizione di particolari latti sostitutivi, fatte salve le esigenze del bimbo che lo impongano.
4. Le forniture gratuite a favore di reparti di maternità sono ammesse solo su richiesta del responsabile sanitario dell'istituzione e a condizione che siano destinate ad uso esclusivamente interno e sol-

tanto per il periodo di degenza; è opportuno per le forniture osservare il criterio della rotazione di **tutti** i prodotti, con cadenza massima trimestrale.

In Belgio per operarsi

Al cheek-in dell'aeroporto di Bruxelles viene offerto un depliant dal titolo "Perché farsi operare in Belgio?" Le risposte sono: "Perché è il meglio, semplicemente". Non ci sono liste d'attesa; le apparecchiature sono le più moderne disponibili al mondo. Le infezioni postoperatorie sono basse: i primi 250 pazienti non ne hanno avute". Il tempo di accesso per urgenze dell'anestesista e del cardiologo è di meno di 2 minuti. Il depliant offre queste performance a cura della *European Medical Care*, una compagnia privata per l'assistenza medico-chirurgica che opera una valvola mitralica per 1158 sterline, che vi mantiene le vostre cellule staminali per 10 anni o – pagando un supplemento – anche per di più, per 1985 sterline, "in modo che siano le vostre cellule a guarire il vostro corpo". Il tutto a Bruges, la pittoresca capitale culturale d'Europa, dove potrete stare in un tranquillo convento con una pittoresca farmhouse, con la possibilità di un trattamento bed and breakfast fra verdi giardini, con possibilità di brevi passeggiate fuori dalla clinica" (*Lancet* 2004;363:914).

The soft science of medicine

L'Istituto americano di Medicina (IOM) in un recente rapporto ha messo in rilievo come la formazione dello studente di medicina sia asimmetrica: grande enfasi alla biochimica, alla patologia, alla farmacologia, poca attenzione ai problemi comportamentali, psicologici e delle scienze sociali. Tenendo conto che i maggiori problemi del futuro saranno legati a fattori prevalentemente sociali (per esempio fumo, alcol, obesità e disturbi cronici dell'alimentazione), il documento raccomanda che sia data molto maggiore importanza agli aspetti sociali e comportamentali della medicina nelle scuole di medicina e nella formazione post-laurea. Gli ambiti da coprire sarebbero i seguenti: "Mind-body interaction" (fattori comportamentali, psicologici e sociali che influenzano il biologico); "Patient behaviour" (comporta-

sulla salute

menti che pongono il malato a rischio); "Physician role and behaviour" (il modo di influire sulle opinioni e sugli errori del malato); "Physician-patient interactions" (i principi della comunicazione fra malato e medico); "Social and cultural issues in health care" (modi per dare cure appropriate ai malati con differenti background sociali, culturali ed economici); "Health policy and economics" (comprendere il sistema di cura nel quale essi praticano la professione) (*Lancet* 2004;363:1247).

Ridurre i cesarei?

La richiesta obbligatoria di un "secondo parere", cioè di una consulenza obbligatoria, per un cesareo non d'urgenza è stata sperimentata in 62 ospedali pubblici del Sud America, con 146.272 parti. La pratica si è rivelata capace di una modesta ma significativa riduzione del numero dei cesarei rispetto ai controlli: 7.3% (IC 0.2-14.5). La decisione "originale" è stata cambiata nell'1.5% dei casi. L'introduzione del "secondo parere" potrebbe quindi ridurre, sia pure in limiti modesti, l'incidenza dei cesarei che nei Paesi dell'America Latina è fra il 25 e il 30% (*Lancet* 2004;363:1934).

Art-Science Bar

Si sono diffuse, soprattutto nei Paesi anglosassoni, particolari forme di incontro della gente con l'arte e la scienza: si tratta degli Art Shop, gli Art Coffee, i Science Bar. Qui la gente incontra gli artisti, i letterati, gli scienziati. L'iniziativa è nata nel 1997 dai fisici francesi con l'intento di diffondere le conoscenze della scienza scegliendo setting informali come bar o caffè. Una cinquantina di partecipanti, una relazione breve iniziale e un dibattito o, meglio, una libera conversazione a seguire. L'iniziativa si è rapidamente espansa: fra Gran Bretagna e Francia i Caffè-Scienza sono circa 70. In maggio 2004 c'è stato in Gran Bretagna un meeting internazionale dei caffè; uno di questi operava addirittura da Ramallah, dove si sarebbe portati a ritenere difficile da impostare un'attività come questa. In Gran Bretagna l'attività di "Caffè-Scienza" viene richiesta di diventare parte dell'attività del British Council, ed è sostenuta in maniera parziale (31.500 euro) dal Wellcome Trust, mentre in Francia si sta stu-

diando la possibilità di organizzarne nelle scuole. Il limite, si sostiene su *Nature* (2004;429:327), è che queste iniziative si muovono all'interno della Middle Class e non hanno per ora la possibilità di attirare i cittadini meno informati sui vari fronti culturali; hanno cioè il limite dei vecchi "Club del libro" che si rivolgono solo a chi legge. In Italia si conoscono riunioni a Bologna. Si è parlato nell'estate scorsa di clonazione in via della Beverara 123, con la partecipazione del Prof. Giulio Giorello, filosofo della Scienza; del Prof. Carlo Alberto Redi, biologo dello sviluppo, e a Pavia, anche se, in verità, dalle foto riportate non pare che queste riunioni siano state tenute all'interno di bar o caffè, ma all'interno di locali, nei quali si serve caffè (www.cafescientifique.org). Chi avesse altre informazioni è pregato di fornircele.

Il libro delle risposte sull'allattamento

Il libro delle risposte (*Breastfeeding Answer Book*, vol. 1, pag. 386) offre informazioni per coloro che aiutano le madri che allattano. Costituisce uno strumento indispensabile per formulare risposte corrette e complete a tutti i dubbi dalle mamme che allattano. È anche fondamentale per la formazione di ostetrici, infermieri e operatori sul territorio. La *Leche League International* (LLI) nel 1991 ha introdotto negli USA il *Breastfeeding Answer Book*, che è stato accolto con entusiasmo presso gli operatori dell'allattamento. Questo testo è stato tradotto in italiano. Costa 30 euro; è in vendita presso le consulenti de *La Leche League Italia* (tel. 055 781737; 06 5258365; 02 70000566).

Schwarzenegger e le cellule embrionali

Il repubblicano Arnold Schwarzenegger (si definisce *Moderate Republican*) ha preso in California una iniziativa che non piace a Bush. Stimolato dall'iniziativa di Nancy Reagan a favore della sperimentazione sulle cellule embrionali e dai neurobiologi dell'Università di San Diego, ha fatto passare una legge che stanziava 3 miliardi di dollari a favore della sperimentazione. Nancy Reagan si batte per la sperimentazione sulle cellule embrionali dopo l'esperienza della demenza senile

del presidente. Ron Reagan, suo figlio, è salito sul palco della convenzione dei democratici in appoggio a Kerry. Come è noto, esiste un divieto del governo federale a non utilizzare per la sperimentazione embrioni prodotti dopo il 9 agosto 2001; esistono specifiche linee di cellule embrionali sulle quali è possibile sperimentare e solo su quelle. La legge dovrà essere sottoposta a un referendum nello stato di California (*Nature* 2004;430:125).

Clonazione in USA da oociti residui

La *Human Fertilisation and Embryology Authority* in USA ha concesso al *Newcastle Fertility Center* l'autorizzazione a creare embrioni umani inserendo nuclei da pelle umana in oociti umani. I ricercatori potranno quindi estrarre cellule embrionali dagli embrioni clonati. La legge americana stabilisce che non siano finanziabili con fondi federali ricerche con clonazione in laboratori pubblici. A quelli privati è inibita invece ogni ricerca con questa tecnica. L'autorizzazione è stata data perché il Centro utilizzerà oociti "residui" da procedure di fecondazione assistita (in USA ne "residuano" circa 2000 per anno) e non oociti prodotti allo scopo di clonazione. Il che dimostra che anche nella terra del pragmatismo anglosassone si possono spaccare i capelli in sedici anche quando si tratta di bioetica (*Nature* 2004;430:817).

Linee telefoniche dedicate

Servono le linee telefoniche dedicate, i numeri verdi insomma, attraverso le quali i cittadini chiedono informazioni circa i problemi di salute? NHS Direct (NHSD) è una linea dedicata del Servizio Sanitario inglese aperta per 24 ore. Una nurse risponde e dà notizie e consigli. NHSD è stata giudicata molto buona. È usata da tutte le categorie di cittadini, specialmente per problemi di salute degli anziani. E quelli dei bambini? Uno studio valuta ora la situazione degli utenti da 0 a 5 anni (*British Journal of General Practice* 2004;54:211). Le ricerche mettono in luce che l'uso di NHSD è sufficientemente diffuso al di sotto dei 5 anni (lo usa il 25% degli utenti che hanno risposto al questionario), ma non viene utilizzato dai soggetti in condizioni economiche disagiate e dai cittadini con seri problemi di salute. In sostanza lo usa chi ne ha meno bisogno.

La ricerca in ACP: stato dell'arte

Giacomo Toffol

Coordinatore della segreteria per la ricerca dell'ACP

Una delle "mission" dell'Associazione Culturale Pediatri è quella della ricerca nell'ambito delle cure primarie. Per questo motivo è attiva da anni una apposita segreteria, attualmente composta da: Dante Baroncini, Maurizio Bonati, Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali, Luciano de Seta, Massimo Farneti, Marina Macchiaiolo, Federico Marchetti, Federico Marolla, Pierpaolo Mastroiacovo, Stefano Miceli Sopo, Annamaria Moschetti, Alfredo Pisacane, Paolo Schievano, Giorgio Tamburlini, Giacomo Toffol.

La segreteria è impegnata a definire e proporre a tutti i soci ricerche di respiro nazionale e a offrire consulenza metodologica ai progetti di ricerca dei gruppi locali.

Si ritiene utile riassumere brevemente la situazione delle ricerche avviate; naturalmente per quanto di conoscenza della

livello nazionale di tutti i soci interessati. Intende fare il punto dopo la ricerca di dieci anni fa.

- È **Il dolore nel bambino.** Questo progetto è in fase di elaborazione da parte della segreteria ospedaliera ACP, il cui referente è Luciano de Seta.

Sono attualmente in fase di svolgimento altre ricerche, che vedono impegnati i soci di alcuni gruppi locali; le ricerche sono condotte sia dai gruppi singoli che in collaborazione con altre strutture:

- È **Conoscenze dei genitori riguardo a SIDS e allattamento materno** (referente: Federico Marolla, Roma)
- È **La febbre** (referente Laura Reali, Roma)
- È **Studio di efficacia del progetto Nati per Leggere** (referente Giacomo Toffol, Asolo)

nel Veneto (Sono coinvolte tutte le associazioni venete, referente Franco Rigon, Clinica Pediatrica di Padova)

Altri gruppi stanno lavorando alla definizione non ancora ultimata di altri progetti di ricerca, pur non pretendendo di essere esaurienti. E quindi invitando tutti i gruppi locali ad aggiornare la segreteria a tale proposito, si segnalano alcune iniziative.

- È **Patologie respiratorie nel bambino e inquinamento ambientale.** Su questo tema stanno lavorando l'ACP L. Corner di Venezia e l'ACP di Roma.
- È **Utilizzo della CHAT** (*Checklist for Autism in Toddlers*; Baron-Choen, 1992) per lo screening dei disturbi pervasivi dello sviluppo nei bilanci di salute dei 18-24 mesi (ACP Asolo).

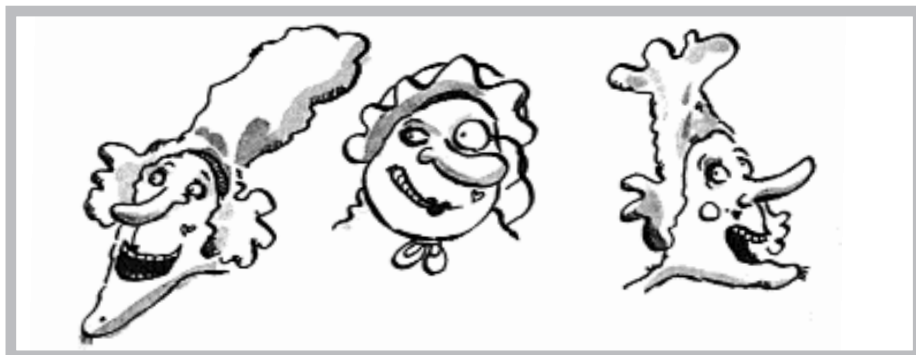
Si segnalano infine l'attività dell'ACP nell'ambito del progetto SPES, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, e la collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze, attualmente incentrata sul tema dell'obesità.

Si ricorda anche che a livello nazionale si sta concretizzando una proposta di ricerca sul tema della assistenza alle malattie croniche, a 10 anni di distanza dalla precedente. Questa rimane ancora l'unico studio sulla situazione e sui bisogni dei bambini italiani affetti da patologie croniche. Data l'importanza del tema e la mancanza di dati aggiornati al proposito, è ragionevole ritenere che questa ricerca debba essere l'elemento caratterizzante l'attività della nostra associazione nell'immediato futuro.

Fra breve si potranno trovare degli aggiornamenti e approfondimenti su tutti questi temi in una apposita pagina attualmente in costruzione sul sito www.acp.it. È auspicabile che tutti i gruppi e i soci singoli la consultino e la utilizzino per segnalare le ricerche in corso o in fase di progetto. ♦

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol
e-mail: gtoffol@libero.it



segreteria. L'obiettivo è di fare in modo che il lavoro dei singoli gruppi possa diventare patrimonio di tutti.

La segreteria è stata coinvolta quest'anno nella validazione di tre ricerche:

- È **Disturbi del sonno e attaccamento in età pediatrica.** Questa ricerca, dalla quale ci si attendono molte e importanti informazioni su un argomento ancora poco esplorato, è condotta dall'ACP Puglia e Basilicata. Dopo l'attuale fase pilota locale i promotori si attendono una auspicabile diffusione dello studio a livello nazionale.
- È **Prevalenza dell'allattamento al seno.** Questo studio è attualmente in fase di avvio, con il coinvolgimento a

- È **Ricerca la celiachia nei pazienti paucisintomatici** (referenti Giustina Bonato, Daniela Dalla Pozza, Asolo)
- È **Malattia da reflusso gastroesofageo nei primi 24 mesi di vita in lattanti sottoposti a trattamento progressivo con acidosoppressori** (Ricerca nazionale multicentrica; coordinatore nazionale Angelo Campanozzi, Clinica Pediatrica di Foggia. Partecipano ACP dello Stretto di Messina e Servizio di Gastroenterologia e Fibrosi Cistica di Messina, coordinatore Giuseppe Magazzù)
- È **Definizione dei tempi di sviluppo puberale in una popolazione femminile, di origine italiana, residente nel Veneto** (Sono coinvolte tutte le

Ma chi detta le regole?

La recente relazione sullo stato della ospedalizzazione pediatrica, preparata dal Ministero della Salute e commentata sul n. 3 di *Quaderni acp* (pag. 103), ci racconta che in Italia il rischio di essere ricoverati è il doppio rispetto agli altri Paesi occidentali, nonostante mortalità e morbilità non siano molto differenti. E che per far visitare il proprio figlio dovrà aspettare parecchio in sala d'attesa, perché sono tantissimi i bambini che si fanno visitare ogni giorno in Italia nei vari PS e anche dai propri pediatri di famiglia. Visite che secondo Meneghelli (relazione a Tabiano pubblicata su *Medico e Bambino* 2004;23,3:152), sono definibili addirittura come "codici trasparenti", cioè stati di malattia insignificanti che non richiederebbero l'intervento medico immediato. Ancora più sorprendente il fatto che, aumentando i pediatri e diminuendo i bambini, crescono esponenzialmente le richieste di visita per "malattia".

Come si risolve il problema? Con l'istituzione di un nuovo servizio dedicato all'infanzia: la continuità assistenziale attraverso ambulatori pediatrici dedicati alle malattie "urgenti" dei bambini? Non si può essere d'accordo con questa analisi: la decisione di creare ambulatori pediatrici di continuità assistenziale rischia di aumentare l'impegno sanitario globale senza influenzare la qualità di salute. La richiesta di continue visite non può essere vista come una "necessità" sanitaria ma, più semplicemente, come un fenomeno che va osservato e interpretato. Il passare a un impegno sanitario per la semplice osservazione di un fenomeno è un errore: crea una dispersione delle risorse e una demotivazione degli operatori sanitari coinvolti.

Se il problema è il mal utilizzo delle strutture di secondo livello, si deve pensare a rimodellare tutto il percorso, rimettendo in discussione ospedale e territorio. Oltre a incentivare (sicuramente in modo più convinto) l'esperienza della pediatria di gruppo che ha rappresentato una novità qualche anno addietro, ed ora

rimane praticamente abbandonata a se stessa. Sacrificata dal politico di turno all'istituzione dei Nuclei di Cure Primarie dove i pediatri c'entrano come i cavoli a merenda e il bambino ha importanza del tutto secondaria. Le scelte sanitarie sono sempre politiche. Se si vuole un servizio pediatrico di continuità assistenziale, si deve sapere che ciò non migliorerà lo stato di salute del bambino. Ma si darà conferma alla famiglia della necessità della visita sempre, comunque e subito. Giustificando molto spesso l'ansia di un genitore con una visita che fa star meglio il genitore stesso, ma non il bambino, anzi... In questo modo si protrarrà (per quanto tempo ancora?) il totale scollegamento tra ospedale e territorio, rincorrendo i fenomeni e rifiutandosi di interpretare le necessità di salute dell'infanzia. Se la situazione è questa, la colpa è unicamente dei pediatri, non delle famiglie. Fino a che non si prendono decisioni di rimodellamento complessivo dell'assistenza pediatrica, si continuerà a disperdere energie e a scoraggiare sempre più i pediatri e illudere le famiglie.

Delegare alla sola FIMP e alla SISAC la definizione della convenzione pediatrica continuerà a creare uno scollamento sempre più evidente tra le aree pediatriche. Anche perché la convenzione pediatrica è storicamente a traino di quella di medicina generale che ha tutt'altri interessi ed esigenze. Allo stesso modo la riorganizzazione della pediatria ospedaliera (e universitaria) non deve essere autonoma dalla partecipazione dei pediatri di famiglia. Siamo alla ricerca di una organizzazione realmente rappresentativa di tutte le aree pediatriche e che abbia l'autorevolezza per potersi confrontare a livello nazionale e regionale con i tanti organismi preposti all'organizzazione sanitaria pubblica. Non ci rimane che sperare e aspettare, inseguendo i fenomeni, con la coscienza di non fare buona assistenza al benessere del bambino. Al contrario, il bambino appare in questo contesto come un oggetto piuttosto che il soggetto.

Costantino Panza

Vorremmo riprendere due punti della lettera del collega Panza, nostro affezionato corrispondente,

Dice Costantino: "Se la situazione è questa, la colpa è unicamente dei pediatri, non delle famiglie".

Forse non è completamente così. Roberto Volpi nel libro che recensiamo a pag. 251 pensa che gran parte dell'angoscia per la salute dipenda dalla rarità del bene bambino, altri da una adesione a regole dettate da una società mediatizzata e così via. Quel che è certo – e qui Panza ha ragione – è che tutto questo non fa bene al bambino. La seconda asserzione profondamente vera è che non si può delegare alle convenzioni sindacali e ai loro contraenti e ai contratti di lavoro il disegno di una organizzazione del servizio sanitario nazionale indipendentemente dal funzionamento degli altri servizi. Il pansindacalismo imperante in campo sanitario e che detta le regole organizzative, ci ha regalato anche quest'ultima modalità incostituzionale. Del resto la soluzione che il ministro Sirchia propone (le Unità di Cure Primarie, le cosiddette UTAP, che sono una ripetizione dei Nuclei di Cure Primarie che hanno lasciato molto delusi i pediatri in Emilia-Romagna) non ha nessuna possibilità di contrastare sul campo il fenomeno che Panza denuncia; come non li ha la proliferazione di PS pediatrici che continuano a fare offerte prontamente utilizzate dagli utenti. Come i saggi inglesi hanno previsto oltre 30 anni fa con il loro famoso "More beds more patients". Qualche volta, caro Panza, torna la nostalgia della politica, quella che era capace di pensare in grande, quella che fece la legge 833/79, quella che fece la riforma ospedaliera.

Ancora sul Governo clinico

Caro direttore,

ho letto la sua risposta a pagina 172 del n. 4 della rivista sul Governo clinico e devo dirle che sono molto d'accordo. Mi rallegro anche per la chiarezza (e competenza) su un argomento che viene trascurato

rato dai medici; trascurato a torto perché questo è il campo nel quale si porrà inevitabilmente in futuro il rapporto fra manager, politici e medici, imperniato oggi sull'assoluto predominio dei manager/politici e sulle loro richieste di risparmio, basate più che spesso sui "loro" bisogni di bilancio che sui bisogni di salute della gente e sulla correttezza professionale dei medici. Invece i medici dovrebbero rivendicare nell'ambito del Governo clinico un ruolo centrale che ora non hanno e che non avranno se non lo rivendicheranno. Se non lo faranno, continueranno a subire le iniziative dei manager/politici e a rendersi complici dei loro equilibrismi contabili e politici. Mi domando: quale "Governo clinico" ci sarà mai nelle indicazioni per i vaccini delle regioni e magari dell'Istituto Superiore di Sanità (anche lui!) per l'antipneumococcica e per l'antimeningococcica? Quale tipo di ragionamento sta alla base della scelta di vaccinare con l'antipneumococcica i bambini degli asili nido che è stata fatta dall'Emilia - Romagna? Anche lei! Anche lei e nel momento in cui il suo assessore alla sanità annuncia un programma regionale per la ricerca e lo studio delle innovazioni tecnologiche nel sistema sanitario regionale! Come se le innovazioni non tecnologiche contassero nulla! E che fine farà la vaccinazione antimorbillo in Sicilia con l'illuminata scelta dell'antivaricella? Pare che in questi casi il "Governo clinico" stia di casa assai lontano da quelle sedi e non si tenga conto dei costi e dei problemi organizzativi che tali decisioni provocano. Perché (o sbaglio?) l'organizzazione è strettamente correlata con la individuazione delle priorità e quindi con il "Governo clinico". Si sono chiesti se un impegno per queste nuove vaccinazioni, anche in Emilia-Romagna, non trascinerà negativamente quelle per l'influenza delle categorie a rischio?

E, poi, anche il numero dei pediatri ha a che fare con il Governo clinico. Che tipo di assistenza ai bambini viene progettata per il futuro? Si continuerà nell'assistenza mediante la pediatria di libera scelta?

E se si farà così, il numero dei pediatri attuali e quello dei posti da coprire nelle specialità sono sufficienti per garantirla? Non voglio continuare, ma un richiamo dei medici ai manager circa i loro doveri in fatto di "Governo clinico" mi sembra sempre più necessario. Mi chiedo anche, caro direttore, se è ragionevole che riviste come quella che lei dirige si "ostini" a parlare di EBM di fronte all'assoluta indifferenza per le "evidenze" che i manager ostentano nelle cose che fanno e nelle decisioni che prendono. Le evidenze e le priorità non sono solo un problema dei medici: sono di tutti quelli che lavorano nella sanità. Insomma quella del "Governo clinico" è un'arma che i manager maneggiano pericolosamente senza conoscerla. Si consolano con le carte dell'ISO 9000! Che sono e rimangono carte. Diamoci (datevi, io sono oramai *retired*) una mossa.

Efrem Marri

Non c'è proprio niente da aggiungere e commentare alla lettera del "retired" Marri che, come spesso fa, coglie nel segno. Non ricordo chi al convegno dell'ACP di Tabiano ha detto che "bisogna sbattere sul muso di qualcuno le evidenze per farli smettere di parlare di evidenze". Quel "qualcuno" erano i manager, le cosiddette direzioni strategiche e non so cosa di altro.

Questa rivista è d'accordo pienamente; è sempre troppo tardi per cominciare a farlo. Non siamo invece d'accordo con la sottostante idea di Marri sulla probabile "irragionevolezza" del nostro occuparsi della EBM.

Ci sono limiti etici secondo noi che non possiamo varcare. L'ultimo congresso (2004) dell'ACP, a Pescara, in una delle sue linee principali ha dato una risposta a questo interrogativo.

C'è però un lato del problema che alleggerisce (di poco) le responsabilità dei manager. I fondi per la ricerca finalizzata che dovrebbero sostenere indagini sugli effetti delle scelte del sistema sanitario sono molto scarsi e sempre in calo: 73.000.000 euro nel 2002, 61.000.000 nel 2003, 23.500.000 nel 2004. Ma, è

sicuro, le cose andavano male anche quando i fondi erano tre volte maggiori di ora. Ed è altrettanto sicuro che esistono comunque dati di letteratura sui quali i manager potrebbero basarsi per le loro azioni. E non lo fanno.

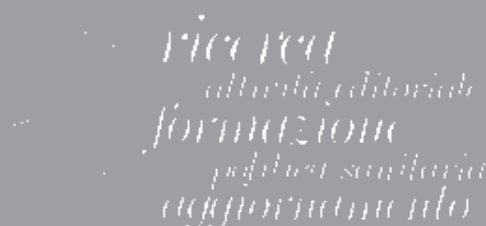
Malastampa

Gentile Direttore, in un articolo pubblicato su *Il Giornale* del 4 settembre, intitolato "Assoluta prece- denza ai bimbi per la vaccinazione antinfluenzale", leggo toni drammatici per l'epidemia del prossimo inverno. Mi chiedo: ma è cambiato qualcosa? È cambiato qualcosa e il Ministero non lo dice? A mia conoscenza la letteratura dice le stesse cose del 2002-2003. Qualcosa mi è sfuggito?

Andrea Guala

No, caro Guala, non c'è proprio niente di nuovo, come dimostra l'articolo di Luisella Grandori sul numero scorso di Quaderni. Lei continua a riferirci gli strafalcioni della stampa e noi gliene siamo grati. D'altra parte un altro lettore ci ha segnalato il titolo a 5 colonne del Corriere della sera del 25 settembre: "Un milione di bambini a rischio". A rischio di che? Febbre gialla? Peste? AIDS? Terremoti? No, a rischio di ammalare di influenza come il suo "Giornale" che fu di Montanelli.

E se poi vogliamo passare ai giornalisti della TV, il comitato TV e minori (www.comitatotveminori.it) che vigila sul codice di autoregolamentazione ha reso noto che sono state 355 nel 2003 le segnalazioni di programmi non adatti ai minori trasmessi dalle TV in fasce orarie protette. In base alle segnalazioni sono scattati 90 procedimenti che in 26 casi hanno già accertato la violazione del codice a tutela dei telespettatori più piccoli. La soglia massima di attenzione va dalle ore 16 alle 19 di ogni giorno e in questa fascia le aziende hanno promesso la massima attenzione sia nei programmi che negli spot (Altroconsumo 2004;173:8).



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.

La teoria del QT prolungato e la SIDS: prospettive di ricerca e difficoltà applicative

Alberto Dolara*, Franca Rusconi[°], Eva Buiatti*

*Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

[°]Unità di Epidemiologia, Azienda Ospedaliera Meyer, Firenze

Abstract

The prolonged QT theory in the genesis of SIDS: research outlook and problems in application.

There are various theories which try to explain sudden infant death syndrome (SIDS). According to the theory of cardiac electrical instability by which there could be a correlation between SIDS and a prolonged QT interval, supporters propose a routine electrocardiography screening in all newborns. Routine cardio monitoring and eventually a pharmacological therapy with adrenergic beta antagonists should be performed in newborns with long QT. As discussed in this review the efficacy of such treatments has never been demonstrated. So, the use of cardio monitors doesn't seem justified in newborns with an apparent risk of SIDS.

Quaderni acp 2004; 11(6): 258-261

Key words Sudden infant death syndrome (SIDS). QT interval. Cardiomonitor. ECG

Sono state formulate numerose teorie per spiegare la sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS), tra cui quella della instabilità elettrica cardiaca, secondo cui vi sarebbe una associazione tra SIDS e prolungamento dell'intervallo QT. I sostenitori di questa teoria propongono di effettuare un elettrocardiogramma di routine a tutti i neonati, e un follow-up con cardiomonitore e una eventuale terapia con beta-bloccanti a quelli con QT prolungato. L'efficacia di questi interventi, tuttavia, non è mai stata adeguatamente dimostrata, come discusso in questa revisione della letteratura. Non sembra pertanto giustificato l'uso di strumentazioni quali cardiomonitore per categorie di neonati a supposto rischio di SIDS.

Parole chiave Sindrome della morte improvvisa (SIDS). Intervallo QT. Cardiomonitor. Elettrocardiogramma

Viene definita come "sindrome della morte improvvisa infantile" (SIDS) la morte improvvisa di un bambino al di sotto di un anno di età, che rimane inspiegata dopo un'accurata valutazione, comprendente l'autopsia, dell'ambiente dove è avvenuto il decesso e dopo revisione della storia clinica (1). Nonostante le campagne di educazione sanitaria per eliminare o ridurre i fattori di rischio, che con ragionevole sicurezza sembrano essere in causa nel determinismo della SIDS, ossia il dormire in posizione diversa da quella supina, l'esposizione a fumo passivo e il mantenimento di una temperatura corporea troppo alta e del capo coperto durante il sonno (2,3), abbiano portato a una diminuzione dell'incidenza in tutti i Paesi industrializzati, la SIDS costituisce ancora una delle più frequenti cause di morte nel lattante (4). Nel 1998 l'incidenza negli Stati Uniti era di

0.64 per mille nati vivi, corrispondente a 2500 bambini deceduti ogni anno (5). L'incidenza di questa patologia non è mai stata stimata in Italia a livello nazionale; nella regione Lombardia, nel periodo 1994-96, la SIDS (codice diagnosi 798.0) rappresentava ancora il 3% delle cause di morte nel primo anno di vita, essendo la singola causa di morte più frequente dopo le malformazioni congenite e le condizioni morbose di origine perinatale; sempre in Lombardia, la stima dell'incidenza, considerando anche le cause di morte non direttamente codificate come SIDS, era compresa tra lo 0.15 e lo 0.39 per mille nati vivi (6).

Per spiegare le cause della sindrome sono state formulate numerose teorie (apnea improvvisa e spontanea favorita dal sonno, deficienze metaboliche, instabilità cardiaca, genesi multifattoriale). La teoria dell'instabilità elettrica cardia-

ca (associazione del prolungamento dell'intervallo QT con la morte improvvisa), sviluppata soprattutto da studiosi italiani (Schwartz et al.) (7-9), ha suscitato notevole interesse e dibattito, non solo a livello scientifico. I risultati di Schwartz, anche in accordo con quanto prefigurano gli Autori, potrebbero infatti in linea teorica comportare precise conseguenze operative per la prevenzione secondaria della morte per SIDS, ossia per l'identificazione, il follow-up e il trattamento di bambini a supposto rischio per il fatto di avere un intervallo QT superiore alla norma. Benché la proposta di valutare la lunghezza del tratto QT all'ECG su tutti i nati sia stata ampiamente discussa e criticata su riviste specializzate nazionali e internazionali (4,10,11), il problema della definizione delle categorie di bambini a rischio è più che mai attuale, per lo meno in Italia. Come riportato anche su questa Rivista nella rubrica Info (n. 1/2004, pag. 23) è attualmente all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera una proposta di legge sulla "Prevenzione e diagnosi della morte inaspettata del lattante e del feto", che prevede tra l'altro che le regioni possano attivare per le categorie a rischio programmi per l'utilizzo di strumentazione di supporto, tra cui i cardiomonitore.

In questo articolo ci proponiamo perciò di rivedere criticamente la teoria del QT prolungato nella patogenesi della SIDS anche alla luce delle sue implicazioni pratiche e organizzative.

Le basi teoriche

È noto che il prolungamento dell'intervallo QT rappresenta uno stato di instabilità cardiaca che può predisporre ad aritmie potenzialmente letali. Nel 1966 Fraser e Frogart (12) avevano osservato nel neonato una associazione tra intervallo QT prolungato e un'aritmia cardiaca letale, ma sono soprattutto gli studi successivi di Schwartz (7-9) e della sua

Per corrispondenza:

Eva Buiatti

e-mail: eva.buiatti@arsanita.toscana.it

aggiornamento avanzato

équipe che esaminano questo aspetto fisiopatologico della SIDS. Nel 1976 (7) questo Autore aveva ipotizzato un possibile legame patogenetico tra un'anormale sviluppo dell'innervazione simpatica del cuore e la successiva fibrillazione ventricolare; nel 1982 (8) con i suoi collaboratori riscontra un aumento del QTc durante il secondo mese di vita, un picco tra il secondo e il terzo mese e una diminuzione ai valori della nascita a circa sei mesi; la ridotta stabilizzazione elettrica del cuore in questi periodi di vita del lattante viene considerata come strettamente parallela alla nota epidemiologia della SIDS. I risultati conclusivi degli studi di Schwartz e coll. sono stati oggetto nel 1998 di una pubblicazione sul *New England Journal of Medicine* (9). I dati riassuntivi del lavoro sono presentati nella **tabella 1** e le principali critiche comparse in letteratura sono sintetizzate nella **tabella 2**.

Le maggiori difficoltà nel trarre conseguenze pratiche da questi studi sono di tipo organizzativo ed etico: il 98% dei bambini ha un intervallo QT normale; solo il 2% ha un intervallo QT borderline o moderatamente elevato (tra 440 e 460 msec); in questi casi, secondo le opinioni di Schwartz e coll. vi è incertezza sulla migliore strategia terapeutica ed è prudente eseguire un secondo ECG, mentre quei bambini che hanno intervalli QTc molto allungati (uguale o superiore a 470 msec) (solo 2 su 34.442 nella casistica di Schwartz), dovrebbero essere trattati con beta-bloccanti fino a che non sia confermata da ulteriori analisi la diagnosi di sindrome del QT lungo.

La proposta è quindi di applicare uno screening elettrocardiografico sulla popolazione neonatale, il cui rapporto costo/efficacia è stato esaminato da Zupancic e coll. (20). Secondo questi Autori l'accettabilità di un tale procedimento dipende in modo preponderante dal meccanismo fisiopatologico della SIDS e dall'efficacia del monitoraggio e del trattamento antiaritmico. Gli Autori concludono che la natura dell'associazione QT lungo-SIDS deve essere ulteriormente chiarita prima che sia giustificato uno screening elettrocardiografico neonatale di routine.

Riguardo all'efficacia della terapia con

TABELLA 1: DATI RIASSUNTIVI DELLA PUBBLICAZIONE DI SCHWARTZ E COLL. (9) SUL RAPPORTO TRA PROLUNGAMENTO DELL'INTERVALLO QT E SIDS

- Nel periodo 1976-94 è stato eseguito, il terzo e quarto giorno dalla nascita, un esame elettrocardiografico a 34.442 neonati sani; furono analizzati più in dettaglio 9725 ECG e misurato l'intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca (QTc).
- Durante un anno di follow-up vi furono 34 morti, 24 delle quali attribuite a SIDS con un'incidenza di 0.7 per mille nati vivi.
- Dodici delle 24 vittime di SIDS avevano un intervallo QTc prolungato, ossia > 440 msec (97.5 centile), mentre i bambini che erano viventi a un anno o che erano deceduti per altre cause avevano valori non superiori a 420 msec.
- La Odds Ratio (OR) per la SIDS nei bambini con intervallo QTc prolungato (> 440 msec) era 41.3 (intervallo di confidenza al 95%: 17.3-98.4).
- Lo studio suggeriva l'opportunità di uno screening elettrocardiografico diffuso e di un eventuale trattamento farmacologico dei bambini con QTc prolungato.

TABELLA 2: CRITICHE ALLA TEORIA DEL QT PROLUNGATO NELLA GENESI DELLA SIDS

- In uno studio precedente effettuato su 7254 bambini, di cui 15 deceduti per SIDS, non furono trovate differenze nella durata del QT nei bambini deceduti rispetto a quelli sopravvissuti (13).
- Mentre nella sindrome del QT lungo familiare vi è una forte associazione tra grado di prolungamento dell'intervallo QT e il rischio di eventi gravi, tale associazione non risulta dal lavoro di Schwartz del 1998 (14).
- Lo studio nei parenti di 1° grado delle vittime di SIDS effettuato da Kukulich e coll nel 1977 o nei sopravvissuti della "near miss" non ha mostrato evidenza di prolungamenti del QT (15).
- Vi sono difficoltà pratiche nelle misurazioni dell'intervallo QT per la possibilità di includere onde U e nel considerare le variazioni dell'intervallo QT con le variazioni della frequenza cardiaca (11); solo 2 bambini nello studio di Schwartz et al del 1998 avevano un QT veramente prolungato (≥ 470 msec).
- Non vengono specificati nello studio di Schwartz e coll. i criteri diagnostici della SIDS (storia clinica, circostanze della morte, dati autoptici), né se erano presenti altri fattori di rischio (posizione prona, fumo della madre, tipo di giaciglio, condivisione del letto) (11).
- Nei pazienti con sindrome del QT lungo sono solitamente riscontrabili aritmie ventricolari e in particolare torsioni di punta (nello studio di Garson solo il 9% dei casi erano deceduti senza una precedente aritmia); queste anomalie non sono mai state osservate non solo nei 24 bambini morti per SIDS nello studio di Schwartz e coll. (10,16), ma neppure in altri studi che hanno riferito di bambini deceduti per SIDS, mentre erano collegati a monitor cardiorespiratori, né in pazienti sopravvissuti a un evento minaccioso per la vita (17,18).
- Non vi è un eccesso di morti infantili nelle famiglie con sindrome del QT lungo accertata (17).
- Nel lavoro di Schwartz il rischio del QT lungo non è stato valutato insieme ad altri fattori di rischio noti (ad esempio posizione e fumo materno): il rischio relativo di 40 e la frazione eziologica del 50% non sono quindi stime robuste, in quanto si basano solo su un'analisi univariata (2).
- I difetti del gene SCN5A riscontrati in casi isolati di SIDS spiegano soltanto circa il 5-10 % dei casi della sindrome del QT lungo (18,19).

beta-bloccanti nei pazienti con QT lungo è importante ricordare i dati dello studio di Moss e coll. (21) effettuato su 869 pazienti con sindrome del QT lungo congenita, provenienti da un registro interna-

zionale. Gli Autori osservarono una significativa riduzione degli eventi cardiaci (sincope, arresto cardiaco abortito o morte) con il trattamento con beta-bloccanti; tuttavia, nonostante il trattamento,

questi eventi si verificarono egualmente nel 32% dei casi nei 5 anni di follow-up. Dovrebbero quindi essere trattati 100 bambini per salvare la vita a 2, oppure monitorizzare a domicilio quei 68 neonati su 69 che non andrebbero mai incontro a SIDS, pur avendo un QTc lungo. È d'altra parte noto che i test di screening per malattie rare devono avere alta specificità per ridurre al minimo i falsi positivi. Questo aspetto del problema è particolarmente rilevante se i falsi positivi vanno incontro a un trattamento (con beta-bloccanti) non privo di effetti collaterali.

Le prospettive di ricerca

Dopo il 1998, con lo sviluppo delle ricerche genetiche, si sono moltiplicati gli studi sugli aspetti genetici della SIDS e sul suo rapporto con la sindrome del QT lungo. Sappiamo oggi che la sindrome del QT lungo ha una base genetica e si può sviluppare in più membri della stessa famiglia, alcuni dei quali vanno incontro ad aritmie ventricolari gravi e morte improvvisa.

Schwartz e coll. (22) hanno descritto in un bambino con QT lungo sopravvissuto a fibrillazione ventricolare una mutazione (S941N) nel gene che regola il passaggio del sodio nel cuore (SCN5A); questo gene risulta associato alla sindrome del QT lungo familiare. Le analisi del DNA dei genitori non hanno mostrato una mutazione simile, provando così che il bambino aveva avuto una mutazione "spontanea". Secondo Schwartz si tratta di "una prova del concetto e il culmine di un lavoro iniziato 25 anni prima": i neonati con QT lungo possono andare incontro a SIDS per mutazioni spontanee. Anche in un altro bambino deceduto per SIDS, sempre studiato da Schwartz e coll. (23), viene riscontrata una mutazione puntiforme, non presente nei genitori e nella sorella, che avevano anche normali valori di QT. Infine Wedekind e coll. (24) descrivono anch'essi il caso di un bambino con QT estremamente prolungato con mutazione di SCN5A.

La rilevanza del fenomeno può essere apprezzata dall'osservazione dei dati di Ackerman e coll. (25), che hanno eseguito post-mortem analisi molecolari di

tessuto miocardico in 93 casi di SIDS e riscontrato mutazioni nel SCN5A in soli 2 casi. Towbin e Ackerman (26) suggeriscono che le mutazioni SCN5A siano cause significative, ma evidentemente non le uniche, di SIDS e suggeriscono la possibilità di effettuare uno screening per le mutazioni di questo gene e altri geni che regolano i canali ionici.

L'attenzione allo screening quindi si sposta dal QT lungo alle mutazioni genetiche. Tuttavia, nelle conclusioni del lavoro originale, Ackerman e coll. (25) sottolineano che la possibile identificazione pre-mortem dei bambini particolarmente a rischio è ancora oggetto di dibattito, ed è dubbio se le loro vite possano essere salvate. Affermano inoltre che "è improbabile che in un prossimo futuro vengano eseguiti test genetici routinari dei neonati per la ricerca di difetti genetici SCN5A".

L'applicabilità nella pratica

Gli studi molecolari e genetici, estremamente interessanti dal punto di vista della ricerca scientifica, non spostano quindi il problema nei suoi aspetti pratici e organizzativi. In sostanza il SSN può pensare di:

1. eseguire un elettrocardiogramma di routine a tutti i neonati
2. identificare i casi con QT allungato
3. eseguire un'indagine genetica su di loro e sui loro familiari
4. monitorizzare quelli a rischio
5. trattarli con beta-bloccanti, anche per alcuni mesi, come proposto da Schwartz nel 2001?

Nel rispondere a questo quesito occorre tenere presente: a) l'elevato numero di falsi positivi da sottoporre inutilmente a ulteriori controlli e monitoraggi; b) i possibili effetti collaterali, anche importanti, di una terapia con beta-bloccanti; c) l'entità dello stress familiare indotto.

Nel nostro Paese, secondo i dati di Schwartz, vi sarebbero ogni anno 13.000 neonati con QTc superiore a 440 msec da sottoporre a continui controlli ed eventualmente a terapia con beta-bloccanti. È molto probabile che, alla luce delle conoscenze attuali, ferma restando la necessità di proseguire la ricerca su questo importante argomento, gli sforzi organiz-

zativi debbano piuttosto essere indirizzati ad educare la popolazione sui fattori di rischio per SIDS noti e non ancora eliminati; a questo proposito si può citare la ricerca di Gelardi e coll. (27) che, mediante un questionario distribuito alle famiglie di 20 bambini deceduti per SIDS con rilievi autoptici in 16 casi, hanno riscontrato come nel 2001 ancora 16 di questi bambini fossero in posizione prona al momento del decesso. Come molti studi hanno dimostrato, la morte per SIDS è associata a fattori di origine biologica (sesso maschile, basso peso alla nascita, nascite gemellari), sociale (madri giovani e non sposate con situazione familiare disagiata) e ambientale (fumo dei genitori, affollamento domestico). Dati anche recenti, pubblicati su una rivista prestigiosa quale *Lancet* (3), suggeriscono che molte morti potrebbero essere evitate se questi bambini fossero posti a dormire in posizione supina, poco coperti e comunque non coperti da indumenti che rischiano di "soffocarli" durante il sonno. ♦

Bibliografia

- (1) Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberation of an expert panel convened by the Nation Institute of Child Health and Human. *Develop Pediatr Pathol* 1991;11:677-84
- (2) Mastroiacovo P, Maggio L, Miceli Sopo S, Zampino G. Prevenzione primaria della SIDS. Le evidenze disponibili per fornire raccomandazioni ai genitori. *Prospettive in Pediatria* 2000;30:289-301
- (3) Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91
- (4) Davies DP. Short QTc interval as an important factor in sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 1999;80:105-9
- (5) Guyer B, Hoyert DL, Martin JA, et al. Annual summary of vital statistics, 1998. *Pediatrics* 1999;104:1229-46
- (6) Monti MC, Montomoli C, Marinoni A, et al. Mortalità infantile e morte improvvisa in culla in Lombardia. *Epidemiologia e Prevenzione* 2004; 28:13-9
- (7) Schwartz PJ. Cardiac sympathetic innervation and the sudden infant death syndrome: a possible pathogenic link. *Am J Med* 1976;60:167-72
- (8) Schwartz PJ, Montemerlo M, Facchini M, et al. The QT interval throughout the first six months of life: a prospective study. *Circulation* 1982;66:496-501
- (9) Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Segantini A, et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338:1709-14
- (10) Guntheroth WG, Spiers PS. Prolongation of

Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena
Comune di Cesena - AUSL Cesena - ACP Romagna

CESENA - Sabato 12 marzo 2005

Sala Convegni Ospedale Maurizio Bufalini di Cesena

NASCERE INSIEME

con la famiglia, coi servizi, con la comunità

ore 9-13 **IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ. Interventi e prove di efficacia**

Tavola rotonda introdotta e coordinata da **Giorgio Tamburini (Trieste)**

Il sostegno alla genitorialità alla nascita *G. Gori (Forlì)*

Il progetto di home visiting nel Comune di Roma *M. Ammaniti (Roma)*

Il progetto Mamme Insieme nel Territorio di Cesena *F. Ciotti (Cesena)*

Gli interventi di sostegno alla genitorialità, prove di efficacia *D. Baronciani (Modena)*

ore 14-17 **IL PERCORSO NASCITA NEL TERRITORIO DI CESENA.**
Limiti e trasferibilità di una esperienza

Tavola rotonda introdotta e coordinata da **Giancarlo Biasini**

Il percorso nascita in ospedale *P. Montagner*

Gli interventi del Consultorio Familiare *O. Rossi*

Le azioni della Pediatria di Comunità *M. Farneti*

Il ruolo del Pediatra di Famiglia *P. Faberi*

Le attività dei Centri per le Famiglie *V. Severi*

Discussant: **Giorgio Tamburini**

Segreteria

Programma Materno-Infantile AUSL Cesena

Tel. 0547-394286 - fax 0547-394283

E-mail: fcioffi@ausl-cesena.emr.it

Iscrizione al convegno e colazione di lavoro sono gratuite.

È stata richiesta la attribuzione dei crediti ECM

TABIANO XIV 25-26 Febbraio 2005

TRE REGOLE PER...

Venerdì 25 febbraio

ore 9.15 **Tre regole per...**

... il GER *S. Martellosi (Trieste)*

... la gestione quotidiana dell'asma *E. Barbi (Trieste)*

... la diagnostica per immagini nefrourologici *L. Peratoner (Pordenone)*

... l'emicrania *F. Panizon (Trieste)*

ore 11.45 **Sessioni parallele**

Il GER *S. Martellosi (Trieste)*

La gestione quotidiana dell'asma *E. Barbi (Trieste)*

Gli esami di immagine nefrourologici *L. Peratoner (Pordenone)*

L'emicrania *F. Panizon (Trieste)*

ore 15.00 **Tre regole per...**

...l'OME *C. Iagher (Tabiano)*

...parlare alle mamme *M. Gangemi (Verona)*

...risolvere un caso *G. C. Biasini (Cesena)*

...la congiuntivite vernal *P. Nucci (Milano)*

ore 17.30 **Sessioni parallele**

Parlare alle mamme *M. Gangemi (Verona)*

Risolvere un caso *G. C. Biasini (Cesena)*

Riflesso rosso e stereotest *P. Nucci (Milano)*

Sabato 26 febbraio

ore 9.00 **Tre regole per...**

... le integrazioni negli allattati al seno *G. La Gamba (Catanzaro)*

... la tonsillite *F. Panizon (Trieste)*

... la dislessia *A. Scabar (Trieste)*

... parlare al bambino *L. Peratoner (Pordenone)*

11,30 I disturbi borderline dell'adolescente *R. Aliverti (Trieste)*

ore 12.00 **Tre regole per...**

... fare il pediatra *F. Panizon (Trieste)*

È stata richiesta la attribuzione dei crediti ECM

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: TERME DI TABIANO

Tel. 0524 565523 - Fax 0524 565497

the QT interval and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1999;103:813-4

(11) *Tonkin SL, Clarkson PM.* A view from New Zealand: Comments on the prolonged QT theory of SIDS causation. *Pediatrics* 1999;103:818-9

(12) *Fraser BR, Frogatt P.* Unexpected cot death. *Lancet* 1966, ii:56

(13) *Southall DP, Arrosmith WA, Stebbens V, Alexander JR.* QT interval measurements before sudden death syndrome. *Arch Dis Child* 1986; 61:327-33

(14) *Garson A, Dick M, Fournier A, Gillette PC, et al.* The long QT syndrome in children. An international study of 287 patients. *Circulation* 1993; 87:1866-72

(15) *Kukolich, et al.* Sudden infant death syndrome: normal QT interval on ECG of relatives. *Pediatrics* 1977;60:51-4

(16) *Guntheroth WG, Spiers SP.* Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 1998;339:1161

(17) *Guilleminault C.* SIDS, near-miss SIDS and cardiac arrhythmia. *Ann NY Acad Sci* 1988; 533:358-68

(18) *Sadeh D, Shannon DC, Abboud S, et al.* Altered cardiac repolarization in some victims of sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 1987;317:1501-5

(19) *Ali RHH, Zareba W, Moss AJ, et al.* Clinical and genetic variables associated with acute arousal and nonarousal-related cardiac events among subjects with the long QT syndrome. *Am J Cardiol* 2000;85:457-61

(20) *Zupancic JA, Triedman JK, Alexander M, et al.* Cost-effectiveness and implications of newborn screening for prolongation of QT interval for the prevention of sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2000;136:481-9

(21) *Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, et al.* Effectiveness and limitations of beta-blocker therapy in congenital long-QT syndrome. *Circulation* 2000; 101:616-23

(22) *Schwartz PJ, Priori SG, Dumaine R, et al.* A molecular link between the infant death syndrome and the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2000; 343:262-7

(23) *Schwartz PJ, Priori SG, Bloise R, et al.* Molecular diagnosis in a child with sudden infant death syndrome. *Lancet* 2001;358:1342-3

(24) *Wedekind H, Smits SG, Napolitano C, et al.* A molecular link between the sudden infant death syndrome and the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2001;104:1158-64

(25) *Ackerman MJ, Siu BL, Sturner WQ, et al.* Postmortem molecular analysis of SCN5A defects in sudden infant death syndrome. *JAMA* 2001; 286:2264-9

(26) *Towbin JA, Ackerman MJ.* Cardiac sodium channel gene mutations and sudden infant death syndrome. Confirmation or Proof of concept? *Circulation* 2001;104:1092-3

(27) *Gelardi G, Lepori A, Miceli V, Carnelli V.* Analisi dei fattori di rischio per SIDS: esperienza di un centro di riferimento. *Ped Med Chir* 2001; 23:165-8

La profilassi delle infezioni da VRS con Palivizumab: le evidenze

Carlo Corchia
Neonatologo, Roma

Abstract

Prophylaxis of respiratory syncytial virus infections (VRS) with Palivizumab: evidences

Many scientific societies like AAP in the USA and SIN in Italy propose the use of palivizumab for the prophylaxis of VRS infections in high risk newborns. Recommendations for very small for gestational age and DBP (Bronchopulmonary dysplasia) newborn are based on one RCT study where Palivizumab halved hospitalisation. However in this study the principle of researcher's complete independence was not respected. In our country these recommendations have been recently reviewed and extended without the proper consideration that the original study's analysis should have stimulated. In this article a brief history of Palivizumab is presented and a critical reading of the research's results applied to an infant population suggested, with particular regards to subjects with risks.

Quaderni acp 2004; 11(6): 262-265

Key words Respiratory syncytial virus. Immunoprophylaxis. High risk newborn. Medical Professionalism. Conflict of interest

Il Palivizumab viene proposto da molte società scientifiche, tra cui l'AAP negli USA e la SIN in Italia, per la profilassi delle infezioni respiratorie da VRS nei neonati a rischio. Per i neonati di età gestazionale molto bassa e per quelli affetti da displasia broncopulmonare le raccomandazioni si basano sui risultati di un unico RCT in cui l'uso del farmaco si associava al dimezzamento della probabilità di ricovero per questa patologia. In questo studio, tuttavia, il principio di indipendenza dei ricercatori non sembra essere stato completamente rispettato. Nel nostro Paese le raccomandazioni sono state recentemente riviste e rese più "estensive" senza le riflessioni che lo studio originale avrebbe dovuto stimolare. In questo articolo viene presentata una breve storia del Palivizumab e viene suggerita una lettura critica dei risultati della ricerca clinica applicati alla popolazione infantile, in particolare ai soggetti a rischio.

Parole chiave Virus respiratorio sinciziale. Immunoprofilassi. Neonato ad alto rischio. Professionalità medica. Conflitto d'interessi

Lo scenario

Lo scenario di questo articolo riguarda l'uso del Palivizumab, anticorpo monoclonale la cui somministrazione viene attualmente raccomandata ad alcune categorie di bambini come strumento preventivo delle infezioni da virus respiratorio sinciziale (VRS) durante la stagione epidemica. La storia non è nuova; ma, come molte cose che fuggono nel tempo, lascia dietro di sé prassi consolidate entrate nell'uso corrente tanto da divenire "standard" di comportamento. Gli aspetti clinici ed epidemiologici della malattia da VRS sono ampiamente noti e rappresentano una base "emotiva" e di "grande presa" per la giustificazione della profilassi con Palivizumab. Non mi

soffermo su di essi; vorrei piuttosto richiamare alla memoria l'iter che ha portato alla quasi universale proposta di impiego di questo prodotto e riflettere su alcune chiavi di lettura dei risultati dei pochissimi trial clinici randomizzati (RCT) in cui è stato sperimentato.

Gli studi disponibili

Sono disponibili due studi: uno, l'*IMPACT-RSV Study* del 1998, su bambini nati a meno di 36 settimane di età gestazionale (EG) con età ≤ 6 mesi e su bambini di età ≤ 24 mesi affetti da displasia broncopulmonare (DBP) (1), e l'altro (Feltz TF, Cabalka AK, Meissner HC, Piazza FM, Carlin DA, Top FH, Connor EM, Sondheimer HM. Palivizumab prophylaxis reduces hospitalization due to respiratory syncytial virus in young children with hemodynamically significant congenital heart disease. *J Pediatr* 2003; 143:532-40) del 2003, su bambini di età ≤ 24 mesi con cardiopatie congenite emodinamicamente significative (2). Entrambi sono studi multicentrici multinazionali e ad entrambi hanno partecipato, nel primo addirittura come corresponding author, ricercatori della ditta produttrice del Palivizumab, la statunitense Medimmune Inc. Un evidente conflitto di interesse. Vi sono poi altri tre RCT nei quali sono state invece utilizzate delle immunoglobuline policlonali, e questi insieme all'*Impact-RSV Study* fanno parte di una revisione sistematica Cochrane (3). La conclusione della revisione è che la profilassi è efficace nel prevenire l'ospedalizzazione dovuta a infezione da VRS nei soggetti di EG < 35 settimane e di età cronologica < 6 mesi e in quelli di età inferiore a 2 anni con displasia broncopulmonare. Alla fine della revisione uno degli Autori dichiara un potenziale conflitto d'interessi poiché è stato consulente retribuito della Medimmune e della Abbott, ditta, quest'ultima, distributrice del prodotto.

I conflitti di interesse negli studi
Nasce qui il primo elemento di riflessione. Fra le responsabilità elencate nella nuova "Carta della Professionalità Medica" vi è l'impegno a conservare la fiducia (dei pazienti e della società), affrontando e rendendo pubblici i conflitti d'interesse quando il medico o le organizzazioni mediche stabiliscono rapporti di lavoro con aziende produttrici di apparecchiature mediche o con ditte farmaceutiche (4). Ma è sufficiente rendere palese il possibile conflitto d'interessi per garantirsi contro inquinamenti 'ideologici' o 'economici' delle ricerche? Sicuramente è importante, ma purtroppo non basta. Spesso gli studi sponsorizzati direttamente dalle ditte sono di ottima

Per corrispondenza:
Carlo Corchia
e-mail: corchiacarlo@virgilio.it

leggere e fare

qualità metodologica e di conseguenza possono facilmente indurre a ritenere clinicamente rilevanti i risultati conseguiti. Non c'è, però, una relazione diretta tra rilevanza clinica e metodologia della ricerca; i due aspetti vanno sempre tenuti separati. In uno studio pubblicato su *Lancet* nel 2000 sono stati presi in esame 136 RCT riguardanti il mieloma multiplo e valutati soprattutto per quel che riguarda l'aderenza al principio d'incertezza (5). Mediamente gli studi finanziati totalmente o in parte da organizzazioni commerciali erano di migliore qualità rispetto a quelli finanziati da organizzazioni governative o non profit. Però, mentre in questi ultimi veniva rispettato il principio d'incertezza, con il 47% in favore delle nuove terapie e il 53% in favore di quelle standard, lo stesso non avveniva per i primi, con il 74% in favore delle nuove terapie e il 26% in favore di quelle standard. Tutto ciò costituisce motivo di preoccupazione se si pensa che la ricerca è finanziata in misura ormai preponderante dall'industria privata e che anzi l'intervento del privato è caldeggiato e favorito da parte dei governi come rimedio contro l'esiguità delle risorse. Ma perché qualcuno che ha come interesse prevalente il profitto dovrebbe rischiare il proprio capitale per qualcosa che è assolutamente incerto? Chi fa un investimento è disposto a rischiare ma sempre col suo personale convincimento che alla fine ne trarrà un vantaggio, avendo preso in considerazione tutti gli scenari possibili; viceversa sarebbe un cattivo imprenditore. Ecco allora che le promesse di benessere e le malattie, vere o false, vengono sempre più spesso vendute sul mercato, frequentemente con il contributo di alleanze inedite fra ditte farmaceutiche, medici e anche gruppi di consumatori (6).

La "tempestività" degli studi

Ma torniamo al Palivizumab, tralasciando i suoi effetti nei bambini cardiopatici; concentriamoci in particolare sull'unico RCT effettuato nei neonati pretermine e in quelli con DBP. Lo studio è comparso nel numero di settembre 1998 di *Pediatrics* (1). Solo dal giugno dello stesso anno il prodotto era stato approvato dalla FDA americana e nel successivo

mese di novembre 1998, sempre su *Pediatrics*, veniva pubblicato un update delle indicazioni dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP) per la profilassi delle infezioni da VRS (7). In soli cinque mesi era stato fatto tutto!

Da lì un effetto a catena ha trascinato molte società scientifiche ad allinearsi rapidamente, in tutto o parzialmente, alla AAP. Altre storie non sono state così rapide. Basti ricordare quella della somministrazione di steroidi prenatali per la prevenzione della malattia delle membrane ialine, la cui efficacia è stata definitivamente riconosciuta dopo oltre vent'anni e dopo l'effettuazione di numerosi trial successivi al primo, che già l'aveva dimostrata (8).

Una nostra vecchia conoscenza diceva che a pensar male si fa peccato, ma che quasi sempre ci si azzecca. Riflettiamo su queste due vicende: nel caso degli steroidi prenatali non c'era nessun nuovo farmaco da lanciare sul mercato. C'era un prodotto già ampiamente in uso per altre indicazioni e a basso costo. Nel caso del Palivizumab si trattava di un farmaco nuovo, per la realizzazione del quale erano stati fatti notevoli investimenti economici. Perché questi fossero redditizi, era necessario "spingere" sul prodotto, venderlo a costi molto elevati e agire in tempi brevi, perché già si vedevano all'orizzonte possibili nuovi mezzi per la profilassi delle infezioni da VRS. Ecco quindi un tipico esempio di mercato della salute, che ha visto la convergenza di diversi gruppi, tra cui anche quello (probabilmente ignaro) dei cittadini; poco importa se tutto grava sui già sconquassati conti pubblici e se la spesa farmaceutica è fuori controllo.

Le evidenze disponibili

Noi medici dobbiamo limitarci a prendere in considerazione l'efficacia di un farmaco senza fare considerazioni di tipo economico? Accettiamolo e vediamo l'efficacia del Palivizumab. Ciò che lascia perplessi è l'outcome primario utilizzato per valutare l'effetto della profilassi, cioè l'ospedalizzazione per infezioni da VRS, nell'assunzione che l'ospedalizzazione esprima indirettamente la gravità del quadro morboso. Noi sappiamo che il rischio di ricovero per malattia da

VRS nei bambini pretermine senza altri fattori di rischio è molto variabile da studio a studio (1-20%) (9) e che probabilmente queste differenze sono legate a una diversa propensione all'ospedalizzazione in popolazioni e situazioni differenti; esse sono in larga parte indipendenti dalla gravità del problema clinico.

L'NNT

Tali differenze, pur a parità di efficacia relativa, si riflettono sull'NNT, cioè sul numero di soggetti da trattare per averne almeno uno 'salvato' dal trattamento. Nell'IMPact-RSV Study la frequenza di ospedalizzazione è rispettivamente del 10,6% nel gruppo placebo e del 4,8% nel gruppo dei trattati (RR, rischio relativo, 0,45; ARR, riduzione assoluta di rischio, 5,8%; NNT 17). In altro contesto, se la frequenza di ospedalizzazione nei non trattati fosse del 5%, l'NNT sarebbe 36, con un carico assistenziale ed economico sul servizio sanitario ben diverso. Sempre nell'IMPact-RSV Study l'NNT è risultato di 20 e 16 nei neonati con e senza malattia respiratoria cronica (CLD), e di 19 e 13 rispettivamente nei soggetti <32 e di 32-35 settimane di EG.

Gli indicatori di gravità

Nessuna differenza statisticamente significativa è stata riscontrata fra trattati e non trattati per quel che riguarda mortalità, frequenza e numero medio di giorni di utilizzo della ventilazione meccanica, e giorni di ricovero in terapia intensiva per 100 soggetti. Sembra quindi che gli esiti espressione di gravità della malattia non siano influenzati dal trattamento profilattico, e che questo possa essere comunque più "remunerativo", in termini di impegno assistenziale per evitare l'ospedalizzazione, nei soggetti a minor rischio, cioè quelli moderatamente pretermine e senza CLD. Ciò, di conseguenza, avrebbe dovuto far nascere almeno qualche interrogativo sull'opportunità della profilassi con uno strumento farmacologico tanto costoso. La storia è stata di tutt'altro genere e già pochi mesi dopo la pubblicazione dell'IMPact-RSV Study sono stati organizzati importanti simposi e divulgate revisioni internazionali sui nuovi approcci nella prevenzione delle infezioni da VRS (10,11).

Il trasporto delle "evidenze" in Italia

In Italia le prime raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN) per la prevenzione della malattia da VRS hanno visto la luce nel 2000 (12). All'interno del Direttivo della SIN allora in carica, che risulta averle formalmente approvate, furono espresse, anche da chi scrive, delle forti perplessità per l'assenza nel testo degli elementi di riflessione che sono stati illustrati. Queste perplessità non furono tenute in debito conto e si preferì adottare una linea "decisionista", riferendosi, sia pur con criteri più restrittivi, a quanto suggerito dall'AAP e dalla Società Spagnola di Neonatologia. Le raccomandazioni furono prontamente utilizzate dalla ditta distributrice del Palivizumab. Esse contenevano, tra l'altro, un elemento di pressione professionale e psicologica. L'ultima frase recitava: *"Riteniamo inoltre che non profilassare soggetti ad elevato rischio, per i quali è altamente raccomandata la prevenzione, possa costituire una pratica suscettibile di critiche"*. Successivamente la SIN ha promosso e finanziato uno studio denominato "Progetto Italiano Sorveglianza e Profilassi VRS", in cui una coorte di neonati dimessi da 148 centri di Neonatologia dal 1° luglio 2002 al 31 maggio 2003 è stata seguita nel tempo per valutare l'entità dell'aderenza ai criteri previsti nelle raccomandazioni (13). Lo studio non prevedeva alcun dato di outcome, come era lecito attendersi per avere una conferma 'sul campo' dell'efficacia della profilassi, e somigliava molto a una mera indagine di mercato. Complessivamente il 35% di tutti i soggetti teoricamente profilassabili aveva ricevuto almeno una dose di Palivizumab, con frequenze decrescenti dal 70% al 45% e al 10% circa rispettivamente nei bambini <28 settimane, di 29-32 settimane e di 33-35 settimane. Tuttavia, l'aspetto forse più rilevante in relazione agli scopi dello studio era rappresentato dal fatto che, a fronte delle teoriche 8000 dosi previste di farmaco, ne erano state somministrate solo poco più della metà. Un risultato troppo poco remunerativo, ottenuto per di più in un mercato già di per sé caratterizzato da raccomandazioni troppo 'restrittive'. E infatti, qual era l'ultima fra le proposte elencate alla fine dello studio? Natural-

mente la revisione delle raccomandazioni SIN allora in vigore; e la revisione non si è fatta attendere. Preceduta ancora una volta da un nuovo statement dell'AAP (14), essa è stata presentata all'ultimo Congresso Nazionale della SIN svoltosi nel maggio 2004 (9). Questa volta però, a differenza della prima, i criteri per la profilassi sono più "generosi" di quelli dell'AAP per quel che riguarda l'età a cui profilassare i bambini di EG 29-31 settimane e per il numero e le caratteristiche dei fattori di rischio che, se presenti almeno in numero di due nei soggetti di 32-35 settimane di EG, dovrebbero far prendere in considerazione la somministrazione del farmaco. Molti di questi fattori di rischio, infatti, non sono inclusi fra quelli considerati dalla AAP, come, ad esempio, il peso alla nascita <2500 g (almeno i due terzi di tutti i neonati di 32-35 settimane di EG pesa meno di 2500 g) e l'assenza di allattamento al seno (con che frequenza prendono latte materno alla dimissione i neonati di 32-35 settimane di EG in Italia?). Le raccomandazioni della SIN, inoltre, non contengono tutta una serie di analisi e riflessioni critiche che pure sono presenti in quelle americane (14). Esse sono, invece, caratterizzate da alcuni errori concettuali, il più importante dei quali è contenuto nell'affermazione: *"La profilassi passiva risulta essere attualmente l'unico sistema per evitare l'infezione da VRS"*. Difatti, ciò che attualmente possiamo dire sulla base dell'evidenza disponibile è solo che *la profilassi passiva riduce il rischio di ospedalizzazione, non di infezione*. La letteratura pediatrica si è arricchita negli ultimi anni di studi osservazionali che hanno verificato e raccontato l'efficacia del Palivizumab. È eccezionale trovare delle raccomandazioni restrittive sull'uso della profilassi passiva per le infezioni da VRS; fra queste meritano menzione quelle svedesi che, in assenza di DBP, ne suggeriscono l'uso solo nei neonati di EG <26 settimane e affermano che l'evidenza per proporle in soggetti di EG maggiore è insufficiente (15).

Conclusioni

In termini di analisi costo-beneficio ci troviamo di fronte a un paradosso. Infatti, per prevenire in modo consistente l'osped-

alizzazione, bisognerebbe trattare proprio i soggetti a minor rischio. Se, al contrario, vengono trattati esclusivamente o prevalentemente i soggetti ad alto rischio, la riduzione della probabilità di ospedalizzazione è minore e nello stesso tempo non si ottiene alcun beneficio nei pazienti più gravi, cioè in quelli che necessitano di terapia intensiva. Quindi, spendendo molto, preveniamo l'ospedalizzazione in soggetti che non starebbero tanto male; spendendo poco, riduciamo in misura marginale l'ospedalizzazione e non influenziamo l'occorrenza dei casi più gravi. In un modo o nell'altro la somministrazione del Palivizumab sarebbe quanto meno discutibile. Non andrebbe sottovalutata la possibilità di importanti effetti collaterali associati alla somministrazione del farmaco. In un'indagine effettuata negli USA, il Palivizumab è risultato il farmaco più frequentemente sospettato di aver provocato eventi avversi nei primi due anni di vita (28% delle segnalazioni), molto più della Cisapride, che viene al secondo posto ma con un notevole distacco (4% delle segnalazioni) (16). È lecito quindi pensare che i motivi della grande promozione di questo prodotto siano in larga parte legati ad aspetti diversi da quelli propriamente medico-scientifici: incentivi economici, ignoranza e paura di ripercussioni legali (per non aver proposto la profilassi) sono fra questi.

Del resto le ditte farmaceutiche non sono nuove a operazioni di manipolazione dei risultati delle ricerche da loro stesse promosse. Recentemente, come questa rivista ha fatto notare, nello Stato di New York una importante compagnia è stata messa sotto indagine per una "frode ripetuta e persistente" *legata all'occultamento dei risultati di alcuni studi che suggerivano l'inefficacia della paroxetina nel trattamento della depressione negli adolescenti* (17). Proprio per questo i medici e le loro associazioni devono essere in grado di esercitare autonomamente un grande potere di critica, per evitare di creare o esacerbare conflitti d'interesse tali da compromettere il rapporto fiduciario e l'esercizio di un giudizio indipendente di fronte ai problemi dei propri pazienti (18). Purtroppo non sembra che nel caso del Palivizumab il giudizio sia stato del tutto indipendente. ♦

CARO PREZZI LATTE ARTIFICIALE

È immorale che gadget e regali a medici e ospedali colpiscono il consumatore

Comunicato stampa dell'ACP del 6 novembre 2004

Bibliografia

- (1) *The Impact-RSV Study Group*. Palivizumab, a humanized syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics* 1998;102:531-7
- (2) *Feltes TF, Cabalka AK, Meissner HC, Piazza FM, Carlin DA, Top FH, Connor EM, Sondheimer HM*. Palivizumab prophylaxis reduces hospitalization due to respiratory syncytial virus in young children with hemodynamically significant congenital heart disease. *J Pediatr* 2003;143:532-40
- (3) *Wang EEL, Tang NK*. Immunoglobulin for preventing respiratory syncytial virus infection (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2004
- (4) *ABIM Foundation, ACP - ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*. Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6
- (5) *Djulbegovic B, Laceyvic M, Cantor A, Fields KK, Bennett CL, Adams JR, Kuderer NM, Lyman GH*. The uncertainty principle and industry-sponsored research. *Lancet* 2000;356:635-8
- (6) *Moynihan R, Heath I, Henry D*. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Br Med J* 2002;324:886-90
- (7) *American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn*. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of Palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics* 1998;102:1211-6
- (8) *NIH Consensus Conference*. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. *JAMA* 1995;273:413-8
- (9) *Società Italiana di Neonatologia*. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia per la prevenzione delle malattie da virus respiratorio sinciziale (VRS). Aggiornamento 2004. *Acta Neonatologica & Pediatrica* 2004;1:19-29
- (10) *AAVV*. New approaches in the prophylaxis or RSV. *Infections in Medicine* 1999;16, Suppl. C
- (11) *AAVV*. RSV disease: overview of prevention and management. *Infections in Medicine* 1999;16, Suppl. G
- (12) *Società Italiana di Neonatologia*. Raccomandazioni per la prevenzione della malattia da virus respiratorio sinciziale (RSV). *Riv Ital Ped* 2000;26:379-81
- (13) *Società Italiana di Neonatologia*. Progetto Italiano Sorveglianza e Profilassi VRS. *Relazione presentata al Congresso Nazionale SIN, Napoli* 2003
- (14) *American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn*. Revised indications for the use of Palivizumab and respiratory syncytial virus immune globulin intravenous for the prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics* 2003;112:1442-6
- (15) *Swedish Consensus Group*. Management of infections caused by respiratory syncytial virus. *Scand J Infect Dis* 2001;33:323-8
- (16) *Moore TJ, Weiss SR, Kaplan S, Blaisdell CJ*. Reported adverse events in infants and children under 2 years of age. *Pediatrics* 2002;110:e53
- (17) *Dyer O*. GlaxoSmithKline faces US lawsuit over concealment of trials results. *Br Med J* 2004;328:1395
- (18) *Rodwin MA*. Financial incentives for doctors. *Br Med J* 2004;328:1328-9

Non è morale che il rapporto fra ditte, pediatri e ospedali si rifletta sul prezzo del prodotto finale, alterando il mercato dei lattini artificiali oltre limiti accettabili, come avviene nel nostro paese. Gli ospedali comprino il latte in farmacia come qualsiasi medicinale, e i pediatri rifiutino i doni delle ditte.

È la risposta dell'Associazione culturale pediatri all'intervista rilasciata dall'amministratore delegato della Humana Renato Valsasina al "Corriere della Sera", giovedì 28 ottobre 2004, relativamente al caro prezzi del latte artificiale.

Valsasina denuncia che l'alterazione dei prezzi del latte artificiale in Italia dipende in parte dalla necessità di informare i pediatri, dalla pubblicità, dai gadget e dai regali che le ditte fanno a ospedali e medici, sollevando fra l'altro il consueto tormentone dei convegni.

"Un problema che l'AcP si pone da sempre", spiega il presidente Michele Gangemi, rimandando al codice deontologico della sua associazione, che prevede il rifiuto di sponsorizzazioni dalle ditte farmaceutiche che violano i codici internazionali.

"Sollecitiamo a riflettere su questo tema anche le altre associazioni pediatriche - prosegue Gangemi - ricordando anche che uno dei possibili rimedi al caro prezzi del latte artificiale è certamente la via naturale dell'allattamento al seno, ancora poco praticata in Italia rispetto ad altri paesi europei".

"Come associazione pediatrica, l'unica in Italia che si è data un codice di autoregolamentazione con l'industria - aggiunge Sergio Conti Nibali, pediatra messinese, membro della task force dell'AcP in materia di allattamento al seno - accogliamo pienamente la segnalazione di Valsasina: sul prezzo del latte pesano anche i gadget e i regali che ricevono ospedali e medici pediatri. Occorre in materia un intervento politico, per eliminare questa prassi scorretta e nociva al mercato". Un invito che l'AcP rivolge dunque a tutte le associazioni pediatriche: "Se si vuole uno sponsor - prosegue Conti Nibali - si stipula un accordo e si paga un budget annuale alla ditta. Non posso essere sponsorizzato sapendo che a pagare alla fine è il consumatore. Questo è immorale".

Un problema, ricorda infine l'AcP, che riguarda anche gli ospedali: "Le strutture ospedaliere - conclude Conti Nibali - dovrebbero imparare a comprare il latte e le incubatrici autonomamente, in farmacia, come fanno per gli altri prodotti, senza avvalersi dell'aiuto delle ditte, ed eliminando le turnazioni, che prevedono che ogni industria rifornisca, gratuitamente, per alcuni mesi gratuitamente, a turno appunto, il reparto di maternità degli ospedali".

PREZZI DEI LATTI "1" PER LATTANTI

Fonte: Informatore Farmaceutico

Sono segnalati i più economici

Latte / Azienda (ordine alfabetico)	Confezioni piccole (350-600 g) Euro al Kg	Confezioni grandi (750-1100 g) Euro al Kg
Aptamil 1 / Milupa	45.78	40.11
Bebilac 1 / Sicura	19.50	\
Formulat 1 / Dicofarm	44.00	41.33
Holle 1 / Ecor	20.72	\
Humana 1 / Humana	44.50	37.27
Medimilk 1 / Piam	21.11	\
Mellin 1 / Mellin	43.56	41.28
Miltina 1 / Milte	39.17	31.81
Nativà 1 / Guigoz	37.60	35.91
Nidina 1 PE / Nestlé	40.89	34.50
Novalac 1 / Chiesi	36.25	31.25
Nutrilon 1 / Nutricia	42.22	38.00
Primigiorni / Plasmon	39.31	35.83
Similac Plus 1 / Syrio	36.25	32.44
Vivena 1 / Dieterba	36.00	23.31

Al momento di andare in stampa apprendiamo che la COOP sta per mettere in commercio il latte "Crescendo" in confezione da 900 g. al costo di € 9,00.

**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

In piscina coprire le verruche?

Redazionale

Presentiamo un articolo pubblicato sulla rubrica di EBM "Archimedes" (Arch Dis Child 2003;88:236, di cui sono autori Louise Vaile et al.). Si tratta di un argomento molto curioso, come risulta dal titolo: "Should Verrucas be covered while swimming?".

Parole chiave Verruche. Piscina. Nuoto

Key words Plantar wart. Swimming pool. Swimming

Il problema

Il figlio di uno degli Autori torna a casa con una certificazione che lo obbliga a coprire i suoi piedi prima del nuoto per la presenza di verruche.

L'obbligo deriva da un consiglio del Department of Health (*Guidance on infection control in schools and nurseries*) che la scuola applica rigorosamente. La politica della scuola è diversa da quella delle piscine pubbliche e nasce il problema: le verruche vengono trasmesse durante il nuoto? L'utilizzo di una calza cambia la situazione? Cioè protegge gli altri utenti?

La domanda

Si prepara la domanda strutturata con lo schema P.I.O. In un **bambino con verruche** (*Plantar wart*) [POPOLAZIONE] la copertura con un **sistema oclusivo** o con una calza

durante il nuoto [INTERVENTO] riduce la **trasmissione dell'infezione?** [OUTCOME] Nulla sulle fonti secondarie compresa la Cochrane.

Sulle fonti primarie: Medline con 7 articoli. Ricerca manuale: 3 articoli.

Conclusioni degli Autori

Le informazioni assunte sono di poco rilievo per il quesito. Il quesito più vicino è quello di Bunney che dimostra che la copertura del piede protegge chi la porta.

Gli altri lavori dimostrano che effettivamente sembra esserci un rapporto, con diverse angolazioni, fra uso delle piscine e verruche. Quindi non è possibile dare una risposta precisa al quesito perché non ci sono studi adatti a farlo. L'uso di calze protettive nell'incertezza può essere uno strumento di stigmatizzazione che è meglio non attuare.

Conclusione del revisore

I lettori concorderanno che il quesito è bizzarro, ma è uno dei tanti che capitano nella

pratica corrente. Del resto è un tentativo di rispondere sì o no alla correttezza di una indicazione della medicina di comunità.

Il solo lavoro vicino al quesito è il primo ma, come dicono gli Autori, non è utilizzabile per dare una risposta al quesito, in quanto è una sorta di ricerca speculare al problema sollevato: serve coprire i sani, mentre si cercava di sapere se di dovevano coprire i "malati".

Francamente non si capisce molto bene perché gli Autori abbiano abbondato nella citazione di lavori nella loro tabella, vista l'inutilità al fine della risposta, ma tant'è. Cercavano probabilmente dimostrazioni che la piscina non è un fattore di rischio e quindi la copertura è di fatto inutile.

Così è la tabella, così l'abbiamo pubblicata. Una curiosità degna di essere riferita è che gli Autori lavorano presso un Dipartimento inglese di Pediatria di Comunità (Newbridge Hill) e quindi discutono di indicazioni da loro stessi date. Una bella dimostrazione di applicazione pratica della Clinical Governance. ♦

Autore (livello di evidenza)	Gruppo in studio	Tipo di studio	Outcome	Risultati	Commento
1. Bunney MH <i>Community Med</i> 1972;10:127	66 appaiati: uno calzato e uno scalzo	Studio appaiato (livello 2b)	Incidenza di nuove verruche nel gruppo calzato	Il gruppo scalzo sviluppò 9 nuove verruche, quello calzato nessuna (p<0.01)	Lo studio indica che la calza protegge chi è senza verruche. Non è indicativo di blocco della trasmissione da parte di chi ha verruche
2. Johnson LW <i>J Fam Pract</i> 1995;40:136	146 adolescenti usavano stanze dedicate e chiuse. Altri usavano docce pubbliche	Confronto fra 80 ragazzi che usavano stanze di preparazione separate di un club vs 66 ragazzi che usavano docce pubbliche (livello 4)	Incidenza di verruche	Significativa maggiore incidenza con l'uso di docce pubbliche (27% vs 1.25%) (p<0.001)	Docce come fattore di rischio, ma ricerca non significativa per il quesito
3. Allen WH, et al <i>The Medical Officer</i> 1968;17:261	14075 ragazzi di 40 scuole primarie e secondarie	Campione randomizzato (livello 4)	Prevalenza di verruche	Più frequenti nella scuola secondaria (2.9%) che primaria (1.8%)	Non significativo per il quesito
4. Tranter AW <i>The Medical Officer</i> 1969;6:317	Ragazzi di 6 "Junior school"	Scuole scelte random (livello 4)	Incidenza di verruche e "quantità" dell'uso di vasche	Rapporto positivo: più nuoto più verruche (p=0.05)	Non correlazione fra incidenza di verruche e nuoto scalzo Non significativo per il quesito
5. Gentles JG, et al <i>BMJ</i> 1973;3: 260	773 utenti di una piscina pubblica	Campione randomizzato: 9.3% della popol. che usa la piscina (livello 2c)	Incidenza di verruche	Più frequenti in chi seguiva sessioni di scuola (10.2%) che sessioni pubb. (5.1%)	Non significativo per il quesito

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

leggere e fare

Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?

Laura Dell'Edera*, Federica Zanetto**, Michele Gangemi***

*Pediatria di base, ACP Puglia e Basilicata; **Pediatria di base, ACP Milano e Provincia; ***Pediatria di base, ACP Verona

Abstract

Congenital obstruction of nasolacrimal duct: what is the right time for probing?

The problem analysed in this scenario considers the opportunity and the timing of probing in a 5 month old infant with bilateral congenital obstruction of nasolacrimal duct and recurrent dacryocystitis. The paediatrician, after a traditional research of literature through books, and the consult with an expert, tries to verify the actual state of knowledge through a research on PubMed (in the Clinical Queries mask). A double study is found: a prospective randomised trial and an observational one. The very low number of recruited patients doesn't permit definite conclusions based on evidences. The paediatrician then takes into account parent's anxiety and doesn't simply reassures them, but using the available knowledge and precise communicating strategies, tries to share the decision of "watchful waiting" with a possible reevaluation as the only proposable solution at the moment.

Quaderni acp 2004; 11(6): 268-269 and 279

Key words Nasolacrimal duct congenital obstruction. Probing. NNT. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda i tempi di attesa prima di prendere in considerazione l'ipotesi del sondaggio del canale naso-lacrimale in un bambino di 5 mesi con stenosi bilaterale e dacriocistiti ricorrenti. La pediatra, dopo una ricerca tradizionale cartacea e la consultazione dello specialista, verifica lo stato attuale delle conoscenze anche con una ricerca su PubMed (nella maschera "Clinical Queries"), che le permette di reperire uno studio doppio (un trial randomizzato prospettico e uno osservazionale): i numeri molto bassi dei pazienti reclutati rendono però poco affidabile trarne evidenze conclusive. Senza minimizzare comunque la preoccupazione dei genitori né ricorrere alla semplice rassicurazione, attraverso il filtro delle conoscenze disponibili e alcune precise strategie comunicative, individua con loro la soluzione della "vigile attesa" e della rivalutazione a distanza come l'unica possibile in quel momento per il bambino.

Parole chiave Stenosi congenita del canale naso-lacrimale. Sondaggio. NNT. Counselling

Lo scenario

Claudio, 5 mesi, presenta dalla nascita una stenosi del canale naso-lacrimale bilaterale (SCCNL) e frequentemente va incontro a infezioni del sacco lacrimale. La pediatra ha già parlato ai genitori della benignità del problema, consigliando, fin dalle prime visite, lavaggi nasali e massaggio con frequenza giornaliera, e l'utilizzo di un collirio antibiotico nel momento del peggioramento. Ha previsto inoltre nel secondo semestre di vita del bambino un eventuale controllo oculistico per valutare la necessità di un intervento di sondaggio (*probing*).

Background

I canali lacrimali si sviluppano in una colonna di ectoderma nel sottocutaneo dell'incavo naso-ottico. La canalizzazione si completa intorno alla nascita e un'ostruzione membranosa può persiste-

re nel tratto più basso (valvola di Hasner). Dal 6% al 20% dei neonati sviluppano durante il primo mese di vita i sintomi dell'ostruzione congenita del canale naso-lacrimale, il cui esito più comune è la risoluzione spontanea senza trattamento (solo 0,7% di questi bambini ha ancora una sintomatologia persistente a 12 mesi).

La terapia primaria della SCCNL è il massaggio naso-lacrimale, associato a pulizia di palpebre e naso. Gli antibiotici topici vanno usati solo in caso di importante secrezione mucopurulenta.

Il trattamento chirurgico standard, condotto in anestesia generale, è il sondaggio (*probing*) del canale naso-lacrimale con una sonda sottilissima che ne lacera la membrana nel tratto più basso. Sull'età ottimale per il *probing* mancano studi controllati e una reale valutazione dei rischi e delle complicanze della procedura.

I genitori di Claudio tornano in ambulatorio, riproponendo il problema, dopo una terapia con collirio antibiotico.

Mamma "Dottorressa, il bambino ha ancora gli occhi con tanta secrezione... gli avevamo già dato il collirio antibiotico due settimane fa, si ricorda?... adesso è ancora uguale, era passato, e poi torna..."

Papà "Lei ci ha già detto che spesso è un problema che si risolve da solo..."

Pediatra "Cosa è concretamente quello che vi preoccupa?"

Mamma "Vediamo che non migliora... fino a quando dobbiamo aspettare..."

Papà "Anche il figlio del mio collega ha lo stesso problema e l'oculista ha parlato di intervento se la situazione non migliora..."

Mamma "E poi a casa tutti insistono perché sentiamo anche noi un altro parere..."

Pediatra "Su questo sono d'accordo, ne avevamo già parlato... possiamo anticipare la visita oculistica e definire meglio il percorso da seguire. Vediamo intanto se Claudio deve rimettere il collirio anche questa volta..."

Guardiamo dentro genitori e pediatra Cosa hanno in mente i genitori...

- hanno una preoccupazione
- hanno suggerimenti e pareri "non ufficiali" da verificare

Cosa fa la pediatra...

- formula una *domanda-stimolo*, empatica, che sollecita i genitori ad esprimere il proprio punto di vista rispetto al problema
- *non minimizza* la preoccupazione dei genitori
- *definisce* con i genitori un obiettivo e le tappe successive

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

La pediatra fino a quel momento ha dato ai genitori informazioni basate su quanto riportato in un testo specifico di oftalmopediatria, di facile consultazione,

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

TABELLA 1: SUCCESSI E INSUCCESSI (TCR)

Randomised Controlled Study 26 occhi (22 pz)	Probing a 12-14 mesi	Nessun trattamento fino a 24 mesi
Successi	8	7
Insuccessi	2	9
Cure Rate %	80%	43%

TABELLA 2: SUCCESSI E INSUCCESSI (STUDIO OSSERVAZIONALE)

Prospective Observational Study 63 occhi (55 pz)	Probing a 11-15 mesi	Nessun trattamento fino a 24 mesi
Successi	21	23
Insuccessi	8	11
Cure Rate %	73%	68%

TABELLA 3: ANALISI DEGLI EVENTI PRESENTATI DAGLI AUTORI

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Risoluzione ostruzione CNL	7/16 43%	8/10 80%	0,86	37	2,7 IC: 2,4-8539,2

CER = Control Event Rate; EER = Experimental Event Rate; RBI = Relative Benefit Increase; ABI = Absolute Benefit Increase (per le definizioni vedi Quaderni acp 2004;5:219)

pubblicato sette anni prima (*ricerca tradizionale*). Per verificare lo stato attuale delle conoscenze sul trattamento dell'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale e poter quindi fornire delle indicazioni aggiornate, utili e corrette rispetto alla situazione di Claudio, in attesa di conoscere anche il parere dell'oculista (*consultazione dell'esperto*), decide di procedere alla *ricerca in banca dati*, a partenza dalla domanda in tre parti:

- si chiede in sostanza se, in un lattante affetto da stenosi congenita del canale lacrimale [POPOLAZIONE], la precocità dell'intervento di sondaggio del canale naso-lacrimale [INTERVENTO] dà effettivamente migliori risultati rispetto al procrastinarlo oltre l'anno [OUTCOME].

Pone dunque il quesito: **Lacrimal Duct Obstruction/Congenital AND Therapy**; selezionando *Category, Therapy Emphasis, Specific Search (narrow)* compaiono 3 articoli, tra i quali viene scelto il seguente, che sembra interessante per il caso in esame.

Articolo selezionato

Young J, et al. Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life: a multicentre trial of management. *Eye* 1996;10:485-91

Si tratta in realtà di uno studio doppio, un trial randomizzato prospettico (*tabella 1*), nel quale sono affluiti 26 occhi (22 bambini), e uno studio osservazionale, più corposo (*tabella 2*), di 63 occhi (55 bambini), nel quale sono affluiti i bam-

ni con caratteristiche utili per entrare nel trial randomizzato ma i cui genitori non avevano dato il consenso (34 occhi) e i bambini esclusi dalla randomizzazione perché avviati immediatamente al sondaggio tra 11 e 15 mesi. (29 occhi). I dati di questo secondo studio osservazionale sono proposti dagli Autori, come essi dichiarano, anche per evidenziare eventuali bias di selezione nel gruppo randomizzato. Gli obiettivi sono: stabilire la frequenza di risoluzione spontanea della stenosi congenita del canale naso-lacrimale (SCCNL) nel secondo anno di vita e comparare l'efficacia della risoluzione dopo sondaggio del canale naso-lacrimale (CNL), eseguito tra 11 e 15 mesi, rispetto alla risoluzione spontanea.

Analisi degli eventi presentati dagli Autori

In base al valore dell'NNT (*tabella 3*) bisognerebbe eseguire un intervento di sondaggio su 2,8 occhi per avere un successo in più rispetto all'attesa. L'IC 95% tra 2,4 e 8539,2 suggerisce che si può avere un beneficio in più trattando soltanto 2,4 occhi, ma anche trattandone 8539,2!. I numeri molto bassi dei pazienti reclutati sono certamente alla base di un IC così elevato, e contemporaneamente rendono poco affidabile trarre conclusioni da uno studio come questo.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

I genitori tornano con il parere dell'oculista. La pediatra ha ora degli elementi in

più per dare una risposta più consapevole ai genitori.

Mamma "Abbiamo portato Claudio dall'oculista, dottoressa...ci ha detto anche lui che quasi sempre è un problema che si risolve da solo...ci ha detto anche di continuare a fare come adesso..."

Papà "... e poi ha detto, se non dovesse proprio migliorare, di riportargli il bambino dopo gli 8 mesi per vedere se è necessario l'intervento..."

Pediatra "Allora, vediamo...quello che dice l'oculista ci è utile...ci dà conferma che la situazione di Claudio è ancora sotto controllo..."

Mamma "Abbiamo un po' di tempo ancora..."

Pediatra "Infatti... possiamo aspettare ancora qualche mese... anche gli studi che abbiamo a disposizione ci dicono che la possibilità di guarigione spontanea è elevata... Certo, se la situazione dovesse persistere, rivaluteremo anche con l'oculista se far eseguire a Claudio il sondaggio..."

Mamma "...è comunque sempre un intervento chirurgico..."

Pediatra "...che richiede l'anestesia generale... da prendere in considerazione infatti intorno al primo anno di vita e nei casi in cui l'ostruzione è più grave..."

Cosa fa la pediatra... per arrivare a una decisione condivisa

- restituisce informazioni in modo semplice, al momento giusto

continua a pag. 279

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea

Fortunato Pannuti, Luciano de Seta

Unità Operativa Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Centro di Broncopneumologia e Allergologia
Ospedale S. Paolo, Napoli

Abstract

A child with cough, dysphagia and sialorrhea

A 17 month old child with fever, vomiting and hypotonia. During hospitalisation her general conditions after a brief improvement underwent rapid deterioration for the presence of respiratory insufficiency with difficult inspiration. After specific therapy her symptoms receded but there was still difficulty in swallowing. After three days of dysphagia, sialorrhea appeared. Suspecting a foreign body in larynx she underwent a laryngoscopy with the removal of a small piece of ham fat. For a few days she seemed better but then an expiratory dyspnea appeared with bronchospasm. Expiratory dyspnea receded after inhaled beta2-adrenergic agonist and oral steroids, but with the persistency of sialorrhea and dysphagia. An esophagogastroscopy pointed out the presence of a small plastic arrow in the first part of the esophagus. The conclusion was: "inhaled foreign body in the esophagus with reactive laryngotracheitis and bronchitis".

Quaderni acp 2004; 11(6): 270-271 and 279

Key words Sialorrhea. Dysphagia. Foreign body. Esophagogastroscopy. Respiratory distress.

È descritto il caso di una bambina di 17 mesi che ha presentato febbre, vomito, ipotonia. Durante il ricovero le condizioni generali sono migliorate ma successivamente peggiorate per la comparsa di una insufficienza respiratoria di tipo inspiratorio con tirage. Dopo opportuna terapia la sintomatologia è regredita, ma la bambina continuava a non alimentarsi per una difficoltà della deglutizione. Al terzo giorno alla disfagia si è associata una scialorrea. Nel sospetto di un corpo estraneo laringeo è stata praticata laringoscopia con rimozione di un piccolo frammento alimentare (grasso di prosciutto). Per un paio di giorni la sintomatologia è sembrata migliorare allorché è comparsa una dispnea espiratoria con il reperto obiettivo di bronco-stenosi. Dopo terapia con beta2-stimolanti per via inalatoria e cortisonici per via generale, la dispnea espiratoria si è risolta; nel frattempo sono rimaste immutate la disfagia e la scialorrea. Per questo è stata praticata esofagogastroscopia che ha evidenziato la presenza di una piccola freccetta di plastica nella parte alta dell'esofago. Si è così concluso per "inalazione di corpo estraneo in esofago con laringotracheo-bronchite reattiva".

Parole chiave Scialorrea. Disfagia. Corpo estraneo esofageo. Esofagogastroscopia. Distress respiratorio

La storia

Ilaria, 17 mesi, è nata da parto spontaneo e ha avuto normale evoluzione dei fenomeni neonatali. È stata vaccinata secondo calendario. Ha sofferto di frequenti episodi d'infezione delle prime vie aeree. Un ricovero all'età di 6 mesi per sincope febbrile.

Da circa 8 giorni presenta modica tosse e marcata infiammazione delle prime vie aeree.

È apirettica e da 3 giorni pratica terapia con cortisonico inalatorio e antibiotico orale. Giunge in PS perché, dopo un episodio di vomito alimentare misto ad abbondante muco, ha presentato pallore e ipotonia.

Il decorso

All'ingresso: peso 8,700 kg (5° percentile); lunghezza 78 cm (25° percentile); PA: 5° percentile. Aspetto sofferente, idratazione normale, colorito pallido, pianto lamentoso e continuo, ipotonia generalizzata, scarsa reattività agli stimoli, nuca libera. Dalla bocca e dal naso fuoriesce abbondante muco perlaceo e sono presenti modica tosse di tipo produttivo, polidispnea con alitamento delle pinne nasali e rientramenti sottocostali. Al torace si apprezzano rantoli a piccole e medie bolle, più marcati in medio basale dx. Temperatura di 37,6 °C. Frequenza respiratoria 52/min. SaO₂: 93%.

Frequenza cardiaca 110/m. Toni cardiaci puri e ritmici. L'addome è trattabile con organi ipocondriaci nei limiti. Rx torace negativo; esami urine, azotemia, glicemia, creatininemia, transaminasi, elettroliti: tutti nella norma. VES: 69 mm/ora. PCR: 12,10 (v.n. 0,5-1 mg%). Emocromocitometria: GR 3.860.000, GB 18.200. Formula: L 15, N 79, Piastrine 380.000/mmc. Equilibrio acido/base (arterioso): pH 7,43; PO₂ 67,9; PCO₂ 28,3; BE -3,6.

Riassumendo: bambina di 17 mesi molto sofferente con un'insufficienza respiratoria di modico grado, associata a torpore e ipotonia.

Dopo qualche ora dal ricovero la temperatura si eleva (38,8°C), le condizioni peggiorano, il torpore e l'ipotonia si accentuano. Ilaria è sonnolenta e poco reattiva agli stimoli. Nel sospetto di una sindrome meningoencefalitica vengono eseguiti un EEG, una TAC del cranio e una rachicentesi: esami tutti nella norma. Si dà inizio a terapia infusione con glucosio ed elettroliti e a terapia con ceftriaxone endovena (50 mg/kg). O₂ umidificato con FiO₂ 0,4% con maschera di Venturi.

In seconda giornata la bambina appare ancora sonnolenta, ipotonica, scarsamente reattiva agli stimoli dolorosi e verbali. Persiste tosse di tipo produttivo. Si tenta di rialimentare la bambina con piccole quantità di latte e carne omogeneizzata; si osservano una notevole difficoltà alla deglutizione e la comparsa di scialorrea.

In terza giornata, durante la notte, presenta improvvisamente polidispnea, tosse metallica e poi abbaiente, con stridore e tirage inspiratorio, a tratti agitazione ed emissione di abbondanti secrezioni dal naso e dalla bocca. La scialorrea persiste invariata e compare modesta desaturazione (92%), per cui le viene somministrato O₂ riscaldato e umidificato (FiO₂ 0,4) e aerosol con adrenalina e cortisone endovena. Dopo qualche ora la sintomatologia comincia a regredire e nei due giorni successivi Ilaria migliora, la tosse scompare e il reperto obiettivo respiratorio si normalizza. La piccola appare vigile e partecipa, riesce anche ad assumere piccole quantità di latte. Persiste inva-

Per corrispondenza:
Fortunato Pannuti
e-mail: fortunatopannuti@virgilio.it

il caso che insegna

riata la scialorrea. Sia a causa di questa sia per il persistere della difficoltà di deglutizione, nel sospetto di un corpo estraneo laringeo la bambina è visitata dal collega otorinolaringoiatra. Alla laringoscopia diretta si evidenzia a livello della cricoide un piccolo frammento di materiale alimentare (prosciutto) che viene rimosso. Dopo la rimozione del corpo estraneo laringeo la situazione respiratoria migliora; persistono, anche se notevolmente ridotte, la disfagia e la scialorrea. Il giorno seguente ricompare una sintomatologia respiratoria, caratterizzata da polidispnea, tosse e un reperto obiettivo di broncostenosi. La persistenza della scialorrea e della difficoltà di deglutizione, anche dopo la rimozione del piccolo frammento di residuo alimentare in laringe, induce a pensare a un'ostruzione a livello esofageo. Per questo viene praticata una esofagogastrosopia. L'esaminatore ha notevole difficoltà ad entrare con l'esofagogastroscoPIO per la presenza di uno spasmo intenso del primo tratto esofageo. Riesce, infine, a rilevare nella parte prossimale dell'esofago la presenza di una freccetta di plastica con ventosa, di lunghezza di circa 5 cm, che viene asportata. Nell'arco di 48 ore il quadro clinico si normalizza: la piccola riprende a mangiare anche cibi solidi senza difficoltà e la sintomatologia respiratoria regredisce.

La diagnosi

Il caso di Ilaria presenta alcuni spunti di non facile diagnostica differenziale.

- E La prima e più importante diagnosi che era urgente escludere, considerata la presenza di torpore, disfagia e poi anche scialorrea, era un *botulismo* infantile alimentare. Depongono contro, oltre all'elemento anamnestico dell'assunzione di alimenti freschi non pastorizzati quali il miele fresco, l'assenza di una grave e ingravescente ipotonia, la presenza di febbre e l'assenza di crisi di apnea ostruttive, nonché l'evoluzione non drammatica della sintomatologia. La ricerca negativa della tossina botulinica nel siero permise con certezza di escluderla.
- E Il sospetto di *epiglottite* da *Haemophilus influenzae* tipo B, da considerare per la compromissione dello stato generale e la presenza di scialorrea, oltre che essere improbabile per la comparsa solo dopo 48 ore della sintomatologia di ostruzione laringea e per la rapida e

drammatica evoluzione di questa malattia, ha potuto essere agevolmente esclusa perché la bimba era stata regolarmente vaccinata contro l'HiB.

- E Una sia pur rara *laringotracheobronchite batterica* poteva essere esclusa sia per il decorso sia per il fatto che la disfagia, la scialorrea e l'iperproduzione di muco si mantennero invariate anche dopo la pronta terapia antibiotica con una cefalosporina di terza generazione a dosaggio appropriato.
- E Rimaneva da pensare a un'ostruzione laringea e/o esofagea che potessero dar conto del persistere della disfagia, della scialorrea e del distress respiratorio. Per il persistere della disfagia con scialorrea anche dopo la rimozione del piccolo frammento alimentare in sede laringea, si è pensato a un corpo estraneo in esofago ed è stata praticata l'esofagogastroduodenoscopia.

La diagnosi definitiva è stata, pertanto, di "corpo estraneo (piccola freccetta di plastica) in esofago con conseguente laringotracheobronchite reattiva".

Commento

Il quadro clinico presentato dalla bambina è dominato da:

1. un processo respiratorio acuto con insufficienza respiratoria di grado moderato, associato a un torpore, quasi sonnolenza e ipotonia, che hanno indotto a pensare a una sindrome meningoencefalitica, peraltro subito esclusa dalla negatività della TAC cerebrale e della rachicentesi;
2. tosse insistente e fastidiosa con produzione ed emissione di muco biancastro dalle narici e dalla bocca;
3. comparsa di scialorrea con difficoltà alla deglutizione anche di alimenti semiliquidi come l'omogeneizzato di carne o liquidi come il latte;
4. l'alternarsi, nel volgere di quattro giorni, di una sintomatologia respiratoria di polmonite, di asma, poi di difficoltà respiratoria alta con tirage inspiratorio e stridore e poi di nuovo di broncostenosi.

Cerchiamo di ragionare sul succedersi degli eventi. Verosimilmente, quando ingoia la freccetta di plastica con ventosa, Ilaria è affetta da una dei suoi frequenti episodi di infezione virale delle alte vie respiratorie. La mamma non si accorge dell'ingestione accidentale della freccetta, e questa si loca-

lizza nella parte più alta dell'esofago, tratto cervicale, inducendo una compressione incostante della trachea retrostante e un'iperproduzione reattiva di muco dalla mucosa esofagea. Questo spiega l'alternarsi di momenti di broncostenosi con quelli di una difficoltà inspiratoria alta con stridore laringeo. Il piccolo frammento di prosciutto trovato nel laringe, anche se molto piccolo, potrebbe da solo spiegare la sintomatologia di stridore e tirage inspiratorio con iperproduzione di muco. Ma non certo la disfagia e soprattutto la scialorrea. Questi sono sintomi di difficoltà della deglutizione da paralisi del faringe e/o del tratto prossimale dell'esofago. La difficoltà respiratoria alta con tirage può essere associata anche all'ingestione di piccoli corpi estranei nella parte alta dell'esofago con conseguente spasmo riflesso, come è riportato in diverse casistiche d'ingestione di corpi estranei (1,2). In una di queste (3), con la raccolta di ben 663 casi dei quali il 77% sotto i 10 anni, la localizzazione più frequente fu a livello del muscolo cricofaringeo. La monetina rappresenta il corpo estraneo più frequentemente ingerito. I sintomi più frequenti sono la scialorrea presente nel 72% dei casi, la disfagia e il vomito. La letteratura riferisce, inoltre, che l'ingestione di corpo estraneo può essere causa di asma nel bambino piccolo e che qualche volta trascorrono anche settimane perché si giunga al sospetto e alla rimozione del corpo estraneo (4). Uno dei meccanismi invocati per spiegare la sintomatologia broncostenotica potrebbe essere quello dell'aspirazione di muco faringo-esofageo che ristagna all'ingresso dell'esofago, inducendo una broncostenosi reattiva. In Ilaria forse si sono sommati gli effetti dell'inalazione del frammento alimentare in laringe e quello dell'ingestione della piccola freccetta.

Che cosa abbiamo imparato

Dal caso e dalla letteratura consultata abbiamo imparato alcune nozioni:

- E che l'ingestione di un corpo estraneo con localizzazione esofagea alta si può accompagnare a sintomi respiratori di tipo inspiratorio e anche a broncostenosi per compressione della trachea e iperproduzione di muco e sua inalazione;
- E che di fronte a un bambino di età inferiore a tre anni con tosse, iperproduzione di muco, disfagia e scialorrea, biso-

continua a pag. 279

La comunicazione di una malattia cronica del neonato

Paola Dallacasa

Dipartimento Materno-Infantile, Azienda USL, Forlì

Abstract

Communicating chronic disease in the newborn

The approach used in communicating a serious influences in the listener the process of acceptance of an unexpected event. Respecting few recommendations can help parents master this painful situation, reduce criticism toward professionals and stimulate a greater participation in child's care. The first communication of disease should be given to both parents together, as soon as a reliable diagnosis has been formulated. All aspects of the situation need to be explained in terms the parents can understand and the whole truth must include not only the child's problems but also the positive aspects of the situation. After the first communication, usually done by the hospital doctor, a more structured communication should follow with, shortly, after, other programmed encounters. It is useful, in order to ensure continuity, for the following encounters to individuate a referral physician. All professionals should be involved in this important "route" which goes through a good communication able to sustain and well receive the child. Nurses should be able to involve parents in daily care, helping them through reassurance to create a good relationship with their child. Hospital discharge gives the opportunity for a current assessment of the situation and judgement about the disease and its prognosis. Training in communication skills should be part of the medical and nursing staff's curriculum.

Quaderni acp 2004; 11(6): 272-274

Key words Communication. Newborn. Chronic. Sharing

Le parole e il modo con i quali si comunica una patologia grave condizionano, in chi ascolta, il processo di accettazione. Il rispetto di alcune norme di comportamento può aiutare i genitori a superare la crisi psicologica, ridurre le critiche nei confronti dell'equipe assistenziale e stimolare una maggiore partecipazione alla cura del figlio. La prima comunicazione va data il prima possibile, appena formulato il sospetto diagnostico, mettendo al corrente entrambi i genitori. Le informazioni devono essere comprensibili, non eccessivamente dettagliate, lasciare spazio all'ascolto dei bisogni dei genitori. Alla prima comunicazione, spesso effettuata dal medico di guardia, ne dovrebbe seguire una seconda più strutturata, programmando ulteriori incontri a breve scadenza. Per questi ultimi è opportuno che sia identificato nell'ambito dell'equipe un neonatologo referente cui i genitori possono rivolgersi e che garantisca continuità. Tutte le figure professionali che operano in reparto sono impegnate in questo importante percorso che passa attraverso una comunicazione che sa accogliere e che ha funzione di sostegno. Il personale infermieristico, coinvolgendoli nella "care" quotidiana, aiuta i genitori a instaurare e a sviluppare un buon rapporto con il figlio e a rassicurarli delle loro competenze. La dimissione rappresenta un altro momento importante, in quanto offre l'opportunità di essere più precisi sulla patologia e sulla prognosi del bambino. La competenza comunicativa dovrebbe fare parte di un percorso formativo esteso a tutta l'equipe sanitaria.

Parole chiave Comunicazione. Neonato. Malattia cronica. Condivisione

Le cure neonatali pongono l'equipe medica e infermieristica di fronte a situazioni complesse e traumatiche, esponendola direttamente nel coinvolgimento consapevole dei genitori che devono es-

sere messi al corrente dello stato di salute del loro bambino e del programma di intervento. Una comunicazione complessa e delicata che fa i conti con le angosce, con le paure, con la dolorosa incertezza

della sopravvivenza e di una diagnosi che andrà a definirsi nel tempo.

Che cosa si debba dire ai genitori in questi casi e come dirlo rappresentano un problema quotidiano in molte sale parto e TIN.

La comunicazione che intercorre tra medico e genitore è un compito molto difficile, non riconducibile a un semplice fenomeno di passaggio di informazioni, non limitata quindi al solo fornire dati di diagnosi e di prognosi, ma va oltre, in quanto deve poter favorire in chi ascolta non solo conoscenze ma anche comportamenti adeguati all'evento. L'annuncio del sospetto o della constatazione di una patologia grave rimane vivido nella memoria e segna un solco indelebile nella storia di quella persona e di quella famiglia, influenzando a volte in modo inconsapevole molta parte delle relazioni che li coinvolgeranno. Il primo colloquio è un momento in cui le parole e il modo con i quali ci si rapporta all'altro possono permettere a quest'ultimo di cominciare a ristrutturarsi o, al contrario, possono contribuire a creare una realtà chiusa, definitiva, senza vie di scampo.

Il rispetto di alcune norme di comportamento nella comunicazione sembra contribuire al superamento della crisi psicologica cui vanno incontro i genitori, ridurre le critiche nei confronti dell'equipe assistenziale e stimolare una maggiore partecipazione genitoriale al processo di cura del figlio.

Allorché ci si trovi nelle condizioni di dovere comunicare con genitori di un bambino in difficoltà, occorre tenere presente alcuni principi che caratterizzano il processo comunicativo.

Il processo comunicativo

La comunicazione riguarda tanto il piano dei contenuti, quanto il piano della relazione interpersonale. Quando si comuni-

Per corrispondenza:
Paola Dallacasa
e-mail: p.dallacasa@ausl.fo.it

saper fare

ca, non si trasmettono solo informazioni, ma si parla direttamente o indirettamente di se stessi: colui che ascolta cerca di interpretare le intenzioni dell'interlocutore, la sua competenza, la sua disponibilità andando quindi a valutarne la credibilità. Così come i comportamenti dell'operatore influenzano le reazioni del genitore, i comportamenti del genitore influenzano a loro volta quelli dell'operatore, fornendogli le coordinate per orientare in modo più personalizzato e

le possono attivare sul personale sanitario. Le stesse angosce persecutorie, i vissuti di inadeguatezza, i sensi di colpa, il senso di fallimento, non potendo essere tollerati, vengono proiettati all'esterno, spesso sul reparto che è il primo, nell'immediato, a svolgere il compito sostitutivo alle cure materne.

Al contrario, se ha in sé aspetti di sostegno, di accoglienza e di contenimento, e l'aspetto tecnico e clinico non invade o esclude l'incontro con l'area emozionale

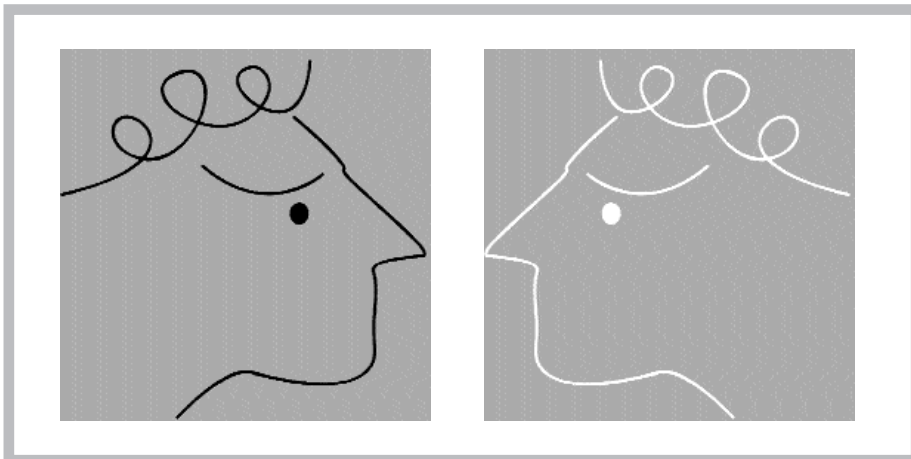
bali. Lo sguardo è uno degli indici non verbali del comportamento che apporta il massimo di informazioni circa la relazione: regola il flusso comunicativo, fornisce continui feedback, consente la comunicazione delle emozioni e il loro riconoscimento. La mancanza di sguardi diretti al volto del genitore rileva una relazione depersonalizzante, da evitare assolutamente. Il risultato della nostra comunicazione dipende anche dalla congruenza fra messaggio verbale e messaggio non verbale: messaggio positivo accompagnato da un indice non verbale negativo o non congruente può creare confusione o addirittura impressioni di non sincerità.

La prima comunicazione

La prima comunicazione dovrebbe essere data il prima possibile, appena formulato il sospetto diagnostico, mettendo al corrente della situazione entrambi i genitori ed evitando di far gravare sul padre la responsabilità di informare la madre. Se la comunicazione avviene poco dopo il parto, si deve lasciare a questa un po' di tempo per conservare l'immagine del bambino fantasticato.

Dovrebbe essere sintetica ed essenziale, tenendo presente che il genitore si trova catapultato in una realtà traumatica che non gli rende possibile elaborare un'informazione troppo complessa. Deve contenere l'informazione sull'anomalia o il sospetto diagnostico, evidenziare, quando necessario, che c'è bisogno di tempo per un approfondimento e anticipare che ci saranno ulteriori incontri in cui sarà possibile essere più precisi e completi. Contemporaneamente va sostenuta la speranza rimarcando ciò che va bene, valorizzando le capacità che il bambino mostra di possedere, evitando di insistere troppo sulla patologia di cui è affetto.

Le informazioni devono essere informazioni chiare, comprensibili, non eccessivamente dettagliate e non occupare tutto il tempo del colloquio in modo da aprire uno spazio all'ascolto dei bisogni dei genitori, che vanno incoraggiati a porre domande, ma anche ai momenti di silenzio molto frequenti nelle situazioni a forte impatto psicologico. C'è spesso la tendenza da parte del medico per conte-



finalizzato i propri comportamenti comunicativi.

La partecipazione, la tolleranza, la condivisione sono parti della comunicazione con cui il medico deve fare i conti per impattare con la profonda paura del genitore di non trovare la forza di affrontare la realtà. Questa paura attiva vissuti ambivalenti che oscillano tra il desiderio di non sapere e la diffidenza che le informazioni non siano vere: se manca un contenimento, i genitori possono soccombere all'angoscia di un evento ritenuto catastrofico e mettere in atto atteggiamenti e comportamenti di difficile gestione. La letteratura psicoanalitica insegna che le angosce di morte e la percezione catastrofica che si attivano nella persona in situazioni traumatiche rappresentano un vero e proprio attacco al pensiero, allora una comunicazione razionale non è efficace, non è compresa, risulta parziale e aggressiva e non riesce a prevenire reazioni disfunzionali che inconsapevolmente la madre o la coppia genitoria-

che in situazioni di profonda sofferenza è dominante, la nostra comunicazione diventa strumento terapeutico. Sentirsi accolti, percepire la disponibilità all'ascolto aiuta a considerare la propria condizione come qualcosa che potrà modificarsi e stemperarsi nel tempo; sentirsi riconosciuti e accompagnati permette a chi vive questo momento di pensare il dolore confinabile.

La comunicazione passa attraverso canali verbali e canali non verbali (espressione facciale, sguardo, tono di voce, gesti...) e questi ultimi acquistano un ruolo preponderante quanto più sono in gioco nella relazione interpersonale sentimenti ed emozioni.

La comunicazione non verbale consente la trasmissione di informazioni più precise quando non possiamo utilizzare le parole; le modalità attraverso le quali si esprimono emozioni o stati di sofferenza sono prevalentemente non verbali, e spesso questi segnali hanno un peso molto maggiore dei loro equivalenti ver-

nere i propri sentimenti di impotenza e di colpa a ricercare la diagnosi più precocemente possibile, ricorrendo ad accertamenti complessi, anche se la precocità della diagnosi non cambia la prognosi ed è irrilevante ai fini della scelta terapeutica. Il rischio in questi casi è che vengano fornite informazioni troppo dettagliate, proiettate nel futuro con un linguaggio troppo tecnico. C'è una "verità medica" che non può essere completamente scientifica, perché deve tenere conto dell'aspetto psicologico e del bisogno di rassicurazione della famiglia.

Può succedere che la comunicazione in sala parto sia effettuata dal medico di guardia; anche se non possiede competenze specifiche, deve comunque rispettare nelle modalità e nei contenuti quanto riportato più sopra.

Il primo colloquio (come quelli successivi) andrebbe condotto in un ambiente tranquillo, seduti, in presenza, quando possibile, del neonato, per favorire l'interazione genitore-bambino.

Le comunicazioni successive

Alla prima comunicazione ne dovrebbe seguire una seconda con la coppia, il prima possibile, appena sono disponibili dati clinici anche se non definitivi. La seconda comunicazione deve essere un momento strutturato, presenti eventualmente anche i consulenti. In questa occasione va data una certa disponibilità di tempo programmando insieme ulteriori incontri a breve scadenza.

Per questa comunicazione e per i colloqui successivi è opportuno che sia identificato nell'ambito dell'équipe un neonatologo referente cui i genitori possono rivolgersi per le informazioni, i dubbi, i bisogni e che garantisca continuità. In questi incontri andranno sottolineate le conquiste giornaliere: comunicare i piccoli progressi ha un grande significato; ha il seme della speranza, della forza e del coraggio.

Tutte le figure professionali che operano in reparto sono impegnate in questo importante percorso che passa attraverso una comunicazione che sa accogliere e che ha funzione di sostegno. Occuparsi del bambino aiuta ad accettarlo: una

comunicazione accogliente facilita l'avvicinamento madre-bambino, un aspetto terapeutico rilevante non solo nel processo di appropriazione del ruolo fondamentale del genitore, ma di assoluta importanza per lo sviluppo psicofisico del neonato e previene il rischio che la madre, sentendosi inadeguata e incapace, si autoescluda e attivi meccanismi di delega all'ospedale e di fuga dal bambino. In questo ambito svolge un ruolo importante il personale infermieristico, che pur non occupandosi direttamente della diagnosi, nel suo lavoro di routine è in continua relazione con i genitori e può quindi aiutarli a instaurare e a sviluppare un buon rapporto con il figlio coinvolgendoli nella "care" quotidiana. Deve essere l'operatore per primo a proporre questo coinvolgimento poiché il genitore si trova in una situazione di pericolo e di paura che lo fa sentire disorientato, chiuso, depresso.

Può capitare in un primo momento che i genitori rifiutino o colpevolizzino il medico che per primo ha dato la comunicazione e che cerchino la mediazione e l'aiuto del personale infermieristico con il quale possono più liberamente esprimere i loro dubbi, le paure, il dolore. Diventa allora importante che il personale infermieristico non solo sia in grado di sostenere la comunicazione, ma sia informato su quanto è stato detto dal medico. Se l'operatore non si sente autorizzato a parlare con queste madri prima del medico, per paura che gli vengano fatte richieste cui non sa rispondere, si corre il rischio che tenda a non prendersi cura di loro e ad escluderle.

La presenza dell'infermiera durante i primi colloqui può facilitare il passaggio dell'informazione. I genitori a volte interrogano sullo stesso argomento tutte le persone del reparto per sedare la loro incertezza. In questo caso i vari operatori devono essere consapevoli che non rispondono alla mancanza di chiarezza, ma al bisogno di rassicurazione che il genitore ha nei confronti di situazioni per lui fonte di ansie.

La comunicazione va curata anche in fase di dimissione. Questo momento offre l'opportunità di maggiore chiarezza sulla patologia e sulla prognosi del bam-

bino. Si possono definire i sospetti diagnostici che restano in sospeso e necessitano di ulteriori approfondimenti e preannunciare e puntualizzare il percorso che si intende attivare per il dopo. In questa fase può essere coinvolto il pediatra di base, l'ostetrica/ginecologo che hanno seguito la donna, le associazioni o altre figure di collegamento scelte dai genitori. La comunicazione accogliente passa anche attraverso l'offerta di una continuità assistenziale fra l'ospedale e il territorio.

Importante è che durante la degenza i genitori vengano informati del supporto offerto dalle Associazioni, lasciando che siano essi stessi a decidere se e quando mettersi in contatto con queste, assicurando comunque i collegamenti.

Per concludere, la comunicazione di una diagnosi o prognosi infausta è un atto che ha conseguenze per chi ascolta e per chi comunica: per il genitore, perché mettere in atto determinati comportamenti comunicativi lo aiuta a trovare le risorse per accettare e superare questo evento; per chi comunica poiché non può eludere il coinvolgimento emozionale che si riflette sulla modalità di comunicare. La competenza comunicativa non può quindi essere legata alla disponibilità e al buon senso del singolo, ma deve fare parte di un percorso formativo esteso a tutta l'équipe sanitaria, e la comunicazione dovrebbe rientrare fra le procedure richieste per l'accreditamento dei reparti di Neonatologia. ♦

Bibliografia essenziale

- Brunelli PR.* Il sostegno ai genitori del neonato pretermine e/o con grave sofferenza neonatale. In *Nascita e dintorni: idee lungo il percorso, tra normalità e patologia* in *Viaggi di andata e ritorno zero-tre anni - Sviluppo e Patologia*, a cura di Monti F. QuattroVenti, Urbino, 2000, 149.
- Montanari S.* Nascere in ospedale. Implicazioni psicologiche e bioetiche. *Armando Editore, Roma 1995.*
- Negri R.* Il neonato in terapia intensiva. Un modello neuropsicoanalitico di prevenzione. *Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.*
- "Prima Comunicazione e Handicap". Regione Emilia-Romagna, 1° Conferenza regionale sulle politiche dell'Handicap 2001-2002.
- Ricci Bitti PE.* L'educazione sanitaria e la comunicazione operatore-utente all'interno dei servizi. In "L'uomo e la Salute: educazione sanitaria e processi di comunicazione. *Bologna Regione Emilia Romagna, 1987, Vol 53*

I prick test ovvero le "prove allergiche"

Massimo Aschettino*, Maria Bresciani**, Paolo Siani**, Guido Sacerdoti*

*Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale "Magrassi-Lanzara", Seconda Università degli Studi, Napoli

**Dipartimento Materno-Infantile, UOC Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli

Abstract

Skin tests or: "allergy tests"

Skin tests are important diagnostic tools in the determination of allergic reactivity, useful in order to start a specific therapy. They are safe, easy to practice and to read, fast, convenient and can be done at any age. Considering cross reactivity between inhalant allergens and food allergens and between different types of food, the choice of allergens to test should be based on clinical symptoms and on patient's history. The paediatrician with a specific training or the allergy specialist should be able to reduce parent's anxiety and make skin tests pleasant or at least less traumatic for the child. Nice and funny drawings on the arms or listening to a story can reduce child's and parent's anxiety and make a diagnostic procedure less painful for patients.

Quaderni acp 2004; 11(6): 275-277

Key words Skin tests. Allergy diagnosis. Cross reactivity. Skin allergens. Adverse effects

I prick test ci aiutano a formulare una diagnosi eziologica di allergia, indispensabile per istituire una terapia allergene-mirata. Sono innocui, di facile esecuzione e interpretazione, di rapida lettura, poco costosi, e possono essere praticati a qualsiasi età. La scelta degli allergeni da testare si deve basare sul quadro clinico e sul racconto anamnestico, tenendo presente l'allergia crociata tra pollini e alimenti e tra alcuni alimenti tra loro. Renderli piacevoli o comunque meno traumatizzanti per il bambino e meno ansiogeni per i genitori è uno degli obiettivi che deve porsi l'allergologo o il pediatra con specifiche competenze allergologiche che si appresta a eseguirli. Disegnini sul braccio e il racconto di una storia servono a diminuire l'ansia del bambino e dei genitori e rendere una tecnica diagnostica meno traumatizzante e meno dolorosa per i pazienti.

Parole chiave Prick test. Diagnosi di allergia. Reattività crociata. Allergeni cutanei. Effetti secondari

Perché eseguire i prick test

Si usano i prick test per dimostrare la presenza di IgE specifiche per l'allergene testato sui mastociti cutanei. Ci aiutano a formulare una diagnosi eziologica di allergia, che è indispensabile per almeno tre ragioni:

1. Evitare o ridurre l'esposizione all'allergene (quando è possibile), come nel caso degli acari della polvere ambientale o di un alimento.
2. Istituire una terapia allergene-mirata (vaccinoterapia specifica), qualora sia indicata in parallelo ai trattamenti sintomatici.
3. Ridurre l'ansia dei genitori di fronte a una patologia in cerca di una definizione eziologica.

Elevata accuratezza, semplicità di esecuzione e di interpretazione, scarsa invasi-

vità, ridottissimo rischio, e costi modesti raccomandano questo test, che risulta il più impiegato nella pratica clinica. È però necessario che il test sia eseguito e interpretato correttamente, secondo un metodo standardizzato che deve essere conosciuto.

Che cosa occorre

Il test si basa sulla penetrazione attraverso la cute, mediante una lesione puntiforme, di una piccola quantità di estratto allergenico, dotato di potenza biologica sufficiente a provocare una risposta specifica misurabile. La pratica ha ormai consolidato l'uso di aghi monouso in materiale metallico o plastico, dotati di una punta lunga 1 o 1,5 mm e disegnati in modo da impedire una penetrazione eccedente la lunghezza della punta.

È raccomandabile conservare gli estratti

diagnostici tra i 4 °C e gli 8 °C, poiché l'esposizione per tempi prolungati a temperature più elevate ha un effetto progressivamente inattivante.

La scelta degli antigeni

La scelta degli allergeni da testare si basa, a tutte le età, essenzialmente su tre criteri:

1. l'anamnesi
2. l'età del paziente
3. la frequenza con la quale i vari allergeni inducono sensibilizzazione nella popolazione generale della particolare area geografica di residenza del bambino. La *Parietaria* è tra i pollini l'allergene più frequentemente in causa al sud, e l'*Ambrosia* al nord

Per il lattante fino ai 5 mesi di età vanno testati il latte e le sue frazioni proteiche (caseina, β -lattoglobulina, α -lattoalbumina), l'uovo (bianco, rosso, ovomucoide, ovoalbumina) e l'arachide (tutti sono in grado di superare la barriera placentare). Per le età successive, anche il grano, il pesce, la soia, il merluzzo, il riso e alcuni tipi di carne: vitello, pollo, coniglio (1). Qualche autore raccomanda anche per queste età di testare acari e pelo di gatto. Nell'età dell'asilo e della scuola, Pizzutelli (1) suggerisce di testare acari e graminacee, che rappresentano oltre il 97% delle pneumosensibilizzazioni in età pediatrica, mentre l'epitelio di gatto, la *Parietaria* e l'*Alternaria* sono in causa per la restante quota. Occorre anche ricordare l'ampia reattività crociata tra i due dermatofagoidi (*pteronissinus* e *farinae*), tra le due principali paritarie (*judaica* e *officinalis*), tra le composite e tra le graminacee.

Come eseguire il test

La cute della zona scelta per l'esecuzione del test è abitualmente la faccia volare dell'avambraccio 5 cm al di sopra del polso e 3 cm al di sotto dalla fossa ante-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

saper fare

cubitale. La cute non va pretrattata con disinfettanti o preparati topici (corticosteroidi, anti-H1).

Il test si esegue pungendo perpendicolarmente la cute attraverso una goccia di ciascun estratto.

La penetrazione (perpendicolare!) della punta si ottiene esercitando una moderata pressione dell'indice, mantenuta per circa 3 secondi, senza muovere o ruotare il dispositivo stesso: deve risultare evidente una piccola fovea, senza che fuoriesca sangue!

È necessario usare un dispositivo diverso per ciascun allergene, per evitare la contaminazione tra estratti in prova diversi. Non è sufficiente pulire ogni volta l'ago dei prick per evitare falsi positivi da contaminazione! La distanza minima tra un test e un altro deve essere di almeno 2,5 cm, altrimenti il risultato positivo di un test può influenzare l'esito del test vicino (riflesso assonico).

Eseguita la puntura, la soluzione allergenica può essere rimossa con cotone, garza o carta, evitando di mescolare tra loro le varie soluzioni, in modo che il bambino possa alzarsi, se lo desidera, o mettersi a disegnare, o essere visitato, o sottoporsi a un esame spirometrico.

È bene eseguire un controllo negativo, in genere con il diluente dell'estratto allergenico o con glicerina, e uno positivo (istamina 10 ng/ml in soluzione fisiologica glicerinata) per svelare un dermografismo o una iporeattività cutanea.

Come fare accettare questi test

Soprattutto per il bambino (ma spesso anche per le mamme), l'esecuzione del test è fonte di ansia e conseguentemente di opposizione, talora anche vivace. Per fronteggiare questa evenienza abbiamo elaborato un metodo (1) che si basa sull'esecuzione di disegni schematici da eseguire sugli avambracci del piccolo, parallelamente ai prick, coinvolgendolo nell'elaborazione di un racconto. Si inviterà il bambino a "fare i disegni sul braccio" e si mostrerà una penna, come a dire "lo vedi che non è una siringa". Si continuerà: "ecco un bambino (o una bambina) ... come si chiama?" (il paziente dirà inevitabilmente il proprio nome)... "ecco il suo cagnolino... questa è la sua casetta... e questa è la

luna...mettiamo le gocchine... ora prendiamo dei cucchiaini di plastica (le lancette)... e diamo da bere (si pricca) al bambino(a) ... al cagnolino... alla luna, ecc. ecc.". La serie dei disegni deve sempre cominciare con un bambino o una bambina (è il soggetto) che ride (il piccolo spesso sta piangendo). Questo iniziale sdoppiamento si è rivelato molto salutare: al bambino preoccupato conviene identificarsi con il bambino che ride! Le sigle relative a ogni estratto testato, segnato sulla cute, diventeranno "il nome del bambino, il nome del gatto, il nome della compagna di scuola ecc.". Naturalmente si potrà chiedere al bambino "e ora cosa disegniamo?" I risultati di questo gioco demedicalizzante raggiungono l'obiettivo nella stragrande maggioranza dei casi, tanto che sono i piccoli pazienti a fare richiesta, nelle visite successive, "dei disegni" e rimangono delusi se non vengono praticati! In questo caso naturalmente, un pesce, un papà o una fatina verranno eseguiti, senza alcun prickettaggio.

Spesso i bambini non vogliono che siano cancellati i disegni, perché li vogliono mostrare al nonno o a un fratello o a scuola. Alcuni bambini non vorranno farsi lavare per giorni! A volte la memoria di un atto medico convertito in un gioco rimane per anni. Inutile aggiungere che anche i genitori risentono positivamente di questa pratica ansiolitica.

I "prick by prick"

Si tratta di una tecnica usata nel sospetto di una allergia alimentare, quando gli allergeni da testare non siano presenti in estratti del commercio sufficientemente affidabili. È questo il caso della verdura e della frutta. La procedura comporta una puntura, con il dispositivo scelto, prima dell'alimento e poi della cute; in alternativa si può pungere la cute attraverso l'alimento stesso. Il test è molto sensibile, ma poco specifico. Talvolta gli alimenti contengono sostanze irritanti. Le lectine, presenti in moltissime specie vegetali, possono indurre il pomfo attraverso una liberazione di istamina non IgE-mediata.

Come leggerli e come interpretarli

La lettura delle risposte ai prick deve essere effettuata:

1. dopo 5 minuti, per l'istamina
2. dopo 15 minuti per gli allergeni. Si prende in considerazione la dimensione del pomfo, indicando numericamente la media tra il diametro maggiore e il minore, e l'eventuale presenza di pseudopodi. È prudente usare un cronometro attivandolo appena terminato il "prickettaggio". Le risposte tardive, che si presentano dopo i 15-20 minuti, il cui significato clinico è oscuro, non vanno prese in considerazione, perché non sono comunque dovute a un meccanismo IgE-mediato.

La registrazione permanente dei risultati del prick test consiste nei seguenti passi:

1. si delinea il contorno del pomfo
2. si applica, con leggera pressione, un pezzo di nastro adesivo trasparente (scotch) sul pomfo così delimitato
3. si trasferisce il nastro adesivo su carta (es. scheda del paziente), indicando, accanto a ciascun pomfo, l'allergene relativo e le altre informazioni rilevanti.

Secondo la maggior parte delle linee guida, la risposta a un allergene è considerata positiva quando il pomfo relativo ha il diametro maggiore di almeno 3 mm (pari a un'area di 7 mm²), senza alcun riferimento alla dimensione della risposta dell'istamina. L'istamina verrà impiegata quando l'anamnesi sia suggestiva per allergia e il test risulti negativo: in questo caso è utile confermare che si tratti di vera negatività e non di una iporeattività cutanea dovuta, per esempio, all'assunzione recente di un antistaminico. Quando risulta positivo più di un allergene, evenienza molto frequente, non è possibile assegnare ai pomfi di diametro maggiore una maggiore importanza eziologica sul piano clinico, ma varrà, come si è già detto, il criterio della correlazione tra la risposta cutanea e l'anamnesi.

Da segnalare l'evenienza di cutipositività senza alcuna correlazione con il quadro clinico in atto: si tratta in questi casi talora di una risposta anamnesticca (di patologia pregressa, come più frequentemente si verifica per adulti che furono asmatici nell'infanzia e non lo sono più), talora di una sensibilizzazione pre-clinica. Anche in questo caso ci si farà guidare dall'esame clinico e dalla correlazione tra sinto-

matologia clinica e risposta cutanea. In alcuni casi, la reattività crociata tra pollini e alimenti (per esempio polline di *Parietaria* e more di gelso, basilico, ortica, melone, ciliegia; polline di graminacee e pomodoro, kiwi, agrumi, melone, anguria, frumento, pesca, ciliegia, prugna, mandorla, cereali; polline di composite e cicoria, camomilla, banana, sedano, prezzemolo, carota, finocchio, olio di girasole, miele; polline di betulla e mela, pera, pesca, ciliegia, prugna, mandorla, lampone, carota) e tra gli alimenti tra loro (per esempio mela e patata, carota, carota e sedano, anice, mela, patata, segale, frumento, ananas; cereali tra loro: frumento, segale, orzo, avena, granturco, riso; merluzzo e anguilla, sgombro, salmone, trota, tonno; aglio e cipolla, asparago; pesca e albicocca, prugna, banana) sono la spiegazione di cutipositività altrimenti inspiegabili.

Reattività crociate

Polline di *Parietaria*, more di gelso, basilico, ortica, melone, ciliegia.

Polline di graminacee, pomodoro, kiwi, agrumi, melone, anguria, frumento, pesca, ciliegia, prugna, mandorla, cereali.

Studi epidemiologici longitudinali, tuttavia, seguendo coorti di bambini per decenni, hanno evidenziato popolazioni di soggetti la cui cutipositività non si esprime mai clinicamente. E ciò perché le IgE non sono tutto, nel senso che la predisposizione genetica, per esprimersi, deve associarsi ad altri fattori ambientali. Si ha di regola una corrispondenza dell'ordine dell'80-90% tra prick test e test in vitro (come il RAST). Questa varia a seconda degli allergeni. Per estratti allergenici che contengono una quota rilevante di carboidrati (cipresso, micofiti) tale valore può abbassarsi notevolmente. Utilizzando estratti standardizzati, dotati di adeguata potenza biologica, correttamente conservati, ed eseguendo i prick test con la tecnica appropriata, il test in vivo risulta più sensibile e specifico del test in vitro.

La riproducibilità

Sono numerosi i fattori che possono condizionare il risultato dei prick test e interferire quindi con la loro interpretazione. Oltre al ruolo critico della potenza dell'e-

stratto diagnostico utilizzato, del tipo di dispositivo e della relativa tecnica di esecuzione, della zona di avambraccio scelta per l'esecuzione del test, è opportuno tenere in debito conto anche alcune variabili.

1. Età dei pazienti: il prick test è ritenuto poco riproducibile e difficilmente interpretabile in genere sotto i 3 anni di età, ma solo per gli pneumoallergeni; per i trofoallergeni (latte, uovo, pesce) il test è affidabile anche a questa età. È stato inoltre dimostrato che esiste un progressivo aumento della risposta cutanea sia agli allergeni che all'istamina, a partire dai 3 anni fino all'età di circa 15-18 anni, seguito da un plateau e quindi da un declino in età senile.
2. Immunoterapia specifica (ITS): effettuata soprattutto per via iniettiva, determina in molti casi, ma non in tutti, una graduale diminuzione della risposta cutanea all'allergene per il quale è stata eseguita la ITS stessa.
3. Molti altri fattori (periodo dell'anno nel quale sono praticati i prick, ora della giornata ecc.) condizionano l'esito del test; perciò la comparazione nel tempo dell'entità della risposta cutanea come indicatore di "miglioramento" o "peggioramento" del quadro clinico, oltre ad essere arbitraria in sé, è improponibile. Meglio attenersi al criterio della positività o negatività del test (è allergico o no il nostro paziente?). In questo senso (tutto o nulla) i prick test possono considerarsi riproducibili nel tempo. Si tenga però presente che, nell'ambito dei trofoallergeni, le sole cutipositività per pesce e arachidi permangono nel tempo, le altre (latte, uovo) in genere si negativizzano. Nell'ambito degli pneumoallergeni il bambino atopico, in genere, vede crescere il numero delle sensibilizzazioni con l'età (prima gli acari, poi le graminacee, poi la parietaria ecc.). Un test, risultato negativo a 7 anni, può positivizzarsi a 10 anni.

Quando non farli

Il prick test non può essere eseguito, o correttamente interpretato, in alcuni casi. Nei pazienti con dermatofago, perché tutti risultano positivi! Nelle lesioni cutanee (eczema, lesioni da trattamento ecc.) presenti nella zona in cui dovrebbe essere praticato il test per la difficoltà nella

individuazione della risposta eritemato-pomfoide in un'area già infiammata! Durante la copertura con farmaci capaci di alterare la risposta istaminergica e in primo luogo gli anti-H1 (2), anche se nessuno degli anti-H1 attualmente in commercio, alle posologie consigliate, è capace di inibire completamente il pomfo indotto dall'istamina e dagli estratti diagnostici. Un periodo di sospensione di tre giorni è sufficiente a risolvere il problema. Si ricorda ancora che solo alte dosi di corticosteroidi possono inibire la risposta cutanea, e che i β_2 -agonisti e i cromoni hanno un'attività inibitoria sulla risposta cutanea assolutamente trascurabile.

Nel corso dell'esecuzione del test sono rarissime le reazioni indesiderate locali, soprattutto da quando si sono abbandonate le intradermoreazioni. In presenza di un'anamnesi positiva per shock anafilattico o comunque per una manifestazione anafilattica grave, il prick test con l'allergene incriminato deve essere eseguito con cautela, iniziando con un "drop test", cioè apponendo semplicemente sulla cute una goccia dell'estratto (senza prickettare) o apponendo l'alimento bruto (pesce, latte ecc.) sempre senza prickettare. Spesso il test risulta fortemente positivo anche per semplice apposizione. In questo caso è rischioso (oltre che inutile) procedere con i prick.

Anche se non esiste una specifica normativa a riguardo, è consigliabile che sia lo specialista allergologo (3), o almeno un pediatra con specifiche competenze allergologiche, a eseguire i prick test e che siano disponibili gli opportuni presidi di pronto soccorso (adrenalina soprattutto).

L'esperienza ormai trentennale di uno degli autori, comunque, non ha mai registrato reazioni indesiderate, a parte manifestazioni vaso-vagali.

Le reazioni sistemiche in corso di test cutanei sono principalmente dovute ai test con β -lattamine, nonostante la standardizzazione della metodica. ♦

Bibliografia essenziale

- (1) Pizzutelli S, Allergologia per il Pediatra, 2a Edizione Editeam, Cento (FE), 2003; 42-47
- (2) Sacerdoti G, in stampa 2004
- (3) Diagnostica delle Allergopatie, Memorandum SIAIC, in Giorn It Allergol Immunol Clin 1992; 2:351-70.

Vacciniamo contro la varicella?

Luisella Grandori
Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori

Parole chiave *Varicella. Vaccino antivari-cella*

Che cos'è la varicella?

La varicella è una malattia molto contagiosa, causata dal virus varicella-zoster; si manifesta con la comparsa di macchioline rosa sulla pelle, che si trasformano rapidamente in vescicole e poi in croste. Può essere accompagnata da febbre e malessere, più facilmente negli adulti. Dopo la guarigione il virus rimane nell'organismo dentro i gangli nervosi e si può riattivare quando il sistema immunitario si indebolisce (anziani, persone immunodepresse). Compare allora l'Herpes zoster – detto comunemente "fuoco di S. Antonio" – che si manifesta con vescicole e croste simili a quelle della varicella, ma tipicamente localizzate lungo il percorso di un nervo (per lo più del torace e della testa).

Il virus può essere trasmesso da chi è ammalato attraverso le goccioline emesse, respirando e parlando, o mediante il liquido contenuto nelle vescicole, per contatto diretto o per diffusione nell'aria. Ciò può accadere da circa 2 giorni prima della comparsa delle vescicole, fino a quando queste non sono diventate croste. Ogni anno si verificano in Italia circa 500.000 casi di varicella. Nel nostro Paese la malattia interessa principalmente i bambini con meno di 10 anni, nei quali difficilmente provoca disturbi seri. Tra le rare complicazioni neurologiche, la più comune è l'infiammazione del cervello che provoca disturbi dell'equilibrio, ma di solito scompare senza lasciare danni.

La varicella può essere invece particolarmente grave se colpisce i neonati (se la malattia compare nella mamma da 2 giorni prima a 5 giorni dopo il parto) e i soggetti con importanti disturbi del sistema immunitario. Anche negli adolescenti e negli adulti la varicella presenta più spesso complicazioni importanti.

L'Herpes zoster può comparire a distanza di anni o di decenni dalla varicella e ha spesso caratteristiche di maggiore gravità rispetto a quest'ultima. Nei bambini si manifesta generalmente in forma più lieve che negli adulti.

Il vaccino com'è?

Il vaccino contro la varicella contiene il virus vivo ma attenuato in modo da essere incapace di provocare la malattia, ma ugualmente in grado di stimolare la produzione di difese che proteggono dall'infezione. Si esegue con una iniezione. Viene attualmente consigliata una sola dose di vaccino fino a 12 anni e due dosi nelle età successive.

Dopo una dose di vaccino, circa tre bambini su quattro risultano protetti dalla malattia, e i pochi vaccinati che si ammalano sviluppano generalmente una forma di varicella più lieve.

La protezione dopo la prima dose può diminuire con il passare degli anni, ma non è ancora stabilita la necessità di richiami.

La vaccinazione, eseguita entro 72 ore (o al massimo 5 giorni) dal contatto con un ammalato di varicella, può proteggere dal contagio o far ammalare in forma più lieve.

Gli effetti collaterali

Il vaccino contro la varicella è generalmente ben tollerato e non provoca disturbi importanti. Può raramente comparire febbre e ancor più raramente possono manifestarsi alcune vescicole da varicella o l'Herpes zoster a distanza di tempo (mesi, anni) che è solitamente lieve.

Le reazioni allergiche a componenti del vaccino sono eccezionali come per tutti i vaccini.

A quali bambini dovrebbe essere somministrato il vaccino?

Le campagne di vaccinazione contro la varicella variano da nazione a nazione e,

a volte, come in Italia, anche da regione a regione.

La vaccinazione dovrebbe essere raccomandata a coloro che hanno situazioni di salute che li mettono a rischio di avere la malattia in forma grave e a chi vive con loro o li assiste.

E cioè:

- E le persone in attesa di trapianto
- E le persone con leucemia (linfatica acuta) in fase di remissione
- E i bambini con infezione da HIV (a seconda del loro stato di salute)
- E le persone con insufficienza renale cronica
- E le persone che non hanno avuto la varicella e vivono con chi presenta disturbi importanti dell'immunità
- E le donne in età fertile che non hanno avuto la varicella
- E chi lavora in ambiente sanitario, specialmente se a contatto con neonati o persone con gravi difetti immunitari

La vaccinazione non dovrebbe essere consigliata attualmente per tutti i bambini poiché, se non si raggiungono in breve tempo percentuali molto elevate di vaccinati, per un complesso meccanismo epidemiologico, la varicella potrebbe, con il passare degli anni, diventare più frequente negli adulti che sono più facilmente soggetti a complicazioni gravi. Considerando quindi gli effetti a lungo termine sull'intera popolazione (bambini e adulti), si provocherebbe un danno invece di un beneficio.

La vaccinazione degli adolescenti (che non hanno avuto la varicella) non provoca invece modificazioni negative nel resto della popolazione.

La vaccinazione degli adolescenti, quindi, può essere una buona scelta di protezione individuale, ma non rappresenta un problema rilevante di salute pubblica. ♦

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

informazioni per genitori

Le chiavi di casa di Gianni Amelio e quelle di Marziyeh Mashkini

segue da pag. 245

vere affidato il ruolo di protagonisti a bambini che interpretano quello che vivono. È "Piccoli ladri" dell'iraniana Marziyeh Mashkini, sul quale s'è scritto e discusso troppo poco. Da Berlino a Kabul. Due fratellini di 7 e 9 anni, Gol Ghoti e Zahed, sono rimasti completamente soli nell'inferno di una città martoriata dalla guerra.

Sono cani randagi che vagano dalla prigione dov'è rinchiusa la madre accusata di adulterio a quella del padre, inflessibile talebano che si ostina a non perdonare alla donna che, rimasta sola e senza sue notizie per anni, si è risposata per dare da mangiare ai figli.

I bambini ora raccolgono pezzi di legno nella spazzatura per rivenderli in cambio di pane e, non avendo né chiavi, né casa, si autodichiarano prigionieri di notte e chiedono ospitalità nella cella della madre.

Quando viene negata loro anche questa possibilità, seguendo il consiglio di un trafficante in erba che li spinge a seguire l'esempio del protagonista di "Ladri di biciclette", un film d'arte che a Kabul non piace a nessuno, rubano per finire in prigione, dove almeno potranno ripararsi dal freddo.

Per i bambini neo-neorealisticisti afgani i risultati saranno più amari di quelli ottenuti dall'attacchino di De Sica, perché solo Zahed riuscirà nel suo intento. Il film, infatti, si conclude senza carezze e speranze, con la piccola Gol Ghoti rimasta sola al mondo, mentre implora inutilmente che si aprano pure per lei le porte del carcere.

Anche lei, come Paolo, stanca di un handicap ugualmente riconducibile allo spasmo e all'impossibilità di crescere senza l'aiuto dei genitori, richiede le chiavi di una casa dove vivere, il lasciassero per un tetto sotto il quale dormire, una favilla di calore che faccia diventare di nessuna importanza persino le sbarre di ferro alle finestre. ♦

(1) Confluiti poi ne "Il cinema dell'handicap", Ed. C.C.R., Roma 1997

Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?

segue da pag. 269

- lascia ai genitori la possibilità di riportare osservazioni
- prevede e individua con i genitori le condizioni in base alle quali rivalutare la decisione assunta

Discussione generale

I genitori di Claudio esprimono una preoccupazione rispetto a una questione su cui vorrebbero andare a fondo (*fino a quando possono aspettare prima di prendere in considerazione l'ipotesi del sondaggio del canale naso-lacrimale?*). La pediatra se ne prende carico e, con una sola buona domanda iniziale (*"che cosa è concretamente quello che vi preoccupa?"*), apre uno spazio di approfondimento rispetto a paure e timori dei genitori, che le riferiscono anche di indicazioni e consigli raccolti da fonti "non ufficiali" (collega, parenti). La pediatra non smentisce nulla, ma, in un clima di interesse comune dove sono assenti la semplice rassicurazione o affermazioni di marca negativa, apre un campo decisionale condiviso (*"su questo sono d'accordo, ne avevamo già parlato...possiamo anticipare..."*).

Nel colloquio successivo restituisce poco alla volta le sue informazioni e indicazioni di carattere medico, calibrandole sulle affermazioni dei genitori e riordinando i vari elementi emersi durante la conversazione (il parere dell'oculista, le conoscenze al momento disponibili, la "vigile attesa", la rivalutazione a distanza), che risulta nell'insieme equilibrata e attenta. La soluzione individuata (solo in presenza di segni e sintomi che depongano per una situazione di grave ostruzione e previa consultazione precoce dello specialista, può essere preso in considerazione il sondaggio del canale naso-lacrimale) viene alla fine accettata consapevolmente dai genitori come la migliore in quel momento per Claudio. ♦

Bibliografia

- Frosini R, et al. Oftalmopediatria. Firenze: SEE, 1997
- Young J, et al. Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life: a multicentre trial of management *Eye* 1996;10(Pt 4):485-91
- Trattato di Pediatria. XVI ed 2002
- Young J, et al. Managing congenital lacrimal obstruction in general practice. *BMJ* 1997;315:293-6

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea

segue da pag. 271

- gna pensare all'ingestione di un piccolo corpo estraneo in laringe (5);
- E che l'ingestione di un corpo estraneo con localizzazione alta può esordire con una sintomatologia respiratoria acuta sia di stridore laringeo sia di broncostenosi. Solo un'attenta anamnesi e un'attenta disamina dei sintomi possono condurre alla diagnosi che, altrimenti, rischia di essere ritardata anche di settimane (6);
- E che la laringoscopia, la broncoscopia e l'EGDS sono il gold standard delle indagini per evidenziare la presenza di un corpo estraneo nelle vie aeree o in quelle digerenti (7). Trattandosi di indagini non poco invasive, in prima battuta potrebbe essere d'aiuto una radiografia del rinofaringe e delle vie aeree superiori in antero-posteriore e in latero-laterale, che secondo alcuni Autori, avrebbe una sensibilità superiore all'80% (8). Infatti, se si evidenzia qualcosa nella porzione anteriore, si tratta di corpo estraneo presente in laringe. Se invece il radiogramma mostra un'immagine anomala dietro l'ombra dei tessuti molli della laringe, si tratta di un corpo estraneo presente nell'ipofaringe o nell'esofago cervicale (9). ♦

Bibliografia

- (1) Mahafza T, et al. Esophageal foreign bodies: a Jordani experience. *Int J Pediatr Otorhinol* 2002; 64:225
- (2) Haegen TW, et al. Chronic inspiratory stridor secondary to a retained penetrating radiolucent esophageal foreign body. *J Pediatr Surg* 2003;38:126
- (3) Panieri E, et al. The management of ingested foreign bodies in children: a review of 663 cases. *Eur J Emerg Med* 1995;2:83
- (4) Carluccio F, et al. Inhalation of foreign bodies: epidemiological data and clinical considerations in the light of a statistical review of 92 cases. *Acta Otor Ital* 1999;17:45
- (5) Reilly JS, et al. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in child. *Ped Clin North Am* 1996;43:1403-11
- (6) Persaud RA, et al. Extraluminal migration of a coin in the oesophagus of a child misdiagnosed as asthma. *Emerg Med J* 2001;18:312
- (7) Uba AF, et al. Management of esophageal foreign bodies in children. *East Afr Med J* 2002;79:334-8 (abstr. da Meline)
- (8) Walner DL, et al. Utility of radiographs in the evaluation of pediatric upper airway obstruction. *Ann Otorhin Laryng* 1999; vol.127:453-6
- (9) Sartolome M, et al. Radiology forum: imaging quiz case, diagnosis: unsuspected laryngotracheal foreign body. *Arch Otolaryngol* 2001;127:453

INDICE DELLE RUBRICHE

ACP News

La ricerca in ACP: stato dell'arte 6 254 G. Toffol

Bambini di strada 5 207 M. Bonati

L'attività di collaborazione fra Ministero dell'Istruzione e Nati per Leggere 5 205 A. Sila

Il gradimento dei lettori per Quaderni acp 5 204 M. F. Siracusano, G. Piras

Bambini di strada 4 170 M. Bonati

Parere dell'ACP e del CSB sulla proposta della Commissione al Parlamento Europeo sui medicinali per uso pediatrico 4 168 *Redazionale*

Protocollo d'intesa tra ACP e MIUR 4 168 *Redazionale*

Relazione del Presidente al XVI Congresso 4 166 M. Gangemi

Bambini di strada 3 117 M. Bonati

Bambini di strada 2 69 *Redazionale*

In parlamento le osservazioni dell'ACP sulla legge anti-SIDS 2 68 *Redazionale*

I bambini di strada di Manila: nuovo progetto dell'Acp 1 19 *Redazionale*

Aggiornamento avanzato

La teoria del QT prolungato e la AIDS: prospettive di ricerca e difficoltà applicative 6 258 A. Dolara

Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici 5 212 G. A. Chiarenza, S. Casarotto

La storia del cromosoma maschile Y e dell'evoluzione del sesso 4 176 E. Avvedimento

Certezze e dubbi in medicina neonatale 3 122 M. Orzalesi

Allattamento al seno e sviluppo cerebrale del bambino 2 82 I. Roncoroni

Attualità

Latte in polvere troppo caro intervengono Antitrust e Lombardia 5 190 *Redazionale*

Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica? 3 98 B. Griglio et al.

Sirchia contro l'aziendalizzazione: una sconfitta annunciata 3 102 G. Biasini

Caso che insegna (il)

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea 6 271 F. Pannuti, L. de Seta

Mariella e il seno asimmetrico 5 226 G. Lietti

Una febbre puntualissima 4 184 R. Ciambra et al.

Lorenzo con prurito e transaminasi alte 2 92 I. Crupi

A un lattante anemico fa male il ferro 1 36 L. Raimondi et al.

Congressi controlloce

Gli Argonauti: il patto generazionale 5 192 M. F. Siracusano

Padova: tutto sul suicidio 5 192 L. Gualtieri

Counselling in Romagna 5 192 F. Ciotti

Incontro sulle vaccinazioni aperto al pubblico ad Asolo 3 109 M. Bonati

I problemi dell'alimentazione con B. Cramer 3 109 D. Rollier

Literacy, crescita economica e... Nati per Leggere 3 108 A. Sila, G. Tamburlini

A Palermo il dente della conoscenza 2 54 F. Dessi

A Milano, Sanità come riflessione culturale 2 54 B. Schiavetti

SPES: i primi quattro anni 1 8 F. Zanetto

Malati a vita? Ritorna Cesena 1 8 *Redazionale*

Una malattia "orfana" a Reggio Calabria 1 8 P. La Gamba

Documenti

Otto passi di prevenzione a tutela della salute 2 62 *Redazionale*

Otto passi di prevenzione a tutela della salute 1 2 M. Gangemi, L. Grandori

Editoriale

2005: auguri a tutti i bambini del mondo 6 235 G. Biasini

La fine della irreversibilità di esclusiva 5 189 G. Biasini

Ricerca, ricercatori e industria 4 143 G. Biasini

L'affaire costo dei lattini 3 97 M. Gangemi

Conflitti di interesse in medicina 2 47 G. Biasini

Ecosistema Bambino 2004: il rapporto di Legambiente 1 1 G. Biasini

Esperienze

Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole? 5 197 F. Beccaria et al.

Vivere con la dialisi: la storia, gli affetti e i vissuti di Lucia 4 157 P. R. Brunelli

La fototerapia a domicilio 3 138 A. Biasini et al.

La rappresentazione della nascita: simboli e colori 1 15 P. R. Brunelli, S. Antonelli

Film per ragazzi

Le chiavi di casa 6 245 I. Spada

Balzac e la Piccola Sarta cinese di Dai Sijie 5 196 I. Spada

Come certi bambini diventano killer 4 149 I. Spada

Dal bacio di Peter Pan al sangue de La Passione 3 107 I. Spada

Osama: l'infanzia negata 2 65 I. Spada

Le terribili tredicenni. Thirteen di Catherine Hardwicke 1 14 I. Spada

Info

Linee telefoniche dedicate 6 253 *Redazionale*

Clonazione in USA da oociti residui 6 253 *Redazionale*

Schwarzenegger e le cellule embrionali 6 253 *Redazionale*

Il libro delle risposte sull'allattamento 6 253 *Redazionale*

Art-Science Bar 6 253 *Redazionale*

Ridurre i cesarei? 6 253 *Redazionale*

The soft science of medicine 6 252 *Redazionale*

In Belgio per operarsi 6 252 *Redazionale*

Regole lombarde e industrie del latte 6 252 *Redazionale*

E Sirchia non lo sa 6 252 *Redazionale*

Via il Vioox 6 252 *Redazionale*

Regali all'industria del farmaco 6 252 *Redazionale*

Ue e farmaci per i bambini 6 252 *Redazionale*

Il conto degli errori 5 203 *Redazionale*

International Pediatric Association 5 203 *Redazionale*

Minimeeting mangia-fuggi e gadget 5 203 *Redazionale*

Storie italiane e cervelli in fuga 5 203 *Redazionale*

Gli antidepressivi SSRI in disgrazia 5 202 *Redazionale*

La corsa contro l'AIDS dimentica i bambini 5 202 *Redazionale*

Guida all'uso dei farmaci per i bambini: indagine conoscitiva 5 202 *Redazionale*

In rete il Registro Europeo degli studi clinici sui bambini 5 202 *Redazionale*

I medici complici di torture 5 202 *Redazionale*

Cellule staminali e cuore: due fallimenti e un successo 4 165 *Redazionale*

Più bravi di Sirchia 4 165 *Redazionale*

Conflitto di interessi? 4 165 *Redazionale*

Minimeeting mangia e fuggi 4 165 *Redazionale*

La Pfizer e la nonna smemorata 4 165 *Redazionale*

I prezzi del latte 4 165 *Redazionale*

Bambini, povertà e malattie 4 164 *Redazionale*

Mortalità infantile in USA 4 164 *Redazionale*

Mortalità infantile in Caucaso e Asia centrale 4 164 *Redazionale*

Sanità e salute in Italia 4 164 *Redazionale*

Le linee guida: insuccesso in UK 4 164 *Redazionale*

La nuova frontiera Est dell'Unione Europea 4 164 *Redazionale*

La salute dei bambini costa alle famiglie 3 115 *Redazionale*

In breve 3 115 *Redazionale*

Obesità: in USA invece... 3 115 *Redazionale*

Sirchia, le UTAP e i pediatri 3 115 *Redazionale*

Obesità: rigore in UK 3 115 *Redazionale*

794 miliardi di dollari per armi 3 114 *Redazionale*

Assistenza sanitaria l'11 marzo a Madrid 3 114 *Redazionale*

Usa: un piano di ricerca per l'autismo 3 114 *Redazionale*

Una brutta aria per gli antibiotici 3 114 *Redazionale*

En attendant... la farmacogenomica 3 114 *Redazionale*

Il premio IgNobel 2003 1 23 P. Siani

Drugs for dollars fra Cuba e Argentina 1 23 G. Biasini

Emendare la dichiarazione di Helsinki? 1 23 *Redazionale*

La legge anti-SIDS 1 23 A. Brunelli

Israele: neonati morti per un latte di soia? 1 23 R. Cosentino

L'infanzia? E chi la conosce 1 23 *Redazionale*

Latte in polvere ed enterobatteri 1 23 *Redazionale*

In distribuzione la Guida all'uso dei farmaci per i bambini 1 22 F. Dessi

Società scientifiche italiane e conflitto d'interesse 1 22 *Redazionale*

Informazioni per i genitori

Vacciniamo contro la varicella? 6 278 L. Grandori

La vaccinazione contro l'influenza 5 233 L. Grandori

Pidocchi in testa? 3 142 S. Conti Nibali

Quando svezzare il lattante? Quando vuole lui 2 84 L. Piermarini

Il girello? Meglio non usarlo 1 46 Anonimo

Leggere e fare

In piscina coprire le verruche? 6 267 *Redazionale*

La profilassi delle infezioni da VRS con Palivizumab 6 262 C. Corchia

Penicillina V e sintomi della faringite 5 223 G. Biasini

Si può migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH? 5 221 M. Aloï et al.

Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?	5	218	M. Col et al.	Sara e gli immunostimolanti	3	136	F. Zanetto, M. Gangemi
Gli antistaminici orali riducono il prurito nella dermatite atopica?	4	182	A. Stazzoni, M. Pasini	Appendicite? Facciamo una ecografia?	2	90	F. Zanetto, M. Gangemi
Nell'asma acuto è utile l'aggiunta di anticolinergici inalatori ai β2-agonisti?	4	179	S. Percopo et al.	Matilde, una bambina che non dorme	1	34	F. Zanetto, M. Gangemi
Screenare l'OME per la rinite allergica?	4	178	S. Conti Nibali	Nati per leggere			
Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale?	3	132	A. Stazzoni et al.	Nutrire la mente per nutrire il corpo	6	248	U. Salvarani, A. Ravaglia
I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?	3	129	O. Testagrossa	Emilia Romagna	5	195	G. Zucchi
Allattamento e malattie respiratorie: esiste un nesso?	2	89	C. Gonzales	"Guarda che faccia": istruzioni per l'uso Marche	5	194	Redazionale
I corticosteroidi topici sono utili per la risoluzione della fimosi?	2	87	T. Vaccaro	Hanno scritto di noi Sicilia	5	194	L. Olimpi
In un bambino con IVU si può ridurre la durata della terapia?	2	84	S. Bianchi	Lazio	4	151	Redazionale
Timpanogramma piatto uguale ipoacusia?	1	32	P. Fiammengo et al.	Veneto	4	150	Redazionale
Nella dermatite atopica il tacrolimus crema è vantaggioso rispetto agli steroidi?	1	30	M. Pasini, A. Stazzoni	Il primo libro del bambino Friuli-Venezia Giulia	4	150	Redazionale
Lettere				Lettere a NPL	3	111	P. Seppia
Malastampa	6	256	A. Guala	Il primo libro del bambino è pronto Lazio	3	110	Redazionale
Ancora sul governo clinico	6	255	E. Marri	Abruzzo	3	110	Redazionale
Ma chi detta le regole?	6	255	C. Panza	Emilia-Romagna	3	110	D. Cappellucci
La nostra rubrica INFO	5	209	G. Biasucci	Lombardia	3	110	A. Davoli
Mama mbuta	5	209	C. Castellani	Sicilia	3	110	Redazionale
La politica sanitaria in Quaderni acp	5	209	M. G. Stabile	Veneto	2	66	Redazionale
No grazie, pago io!	4	173	L. Grandori	Abruzzo	2	66	V. Bontempo
Governo clinico: finora molto rumore per nulla	4	172	O. Olimpi	Lazio	2	66	Redazionale
Supponenza al Corriere Salute?	4	172	G. Biasutti	Emilia-Romagna	2	66	Redazionale
Sbagliano i conti?	3	119	M. Bellettini	Libri per bambini	2	66	Redazionale
Department of errors	3	119	F. Pivi	Toscana	1	20	I. Giani
Finanziamenti occulti?	3	119	E. Marri	Abruzzo	1	20	Redazionale
Questa è la mia acp	3	118	R. Cavallo	Calabria	1	20	P. La Gamba
Clinical Evidence, quale Evidence?	2	76	I. Attisani	Puglia	1	20	G. Campa
Premio Nestlé: è opportuno?	2	75	P. Brovedani	Le Madonne del libro	1	20	Redazionale
Il figlio secondo o ulteriore	2	75	C. Panza et al.	Organizzazione sanitaria			
Vaccinazioni: ACP e FIMP	1	24	ACP L. Corner	Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager	4	144	C. Ham
Vaccinazioni: ACP e FIMP	1	24	M. Doria	Il ricovero dei bambini in ospedale	3	103	P. Siani, G. Cirillo
Vaccinazioni: ACP e FIMP	1	24	F. Pisetta	La valutazione partecipata dei servizi sanitari e sociali	2	59	P. Berti
Vaccinazioni: ACP e FIMP	1	24	G. Meneghelli	Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali	1	7	G. Cirillo et al.
Lettere				Osservatorio internazionale			
Educazione precoce e sviluppo umano	4	153	A. Sila	Una pediatra tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica	1	5	M. Sonego
La sindrome di Asperger e la storia dell'autismo	2	72	F. Nardocci	Punto su (il)			
Libri: occasioni per una buona lettura				Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile	3	140	L. Grandori
Vergogna	6	251	J. M. Coetzee	Diagnosi per immagini nei bambini con pielonefrite: tanto rumore per nulla?	1	43	L. Peratoner
Liberiamo i bambini	6	251	R. Volpi	Ricerca			
L'ombra del vento	6	250	C. R. Zafón	Contenimento dell'epidemia di morbillo: Salerno 2002	2	49	T. Magurno et al.
Aspromonte. I parchi naturali nello sviluppo locale	6	250	T. Perna	Saggi			
Lettera a un medico sulla cura degli uomini	5	201	G. Cosmacini, R. Satolli	ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti	6	236	W. B. Carey
L'Oca della Pace	5	201	G. Iarvese	Statiche Correnti			
Pensa alla salute	5	200	Braucci et al.	La gravidanza patologica in Italia	6	242	P. Siani
Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria	5	200	M. Bobbio	Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia	2	56	C. Corchia
Middlesex	4	163	J. Eugenides	Com'è seguita la gravidanza in Italia: molte disuguaglianze	1	10	P. Siani
L'anatra dalla testa bianca	4	163	G. Brayda	Saper fare			
Brother and Sister	4	162	S. Vinci	I prick test ovvero le prove allergiche	6	276	M. Aschettino et al.
Oscar e la dama in rosa	4	162	E. E. Schnitt	La comunicazione di una malattia cronica del neonato	6	273	P. Dallacasa
Ci siamo adottati	3	113	M. La Rosa	Se nasce un bambino o una bambina disabile	5	229	A. Canevaro
La neve di Ahmed	3	113	F. Carminoli	Le difficoltà comunicative nell'attività quotidiana del pediatra di famiglia	4	186	F. Zanetto, M. Gangemi
Ad occhi chiusi	3	112	G. Carofiglio	Saper controllare il dolore nel bambino	1	38	F. Pivi et al.
Gli armeni	3	112	I. Teron	Vaccinaci			
I veleni della dolce Linnea	2	71	N. Paasilinna	Politiche vaccinali: valutazioni di efficacia	6	244	L. Grandori
Le Rose Inglesi	2	71	Madonna	Vaccini gratis a scelta, equità e diritti dimenticati	5	191	L. Grandori
Bufo & Spallanzani	2	70	R. Fonseca	L'UE sorveglia, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	4	148	L. Grandori
Amabili resti	2	70	A. Sebold	Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione	3	106	L. Grandori
Allattamento al seno: come aiutare le madri	1	13	F. S. King	Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione	2	53	L. Grandori
Biografia del figlio cambiato	1	13	A. Camilleri				
Mille modi di crescere	1	12	La Casa di tutti i Colori				
Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte	1	12	M. Haddon				
Narrative Medicine							
Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?	6	268	L. Dell'Edera et al.				
L'emicrania di Valentina	5	224	F. Zanetto, M. Gangemi				

INDICE ANALITICO

Acido salico Allattamento al seno e sviluppo cerebrale del bambino	82	<i>I. Roncoroni</i>		
Adrenalina Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?	218	<i>M. Col et al.</i>		
Agoaspirato Mariella e il seno asimmetrico	226	<i>G. Lietti</i>		
Alcol e incidenti Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?	197	<i>F. Beccaria et al.</i>		
Alfabetizzazione Educazione precoce e sviluppo umano	153	<i>A. Sila</i>		
Alimentazione del neonato Allattamento e malattie respiratorie: esiste un nesso?	89	<i>C. Gonzales</i>		
Allattamento La rappresentazione della nascita: simboli e colori "Cos'è indispensabile a un bambino subito dopo la nascita?"	15	<i>R. Brunelli Pasqua, S. Antonelli</i>		
Allattamento al seno e sviluppo cerebrale del bambino	82	<i>I. Roncoroni</i>		
Allattamento e malattie respiratorie: esiste un nesso?	89	<i>C. Gonzales</i>		
L'affaire costo dei latti	97	<i>M. Gangemi</i>		
Ambiente Ecosistema Bambino 2004: il rapporto di Legambiente	1	<i>G. Biasini</i>		
Analgesici Saper controllare il dolore nel bambino	38	<i>F. Pivi et al.</i>		
Anemia A un lattante anemico fa male il ferro	36	<i>L. Raimondi et al.</i>		
Antibioticoresistenza In un bambino con IVU si può ridurre la durata della terapia?	84	<i>S. Bianchi</i>		
Anticolinergici Nell'asma acuto è utile l'aggiunta di anticolinergici inalatori ai b2-agonisti?	179	<i>S. Percopo et al.</i>		
Antipneumococcica (vaccinazione) Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione	53	<i>L. Grandori</i>		
Antipneumococco L'UE sorveglia, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	148	<i>L. Grandori</i>		
Antistaminici orali Gli antistaminici orali riducono il prurito nella dermatite atopica?	182	<i>A. Stazzoni, M. Pasini</i>		
Antitrust Latte in polvere troppo caro intervengono Antitrust e Lombardia	190	<i>Redazionale</i>		
Antivaricella (vaccinazione) Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione	53	<i>L. Grandori</i>		
Apprendimento Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	212	<i>G. Chiarenza A., S. Casarotto</i>		
Ascolto Le difficoltà comunicative nell'attività quotidiana del pediatra di famiglia	186	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Asimmetria delle mammelle Mariella e il seno asimmetrico	226	<i>G. Lietti</i>		
Asma Allattamento e malattie respiratorie: esiste un nesso? Nell'asma acuto è utile l'aggiunta di anticolinergici inalatori ai b2-agonisti?	89	<i>C. Gonzales</i>		
	179	<i>S. Percopo, et al.</i>		
Asperger (sindrome di) La sindrome di Asperger e la storia dell'autismo	72	<i>F. Nardocci</i>		
Assistenza sanitaria Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali	7	<i>G. Cirillo, et al.</i>		
Audiometria Timpanogramma piatto uguale ipoacusia?	32	<i>P. Fiammengo, et al.</i>		
Aziendalizzazione La valutazione partecipata dei servizi sanitari e sociali Sirchia contro l'aziendalizzazione: una sconfitta annunciata	59	<i>P. Berti</i>		
	102	<i>G. Biasini</i>		
β2-agonisti Nell'asma acuto è utile l'aggiunta di anticolinergici inalatori ai β2-agonisti?	179	<i>S. Percopo, et al.</i>		
Bambini e città Ecosistema Bambino 2004: il rapporto di Legambiente	1	<i>G. Biasini</i>		
Biliblanket La fototerapia a domicilio Bronchiolite. Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?	138	<i>A. Biasini, et al.</i>		
	218	<i>M. Col, et al.</i>		
Byler (malattia di) Lorenzo con prurito e transaminasi alte	92	<i>I. Crupi</i>		
Cervello Educazione precoce e sviluppo umano Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	153	<i>A. Sila</i>		
	212	<i>G. A. Chiarenza, S. Casarotto</i>		
Colori La rappresentazione della nascita: simboli e colori	15	<i>P. R. Brunelli, S. Antonelli</i>		
Comunicazione Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione Le difficoltà comunicative nell'attività quotidiana del pediatra di famiglia Se nasce un bambino o una bambina disabile	106	<i>L. Grandori</i>		
	186	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
	229	<i>A. Canevaro</i>		
Comunicazione del rischio Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica?	98	<i>B. Griglio, et al.</i>		
Conflitti di interesse Conflitti di interesse in medicina Ricerca, ricercatori e industria	47	<i>G. Biasini</i>		
	143	<i>G. Biasini</i>		
Corticosteroidi topici I corticosteroidi topici sono utili per la risoluzione della fimosi?	87	<i>T. Vaccaro</i>		
Costo latti L'affaire costo dei latti	97	<i>M. Gangemi</i>		
Counselling Appendicite? Facciamo una ecografia? L'emigrania di Valentina Le difficoltà comunicative nell'attività quotidiana del pediatra di famiglia Sara e gli immunostimolanti	90	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
	224	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
	186	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
	136	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Cromosoma y La storia del cromosoma maschile Y e dell'evoluzione del sesso	176	<i>E. Avvedimento</i>		
Deficit di GH Si può migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH?	221	<i>M. Aloiu, et al.</i>		
Deficit Vitamina E A un lattante anemico fa male il ferro	36	<i>L. Raimondi, et al.</i>		
Degenza (durata della) Il ricovero dei bambini in ospedale	103	<i>P. Siani, G. Cirillo</i>		
Depressione Vivere con la dialisi: la storia, gli affetti e i vissuti di Lucia	157	<i>P. R. Brunelli</i>		
Dermatite atopica Nella dermatite atopica il tacrolimus crema è vantaggioso rispetto agli steroidi? Gli antistaminici orali riducono il prurito nella dermatite atopica?	30	<i>M. Pasini, A. Stazzoni</i>		
	182	<i>A. Stazzoni, M. Pasini</i>		
Diagnosi per immagini Diagnosi per immagini nei bambini con pielonefrite tanto rumore per nulla?	43	<i>L. Peratoner</i>		
Dialisi Vivere con la dialisi: la storia, gli affetti e i vissuti di Lucia	157	<i>P. R. Brunelli</i>		
Disabilità Se nasce un bambino o una bambina disabile	229	<i>A. Canevaro</i>		
Disagio Sociale Il ricovero dei bambini in ospedale	103	<i>P. Siani, G. Cirillo</i>		
Disegni infantili La rappresentazione della nascita: simboli e colori	15	<i>P. R. Brunelli, S. Antonelli</i>		

Diseguaglianza					
Ecosistema Bambino 2004: il rapporto di Legambiente	1	<i>G. Biasini</i>			
Com'è seguita la gravidanza in Italia: molte diseguaglianze	10	<i>P. Siani</i>			
Dislessia					
Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	212	<i>G. A. Chiarenza, S. Casarotto</i>			
Dolore					
Saper controllare il dolore nel bambino	38	<i>F. Pivi, et al.</i>			
Dolore addominale					
Appendicite? Facciamo una ecografia?	90	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
ECDC					
L'UE sorveglia, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	148	<i>L. Grandori</i>			
Echinacea					
I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?	129	<i>O. Testagrossa</i>			
Ecografia					
Appendicite? Facciamo una ecografia?	90	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Educazione					
Educazione precoce e sviluppo umano	153	<i>A. Sila</i>			
Educazione stradale					
Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?	197	<i>F. Beccaria, et al.</i>			
Efficacia degli interventi					
Certezze e dubbi in medicina neonatale	122	<i>M. Orzalesi</i>			
Efficienza dei servizi					
Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager	144	<i>C. Ham</i>			
Emicrania					
L'emicrania di Valentina	224	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Epatosplenomegalia					
Lorenzo con prurito e transaminasi alte	92	<i>I. Crupi</i>			
Epidemiologia perinatale					
Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia	56	<i>C. Corchia</i>			
Estrogeni					
Si può migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH?	221	<i>M. Aloiu, et al.</i>			
Extramoenia					
La fine della irreversibilità di esclusiva. Ragioni e torti	189	<i>G. Biasini</i>			
Febbri periodiche					
Una febbre puntualissima	184	<i>R. Ciambra, et al.</i>			
Fibroadenoma					
Mariella e il seno asimmetrico	226	<i>G. Lietti</i>			
Fimosi					
I corticosteroidi topici sono utili per la risoluzione della fimosi?	87	<i>T. Vaccaro</i>			
Fitoterapia					
I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?	129	<i>O. Testagrossa</i>			
Follow up					
Com'è seguita la gravidanza in Italia: molte diseguaglianze	10	<i>P. Siani</i>			
Foresta Amazzonica					
Una pediatra tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica	5	<i>M. Sonego</i>			
Fototerapia					
La fototerapia a domicilio	138	<i>A. Biasini, et al.</i>			
Genetica					
La storia del cromosoma maschile Y e dell'evoluzione del sesso	176	<i>E. Avvedimento</i>			
Ginnastica prepuziale					
I corticosteroidi topici sono utili per la risoluzione della fimosi?	87	<i>T. Vaccaro</i>			
Girello					
Il girello? Meglio non usarlo	46	<i>Anonimo</i>			
Gravidanza					
Com'è seguita la gravidanza in Italia: molte diseguaglianze	10	<i>P. Siani</i>			
Immunostimolanti					
Sara e gli immunostimolanti	136	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Indios					
Una pediatra tra gli indios Yanomami della foresta amazzonica	5	<i>M. Sonego</i>			
Industria					
Conflitti di interesse in medicina	47	<i>G. Biasini</i>			
Ricerca, ricercatori e industria	143	<i>G. Biasini</i>			
Infezione urinaria					
In un bambino con IVU si può ridurre la durata della terapia?	84	<i>S. Bianchi</i>			
Infezioni respiratorie					
Allattamento e malattie respiratorie: esiste un nesso?	89	<i>C. Gonzales</i>			
Infezioni respiratorie ricorrenti					
I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?	129	<i>O. Testagrossa</i>			
Sara e gli immunostimolanti	136	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Informazioni per genitori					
Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione	53	<i>L. Grandori</i>			
Quando svezzare il lattante? Quando vuole lui	84	<i>L. Piermarini</i>			
Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione	106	<i>L. Grandori</i>			
Integrazione socio-sanitaria					
Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali	7	<i>G. Cirillo, et al.</i>			
Intramoenia					
La fine della irreversibilità di esclusiva. Ragioni e torti	189	<i>G. Biasini</i>			
Ipatropio bromuro					
Nell'asma acuto è utile l'aggiunta di anticolinergici inalatori ai b2-agonisti?	179	<i>S. Percopo, et al.</i>			
Iperbilirubinemia neonatale					
La fototerapia a domicilio	138	<i>A. Biasini, et al.</i>			
Ipertransaminasemia					
Lorenzo con prurito e transaminasi alte	92	<i>I. Crupi</i>			
Ipoacusia					
Timpanogramma piatto uguale ipoacusia?	32	<i>P. Fiammengo, et al.</i>			
Latte in polvere					
Latte in polvere troppo caro intervengono Antitrust e Lombardia	190	<i>Redazionale</i>			
Leadership					
Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager	144	<i>C. Ham</i>			
Letture					
Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	212	<i>G. A. Chiarenza, S. Casarotto</i>			
Malattia cronica					
Le difficoltà comunicative nell'attività quotidiana del pediatra di famiglia	186	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Se nasce un bambino o una bambina disabile	229	<i>A. Canevaro</i>			
Manager					
Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager	144	<i>C. Ham</i>			
Mezzi di comunicazione di massa					
Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica?	98	<i>B. Griglio et al.</i>			
Migrazione ospedaliera					
Il ricovero dei bambini in ospedale	103	<i>P. Siani, G. Cirillo</i>			
Morbillo					
Contenimento dell'epidemia di morbillo: Salerno 2002	49	<i>T. Magurno, et al.</i>			
Mortalità					
Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia	56	<i>C. Corchia</i>			
Nascita					
La rappresentazione della nascita: simboli e colori	15	<i>P. R. Brunelli, S. Antonelli</i>			
Neonati di peso molto basso					
Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia	56	<i>C. Corchia</i>			
Certezze e dubbi in medicina neonatale	122	<i>M. Orzalesi</i>			
Neonatologia					
Certezze e dubbi in medicina neonatale	122	<i>M. Orzalesi</i>			
Neurofisiologia					
Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	212	<i>G. A. Chiarenza, S. Casarotto</i>			

Neuropsicologia				
Imparare a leggere: i meccanismi psicofisiologici	212	G. A. Chiarenza, S. Casarotto		
Niaprazina				
Matilde, una bambina che non dorme	34	F. Zanetto, M. Gangemi		
Nodulo mammario				
Mariella e il seno asimmetrico	226	Lietti Giuseppe		
OME				
Screenare l'OME per la rinite allergica?	178	S. Conti Nibali		
Paralisi del facciale				
Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale?	132	A. Stazzoni et al.		
Pediculosi				
Pidocchi in testa?	142	S. Conti Nibali		
Pertosse				
L'UE sorveglianza, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	148	L. Grandori		
PFAPA				
Una febbre puntualissima	184	R. Ciambra et al.		
Pielonefrite				
Diagnosi per immagini nei bambini con pielonefrite: tanto rumore per nulla?	43	L. Peratoner		
Prematurità				
A un lattante anemico fa male il ferro	36	L. Raimondi et al.		
Prevenzione				
Otto passi a tutela della salute dei bambini	2	M. Gangemi, L. Grandori		
Otto passi di prevenzione a tutela della salute	62	Redazionale		
Pidocchi in testa?	142	S. Conti Nibali		
Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?	197	F. Beccaria et al.		
Propranololo				
L'emicrania di Valentina	224	F. Zanetto, M. Gangemi		
Prurito				
Lorenzo con prurito e transaminasi alte	92	I. Crupi		
Gli antistaminici orali riducono il prurito nella dermatite atopica?	182	A. Stazzoni, M. Pasini		
Rapporto di lavoro esclusivo				
La fine della irreversibilità di esclusiva. Ragioni e torti	189	G. Biasini		
Reazioni avverse				
Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione	106	L. Grandori		
Responsabilità				
Vaccini gratis a scelta, equità e diritti dimenticati	191	L. Grandori		
Ricerca				
Ricerca, ricercatori e industria	143	G. Biasini		
Ricovero ospedaliero				
Il ricovero dei bambini in ospedale	103	P. Siani, G. Cirillo		
Rinite allergica				
Screenare l'OME per la rinite allergica?	178	S. Conti Nibali		
Rischi				
Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile	140	L. Grandori		
Vaccini gratis a scelta, equità e diritti dimenticati	191	L. Grandori		
Rischio sociale				
Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali	7	G. Cirillo et al.		
Ritardo di crescita				
Si può migliorare l'accuratezza diagnostica dei test per il GH?	221	M. Aloiu et al.		
Salbutamolo				
Utilizzare l'adrenalina nella bronchiolite?	218	M. Col et al.		
Salute del bambino				
Otto passi a tutela della salute dei bambini	2	M. Gangemi, L. Grandori		
Otto passi di prevenzione a tutela della salute	62	Redazionale		
Servizi sanitari				
La valutazione partecipata dei servizi sanitari e sociali	59	P. Berti		
Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager	144	C. Ham		
Servizio sanitario nazionale				
La fine della irreversibilità di esclusiva. Ragioni e torti	189	G. Biasini		
SIDS				
In parlamento le osservazioni dell'ACP sulla legge anti-SIDS	68	Redazionale		
Sonno				
Matilde, una bambina che non dorme	34	F. Zanetto, M. Gangemi		
Sorveglianza				
Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione	106	L. Grandori		
Sorveglianza (delle malattie trasmissibili)				
L'UE sorveglianza, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	148	L. Grandori		
Sostegno psicoterapico				
Vivere con la dialisi: la storia, gli affetti e i vissuti di Lucia	157	P. R. Brunelli		
SSRI				
Ricerca, ricercatori e industria	143	G. Biasini		
Steroidi				
Nella dermatite atopica il tacrolimus crema è vantaggioso rispetto agli steroidi?	30	M. Pasini, A. Stazzoni		
Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale?	132	A. Stazzoni et al.		
Una febbre puntualissima	184	R. Ciambra et al.		
Strategie vaccinali				
Vaccini gratis a scelta, equità e diritti dimenticati	191	L. Grandori		
Successo scolastico				
Educazione precoce e sviluppo umano	153	A. Sila		
Sviluppo cerebrale				
Allattamento al seno e sviluppo cerebrale del bambino	82	I. Roncoroni		
Sviluppo psicomotorio				
Il girello? Meglio non usarlo	46	Anonimo		
Sviluppo umano				
Educazione precoce e sviluppo umano	153	A. Sila		
Tacrolimus				
Nella dermatite atopica il tacrolimus crema è vantaggioso rispetto agli steroidi?	30	M. Pasini, A. Stazzoni		
Telarca				
Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica?	98	B. Griglio et al.		
Terapia				
In un bambino con IVU si può ridurre la durata della terapia?	84	S. Bianchi		
Gli antistaminici orali riducono il prurito nella dermatite atopica?	182	M. Pasini, A. Stazzoni		
L'emicrania di Valentina	224	F. Zanetto, M. Gangemi		
Tonsillectomia				
Una febbre puntualissima	184	R. Ciambra et al.		
Traumi				
Il girello? Meglio non usarlo	46	Anonimo		
Unione Europea				
L'UE sorveglianza, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo	148	L. Grandori		
Vaccinazioni				
Otto passi a tutela della salute dei bambini				
Proposte dell'ACP e una lettera all'Istituto Superiore di Sanità	2	M. Gangemi, L. Grandori		
Otto passi di prevenzione a tutela della salute				
Le proposte dell'ACP nell'ambito delle cure primarie	62	Redazionale		
La vaccinazione contro l'influenza	233	L. Grandori		
Vaccinazione				
Contenimento dell'epidemia di morbillo: Salerno 2002	49	T. Magurno et al.		
Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione	53	L. Grandori		
Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile	140	L. Grandori		
Valutazione partecipata				
La valutazione partecipata dei servizi sanitari e sociali	59	P. Berti		
Varicella				
Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile	140	L. Grandori		