

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it

I bambini e la musica



231 Editoriale: L'ACP da Napoli 2005 ad Asolo 2006 **233** Le ricerche in corso nell'ACP **236** Congressi contro luce **238** Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000 **241** Film: Bambini invisibili **242** Influenza aviaria: proviamo a fare chiarezza **244** Nati per leggere **246** I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare? **249** Quaderni acp: come lavora la redazione **250** "Nati per la musica", un primo bilancio **254** Libri **256** Info **258** Lettere: Meglio dormire soli che "bene" accompagnati? **262** Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia **265** I lattini sono tutti uguali? **271** Una dispnea difficile da classificare **274** "Usato non garantito"... Pensaci! **275** Tenstories: Uganda, i bambini soldato al centro di una crisi umanitaria in crescendo

novembre-dicembre 2005 vol 12 n°6

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

novembre-dicembre 2005 vol 12 n° 6

Editoriale

- 231 L'ACP da Napoli 2005 ad Asolo 2006
Michele Gangemi

Ricerca

- 233 Le ricerche in corso nell'ACP
Giacomo Toffol

Congressi controllo

- 236 Cesena: percorso nascita, le criticità
Francesco Ciotti
- 237 Milano: dislessia, le criticità
Patrizia Elli

Medicina e storia

- 238 Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000
Salvatore Murgia

Film

- 241 Milioni di *Bambini invisibili*
in sette cortometraggi
Italo Spada

Vaccinacipi

- 242 Influenza aviaria:
proviamo a fare chiarezza
Luisella Grandori

Nati per Leggere

- 244 NpL Prime valutazioni di efficacia
Red
- 244 NpL all'estero: Germania, Spagna, Svizzera
- 244 NpL in Toscana
- 245 NpL in Sicilia
- 245 NpL in Campania
- 245 NpL in Puglia
- 206 Una lettera: Il mio bookcrossing
Patrizia Bolla

Esperienze

- 246 I percorsi sicuri casa-scuola.
Nati per camminare?
Roberto Quadalti, M. Cristina Capriotti

Acp news

- 249 Quaderni acp: come lavora la redazione
Red

Musical-mente

- 250 "Nati per la musica", un primo bilancio
Stefano Gorini

Libri

- 254 A tavola con la Compagnia delle Orecchie
Volanti di *Bianca Bianchini,*
Paola Lusardi, Dorina Passamai
- 254 Il mio bambino non mi mangia
di *Carlo Gonzales*
- 254 Si mangia!
di *Montse Doménech e Eduard Estivill*
- 255 Le mani in pasta di *Carlo Barbieri*

Info

- 256 Medicinali a misura di bambino
- 256 Sperimentazioni sui bambini
- 256 I bugiardini
- 256 Processo alla Merck
- 256 Sul palivizumab ci danno ragione
- 256 Un Premio Nobel
- 257 Cala la spesa per il latte artificiale
- 257 Gap 10/90: le vecchie povertà
- 257 Libri: le nuove povertà
- 257 Un altro tipo di conflitto di interessi
- 257 Il Dalai Lama? No grazie
- 257 Creazionismo ed evolucionismo
- 257 È nato il 6+2 con la musica

Lettere

- 258 Meglio dormire soli che "bene" accompagnati?
Maria Luisa Tortorella,
Annamaria Moschetti, Francesco Ciotti

261 Ausili Didattici

Narrative medicine

- 262 Comunicare il rischio: aspetti problematici
per il pediatra di famiglia
Michele Gangemi, Patrizia Elli,
Federica Zanetto

Leggere e fare

- 265 I latti sono tutti uguali?
Angela Alfarano et al.

Il caso che insegna

- 271 Una dispnea difficile da classificare
Paolo Siani et al.

Informazioni per genitori

- 274 "Usato non garantito" ... *Pensaci!*
Alessandro Volta

Tenstories

- 275 Uganda: i bambini soldato al centro
di una crisi umanitaria in crescendo
Stefania Manetti (a cura di)

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2005 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
november-december 2005; 12(6)

231 Editorial

ACP: from Naples in 2005 to Asolo in 2006
Michele Gangemi

233 Research

Researches in progress
in Associazione Culturale Pediatri
Giacomo Toffol

236 Meeting synopses

238 Medical history

Children and health in Europe between
the years 1750 and 2000
Salvatore Murgia

241 Movies

242 Vaccinacipi

Avian influenza: lets try to make clearness
Luisella Grandori

244 Born to read

246 Personal accounts

Safe routes for school: born to walk
Roberto Quadalti, M. Cristina Capriotti

249 Acp news

"Quaderni acp: how an editorial staff works
Red

250 Musical-mente

"Born for music", a project and a first estimate
Stefano Gorini

254 Books

256 Info

258 Letters

261 Didactic support

262 Narrative medicine

Communicating risk: a difficult problem
for family pediatricians
*Michele Gangemi, Patrizia Elli,
Federica Zanetto*

265 From literature to practice

Are all milk the same?
Angela Alfarano et al.

271 Learning from a case

A difficult to classify dyspnoea
Paolo Siani et al.

274 Informing parents

"Second - hand not guaranteed"...
Think about it!
Alessandro Volta

275 Tenstories

Uganda: child soldiers at centre
of mounting humanitarian crisis
Stefania Manetti

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing

e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione
gratuita on-line della letteratura medica
ed è pubblicata per intero al sito
web: www.quaderniacp.it
e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

Indirizzi

Amministrazione

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

Direttore

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

Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari
Cell. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficiociacp@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.it

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA. L'immagine riproduce
"Giovani musicanti" (particolare), Antoine Le
Nain 1640 ca., olio su tavola. Collezione
Thyssen-Bornemisza, Lugano.

QUADERNI ACP. NORME REDAZIONALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione via e-mail esclusivamente all'indirizzo redazionequaderni@tiscali.it, composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte; vanno numerate e titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Per gli altri contributi non possono essere superate le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Va indicato Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli Autori. Va segnalato l'indirizzo e-mail dell'Autore indicato per la corrispondenza. Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi nel testo. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2000;5:10-4.

Esempio per i testi: Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Il Pensiero Scientifico Ed, Roma 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. I lavori pervenuti vengono sottoposti tutti alla valutazione della redazione e a due revisori. Il giudizio sarà trasmesso agli Autori in tempo ragionevole. È obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali utilizzati nel lavoro. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. Non si forniscono estratti.

L'ACP da Napoli 2005 ad Asolo 2006

Michele Gangemi
Presidente ACP

Considero un vero piacere poter cercare di descrivere e condividere le emozioni e gli stimoli suscitati dal congresso di Napoli. Non ne farò un'analisi completa ma proverò a sottolineare gli spunti forniti e come l'ACP può concretizzarli in questo anno, prima di Asolo 2006.

Dicevano Siani e Cirillo, nella presentazione del congresso: "Il congresso propone come tema di fondo l'utopia della comunità intesa come sistema complesso, dove si producono salute e malattia, entro cui vivono i bambini, le famiglie e i pediatri". L'ACP ha iniziato il percorso di regionalizzazione e ha il dovere e la forza di dialogare coi governi regionali e di partecipare alla stesura dei piani di zona, che nella grande maggioranza dei casi, non prevedono un coinvolgimento della pediatria. L'ACP, richiamando l'attenzione ai veri bisogni della salute infantile, ha anche il dovere di cercare di riorientare la programmazione della Sanità. Questo vuol dire anche saper guardare alla salute in tutte le sue componenti e poter contribuire alla riduzione delle disuguaglianze e a una corretta allocazione delle risorse (vedi relazione Grandori). Ci aspettiamo dai referenti regionali la capacità di trasferire i documenti e le azioni dell'ACP a livello regionale. È l'inizio di un percorso che troverà il necessario supporto del Centro, ma dovrà essere compiuto insieme nel tentativo di incidere sulla programmazione della salute per l'infanzia. Non è certo un caso che, proprio da Castel dell'Ovo, dove avevamo cominciato con il bambino a rischio sociale, si riparta con l'ambizione di voler concretizzare il pensiero sempre critico e attento alla realtà dell'ACP. Non più quindi "Ribelli per caso", come il titolo del piacevole e ironico film proiettato durante il congresso, ma "Ribelli per presa di coscienza".

Da qui parte anche la riflessione sul conflitto d'interessi, già da tempo in atto, e che è culminata in un percorso condiviso



che riguarda la gran parte dei soci. La bella e partecipata tavola rotonda, dedicata all'informazione scientifica, ha contribuito a far prendere coscienza che la sottovalutazione del condizionamento dei pediatri, da parte dell'industria, è poco realistica e con essa dobbiamo tutti fare i conti. Lo stesso prof. Armido Rubino nel suo saluto lo ha sottolineato e non ha sottovalutato il fatto di un congresso fatto non contro l'industria, ma senza l'industria.

A Napoli sono state presentate le proposte formative dell'ACP.

1. *Quaderni acp*, al cui indice si è ispirato tutto il programma del congresso, rappresenta un potente strumento di formazione per tutta l'Associazione. Nei documenti congressuali era presente una nota, ripresa in questo numero, che spiega il funziona-

mento della redazione che rappresenta un "unicum" nel panorama nazionale.

L'iniziativa di formazione dei collaboratori della rivista che producono gli scenari dovrà costituire un patrimonio non solo per la redazione, ma per tutti i gruppi locali che potranno ripensare alle loro modalità di formazione. In questa ottica l'ACP e "Quaderni acp" dovranno avviare una seria riflessione sulla possibilità di rinunciare ai contributi pubblicitari, per quanto ridotti e da sempre privi del contributo dei produttori di lattini.

2. La *Newsletter*, prodotta in collaborazione con il CSB, ha incontrato molti apprezzamenti e le due esperienze, presentate da Dragovich e Zanetto, indicano che i gruppi possono crescere nella loro formazione, coinvolgendo anche specializzandi e ospedalieri.

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

editoriale

3. Il progetto *WEBM* che costituisce un esempio di formazione sul campo e si situa nella blended learning (formazione a distanza + residenziale) rappresenta una ulteriore evoluzione della formazione dei pediatri.

Sembra che poche Associazioni abbiano un'offerta così ricca e variegata che può essere spesa dai gruppi locali in base ai loro bisogni e alle loro caratteristiche. Permettere ai pediatri di uscire da logiche autoreferenziali e cimentarsi, col supporto del gruppo, in percorsi di lettura critica e di metodologia EBM rappresenta una vera crescita che può contrastare le informazioni distorte che tuttora circolano. Questa operazione è peraltro nella storia dell'ACP che ha contribuito alla rinascita della pediatria italiana e della "Rivista Italiana di Pediatria". Per quanto riguarda le ricerche sono state presentate due proposte nazionali di sicura rilevanza:

a. Un'assistenza integrata per la cronicità in pediatria, presentata da Giuseppe La Gamba, ha posto le basi per la costituzione di un gruppo allargato, la cui funzione sarà di saper tradurre in pratica le premesse ben evidenziate nell'intervento.

b. Il grado di sensibilità dei pediatri ospedalieri e delle infermiere sulla prevenzione e la terapia del dolore è una indagine conoscitiva portata avanti dal gruppo ospedaliero ACP coordinato da Luciano de Seta.

Entrambi i progetti confermano l'attenzione dell'ACP ai veri bisogni dell'infanzia. Il brillante intervento della signora De Rinaldi, in rappresentanza del personale infermieristico, conferma l'attenzione dell'ACP a questo settore fondamentale dell'assistenza pediatrica e costituisce un impegno per programmare un convegno infermieristico.

La scommessa dell'ACP sarà quella di sviluppare entrambi i progetti nell'ottica di una crescita contestuale di tutte le componenti pediatriche. La composizione del nuovo Direttivo, con l'ingresso di due neonatologi, sarà una condizione favorente lo sviluppo di una progettualità che coinvolga tutte le componenti pedia-

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ASSOCIAZIONE

Presidente	Michele Gangemi	Fine mandato 2006
Consigliere	Paolo Fiammingo	Fine mandato 2006
Consigliere	Laura Reali	Fine mandato 2006
Consigliere	Federica Zanetto	Fine mandato 2006
Consigliere	Sandro Bianchi	Fine mandato 2008
Consigliere	Angelica Bovino	Fine mandato 2008
Consigliere	Giuseppe La Gamba	Fine mandato 2008
Consigliere	Francesco Morandi	Fine mandato 2008
Revisore	Arturo Alberti	Fine mandato 2008
Tesoriere	Franco Dessì	Fine mandato 2006

triche. La ricerca sulle malattie croniche non può, inoltre, prescindere dalle Associazioni dei Genitori che rappresentano gli interlocutori assieme ai quali costruire un percorso condiviso. Va proprio in questo senso l'impegno, da parte dell'Assemblea, di tradurre in pratica la carta di Firenze di ripensare il sito ACP anche per i genitori. Un esempio concreto di sostegno alla genitorialità è rappresentato dal progetto Nati per Leggere. È un progetto su cui l'ACP investe, in maniera convinta, le sue risorse con la preziosa collaborazione del CSB, coinvolgendo biblioteche e scuole. A Napoli si sono, inoltre, consolidate le radici di un nuovo progetto (Nati per la musica) grazie all'attività di Stefano Gorini che lo porta avanti con entusiasmo e capacità; a Stefano, e a Maddalena Patella, si devono anche le copertine di Quaderni acp 2005 dedicate ai bambini e alla musica. Entrambe queste iniziative sottolineano la volontà dell'ACP di non limitarsi allo stretto ambito pediatrico, ma di saper percorrere nuove strade in collaborazione con altri operatori per l'infanzia. L'unica critica al congresso poteva essere la scarsa attenzione alla clinica, peraltro dominante nella gran parte degli altri congressi. I criteri di Roma, brillantemente presentati dal prof. Auricchio, possono rappresentare uno strumento pratico assai utile nell'attività quotidiana del pediatra e lo scenario di comunità sull'obesità ha richiamato l'importanza di affrontare il problema in un'ottica di complessità.

Ho la certezza che l'Associazione sia cresciuta in termini di coesione e di visi-

bilità, e questo congresso ne è stata la più chiara dimostrazione. L'ACP vuole rappresentare il villaggio globale che permetta la crescita di tutti i suoi soci e dei gruppi locali. L'inizio del coinvolgimento degli specializzandi nelle attività di formazione può rappresentare il futuro di tutta l'Associazione che deve porsi, anche a livello locale, il problema del ricambio generazionale.

I colleghi veneti hanno accettato l'impegno di organizzare il 18° Congresso ad Asolo, senza sponsor, ed evidenziando, come macrotema, il bambino e l'ambiente. In questo ambito è attivo da circa un anno un gruppo che si sta confrontando e mettendo a punto un pacchetto formativo.

Ho lasciato per ultimo il commento all'intervento di apertura di padre Zanotelli, sovvertendo la logica delle emozioni. È impossibile razionalizzare un'emozione così forte, ma quanto ci ha chiesto cercheremo di farlo, grazie anche alla sua testimonianza.

Chiudo con la sua dedica, contenuta nel libro donatomi: "Un grazie, per quello che potete fare, per permettere ai poveri di avere accesso ai farmaci essenziali". Ritengo che alcune delle cose fatte in ACP siano la giusta premessa per rispettare questo impegno, ma sarà necessario individuare dei percorsi concreti, anche con la collaborazione di Organizzazioni impegnate nell'aiuto ai Paesi in via di sviluppo.

Un grazie finale, a nome di tutta l'ACP, agli amici napoletani, impeccabili organizzatori del congresso. ♦

Le ricerche in corso nell'ACP

A cura della Segreteria della ricerca

Continuiamo in questo numero, facendo seguito a *Quaderni acp 2005;12(4):152-6*, il resoconto delle ricerche in corso nei gruppi dell'Associazione.

LAZIO

1. SIDS: STUDIO SULLE ESPERIENZE E LE INFORMAZIONI DI 429 MAMME AL MOMENTO DELLA PRIMA VISITA CON IL PEDIATRA DI FAMIGLIA A ROMA

Gruppi ACP coinvolti ACP Lazio

Altre strutture coinvolte Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute-Istituto Superiore di Sanità

Numero di pediatri ricercatori 31

Referente Federico Marolla
(federico134@interfree.it)

Data di inizio Aprile 2004

Razionale Le linee-guida nazionali e internazionali, supportate da studi clinici controllati e da recentissime revisioni sistematiche della letteratura, raccomandano che gli operatori che lavorano nel campo della salute materno-infantile informino i genitori affinché adottino misure di prevenzione riguardo alla SIDS, costituite soprattutto da: mettere il bambino a dormire in posizione supina, evitare ambienti surriscaldati e poco ventilati, evitare l'esposizione al fumo passivo.

Scopi Conoscere il tipo e la qualità dell'informazione riguardo alla SIDS dei neogenitori e i fattori che possono influire sull'adozione dei comportamenti osservati per la posizione in culla, la temperatura della camera e il fumo passivo, con l'obiettivo di stabilire la necessità o meno che il pediatra di famiglia si impegni per favorire l'adozione da parte dei genitori dei comportamenti raccomandati.

Metodi 31 pediatri di famiglia distribuiti su tutto il territorio del Comune di Roma hanno somministrato un questionario in occasione della prima visita di 429 neonati successivi, nel periodo aprile-giugno 2004. Le dimissioni proveni-

vano da 34 diversi Centri Nascita della città. È stata condotta un'analisi bivariata e multivariata per identificare le esperienze e le informazioni ricevute, compresi l'esempio pratico e le informazioni verbali e scritte sulla SIDS.

Risultati provvisori I genitori adottano la posizione supina per il lattante durante il sonno in una percentuale non soddisfacente (28%). L'adozione della posizione supina è fortemente dipendente dall'informazione ricevuta presso il Centro Nascita e dal modo in cui viene posto in culla in ospedale. I Centri Nascita forniscono scarse informazioni sulla prevenzione della SIDS, che spesso non sono congrue con le raccomandazioni internazionali e, a volte, sono incoerenti con il comportamento stesso adottato all'interno dei Centri Nascita.

I dati sulle donne pluripare suggeriscono che anche i pediatri di famiglia che hanno partecipato allo studio non hanno fornito sufficienti informazioni sull'argomento. È auspicabile da una parte una maggiore interazione tra tutti gli operatori dell'area materno-infantile al fine di condividere e migliorare le conoscenze e i comportamenti, dall'altra è necessario un impegno più deciso ed efficace nei confronti della prevenzione della SIDS.

Referenze

- (1) Moon RY, Oden RP, Grady KC. Back to Sleep: an educational intervention with women, infants, and children program clients. *Pediatrics* 2004; 113:542-7.
- (2) Rasinski KA, Kuby A, Bzdusek SA et al. Effect of a sudden infant death syndrome risk reduction education program on risk factor compliance and information sources in primarily black urban communities. *Pediatrics* 2003;111:e347-54.

Stato della ricerca Elaborazione dei dati.

Termine previsto Ottobre 2005

2. QUALI MESSAGGI PER LATTE MATERNO E SIDS SUI CARTELLINI DI DIMISSIONE NEI CENTRI NASCITA DELLA CITTÀ DI ROMA

Gruppi ACP coinvolti ACP Lazio

Altre strutture coinvolte Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità

Numero di pediatri ricercatori 31

Referente Federico Marolla
(federico134@interfree.it)

Data di inizio Aprile 2004

Razionale Benché il cartellino di dimissione dal Centro Nascita sia solo uno degli strumenti per sostenere le mamme nell'allattamento, e per indicare la corretta posizione in culla, tuttavia esso rappresenta l'unica informazione scritta rilasciata dal Punto Nascita a tutte le puerpere. Le informazioni fornite ai genitori in tema di allattamento al seno e SIDS al momento della dimissione dai Centri Nascita con il cartellino di dimissione ospedaliera sono state raccolte e analizzate.

Scopi Riflettere sull'importanza del coordinamento dei servizi, sulla completezza delle informazioni scritte rispetto al counselling, e sulla necessità che i contenuti siano coerenti con le evidenze scientifiche. Sostenere la necessità di aggiornamento coordinato e verificabile nei risultati.

Metodi 31 pediatri hanno raccolto 302 fotocopie dei cartellini di dimissione di neonati sani e a termine, di 35 diversi Punti Nascita, di cui 22 nella città di Roma, al momento della prima visita. I Centri Nascita afferenti sono stati 9 ospede-

Per corrispondenza:
Giacomo Toffol
e-mail: gitoffol@libero.it

dali pubblici (tutti), 3 cliniche universitarie, 5 delle 6 case di cura accreditate e 6 delle 10 case di cura non accreditate.

Risultati provvisori I messaggi contenuti nei cartellini esaminati sono spesso non corretti, ambigui e non coerenti con le evidenze scientifiche.

L'allattamento a richiesta viene suggerito solo nel 32% dei cartellini, mentre il 58% suggerisce, in modo confondente, sia di allattare a richiesta che di seguire un orario prestampato. Sul totale dei punti nascita solo 2 non riportano mai la prescrizione di latte artificiale, mentre 5, che raccolgono il 40% delle 24.000 nascite/anno di Roma, la riportano sempre.

L'indicazione per la posizione in culla è presente in 2 centri su 35.

Referenze

- (1) Gartner LM, Morton J, Lawrence RA et al. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496#RFN2>.
- (2) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita, 2002. Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute-Istituto Superiore di Sanità.
- (3) Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayril AS et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115: e 139-46.

Stato della ricerca Elaborazione dei dati

Termine previsto Ottobre 2005

3. QUALI FATTORI INFLUENZANO L'ALLATTAMENTO AL SENO? RISULTATI DI UNA RICERCA EFFETTUATA DAI PEDIATRI DI FAMIGLIA DI ROMA AL MOMENTO DELLA PRIMA VISITA

Gruppi ACP coinvolti ACP Lazio

Altre strutture coinvolte Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e

Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità

Numero di pediatri ricercatori 31

Referente Federico Marolla (federico134@interfree.it)

Data di inizio Aprile 2004

Razionale Il sostegno degli operatori sanitari alla donna per favorire l'allattamento al seno risulta determinante soprattutto nelle prime settimane dopo il parto e richiede coordinamento, preparazione specifica e periodica, valutazione collaborativa dei risultati. La conoscenza dei fattori che possono influenzare la modalità dell'allattamento riveste quindi una notevole importanza, soprattutto per il pediatra di famiglia.

Scopi Conoscere le informazioni, le esperienze e i comportamenti delle neomamme per implementare interventi formativi specifici rivolti ai pediatri di famiglia per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

Metodi 31 pediatri di famiglia distribuiti su tutto il territorio del Comune di Roma hanno somministrato un questionario in occasione della prima visita di 429 neonati sani e a termine successivi, nel periodo aprile-giugno 2004. Le dimissioni provenivano da 34 diversi Centri Nascita della città. È stata condotta una analisi bivariata e multivariata per identificare le esperienze e le informazioni ricevute in precedenza, potenzialmente associate a un allattamento esclusivo al momento della prima visita.

Risultati provvisori Alla prima visita ambulatoriale del pediatra di famiglia il 70% dei bambini è allattato con modalità esclusiva, il 25% complementare, il 5% artificiale. Mentre il 94% delle donne esprime desiderio di voler allattare, più di un bambino su due ha già esperienza di biberon. Le pratiche ospedaliere si associano in modo significativo con la modalità di allattamento. Le donne primipare dimostrano competenze diverse dalle pluripare.

Referenze

- (1) Centro per la Salute del Bambino-ONLUS. Pagina dedicata ai links sulle informazioni più qualificate nazionali e internazionali, e ai corsi per

operatori. "Allattamento al seno: corso pratico di counselling". Formazione di Formatori. Versione integrale in italiano del corso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). <http://www.csbonlus.org/?CONTENT=ALLATTAMENTO>.

- (2) Karl DJ. Using principles of newborn behavioral state organization to facilitate breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004 (S); 29: 292-8.
- (3) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita, 2002. Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute-Istituto Superiore di Sanità.

Stato della ricerca Conclusa

Termine Ottobre 2005

BASILICATA

4. QUALITÀ DEL SONNO NEI PRIMI 3 ANNI DI VITA

Gruppi ACP coinvolti ACP Puglia - Basilicata

Altre strutture coinvolte Istituto di Statistica Medica dell'Università di Bari

Numero di pediatri ricercatori 48

Referente Anna Maria Moschetti (cetra@libero.it)

Data di inizio Settembre 2004

Razionale Lo studio intende conoscere la qualità del sonno della popolazione pediatrica nel periodo che va dalla nascita ai 3 anni di vita, includendo il numero e la durata dei risvegli, allo scopo di stabilire una distribuzione statistica delle interruzioni di sonno nella popolazione e nelle epoche della vita studiate, di valutare l'organizzazione globale del sonno e di individuare e definire il sonno variante rispetto alla norma per numero di risvegli, durata degli stessi, numero di ore dormite. Sarà espressamente studiata, nella popolazione in esame, la distanza fisica del bambino dalla madre nei momenti di sonno e all'atto dei risvegli per verificare se e come le modalità dell'addormentamento e il luogo, inteso come distanza dalla madre, in cui il lat-

tante dorme, possano o no funzionare da attivatori di un comportamento fisiologico di attaccamento e ostacolare il sonno determinando ripetuti risvegli.

Scopi Studiare la qualità del sonno nella prima infanzia nella popolazione mediante numero e durata dei risvegli, interventi parentali sulla sede del sonno (letti-no, letto matrimoniale, stanzetta) e sull'addormentamento. Indagare la prevalenza nella popolazione in esame del disturbo di sonno definito dall'ICD10 come "Insonnia non organica e Disturbo non organico del ritmo sonno-veglia".

Metodi Saranno reclutati tutti i bambini che si presentano alla visita per un bilancio di salute da 0 a 3 anni (esclusi quelli con gravi patologie perinatali). A ogni bilancio di salute saranno somministrati un questionario e un diario del sonno da compilare per una settimana.

Risultati provvisori Non disponibili

Referenze

- (1) Richman N. A community survey of characteristics of one- to two-year-olds with sleep disruptions. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20: 281-91.
- (2) Anders TF, Halpern LF, Hua J. Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics* 1992; 90:554-60.
- (3) Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Gaylor EE et al. Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *J Dev Behav Pediatrics* 2001;22:226-33.

Stato della ricerca Reclutamento in atto

Termine Raggiungimento di un campione statisticamente significativo per l'ipotesi testata.

5. DISTURBI DEL SONNO E ATTACCOMENTO IN ETÀ PEDIATRICA

Gruppi ACP coinvolti ACP Puglia-Basilicata

Altre strutture coinvolte Dipartimento di Psicologia e Istituto di Statistica Medica dell'Università di Bari

Numero di pediatri ricercatori 13

Referente Anna Maria Moschetti (cetra@libero.it)

Data di inizio Settembre 2004

Razionale Lo studio intende esplorare in particolare il rapporto tra tipo di attaccamento madre-bambino e risvegli notturni. Dal versante materno gli studi hanno dimostrato la correlazione tra la qualità dell'attaccamento rappresentato nella mente della madre, esplorato attraverso il test dell'Adult Attachment Interview (AAI) e il tipo di attaccamento del bambino testato con la Strange Situation.

In relazione al sonno alcuni lavori su piccoli numeri stabiliscono una correlazione significativa tra disturbi del sonno e attaccamento insicuro nella madre, studiato col test dell'AAI. Lo studio intende verificare questa ipotesi su grandi numeri.

Scopi Indagare la correlazione tra eventuali disturbi del sonno e tipo di attaccamento materno attraverso la somministrazione dell'AAI.

Metodi Ogni pediatra recluta 12 neonati (esclusi quelli con gravi patologie perinatali), con effettuazione dell'AAI alle madri entro il 1° mese di vita e compilazione del questionario e diario del sonno a tutti i bilanci di salute fino al 36° mese.

Risultati provvisori Non disponibili

Referenze

- (1) Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, Minde KK. Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:86-93.
- (2) Scher A. Attachment and sleep: a study of night waking in 12-month-old infants. *Dev Psychobiol* 2001; 38:274-85.
- (3) Morrell J, Steele H. The role of attachment security, temperament, maternal perception, and acre-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal* 2003;24:447-468.

Stato della ricerca Reclutamento in atto

Termine Raggiungimento di un campione statisticamente significativo per la ipotesi testata. ♦

L'INQUINAMENTO UN NUOVO COLPEVOLE PER LA SIDS?

Una ricerca di Autori californiani (*Arch Dis Child* 2005;90:750-3) ha cercato di capire se esiste un rapporto fra livelli outdoor di monossido di carbonio (CO) e di biossido di azoto (NO₂) e morti per SIDS. Il rapporto, in una ricerca su 169 casi e 169 controlli, sembra esistere particolarmente per il biossido di azoto. Le morti per SIDS erano significativamente correlate (OR 2.34; IC 95%: 1.13-4.87) con una elevazione dei livelli di NO₂ nelle 24 ore precedenti il decesso. Un rapporto significativo fra SIDS ed elevati valori di NO₂ e SO₂ è stato rilevato di recente anche in Canada (*Pediatrics* 2004;113:e 628-31); per questo il lavoro californiano merita la dovuta attenzione.

L'uso di combustibili fossili genera un complesso di gas (composti chimici e particelle) potenzialmente pericoloso per la salute: negli adulti è aumentata specialmente la mortalità per cause cardiovascolari. Nei bambini il danno è potenzialmente più alto per una più elevata ventilazione al minuto. In tal modo, per la stessa concentrazione di inquinante, le vie aeree dei bambini ricevono una esposizione più alta di quella degli adulti. Tutti i processi di combustione in aria (quindi anche il gas di città) producono ossidi di azoto. Il biossido di azoto si forma anche quando l'ossido di azoto (NO) emesso dai veicoli reagisce con l'ozono dell'atmosfera. Si può calcolare che anche in Italia, come in Gran Bretagna, la metà circa dell'NO₂ si formi per il traffico veicolare. Ci sono, però, alcuni limiti nella ricerca degli Autori californiani. In un commento editoriale si fa notare che il monitoraggio dei livelli di NO₂ e di CO è stato effettuato in centraline che sono collocate a diverse distanze (anche alcuni chilometri) dalle abitazioni dei bambini deceduti per SIDS; essendo questo il solo valore utilizzato per la correlazione, non viene poi valutato, né nei casi né nei controlli, il valore "indoor" di NO₂. Il dato emerso dalla ricerca non modifica, ovviamente, le attuali indicazioni per la prevenzione della SIDS, ma deve porre attenzione alla comprensione di un problema di non poco conto. Va ricordato che i valori tollerati di NO₂ sono per il 2005 di 50 mcg/m³ e diminuiranno a 40 mcg/m³ nel 2010.

Cesena: percorso nascita, le criticità

Una giornata su questo tema a Cesena si è articolata in due parti: la prima, centrata sulla teoria e sulla ricerca, dedicata alle prove di efficacia dei sostegni alla genitorialità; la seconda, sulle prassi e sulle organizzazioni, dedicata alla disamina di luci e ombre del percorso nascita "reale" praticato nella AUSL di Cesena.

La prima parte ha visto il prof. Ammaniti per Roma e Francesco Ciotti per Cesena illustrare i propri progetti di ricerca, analoghi per alcuni versi e differenti per altri, relativi a interventi di sostegno domiciliare a popolazioni di madri a rischio. Questa sessione è stata chiusa dall'intervento di Dante Baronciani del CeVEAS di Modena, che ha preso in esame le prove di efficacia esistenti sugli interventi di sostegno alla genitorialità e alla luce di queste ha analizzato anche il valore e i limiti delle ricerche presentate. Gli interventi di sostegno alla genitorialità sono difficili da analizzare con i criteri dell'EBM perché è difficile formulare il quesito. Come esempio Baronciani ha confrontato l'intervento di sostegno alla genitorialità con la somministrazione di acido folico. Prendendo in esame il caso suddetto, si possono definire con chiarezza:

- la popolazione destinataria dell'intervento (donne che programmano una gravidanza);
- l'intervento (supplementazione di acido folico);
- la popolazione di controllo (donne senza supplementazione);
- l'esito (riduzione dei difetti del tubo neurale nel concepito).

Nelle ricerche sul sostegno alla genitorialità nessuno di questi termini è definito o definibile con chiarezza.

- La popolazione destinataria dell'intervento è quella universale o una popolazione a rischio (nei casi presentati: a Roma le madri sia a rischio sociale che a rischio depressivo e a Cesena solo le madri a rischio sociale).
- L'intervento di sostegno può differire:

per metodo, durata e intensità, figura di sostegno e abilità a essa richieste (nella ricerca di Roma, giovani laureate psicologhe o assistenti sociali spesso senza esperienza di maternità con interventi domiciliari settimanali dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino; in quella di Cesena, madri della stessa comunità con uno o più figli alle spalle che facevano interventi domiciliari per lo più quindicinali nel primo anno di vita).

- Il gruppo di controllo è definito da genitori cui viene offerto l'intervento "abituale", ma il problema è che l'intervento abituale differisce da contesto a contesto, da sistema sanitario a sistema sanitario, da azienda ad azienda.
- La maggiore variabilità riguarda gli esiti misurati: vanno dallo sviluppo psicomotorio a quello intellettuale, ai problemi comportamentali, all'uso dei servizi, alla frequenza della depressione, all'incidenza di abuso. La variabilità degli esiti misurati dipende dal fatto che il framework, ovvero l'impalcatura e il modello causale che dovrebbero collegare intervento ed esiti, o non è esplicito oppure è diverso da ricerca a ricerca. Nella ricerca di Roma il modello causale si basava sulla teoria dell'attaccamento, per cui una relazione "buona" di sostegno con la madre dovrebbe facilitare una relazione "buona" fra madre e figlio; quindi si sono presi come esiti misurabili gli indicatori relativi alla responsività e alla disponibilità materna verso il figlio. Nella ricerca di Cesena, che non esplicitava il modello causale, si sono misurati gli esiti più citati in letteratura: sviluppo psicomotorio del bambino e all'indice HOME dell'adeguatezza al bambino dell'ambiente familiare. Una revisione della letteratura raccolta in un rapporto di Technology Assessment indica che gli interventi domiciliari sono associati al miglioramento di: problemi comportamentali, sviluppo intellettuale, tasso di allattamento al seno, depressione post-partum, lesioni accidentali del bambino. Non risultano invece asso-

ciati allo sviluppo motorio tassi di vaccinazione, accesso ai servizi di prevenzione o ospedalieri. In generale, sicuramente l'esito di un intervento basato sulla relazione difficilmente può riferire indicatori di misura quantitativi e invece deve ricorrere a indicatori qualitativi meno misurabili quali l'accettazione, l'empatia ecc. Inoltre la maggior parte degli studi di metanalisi si riferisce a interventi in popolazioni ad alto rischio, per cui risulta sempre difficile l'estrapolazione di questi risultati a popolazioni con diverso rischio o universali. Gli studi presi in esame rilevano molti altri limiti: non si occupano dei fattori protettivi e di altre differenze di contesto non misurabili ma a volte illimitate; la descrizione nel dettaglio dell'intervento è insufficiente e il percorso formativo delle figure di sostegno non è chiarito; il follow-up è limitato nel tempo e mai a lungo termine; tali studi hanno campioni di piccole dimensioni e con molte perdite al follow-up (che sembrano riguardare le popolazioni con rischio maggiore). Dunque è difficile trarre informazioni dalla letteratura scientifica secondo il metodo indicato dalla medicina basata sulle prove di efficacia in questo ambito. Si tratta di problemi complessi, ad alto numero di variabili, centrati sulla relazione umana e sulla mente anziché di problemi semplici basati sul mondo oggettivo e sul corpo. Qualunque relazione umana, e a maggior ragione quella madre-bambino, è unica e ha esiti incerti, tali così come tante sono le variabili biologiche, psicologiche e sociali, che possono influenzarla per un lungo lasso di tempo. Rendere le relazioni umane misurabili e confrontabili fra loro e fra osservatori è una delle scommesse più difficili se non impossibili del metodo scientifico, oggi applicato allo studio della mente umana. Si potrebbe tuttavia proporre di passare dall'EBM alla BUEM (Better Use of Evidence in Medicine) ovvero a un uso migliore e più pragmatico delle informazioni scientifiche disponibili integrandole nella pratica medica.

controluce

Passare dalla teorizzazione complessa proposta da Baronciani riguardo alla necessità delle prassi quotidiane nel campo dell'assistenza, a una nuova vita parrebbe impresa impossibile, se non fosse appunto necessaria. Nei fatti gli operatori esercitano verso la puerpera e il bambino certe prassi: sono corrette, coerenti fra loro, migliorabili? Qui inizia la seconda parte del convegno. Partendo dal concreto, i referenti di Cesena per la UO di Ostetricia, per il Consultorio familiare, per la Pediatria di comunità, per la Pediatria ospedaliera, per la Pediatria di base, per il Comune di Cesena, hanno analizzato queste prassi nelle loro modalità e nei collegamenti a monte e a valle degli interventi di ciascuno. Le criticità: l'UO di Ostetricia rileva, rispetto al parto, informazioni talora incomplete sul periodo della gravidanza e fornisce sul travaglio e sul post-travaglio notizie insufficienti al pediatra che prende in cura il bambino; il comfort alberghiero è migliorabile e l'incidenza del taglio cesareo al 27% è riducibile. Il pediatra di base, che è la figura cardine della presa in cura del bambino nel primo anno di vita, rileva informazioni e collaborazioni insufficienti rispetto al proprio ruolo-guida, da parte della UO di Neonatologia per le notizie relative alla nascita, da parte del Consultorio familiare, che a volte segue la puerpera anche nei corsi post-partum, da parte del Servizio sociale e della Neuropsichiatria infantile per i bambini a rischio sociale o con handicap, e infine da parte dell'assistente sanitaria che esegue una visita domiciliare a tutte le primipare.

A questo proposito la collaborazione con l'assistente sanitaria visitatrice pare basilare per lo scambio di reciproche informazioni e la progettazione di piani di intervento o sostegno, in special modo alle famiglie a rischio sociale; da qui nasce la proposta di un team nucleare tra pediatra e assistente sanitaria sugli assistiti del pediatra nel primo anno.

Questo team dovrebbe essere fondamentale anche per i collegamenti con il Centro per le famiglie dei Comuni e con le Associazioni, per attivare interventi di sostegno alle madri a rischio sociale, depressivo e di isolamento attraverso interventi domiciliari, gruppi di autoaiuto, gruppi per il massaggio al neonato.

Attualmente queste iniziative sono a offerta e a richiesta e sono per lo più sconosciute al pediatra, e in genere sono richieste dalla popolazione di ceto medio-alto a minor rischio. Oltre ai problemi di collegamento, vi è per il pediatra un problema di formazione all'individuazione del rischio psicosociale e della depressione post-partum. A questo scopo si stanno programmando e attuando con i pediatri due corsi di formazione medio-lunghi, uno sul counselling in ambulatorio pediatrico orientato sulla coppia madre-bambino piccolo, e l'altro su strumenti di individuazione e intervento sulla depressione post-partum.

Francesco Ciotti

Milano: dislessia, le criticità

Attività svolte, criticità e prospettive sono state presentate a Milano dall'Associazione Italiana Dislessia (AID) ai differenti "attori" coinvolti, a vario titolo, nel percorso diagnostico e nel sistema di cura: dislessici adulti e non, genitori, medici, psicologi, logopedisti, insegnanti, dirigenti scolastici, pedagogisti.

L'impressione emersa è quella di un'organizzazione molto attiva nella promozione di formazione e aggiornamento (l'AID è riconosciuta dal MIUR come ente accreditato per la formazione degli insegnanti), e nella sensibilizzazione ai vari livelli istituzionali. Molteplici infatti sono i problemi ancora irrisolti e le criticità che caratterizzano la situazione attuale italiana:

- la diagnosi di dislessia, in genere tardiva, è un processo complesso, dove entrano attori differenti, in vari modi, con diversi linguaggi, e dove viene reso realtà un problema che, di origine costituzionale, è indipendente da fattori morali, relazionali, ambientali;
- la gestione diagnostica presso i servizi non è omogenea per quanto riguarda criteri e strumenti utilizzati, operatori coinvolti, procedure e tempi di attesa;
- il servizio sanitario pubblico rimane il riferimento principale, nonostante carenze e inefficienze che condizio-

nano la disponibilità di percorsi precoci, integrati, finalizzati e non invasivi;

- la collaborazione tra servizi sanitari e mondo della scuola è gravemente insufficiente. Il contesto scolastico dal canto suo, talvolta inconsapevolmente, mette in atto comportamenti a loro volta fonte di perturbazioni, senza favorire elementi di competenza e presenza di risorse aggiuntive;
- la famiglia, in preda a sentimenti di ansia, incredulità, rifiuto (talora anche sollievo - la dislessia non è una diagnosi di ritardo di sviluppo), deve riorganizzare alcune proprie abitudini ed essere supportata nella ricerca di fattori interni ed esterni che riducano gli elementi di vulnerabilità ed evitino il ricorso a soluzioni facili e nell'immediato (la gestione del problema dislessia è un percorso che richiede grandi mediazioni, autocontrollo, perseveranza, automotivazione);
- ancora poco conosciuto e poco diffuso è l'uso delle misure compensative e dispensative (nota MIUR alle scuole del 5/10/2004, prot. n. 4099/A/4), nell'ottica di una didattica che preveda per il cittadino dislessico scelte metodologiche diverse, ma uguali obiettivi formativi rispetto al resto della classe;
- la tutela dei diritti di chi è dislessico è un problema complesso, con la ricerca di vie alternative alla certificazione, normate da specifici provvedimenti legislativi (v. legge 5997 art. 21, legge sull'autonomia DPR 275/99, legge 104 del 5/2/92, legge 517/77, nota 1/3/2005 prot. n. 1787 sugli esami di stato 2004-2005).

La sfida per tutti gli operatori coinvolti (compresi i pediatri, finora "anello debole" della catena) è dunque la creazione di una nuova cultura sul problema dislessia, anzitutto attraverso un linguaggio comune e una rete efficace fra scuola e servizi sanitari. L'Associazione si propone come luogo privilegiato in cui elaborare proposte e strategie per la formazione, la didattica, la gestione del percorso di cura.

Federica Zanetto

Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000

Salvatore Murgia
Clinica Pediatrica, Ospedale S. Giovanni di Dio, Cagliari

Abstract

Children and health in Europe between the years 1750 and 2000

It is an original review by social medicine historians (and not only) regarding infant's condition in the last three centuries: Lumi's puericulture which observes infants' bodies in opposition to babies in wraps, the oldest infant health care booklet created by the French and soon emulated by other European countries. Florence's "Innocenti's Hospital" was one of the first Italian experimental neonatology between the year '800 and '900; a real mine of infants' epidemiological data. Infantile mortality in London's suburbs at the beginning of 1900 and the different experimental trials regarding community medicine during the brief season of open air Danish schools. The review considers also France's decline of infantile mortality rates symbolically coinciding with the improvement of midwives' working conditions, labour's medicalization and hospitalization and the knowledge derived from infant observation, of great aid for professionals operating in high risk context.

Quaderni acp 2005; 12(6): 238-240

Key words Health booklet. "Innocenti" Hospital. Birth control. Open air schools. Infant observation

Una recente monografia riporta un'originale rassegna sulla condizione dell'infanzia negli ultimi tre secoli, tracciata da storici professionisti che si occupano di medicina sociale e non solo. La puericoltura dei Lumi che scruta i corpi infantili e si oppone alle fasciature. Il più antico libretto sanitario per l'infanzia ideato dai francesi e ben presto emulato dalla maggior parte dei Paesi europei. Lo Spedale degli Innocenti di Firenze, svelato come una delle prime neonatologie sperimentali italiane tra '800 e '900, vera miniera di informazioni epidemiologiche sulla prima infanzia. La mortalità infantile nei suburbi di Londra all'inizio del '900. I tentativi di medicina di comunità sperimentati nella breve stagione delle scuole danesi all'aperto. Il declino della natalità in Francia, simbolicamente coincidente con la messa sotto tutela delle levatrici e con la medicalizzazione e l'ospedalizzazione del parto. Il patrimonio conoscitivo scaturito dalla infant observation, un prezioso aiuto per il personale medico-infermieristico operante in contesti ad alto rischio.

Parole chiave Libretto sanitario. Spedale degli Innocenti. Controllo delle nascite. Scuole all'aperto. Infant observation.

Nell'ambito della storiografia medica italiana, non vi è dubbio che gli studi dedicati alle cure dell'infanzia abbiano conosciuto negli ultimi anni una felice stagione di rivitalizzazione, sia a opera di medici dediti alla ricerca storica sia per merito di studiosi di estrazione umanistica, come dimostrato dagli Autori di un volume monografico di "Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità", il cui numero 7 è dedicato proprio a "Bambini e Salute in Europa, 1750-2000" (1).

Si parte dal secolo dei Lumi, quando padri intelligenti e colti appartenenti all'élite aristocratica inaugurano la moda – su-

bito dilagante nel centro Europa – di scrutare con una nuova ottica il bambino (2). In Svizzera, in Germania, ma anche in Italia con Pietro Verri, si assiste alla nascita di una sorta di pediatria e puericoltura dei Lumi, in cui – più che il progresso morale e intellettuale – è il corpo infantile ad assumere una centralità inedita: i temi ricorrenti sono infatti l'allattamento materno, la dieta semplice e ipoproteica, la nocività del collare, la prescrizione di bagni tiepidi o freddi anche ai neonati, l'eliminazione delle fasciature. Gli studi sono ancora insufficienti per stabilire quanto questo sapere extra-medico sia debitore verso la nascente pedia-

tria scientifica nel senso moderno del termine (si pensi all'influsso di Rosen von Rosenstein). È facilmente intuibile che questo "deposito" di saperi potrebbe rappresentare una fonte preziosa di informazioni per lo studio dei legami tra medicina accademica e medicina alternativa.

Per passare invece dall'ambito privato al pubblico, si apprende che il primo libretto sanitario dedicato all'infanzia nasce in Francia nel 1869, per iniziativa dell'igienista Jean-Baptiste Fonssagrives, il cui motto "la madre constata, il medico interpreta", riassume la visione paternalistica del medico in quell'epoca (3).

Il libretto di Fonssagrives – ben presto tradotto nelle principali lingue europee – si colloca nel momento di passaggio dalla tesi dominante del carattere ereditario delle malattie alla teoria microbiologica appena formulata da Louis Pasteur. Nel secondo dopoguerra del '900 il libretto sanitario finirà col cadere inesorabilmente nell'orbita dello statalismo accentratore, che ne cambierà profondamente i connotati: alla mamma che osserva e annota le tappe evolutive e i mutamenti antropometrici del figlio, si sostituisce il medico, l'unico abilitato a osservare con obiettività e a interpretare correttamente ogni fenomeno fisiologico o patologico. Quasi tutti gli stati europei (con l'eccezione della Svizzera e dell'Irlanda) nel corso del '900 utilizzarono il libretto sanitario, confermando l'importanza dell'approccio preventivo alla salute. Ciò che li differenzia non è tanto l'adozione del documento in sé, quanto la natura del legame tra esso e i servizi sanitari, e l'intento educativo più o meno accentuato. Se da una parte il modello britannico-svedese si caratterizza per l'approccio educativo e partecipativo, non molto dissimile da quello belga, ceco e portoghese, il prototipo tedesco-lussemburghese sarà invece strettamente condizionato dal concetto di sicurezza sociale.

Per corrispondenza:

Salvatore Murgia

e-mail: salvamur@fiscali.it

medicina e storia

Il frutto della ricerca di Patrizia Guarneri è il ricco studio “Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofo degl'Innocenti di Firenze 1890-1918” (4). Esso intende focalizzare l'attenzione sui brefotrofi che alla fine dell'800, in seguito al processo di medicalizzazione, si trasformano quasi inconsapevolmente in osservatori privilegiati sullo stato di salute della primissima infanzia. L'archivio dello Spedale degli Innocenti diventa così una miniera di fonti da cui possono scaturire alcuni filoni di ricerca finora inesplorati, almeno in Italia. L'assistenza medica offerta dall'antica istituzione fiorentina si distingue per la meticolosa tenuta delle cartelle cliniche, per la precocità dell'età dei soggetti assistiti e per la durata temporale dell'intera osservazione: nel passaggio tra Otto e Novecento erano rare le istituzioni italiane che ricoveravano bambini così piccoli e per così lungo tempo.

Tra gli aspetti più interessanti di questa ricerca, spicca senz'altro la netta distinzione tra “deposti” ed “esposti”, i primi intendendosi i figli legittimi di madri lavoratrici in gran parte attempate, “depositati” al brefotrofo fino allo svezzamento. Ebbene, nei confronti degli “esposti” illegittimi, in 4 anni e su circa 4000 pesate, proprio i deposti legittimi risultavano sottopeso di oltre 200 g e generalmente in peggiori condizioni di salute rispetto all'altra categoria di neonati. Dunque non era sufficiente aiutare le donne a partorire, bisognava tutelarne la gravidanza almeno dal quinto mese e sostenerle fino al termine dell'allattamento. È quello che cercò di attuare il direttore della clinica ostetrica di Firenze Ernesto Pestalozza, con l'aiuto materno che – a imitazione del modello francese – forniva gratuitamente il latte vaccino sterilizzato e conservato in apposite boccette. L'unico obbligo era la visita settimanale del bambino, che veniva pesato, misurato e visitato dal medico, cui spettava anche il compito di dare gli opportuni consigli per l'allevamento. Più specificamente dedicati alle madri nubili furono gli asili materni, e soprattutto la Casa di Maternità aggregata allo Spedale degli Innocenti, concepiti per accogliere le gestanti dagli ultimi mesi di gravidanza fino ad allattamento inoltrato. Gli effetti sono ben

evidenti: i figli risultavano costantemente più forti con peso mediamente più alto, tanto che anche a livello nazionale – visti i risultati positivi – la tendenza fu di favorire l'allattamento materno, senza l'obbligo del riconoscimento da parte della madre nubile (principio sancito anche da una Circolare ministeriale del 1917).

Tra le considerazioni finali si trova tra l'altro una documentata smentita a certa storiografia, secondo cui l'istituzione dell'ONMI nel 1925 rappresenterebbe il primo e concreto impegno pubblico a favore della madre e del bambino nell'Italia post-unitaria. Lungi dall'essersi guadagnata una simile benemerita, la creazione dell'ONMI coinciderebbe in molti casi con l'affossamento di iniziative moderne e di provata efficacia che vennero private di adeguati finanziamenti, perché forse troppo svincolate dal controllo dello Stato accentratore.

Il saggio di Anna Davin, *Poor children's health in early twentieth-century London*, si sofferma sulle condizioni igieniche della capitale britannica e di altri centri urbani del Regno Unito ai primi del Novecento, messe in relazione con lo stato di salute della popolazione in generale, ma con particolare riguardo all'infanzia (5).

Nonostante l'indiscusso miglioramento delle condizioni igieniche e dell'approvvigionamento idrico, nella realtà urbana costituivano ancora un serio problema di salute pubblica l'inquinamento atmosferico, gli aspetti climatici (importanti cause di malattie respiratorie) e un sistema fognario inadeguato (fonte di contagi e infezioni). Nel 1890, il tasso di mortalità infantile dei bambini londinesi sotto l'anno era intorno al 160 per mille, con sensibili differenze a seconda dei quartieri esaminati. Parallelamente, anche i tassi di mortalità materna risultavano ancora elevati. Molto istruttiva risulta una rilevazione statistica del 1909, che tende a correlare il tasso di mortalità infantile con il numero delle stanze della casa: dalla mortalità di 219 per mille nei nuclei familiari che disponevano di una stanza, si passa a 157 e 141 rispettivamente con due e tre stanze, fino alla drastica riduzione a 99 per quattro o più stanze. Le più diffuse malattie infettive presentavano una virulenza e una letalità ancora

preoccupanti. Tra queste, in testa la difterite, il morbillo, la febbre reumatica e il vaiolo. Le affezioni tubercolari si presentavano in forma endemica, per lo più nella forma linfoghiandolare, mentre i casi polmonari riguardavano l'età adolescenziale. Verso l'inizio del 1900 il tema della “salute della nazione” era particolarmente sentito come una questione di Stato, nel senso che un popolo numeroso e robusto era il prerequisito della prosperità economica e la garanzia più sicura per la conservazione della supremazia dell'Impero Britannico minacciata dai principali rivali del momento, rappresentati dalla Germania e dagli Stati Uniti.

Per il trattamento dei bambini gracili non affetti da tubercolosi conclamata furono realizzate scuole all'aperto, come nel caso della Danimarca all'inizio del '900 (Ning de Coninck-Smith, *Healthy souls in healthy environments. The open-air school movement in Copenhagen 1905-1938*) (6). Questa particolare categoria di bambini, chiamata infatti “pretubercolare”, assommava alcune stigmate peculiari, sostanzialmente rappresentate dal basso peso corporeo, dalla malnutrizione e dall'anemia. L'isolamento del bacillo tubercolare nel 1882, per quanto classificato tra gli “accadimenti” di laboratorio e perciò teoricamente destinato a essere confinato nell'ambito delle scienze di base, trova invece un immediato riscontro pratico: l'igiene, l'aerazione e l'illuminazione diventano infatti i capisaldi della medicina preventiva e relegano ai margini i principi del costituzionalismo dogmatico.

Al di là della sua reale concretizzazione, il fenomeno delle scuole danesi all'aperto – pur circoscritto per diffusione e per durata – è un capitolo significativo di come un movimento d'opinione elitario sia stato capace di incidere significativamente non solo sulla mentalità dell'opinione pubblica, ma anche sui fondamenti della scuola danese di igiene pubblica e sui servizi di medicina scolastica della capitale. Le scuole all'aperto (che trovarono in Christian Jensen un fervido sostenitore), a causa del clima umido e ventoso della regione, si svolgevano in genere solo nel periodo estivo. Oltre alle materie di studio, si inculcavano le più elementari regole di igiene, come la puli-

zia dei denti, il lavaggio delle mani, si servivano pasti frequenti e abbondanti, ed erano proibite le punizioni corporali. Non può suscitare meraviglia l'ossessiva attenzione dedicata dalle istituzioni ecclesiastiche e statali alle levatrici, percepite come le esclusive depositarie della capacità di facilitare e limitare le nascite, e perciò individuate come massa di manovra a sostegno delle diverse politiche demografiche (Alessandra Gissi, *Levatrici e controllo delle nascite nell'Europa del Novecento*) (7). Meno scontato invece appare il dato del declino della natalità in Francia fin dalla fine del '700, da cui scaturirono alcuni movimenti non governativi a favore della natalità, il cui successo fu coronato – per impellenti esigenze demografiche – alla fine della prima guerra mondiale. Proprio una legge del 1920 proibì la pubblicità e la vendita dei contraccettivi e l'istigazione all'aborto. Ma negli anni successivi il tasso di natalità continuò a diminuire, per cui risultò evidente il fallimento delle leggi appositamente emanate. Un rapporto del 1939, nel denunciare che la maggior parte degli aborti in Francia (analogamente a quanto accadeva in Gran Bretagna) non era da attribuire alla nubi, ma a donne coniugate già al secondo o al terzo figlio, intendeva dimostrare che l'interruzione della gravidanza era un atto di vera e propria pianificazione familiare e non l'ultima salvezza possibile per "ragazze sole e disonorate". La repressione dell'aborto subì un particolare inasprimento con il regime di Vichy e conobbe significativi strascichi fino ai primi anni del secondo dopoguerra, anche sotto la spinta della "ricostruzione nazionale".

L'esautorazione delle levatrici francesi avvenne entro il primo ventennio del '900, da una parte attraverso la loro dequalificazione professionale attuata con il divieto dell'uso di strumenti chirurgici e della prescrizione di medicinali, dall'altro con la progressiva medicalizzazione e ospedalizzazione del parto. Il risultato fu un più stretto controllo sull'operato delle levatrici ma anche sul comportamento delle puerpere. Degno di nota il quadro complessivo anomalo dei Paesi Bassi, rappresentato – nel passaggio tra XIX e XX secolo – dall'istituzio-

ne di corsi professionali per levatrici, dal rifiuto dell'ospedale come luogo del parto, e dalla crescita costante della natalità nel corso del '900.

L'ultima rassegna critica è dedicata all'innovativa metodologia dell'osservazione del neonato in famiglia, ideata da Esther Bick, cui si deve la suggestiva descrizione dello stato di angoscia del neonato che, persa la protezione dell'ambiente intrauterino, viene catapultato in un mondo completamente nuovo come "un astronauta privo di tuta spaziale" (Laura Mori, *Mezzo secolo di infant observation, 1948-2002*) (8). La tecnica dell'*infant observation*, al di là degli aspetti puramente speculativi e formativi, si è rivelata di grande utilità nella prassi operativa, soprattutto in contesti ad alto rischio, come ad esempio nel personale medico e infermieristico dei reparti di Terapia intensiva neonatale e nei reparti per malati cronici e terminali. Soprattutto essa ha dimostrato una chiara efficacia nell'aiutare a concentrarsi, oltre che sui bisogni fisici, sulla dimensione emotiva e relazionale dei piccoli ricoverati e dei loro familiari, favorendo un approccio terapeutico qualitativamente migliore. ♦

Bibliografia

- (1) Guarnieri P. Bambini e Salute in Europa, 1750-2000. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:202-12.
- (2) Becchi E. Corpi infantili e nuove paternità: agli inizi della puericultura. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:15-30.
- (3) Rollet C. Le carnet de santé pour les enfants en Europe. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:31-55.
- (4) Guarnieri P. Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofo degli Innocenti di Firenze, 1890-1918. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:57-100.
- (5) Davin A. Poor children's health in early twentieth-century London. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:101-19.
- (6) De Coninck-Smith N. Healthy souls in healthy environments. The open-air school movement in Copenhagen, 1905-1938. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:121-38.
- (7) Gissi A. Levatrici e controllo delle nascite nell'Europa del Novecento. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:139-66.
- (8) Mori L. Mezzo secolo di infant observation (1948-2002). *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:167-83.

Network Italiano

PROMOZIONE DELL'ACIDO FOLICO PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DI DIFETTI CONGENITI

Si è costituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il "Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti", promosso dal Centro Nazionale Malattie Rare - ISS (dott.ssa D. Taruscio) e dall'International Centre on Birth Defects (prof. P. Mastroiacovo), in collaborazione con il Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta (dott. L.D. Botto).

L'obiettivo principale del Network è di promuovere, armonizzare e rendere più visibili azioni in favore di un maggior apporto di acido folico nel periodo peri-concezionale, come strategia necessaria per attuare programmi di prevenzione primaria di alcuni difetti congeniti.

Il Network ha già elaborato e approvato la Raccomandazione per l'uso peri-concezionale dell'acido folico e, attualmente, si sta adoperando per darne massima diffusione su tutto il territorio nazionale.

Per sviluppare le attività del Network sono stati formati i seguenti gruppi di lavoro: "Advocacy", "Alimentazione appropriata e fortificazione degli alimenti", "Disponibilità di prodotti farmaceutici, OTC e specialità", "Formazione del personale socio-sanitario", "Promozione ed informazione alla popolazione", "Ricerca", "Sorveglianza e valutazione dell'impatto". Il coordinamento del Network è costituito dalla Segreteria, curata dal Centro Nazionale Malattie Rare - ISS, e dai Responsabili dei gruppi di lavoro. L'ISS finanzia alcune attività dei gruppi di lavoro identificate come prioritarie.

Si invitano tutti i colleghi che intendono partecipare attivamente alle attività progettuali del Network a contattarne la Segreteria (ISS, Dott.ssa Domenica Taruscio, taruscio@iss.it; tel. 06 49904016) per informazioni sulle modalità di partecipazione e collaborazione.

Milioni di Bambini invisibili in sette cortometraggi

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi

Partiamo da una serie di dati desunti dalle stime ufficiali dell'UNICEF e riguardanti milioni di bambini che, a causa dell'egoismo e della crudeltà degli adulti, vedono i loro diritti negati da sfruttamento, guerre, malnutrizione, violenza, povertà: 300 milioni soffrono la fame, oltre 100 milioni non sono mai entrati in un'aula scolastica, ogni anno 48 milioni non vengono registrati alla nascita e conseguentemente non hanno diritti legali per poter accedere all'assistenza medica, all'educazione e a tutte le altre tutele statali. In conclusione: un terzo dei bambini esistenti nel mondo ufficialmente non esiste.

A tutti loro è dedicato il film *All the Invisible Children*, realizzato con il sostegno della Cooperazione Italiana allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri, delle Agenzie delle Nazioni Unite PAM e dell'UNICEF, che è stato presentato fuori concorso alla 62esima edizione della Biennale del Cinema di Venezia e programmato nelle sale italiane per gennaio 2006. *Bambini invisibili*, come hanno ufficialmente dichiarato i produttori Maria Grazia Cucinotta, Chiara Tilesi e Stefano Veneruso, mira a fare ascoltare la voce, le storie e le speranze di bambini ignorati dai media e dalla maggior parte dell'opinione pubblica. Con questo intento sono stati chiamati alla sua realizzazione registi di diversa nazionalità e cultura che, in 7 drammatiche storie di appena 12 minuti ciascuna, hanno condensato le loro denunce contro chi ruba l'infanzia. Storie vere, o verosimili, portate sullo schermo perché, come ha detto Chiara Tilesi, "il cinema, come la musica e le altre forme d'arte, è un mezzo perfetto per alzare il livello di consapevolezza, empatia, compassione e comprensione".

Il primo episodio, firmato da Mahdi Charef e girato in Burkina Faso, narra la storia del dodicenne *Tanza*, il quale, dopo avere assistito al massacro della sua famiglia, imbraccia un fucile e si unisce a un gruppo di soldati capitanato da un ragazzo di 21 anni. Qualcuno di loro morirà, qualche altro farà esplodere una

scuola. *Tanza*, come gli altri suoi coetanei, lascia definitivamente alle spalle un'infanzia mai vissuta.

Uros, zingarello detenuto per furto, è il protagonista dell'episodio diretto da Emir Kusturica che ha per titolo *Blue Gypsy*. Uscito dal carcere, Uros deve fare i conti con suo padre che lo costringe con la violenza a rubare di nuovo. Scatta, allora, in lui la convinzione che restare in famiglia è peggio che andare in galera.

Il terzo episodio – *Jesus children of America* di Spike Lee – narra la vicenda di Blanca, una ragazzina afroamericana di New York, che ha ereditato l'HIV dai genitori. La sua vita, in apparenza normale nonostante lo squallore e la povertà che la circonda, è condizionata dal suo debole stato di salute che la costringe a frequenti visite in ospedale. Dopo un incidente a scuola, Blanca apprende di essere sieropositiva dai compagni di classe i quali, come dice il regista, "appena sentono la sua debolezza, la azzannano come un branco di lupi".

La regista brasiliana Katia Lund firma il quarto episodio che narra la giornata di *Bilu e Joao*, due bambini di San Paulo, alla ricerca di rifiuti da vendere per sopravvivere nel vortice di una città globalizzata. I loro tesori sono lattine vuote, cartone e altri oggetti che la società getta via. Grazie alla loro immaginazione, i due bambini sono in grado di trasformare lo squallido panorama urbano che li circonda nel loro magico terreno di gioco.

Jonathan, girato da Jordan Scott e Ridley Scott, svela i fantasmi di un fotografo di guerra, incapace di sopportare gli orrori che ha visto. Disilluso, desidera adesso liberarsi dal suo passato per riscoprire l'essenza della vita attraverso l'infanzia. *Ciro*, un baby-scippatore napoletano, è il protagonista dell'episodio diretto da Stefano Veneruso. Con la complicità di un amico, *Ciro* aggredisce un automobilista e gli ruba l'orologio. Dopo la fuga e la consegna della refurtiva a un adulto ricettatore, *Ciro* va a spendere i pochi soldi ricavati al Luna Park.

L'ultimo episodio, *Song Song & Little Cat*, porta la firma di John Woo, maestro del cinema cinese che, per l'occasione, lascia da parte i proiettili per fare ricorso alla poesia e al neorealismo. Al centro della sua storia l'infanzia parallela e opposta di due ragazzine – una borghese e piena di giocattoli e l'altra poverissima e adottata da un barbone – inconsapevolmente legate tra di loro da una bambola gettata via dalla prima e finita nelle mani della seconda.

Che dire di questo film, necessariamente discontinuo sotto l'aspetto formale, ma che non può lasciare indifferente chi ha a cuore la salute e l'avvenire dei bambini? Prendo in prestito due dichiarazioni e le riporto fedelmente. "Quanto al messaggio generale di un'opera come *All the invisible children* spero convinca tutti che le lacrime sono più potenti dei canoni" (John Woo).

"Senza un'identità ufficiale un bambino non solo non è in grado di raggiungere le sue piene potenzialità perché privo dei diritti fondamentali (come la salute e l'educazione), ma è soprattutto maggiormente vulnerabile. È in balia di coloro che vogliono abusare di lui, siano essi trafficanti di bambini o sfruttatori del loro lavoro" (Baronnes Nicholson, Commissaria europea per gli Affari Esteri). Un solo consiglio agli amici lettori: non ve lo perdete. ♦

Bambini invisibili
(*All the invisible children*)

Regia: Mehdi Charef; Emir Kusturica; Spike Lee; Katia Lund; Jordan Scott & Ridley Scott; Stefano Veneruso; John Woo.

Il tema musicale "Teach Me Again" è interpretato da Tina Turner ed Elisa Italia 2005; durata: 108'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Influenza aviaria: proviamo a fare chiarezza

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Cosa c'è da sapere

Una pandemia influenzale, ossia un'epidemia grave che coinvolge il mondo intero, può verificarsi quando compare un virus sconosciuto al nostro sistema immunitario, capace di infettare l'uomo e diffondersi nella nostra specie. I virus influenzali di tipo A – che hanno come serbatoio i volatili selvatici (contrariamente al B e al C, che hanno come serbatoio solo l'uomo) – si evolvono attraverso continue trasformazioni, i cui meccanismi sono ancora in parte sconosciuti, passando da una specie animale all'altra.

Oggi sappiamo che le pandemie influenzali dell'ultimo secolo (1918, 1957, 1968) sono derivate tutte da virus aviari che hanno acquisito la capacità di infettare l'uomo. I meccanismi a noi noti sono o il riassortimento tra virus influenzali di diverse specie, o una trasformazione che mette in grado il virus aviario di trasmettersi direttamente all'uomo, senza passaggi intermedi. Il maiale può diventare sede del riassortimento poiché possiede i recettori per entrambi gli antigeni virali (aviario e umano). Il comportamento del virus H5N1, attualmente oggetto di tanta attenzione, fa ipotizzare invece una trasformazione diretta. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad altri eventi di questo tipo che, fortunatamente, si sono autolimitati e non hanno dato luogo a pandemie (1).

Se, quando e come possa avvenire l'adattamento dell'H5N1 all'uomo, è difficile da prevedere. Qualora questo avvenisse, non possiamo stimare la virulenza del nuovo virus, tenuto conto che il salto di specie potrebbe modificarla. L'analogia di comportamento dell'H5N1 con il virus aviario che provocò la pandemia del 1918 (la "spagnola") fa temere ad alcuni una particolare aggressività, tanto da prefigurare scenari apocalittici (2). Altri valutano invece che le condizioni sociali e sanitarie, tanto migliorate rispetto all'inizio del '900, costituirebbero un elemento di protezione nei confronti della malattia, almeno per chi vive in Paesi a elevato benessere economico come il nostro.

Cosa è successo finora? Il virus aviario H5N1 circola dal 1997 e ha provocato, a partire dal 2003, ampie epidemie negli allevamenti aviari nel Sud Est asiatico.

Di recente è stato isolato in analoghi allevamenti in Turchia, in Romania, in Croazia e negli uccelli migratori di alcuni altri Paesi europei (3). Dai dati pervenuti all'OMS al 14 novembre 2005, risulta che sono state contagiate 126 persone a stretto contatto con animali infetti – come allevatori e macellatori – e 64 di queste sono decedute. Il contagio da persona a persona è stato sospettato in 2 casi, ma deve essere confermato. Si sarebbe trattato comunque di una diffusione molto limitata: il che significa che il virus, per ora, non è in grado di provocare una pandemia.

Per tenersi informati

Sulla home page del sito di Epicentro www.epicentro.iss.it è presente un'area dedicata all'influenza aviaria molto ben documentata. Per seguire direttamente l'andamento dell'epidemia aviaria e le indicazioni dell'OMS, si può visitare il sito web www.who.int dove esiste una sessione dedicata all'influenza aviaria (4). Chi vuole ampliare l'informazione può consultare il sito dell'Organizzazione Mondiale della Salute animale (OIE) (5) e quello della FAO (6) dove sono riportate le misure di sicurezza da adottare per gli alimenti.

Per quanto riguarda l'Europa, si possono trovare informazioni pubblicate su Eurosurveillance, visibile online (7) e sul sito del CDC europeo (3).

Ultimamente la rivista Nature offre la possibilità di consultare liberamente articoli e news di particolare interesse sull'argomento (8).

I vaccini

Il vaccino allestito per la futura stagione influenzale non è in grado di proteggere da un'eventuale pandemia. Si tratta di virus troppo diversi tra loro. È invece utile vaccinare le persone a stretto contatto con animali potenzialmente infetti – come allevatori, macellatori, veterinari e, secondo alcuni, anche i cacciatori – per evitare il riassortimento tra virus aviario e virus umano influenzale, anche se questo meccanismo non sembra essere alla base dell'evoluzione dell'H5N1.

Non avrebbe invece alcun effetto vaccinare a questo scopo i bambini. Non hanno un rischio aumentato di esposizione al virus aviario. Se si volesse evitare qualsiasi incontro fortuito tra i virus bisogne-

rebbe vaccinare la popolazione del mondo intero, cosa palesemente infattibile.

L'incentivazione dell'uso del vaccino nelle persone sane viene motivata con la necessità di favorire l'attitudine della popolazione a vaccinarsi contro l'influenza, preparare i servizi a un incremento di attività e permettere all'industria un aumento graduale di produzione, in vista di un'eventuale futura pandemia. I problemi sollevati sono reali, ma la soluzione non appare condivisibile. Bisognerebbe piuttosto pianificare con cura le attività per lo stato di emergenza e stabilire accordi chiari e trasparenti con l'industria.

Non esiste ancora un vaccino contro il virus pandemico. Per diventare tale, qualsiasi virus aviario – anche l'H5N1 – dovrebbe subire dei cambiamenti che non siamo in grado di prevedere. Quando ciò dovesse avvenire, sarà l'OMS a individuare il virus contro il quale produrre il vaccino. Nonostante vengano annunciate tecniche innovative rispetto a quelle attuali, capaci di abbreviare i tempi di produzione, per allestire il vaccino saranno necessari mesi. Le ipotesi dichiarate variano dai 3 ai 6 mesi. La vaccinazione dei polli viene fortemente sconsigliata per la possibilità di provocare una pressione selettiva verso ceppi virali più pericolosi.

Gli antivirali

Si afferma da più parti (9, 10, 11) che l'oseltamivir (*Tamiflu*) e lo zanamivir (*Relenza*) – due farmaci antivirali indicati principalmente per il trattamento dell'influenza nei pazienti ad alto rischio – sono risultati efficaci sul virus H5N1 nell'uomo. Lo zanamivir è autorizzato per l'uso solo dopo i 12 anni di età e l'oseltamivir da 1 a 18 anni per il trattamento e da 13 ai 18 anni per la prevenzione dell'influenza. Tanti Paesi stanno facendo scorte di oseltamivir, ma è molto verosimile che un suo uso su larga scala determini delle resistenze. È già accaduto che in una paziente vietnamita di 14 anni con infezione da H5N1 sia stato necessario aumentare il dosaggio di oseltamivir per ottenere la guarigione. Il virus isolato mostrava mutazioni che gli conferivano resistenza (12).

Alcuni virologi affermano che non bisognerebbe affidarsi solo all'oseltamivir, ma disporre anche di una seconda opportunità come lo zanamivir. Per quest'ultimo esistono però problemi di stoccaggio

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

e di somministrazione (inalatoria) nei pazienti gravi. Sarebbe necessario disporre di altri antivirali; l'industria è stata finora poco attenta alla loro produzione che andrebbe invece incentivata (13). Non sembra quindi che gli antivirali oggi a disposizione rappresentino uno strumento sicuro ed efficace per difendere la popolazione in caso di pandemia.

Che cosa si fa e che cosa servirebbe fare?

Una delle azioni più utili è la sorveglianza del virus, i suoi spostamenti geografici e la sua evoluzione genetica. Tutto ciò viene garantito dall'OMS, in stretto coordinamento con l'Organizzazione Mondiale della Sanità animale e la FAO. È poi essenziale il controllo delle importazioni e degli allevamenti, così come l'adozione di misure di sicurezza da parte degli allevatori e di tutti coloro che hanno contatti stretti con animali potenzialmente infetti. Tutto ciò è fattibile dove esistono, come da noi, servizi sanitari efficienti e diffusi capillarmente. Altrettanto importante è il controllo degli uccelli migratori, che in Italia vengono sottoposti ad accertamenti periodici (14). Ma l'intervento prioritario e di maggiore efficacia, indicato anche dall'OMS, sarebbe la modifica delle condizioni igieniche degli allevamenti e dei comportamenti degli allevatori in Asia impedendo, ad esempio, l'eccessiva promiscuità tra animali e uomo e garantendo il risarcimento per l'eliminazione dei capi. La mancanza di risarcimento e il costo delle cure (in quei Paesi l'assistenza sanitaria è privata) possono determinare facilmente l'occultazione di eventuali infezioni sia degli animali che dell'uomo.

Cosa ci insegna?

Anche l'influenza aviaria evidenzia in modo eclatante il legame stretto e inscindibile tra i vari popoli del mondo anche per la difesa della loro salute. I gravi squilibri esistenti costituiscono un rischio per tutti (15). L'assenza di un servizio sanitario capace di tenere la situazione sotto controllo e di agire prontamente per arginare l'epidemia aviaria laddove si è andata sviluppando, ha consentito la diffusione del virus. Stupisce che, ancora una volta, non si veda l'urgenza di intervenire al cuore del problema, invece di concentrarsi sulla difesa miope solo di alcuni di noi.

Conclusioni

- È bene continuare a vaccinare contro l'influenza i bambini a rischio aumentato, ma non per proteggerli dall'influenza aviaria. Si cercheranno piuttosto strategie per raggiungerne un numero maggiore, visto che le coperture risultano ancora troppo basse.
- L'influenza aviaria non è un motivo per allargare la vaccinazione stagionale a tutti i bambini sani.
- Sarà compito dei Servizi Sanitari preposti approvvigionarsi di farmaci antivirali da somministrare alla popolazione, qualora venga ritenuto necessario. L'acquisto privato per farne scorta è inutile e sconsigliato.
- Saranno sempre i Servizi Sanitari preposti ad approvvigionarsi, nel caso, di vaccino contro il virus pandemico. ♦

Bibliografia

- (1) Horimoto T, Kawaoka Y. Influenza: lesson from past pandemics, warnings from current incident. *Nature Microbiology* 2005;3:881-900.
- (2) Taubenberger JK et al. Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes. *Nature* 2005;437:889-93.
- (3) European Center for Disease Prevention and Control: <http://www.ecdc.eu.int/>.
- (4) WHO, avian influenza: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/.
- (5) Organizzazione Mondiale della Salute animale: http://www.oie.int/eng/en_index.htm.
- (6) Food and Agriculture Organization of the United Nations: <http://www.fao.org/>.
- (7) Eurosurveillance: <http://www.eurosurveillance.org/index-05.asp>.
- (8) Nature www.nature.com.
- (9) WHO. Responding to the avian influenza pandemic threat settembre 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf.
- (10) Moscona A. Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Engl J Med* 2005;353:1363-73.
- (11) WHO, Consultation of human influenza A/H5: Avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med* 2005;353:1374-85.
- (12) ECDC influenza team and Eurosurveillance editorial team. H5N1 virus resistant to oseltamivir isolated from vietnamese patient. *Eurosurveillance* 2005;10(10). <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/051020.asp#2>.
- (13) Simonite T. Researchers call for more bird flu drugs. *Nature news* <http://www.nature.com/news/2005/051010/full/051010-16.html>.
- (14) Delogu M. Influenza aviaria nelle specie selvatiche: 12 anni di studio dell'ecologia della malattia nell'oasi WWF in Italia. Corso formazione Regione Emilia-Romagna, Bologna 28.9.2005.
- (15) Maciocco G. Influenza aviaria. Tre domande intorno alla salute globale. *Il Resegone*, settimanale di Lecco (n. 34, 23.9.2005).

Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria
**3° Congresso Nazionale
 ONSP**
 Sciacca (AG) 22-26 maggio 2006

PROGRAMMA PRELIMINARE

Corso PALS:
 Pediatric Advanced Life Support
Corso di
 Fisiopatologia Respiratoria Pediatrica
 Corso di Counsellig
Confronti con l'Esperto
 di Gastroenterologia Pediatrica

MINI-CORSI

La Fibrosi Cistica
 "Dalla diagnosi alle frontiere della ricerca"

Sedazione e Analgesia in Pediatria
 "Quali procedure? Quali Farmaci?"

Le Cure Palliative
 "A chi sono rivolte?"
 "Quando muore un bambino..."

Tumori Cerebrali dell'età pediatrica
 "Dai sintomi alla diagnosi"

Rischio di lesione intracranica nel bambino con Trauma Cranico Minore
 "Quali implicazioni per la pratica clinica?"

PILLOLE

La Fenilchetonuria
 Trattamento della chetoacidosi diabetica
 Trattamento ipertensione arteriosa acuta

ORL: dalla clinica alla chirurgia...
 Sanità Militare e Pediatria, in Italia e nel mondo

TAVOLA ROTONDA

"La Formazione in Pediatria di Famiglia"
"La Letteratura Italiana e Internazionale per la Formazione"

Segreteria Scientifica: Direttivo ONSP
 Dr. SALATA Michele
onspediatria@libero.it (347-0121544)

Segreteria Organizzativa
 Dr. RAMETTA Vincenzo
vincram@libero.it (338-3317550)

INFORMAZIONI: congresso@onsp.it

ISCRIZIONI: www.onsp.it



Prime valutazioni di efficacia

Una indagine sull'efficacia di Nati per Leggere è stato compiuta dopo alcuni anni dalla sua attività. Da una indagine su 128 biblioteche operanti al Nord, al Centro e al Sud, che hanno attuato il progetto la media di tessere era di 68 nel 2001 e di 109 nel 2003. La differenza è statisticamente significativa (t-paired). Da una rilevazione sulla attitudine alla lettura nelle famiglie, eseguita dai pediatri nel 2000 e nel 2005 a Cesena, risulta che l'indicatore è salito dal 27% al 35%.

Nati per Leggere all'estero

Germania

Giuseppe Alessandri, addetto scolastico-culturale del Consolato italiano di Dortmund, ci comunica una iniziativa, per "aprire" una sezione di NpL con sede presso la biblioteca dello Zib (Zentrum für internationale Bildung) a Unna (Lindenplatz 1). È una biblioteca bellissima, recentemente arricchita con una prima dotazione di libri italiani, procurati in Fiera e acquistati presso la libreria "Giannino Stoppani" di Bologna.

Il 23 maggio 2005 è stata organizzata una conferenza stampa per presentare il progetto "Nati per Leggere / Zum Lesen Geboren", cui seguiranno le prime attività. Sono previste 4 letture, a carattere bilingue, per i bambini e un incontro con i genitori, tra maggio e giugno. Le letture saranno effettuate da lettrici professionali (la bibliotecaria Kirsten Dusche e la "lettrice/animatrice" Karin Kotsch in tedesco) e da alcuni lettori volontari italiani. A fine maggio si è svolta a Unna una Festa Italiana, con allestimento di uno stand, con i primi materiali procurati (le bibliografie a soffietto, il manife-

sto...). Si vorrebbe anche realizzare un pieghevole in tedesco e italiano, utilizzando il layout in formato elettronico, il logo di Nati per Leggere con l'aggiunta delle informazioni e dei riferimenti a carattere locale.

Spagna

I colleghi catalani hanno inaugurato il sito www.nascutsperllegir.org.

Il progetto catalano vede tra i promotori l'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica, l'Associació Catalana de Llevadores, il Colegio Oficial de Bibliotecaris-Documentalistes de Catalunya, il Consell Català del Llibre per a Infants i Joves e la Societat Catalana de Pediatria. Durante i prossimi 3 anni il progetto verrà sperimentato in 18 località (<http://www.nascutsperllegir.org/pilots.htm>). Il coordinamento tecnico è affidato a Imma Espunes i Amoros presso il Colegio Oficial de Bibliotecaris-Documentalistes de Catalunya.

Svizzera

Il 19 gennaio 2006 nell'aula magna dell'Ospedale Regionale di Lugano Giancarlo Biasini presenterà il progetto Nati per Leggere. Saranno presenti i pediatri dell'APSI (Associazione Pediatri della Svizzera italiana) e le infermiere pediatriche che si occupano di seguire periodicamente e regolarmente la crescita dei neonati a domicilio o in ambulatorio.

Toscana

In maggio 2005 a Cortona (Ar) si è svolto il convegno Nati per Leggere a un anno dall'avvio del progetto. Da un anno un gruppo di volontarie del servizio civile (dopo un percorso di formazione) è presente al Day Hospital pediatrico dell'Ospedale, al Centro Vaccinazioni, negli Ambulatori dei pediatri di famiglia per leggere libri ai bambini. Così, il tempo dell'attesa si trasforma in tempo di scoperta, curiosità, ascolto, conversazione e i bambini, con i loro genitori, arrivano al momento dell'incontro con il medico più sereni e spesso divertiti. La positività di questa esperienza ha spinto il Comune di Cortona a investire anche nell'acquisto di libri destinati al "Passa libro pediatrico". Si tratta di libri scelti, catalogati e messi a disposizione dei pediatri che li consegnano ai genitori dei bambini durante il bilancio di salute dei 18 mesi, e anche prima. Questi libri sono accom-

nati

pagnati da un biglietto "Leggere fa crescere bene. 10 consigli per leggere ad alta voce al tuo bambino" e, nel retro, "La nostra amica biblioteca" per saper meglio come fare e dove trovare libri adatti, anche senza spendere. Al momento della consegna il pediatra registra nel "Quaderno del prestito" a casa di chi va il libro. Questo atto richiede qualche minuto, ma è importante perché dimostra alle famiglie che è una cosa seria e ci permette di non perdere il libro. I libri del "Passa libro pediatrico" vengono riconsegnati al pediatra, in genere entro un mese. In questo caso se ne può prendere un altro. Se capita che un libro non torna, non lo si considera perso perché si sa che è a casa di ..., quindi è utile. Per aiutare i pediatri nella scelta di quale libro per quale famiglia, ciascun libro ha, nella sua etichetta, un segno diverso. Un cerchio per libri a immagini, senza parole; un triangolo per le protostorie, dove le immagini sono accompagnate da didascalie che non sono ancora delle storie; un quadratino per le storie brevi, semplici; un rombo per le storie lunghe, complesse. Poi ci sono alcuni libri che hanno un segno particolare: un fiore da carta da gioco. Non sono libri destinati al "Passa libro", poiché inadeguati alla fascia di età interessata, ma restano in ambulatorio, per quei bambini o ragazzi più grandi che accompagnano i fratelli, o aspettano di essere visitati.

Tutti i pediatri che nel Comune di Cortona sono coinvolti nel progetto NpL descrivono con soddisfazione la loro partecipazione, poiché la presenza delle lettrici nelle sale d'attesa, i libri con le loro immagini e le storie che narrano diminuiscono l'ansia nei bambini e nei genitori, favoriscono un dialogo più sereno con il medico e una maggiore disponibilità durante la visita. Anche il "Passa libro" svolge un ruolo positivo sia nel rapporto medico-paziente-famiglia, sia nel clima più disteso che sa creare, introducendo argomenti legati alle buone abitudini di vita, così, i pochi minuti dedicati alla presentazione dell'iniziativa e alla registrazione nel quaderno del prestito, sono presto recuperati nella complessiva maggiore tranquillità. Attualmente le lettrici sono presenti una volta alla settimana in ogni punto medico; mentre sono a disposizione del "Passa libro pediatrico" circa 300 titoli.

per leggere

Informazioni: Giuseppina Stellitano
0575.637.224 (g.stellitano@comune.
cortona.ar.it).

Sicilia

Anche San Piero Patti, località dei Nebrodi della provincia di Messina, si è attivato per il progetto Nati per Leggere. La dott.ssa Isodiana Crupi ha messo in atto le seguenti iniziative: ha pubblicato un articolo, nell'ambito della rubrica obiettivo salute, sul piccolo giornale di San Piero Patti, periodico di politica, cultura e attualità, per sottolineare l'importanza della lettura sul benessere psicofisico del bambino. Ha incontrato la coordinatrice dell'asilo nido e la psicologa del consultorio per sensibilizzarle e informarle sul benefico effetto che "l'innamoramento" dei libri esercita in età evolutiva. Conseguenza di tale incontro è stato l'arricchimento dell'asilo nido con coloratissimi libri, adeguati a tale fascia di età. Sta utilizzando il libro in ambulatorio, come strumento diagnostico dello sviluppo psicomotorio del bambino. Ha posto in sala d'attesa una discreta dotazione di libri che spesso spariscono e talvolta riappaiono. Nell'immediato futuro dovrebbe aderire all'iniziativa anche la biblioteca comunale, i cui membri sembrano essere rimasti affascinati dal progetto. Attualmente in fase di ristrutturazione, la biblioteca costituirebbe un luogo privilegiato per favorire l'approccio dei bambini al libro e alla lettura, coinvolgendo educatori e genitori.

Campania

Un progetto Nati per Leggere è attivo da dicembre 2004 presso la UO di Pediatria San Leonardo dell'ASL NA5 di Castellammare di Stabia. È stata formata una piccola biblioteca, che copre tutte le fasce di età. La biblioteca viene utilizzata negli orari mattutini anche dalla maestra della Scuola Ospedaliera. La lettura è svolta per lo più nelle singole stanze di degenza. È a disposizione un elevato numero di lettori volontari, per lo più giovani, in parte reclutati fra gli studenti delle ultime classi delle scuole superiori locali. I lettori volontari sono organizzati in piccoli gruppi, supervisionati da tutor più anziani, e dai medici di reparto. I volontari frequentano il reparto nel pomeriggio, durante tutta la settimana, muniti di bad-

ge di riconoscimento con il logo dei Nati per Leggere; firmano la loro presenza in un registro dove vengono anche segnalati il numero di bambini "visti", la loro età e le reazioni ai singoli libri utilizzati. La firma di presenza permette di rilasciare crediti formativi agli studenti delle scuole superiori. Sinora il gradimento da parte dei bambini e delle famiglie è stato elevato. Piacerebbe riuscire a "prestare" dei volontari ai Pediatri di base della zona che volessero iniziare il progetto nei loro studi, al fine di migliorare, anche in questo campo, l'integrazione fra ospedale e territorio.

Puglia

NpL a "I dialoghi di Trani"

I "Dialoghi di Trani" sono oramai da 4 anni un punto di riferimento per la discussione pubblica tra protagonisti della scena internazionale sui problemi culturali di attualità, per l'incontro fra autori di libri che prendono spunto da tesi e posizioni divergenti incentrate appunto su due o più libri. Il curatore scientifico della manifestazione è Piero Dorflles. Coordinatori delle tavole rotonde sono stati Marino Sinibaldi di Fahrenheit e Antonio di Giacomo di Repubblica. Nel corso dei dialoghi è stato presentato Nati per Leggere; la presenza di NpL ai Dialoghi rappresenta un alto riconoscimento al valore del progetto. Alla presentazione avvenuta in due sedute, hanno partecipato Fabio Bazzoli, Stefania Manetti, Nives Benati, Giancarlo Biasini e Alessandra Sila del Coordinamento nazionale, Nicola D'Andrea e Gianfranco Geronimo, pediatri, e Franco Mercurio, dell'AIB, in rappresentanza del progetto pugliese per il quale è stato nominato, in una riunione tenuta il 1° ottobre, il Coordinamento regionale.

Una lettera

Il mio book crossing

Anch'io faccio il mio book crossing. Non è un book crossing "di marca", ma mi adegua ai tempi delle "copie quasi conformi all'originale", consapevole che, in questo campo, qualunque sperimentazione volta a fare apprezzare la magia della lettura ai nostri bambini è preziosa! Ho incominciato a lasciare in sala d'attesa del mio ambulatorio libri che i miei figli avevano letto e che non desiderava-

no conservare, oltre a qualche libro per l'infanzia, scelto di proposito su tematiche particolari (come l'educazione al vasino per i più piccoli o il tema della pedofilia per i più grandicelli).

Lo scopo iniziale è stato quello di avere a disposizione del materiale per "ingannare piacevolmente il tempo" in attesa della visita, dato che spesso mi dilungo e sono in ritardo e, non essendo proprio "ben accreditata", riservo ancora fasce di orari di visite senza appuntamento. Con mia grande sorpresa, i libri, non esclusivamente cartonati, non venivano rotti e venivano letti e spesso facevano il loro trionfale ingresso in ambulatorio in mano ai bambini di età scolare che volevano terminare la lettura o in mano alle mamme che continuavano a mostrare le figure al bimbo più piccolo durante la visita.

Talvolta il libro mi veniva chiesto in prestito per terminare la lettura a casa oppure io stessa proponevo al bambino ammalato di portarsi via uno dei libri, per trascorrere più piacevolmente il tempo del "riposo forzato" a casa; chiedevo però di riportarlo affinché altri potessero leggere lo stesso libro.

Qualche mamma ogni tanto mi chiedeva se mi interessavano i libri che i figli non leggevano più e così pian piano il numero dei libri è cresciuto e ora i libri occupano in 3 ceste colorate tutto il fasciatoio in sala d'attesa che dovrebbe servire per spogliare i bambini. Credo, quindi, che sia giunto il momento di acquistare una libreria. Talvolta ho fantasticato di registri di entrate e uscite dei libri, ma poi mi rendevo conto che il lavoro sarebbe stato troppo faticoso per un'unica persona (già dobbiamo registrare le malattie infettive, i tamponi, le visite filtro e quant'altro...). Ho lasciato stare.

Così, sulla scia di un trafiletto letto sulla nostra rivista, che mostrava il logo del libro "abbandonato in giro", ho pensato che poteva essere una buona idea anche per i miei piccoli assistiti e per le loro mamme, perché oltre ai libri "abbandonati" da altri, ci sono anche quelli che abbandonano io, che scelgo con affetto e considerando alcune caratteristiche ben precise per i miei piccoli e grandi lettori!

Ora devo solo progettare un poster da appendere accanto all'area libri che spieghi sinteticamente ai bambini e alle loro mamme ciò che dico loro a voce durante le visite.

Patrizia Bolla

I percorsi sicuri casa-scuola Nati per camminare?

Roberto Quadalti*, M. Cristina Capriotti**

*Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL di Cesena; **Centro per le Famiglie, Comune di Cesena

Abstract

Safe routes to school: born to walk

In order to persuade elementary school's parents and pupils to walk to school, a project called "Safe Routes" has been elaborated. The project's aim is to help pupils being independent, increase their knowledge regarding traffic rules, the ways to move around the city and reduce pollution. In order to increase safeness "critical encounter points" have been identified, the classrooms have been involved in a contest, and educational activities. Evening encounters with parents have been organized. After eleven months the number of pupils using cars to go to school decreased from 45% to 36% ($z = 1.99$; $p < 0.05$).

Quaderni acp 2005; 12(6): 246-248

Key words Urban traffic. Environment. School. Walking bus. Participated planning

Ai genitori e agli scolari di una scuola elementare è stato proposto un progetto "Percorsi sicuri" per convincerli a raggiungere la scuola senza essere trasportati in auto fino all'edificio scolastico. L'obiettivo del progetto è quello di abituare gli scolari alla indipendenza, a una maggiore conoscenza delle regole del traffico e del modo di muoversi nella città e a diminuire l'inquinamento da traffico nelle aree urbane. Il progetto ha previsto la realizzazione di interventi per la messa in sicurezza di alcuni punti critici come l'individuazione di "punti di ritrovo", l'aiuto di volontari, l'organizzazione di un concorso tra le classi coinvolte, la realizzazione di attività educative, laboratori in classe e di incontri serali rivolti ai genitori. Rispetto a prima dell'inizio del progetto gli scolari trasportati in auto fino alla scuola sono diminuiti in undici mesi dal 45% al 36% ($z = 1.99$; $p < 0.05$).

Parole chiave Traffico urbano. Ambiente. Scuola. Walking bus. Progettazione partecipata

La legge n. 285 del 28/08/97 "Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" ha rilanciato il dibattito sull'autonomia dei bambini, dei ragazzi e sulla loro cittadinanza. A questo scopo ha messo a disposizione risorse economiche per sostenere progetti degli enti locali. Il Comune di Cesena ha presentato un progetto finalizzato per mettere in sicurezza il percorso casa-scuola della scuola elementare "G. Carducci".

Contemporaneamente, all'interno del Piano per la Salute sulla sicurezza stradale, il gruppo di lavoro ha individuato nell'esperienza inglese del "Walking Bus" (WB), di cui questa rivista si è occupata 3 anni fa, un possibile ambito sul quale coinvolgere la comunità locale (tabella 1) (1).

Il WB rappresenta una proposta alternativa all'uso dell'auto per accompagnare i

bambini a scuola. Può essere considerato uno scuolabus pedonale che ogni mattina, grazie a un coordinatore adulto, segue un percorso prestabilito e raccoglie i bambini nelle apposite fermate e li accompagna fino all'entrata (2).

Si è così dato vita a una proposta, rivolta ai 300 alunni della scuola elementare "G. Carducci", che ha avuto come slogan quello suggerito da Tonucci nel manifesto allegato al numero 4/2005 di Quaderni acp: "A piedi e in bici, a scuola con gli amici".

Il progetto ha avuto la collaborazione della scuola, di alcune associazioni di volontariato, dell'AUSL ed è stato proposto alle famiglie, con la consulenza e supervisione dell'associazione "Città Amiche dell'Infanzia e dell'Adolescenza" (C.A.M.I.N.A.) di Castel S. Pietro Terme (BO) (3).

La progettazione

Il progetto ha cominciato a muovere i primi passi nel dicembre 2002 con la realizzazione di un laboratorio condotto da operatori di C.A.M.I.N.A. con l'intervento dei dirigenti dei settori Comunali interessati, di operatori dell'AUSL, di dirigenti scolastici e amministratori di Comuni limitrofi interessati all'esperienza (4). Nel 2003 si è costituito un gruppo di lavoro con la presenza di genitori e insegnanti che, tramite questionari e lavori in classe, ha raccolto informazioni sui percorsi casa-scuola relative ai tragitti, alle modalità di spostamento e ai punti ritenuti pericolosi.

Dopo gli accertamenti di fattibilità, il Comune ha realizzato diversi interventi infrastrutturali per la messa in sicurezza dei punti critici della viabilità pedonale e ciclabile. Ha realizzato nuovi attraversamenti pedonali semaforizzati e protezioni lungo alcuni marciapiedi. In collaborazione con l'AUSL, e il Centro per le Famiglie, sono stati organizzati due incontri serali con i genitori ai quali hanno partecipato assessori, pediatri, pedagogisti, psicologi, medici, insegnanti. Il confronto con i genitori aveva lo scopo di eliminare timori e di sottolineare i vantaggi per i figli dell'andare a scuola a piedi o in bici. Venivano enfatizzate la responsabilizzazione dei bambini, la utilità della conoscenza del percorso e del proprio territorio, la socializzazione nel fare insieme un percorso, l'attività fisica, la riduzione dell'inquinamento. Veniva poi presentato il progetto definitivo esposto in tabella 1 ai punti 1 e 2.

Veniva sottolineata, per i genitori che non possono rinunciare all'uso dell'auto, la possibilità di portare i bambini a due "punti di ritrovo" collocati a una distanza di circa 200 e 500 metri dall'entrata della scuola, come alternativa all'accompagnamento fino all'entrata principale.

Per corrispondenza:
Roberto Quadalti
e-mail: psicologia@ausl-cesena.emr.it

esperienze

TABELLA 1: IL WALKING BUS (WB)**1. Che cos'è**

Il WB è il più sicuro, allegro e salutare modo per andare e tornare da scuola. Possiamo tradurlo con 'Bus a piedi' o 'Piedibus' ed è stato inventato nella contea di Hertfordshire in Gran Bretagna. Del tradizionale Scuolabus, conserva l'idea del percorso di raccolta dei bambini con fermate intermedie (Walking Bus Stop) alle quali i genitori accompagnano i figli. Ogni WB si avvale di un carrello con ruote di gomma che viene sospinto nel tragitto da uno dei volontari, insegnanti o genitori che collabora all'iniziativa. Vi vengono depositati borse e qualsiasi altro oggetto.

2. L'organizzazione

Ogni WB ha un coordinatore. Questi tiene un registro degli studenti che devono aggregarsi a ogni fermata e un numero telefonico delle famiglie dei bambini che devono salire nel caso che non siano alla fermata. Per ogni WB sono previste almeno due figure adulte: quello che guida il gruppo e quello che, con il carrello, lo chiude. Il rapporto tra adulti e bambini varia a seconda dell'età di questi ultimi e generalmente è compreso tra uno a quattro e uno a otto.

Ogni WB ha un proprio nome e una propria divisa, pensata e disegnata dai bambini stessi, e ha una copertura assicurativa, esattamente come lo Scuolabus. Fra i vari WB si possono organizzare anche gare di disegno, di filastrocche, di canzoni, di corse ecc.

3. Perché il Walking Bus

Ci sono almeno sei buone ragioni per organizzare un WB:

- passeggiando, anche solo per una decina di minuti ogni giorno, si mantiene in attività il proprio corpo, incrementando il benessere personale;
- chi fa parte di un WB si trova in gruppo e pertanto è più visibile (anche grazie alle casacche colorate) e sempre accompagnato da figure adulte;
- i bambini migliorano le proprie abilità e autonomie nel relazionarsi con la strada e i suoi pericoli (la conoscenza di un ambiente fin da bambini sviluppa un importante senso di sicurezza);
- durante il percorso casa-scuola i bambini hanno la possibilità di chiacchierare, stare insieme, conoscersi;
- più numerosi sono i bambini che raggiungono la scuola grazie al WB, minore sarà la necessità di ricorrere all'uso dell'automobile; il WB riduce quindi i livelli di traffico veicolare;
- la ricerca scientifica ha evidenziato che chi fa brevi spostamenti in auto è esposto a livelli di inquinamento più alti di chi cammina (chi gira a piedi gode di aria più pulita!).

TABELLA 2: ESITO DELLE RILEVAZIONI ESEGUITE NELLE CLASSI

Modalità di raggiungimento della scuola	Data rilevazioni				
	31/05/04 <i>Tempo 0</i>	04/06/04 <i>Prova</i>	03/12/04	31/01/05	04/05/05
Accompagnati					
in auto davanti alla scuola	45%	13%	35%	44%	36%
al punto di ritrovo	0%	19%	16%	7%	6%
in altro modo (in bicicletta, a piedi e in bus)	55%	68%	49%	50%	58%
Totale	218	243	233	204	232

Nel punto di ritrovo più lontano, i bambini vengono accolti da un volontario che guida i ragazzi e gestisce gli attraversamenti pedonali e da un altro adulto che "chiude" il gruppo. Alle 8.15 è prevista la partenza della "carovana" (3).

I bambini che vengono accompagnati nel punto di ritrovo più vicino alla scuola sono accolti da un volontario che li invita a formare un piccolo gruppo di almeno 3 bambini, come forma di tutela reciproca, e possono raggiungere la scuola in autonomia, in quanto non sono previsti attraversamenti pedonali.

Per incrementare l'interesse e l'entusiasmo dei bambini, si è istituito un concorso rivolto a tutte le classi di seconda, terza, quarta e quinta. A chi raggiunge la scuola a piedi o in bici e a coloro che si fanno accompagnare in auto fino al punto di ritrovo e poi proseguono a piedi vengono consegnati dei gettoni di presenza che ognuno deposita nei salvadanaï collocati all'interno di ciascuna classe. Al termine dell'anno scolastico per la classe che avrà raccolto più gettoni verrà organizzata una gita in bicicletta e consegnato un piccolo omaggio.

I risultati

Allo scopo di valutare il successo/insuccesso dell'iniziativa è stata effettuata una valutazione delle modalità con le quali gli scolari raggiungono la scuola. Si è chiesto ai ragazzi con quale mezzo di trasporto hanno raggiunto la scuola nel giorno della rilevazione.

Il 31 maggio 2004 può essere indicato come il punto zero prima della iniziativa. Il 4 giugno 2004 è un giorno di prima sperimentazione dei punti di ritrovo.

Le valutazioni si riferiscono al 31/05/04 (tempo zero) e al 4 giugno 2004 data in cui è stata promossa la prima giornata (di prova) dei punti di ritrovo, allo scopo di verificare l'interesse e la partecipazione dei ragazzi e dei genitori.

In quella data, rispetto al 31 maggio 2004, fu accompagnato a scuola in auto solo il 13% dei bambini contro il precedente 45% e il 19% fu accompagnato ai punti di ritrovo. I risultati raggiunti in questa sperimentazione suggerirono di

dare continuità ai punti di ritrovo, a partire dal 29 novembre 2004 (anno scolastico 2004-2005) fino alla conclusione dell'anno scolastico stesso, monitorando la partecipazione di genitori e figli con altre rilevazioni.

I risultati successivi nel corso di un anno solare non sono stati così brillanti come nel giorno di prova (figura 1 e tabella 2 per le tappe intermedie).

Valutando i bambini che hanno raggiunto la scuola in auto (il 45% al tempo zero), un anno dopo la loro percentuale si è attestata a circa il 36%, risultando significativamente inferiore a quella dell'anno precedente ($z = 1,99; p < 0,05$).

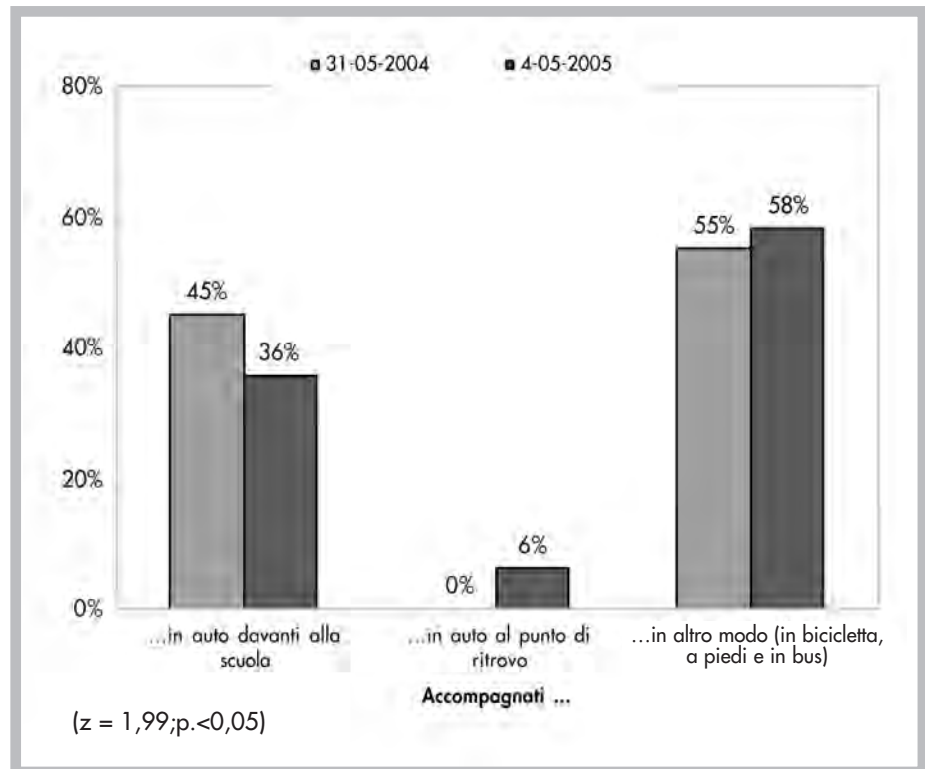
Conclusioni

A un anno circa dall'inizio del progetto, la riduzione significativa del numero di genitori che accompagnano i figli fin davanti all'entrata della scuola in automobile testimonia, almeno, la disponibilità dei genitori a modificare i propri comportamenti.

Il risultato stabilizzato può essere considerato modesto dopo il successo della giornata di prova: flessione clamorosa fino al 13% degli accompagnati in auto e successiva risalita fino al 36%. Probabilmente la sperimentazione ha portato un alone di novità e di interesse che ha entusiasmato gli scolari. Se una riduzione "fisiologica" era preventivabile, certamente preoccupante è la successiva risalita, anche se la differenza rispetto al punto zero è comunque significativa.

Per poter migliorare i risultati del progetto si potrà provare a sfruttarne le potenzialità. È stata ideata una newsletter "casa-scuola news" inviata a bambini, genitori, docenti e altri operatori interessati e coinvolti nell'iniziativa, e realizzata allo scopo di promuovere il progetto e informare sugli sviluppi. Sono stati realizzati laboratori su ambiente, sicurezza stradale, uso e manutenzione della bicicletta (4,5). La nostra esperienza dimostra, comunque, che non è sufficiente il semplice e ripetuto "consiglio" ai genitori, ma occorre garantire alcune condizioni di sicurezza che nel nostro caso sono stati la messa in sicurezza di attraversa-

FIGURA 1: MODALITÀ DI RAGGIUNGIMENTO DELLA SCUOLA



menti pedonali, la presenza di adulti ai punti di ritrovo e un buon clima di fiducia tra referenti del progetto, insegnanti, genitori e bambini (6,7).

Infatti, dietro un'iniziativa che vuole semplicemente proporre un modo più ecologico e salutare di raggiungere la scuola, si nasconde una problematica centrale del rapporto genitori-figli (5). Così, come ogni adulto si impegna fortemente per rendere i figli autonomi e responsabili, altrettanti sforzi e attenzione sono dedicati alla loro incolumità e tutela.

Negli ultimi anni, a causa dei volumi di traffico e degli episodi di microcriminalità che tanto catturano l'attenzione della cittadinanza, le città sono percepite come luoghi sempre più pericolosi. Si pensa così di tutelare i figli accompagnandoli di persona ovunque, magari in auto.

Se, però, il tentativo di proteggerli diventa l'unico obiettivo educativo dei genitori, si rischia di privarli di quell'esperienza fondamentale che è costituita dal rapporto con l'imprevisto, con l'ostacolo, con ciò che può anche spaventare e, per-

tanto, di non facilitare il loro percorso di crescita e di responsabilizzazione.

Abituare i bambini fin da piccoli alla conoscenza diretta del territorio, facendo loro sperimentare in modo graduale che cosa può significare muoversi per strada, essere pedone e ciclista, è un impegno al quale i genitori devono convincersi di non sottrarsi. Anche perché è difficile immaginare, nel breve periodo, che le nostre città possano garantire livelli di sicurezza e salute tanto maggiori di quelli attuali. ♦

Bibliografia

- (1) Editoriale: L'immagine che non c'è il Walkingbus. Quaderni acp 2002;1:5.
- (2) www.walkingbus.com.
- (3) www.camina.it.
- (4) Baruzzi V (a cura di). Bambini e bambine si fanno strada. La Mandragora 2002.
- (5) Tonucci F. La città dei bambini. Laterza 1996.
- (6) Capriotti M C. Il bambino e la città. Il Ponte Vecchio, 2001.
- (7) Maternini G. Viabilità urbana e sicurezza dei bambini. Quaderni acp 2002;1:18.
- (8) Todesco L et al. Muoversi senza motore: ostacoli e pericolo per i bambini. Quaderni acp 2003;10:6.

Quaderni acp: come lavora la redazione

A cura della redazione di Quaderni acp

La pubblicazione degli articoli su Quaderni acp segue una catena decisionale all'interno della redazione che vale la pena che i nostri lettori conoscano.

La valutazione dei contributi

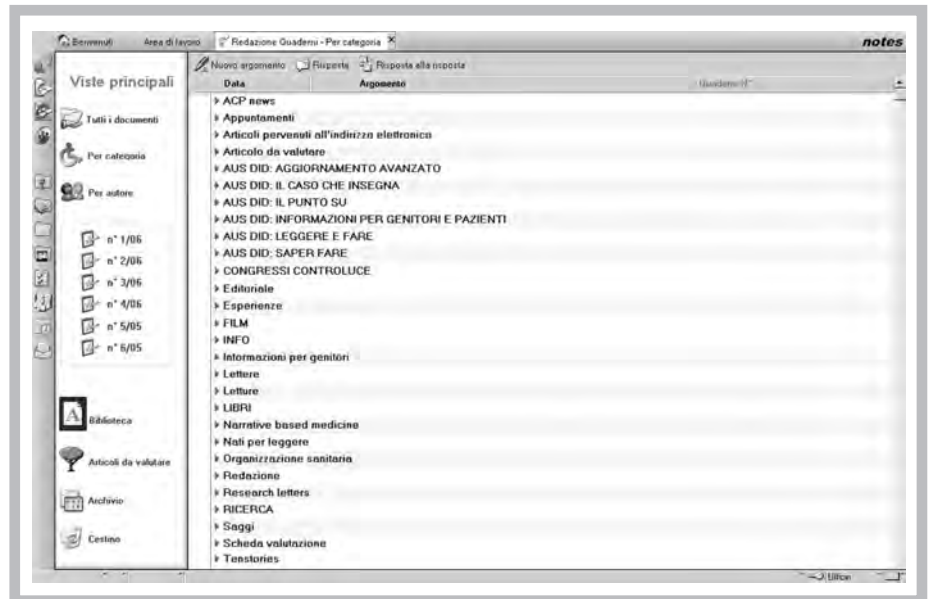
Cominciamo dai contributi che arrivano in redazione. Gli articoli vengono richiesti dalla redazione o inviati spontaneamente dagli Autori all'indirizzo redazionequaderni@tiscali.it. In entrambi i casi gli articoli seguono un percorso analogo. Vengono collocati in un database redazionale elettronico (utilizzando il software Lotus Notes impostato da Salvo Fedele) con cui tutti i redattori si collegano quasi giornalmente sulla base di una password (vedi figura a lato).

Sul database ci sono quindi tutti gli articoli proposti dagli Autori per la pubblicazione. Su questi ogni redattore deve esprimere un primo giudizio. Ogni nuovo articolo viene posto nel cassetto "articoli da valutare". La redazione si esprime circa la pertinenza, l'interesse e la forma editoriale del manoscritto ricevuto, affinché questo possa intraprendere il percorso di valutazione oppure essere restituito agli Autori con motivazioni scritte.

Gli articoli di *Narrative Medicine*, di *Casi clinici*, di *Scenari* e di *Ricerca* iniziano un percorso specifico: vengono affidati a uno o più redattori e ad almeno un revisore esterno che effettuano una valutazione utilizzando una scheda dettagliata a punteggio (disponibile per i lettori della rivista) e accompagnata da commenti. Se l'articolo ottiene, dai redattori incaricati, un punteggio superiore al cut off stabilito e un parere favorevole procede lungo il percorso editoriale con le potenziali osservazioni di tutti i redattori sul database redazionale. Successivamente il/i redattore/i contattano gli Autori con i quali concordano le modifiche da apportare. Una volta definito il testo, l'articolo viene attribuito dal Direttore a un numero della rivista; quindi ha inizio la lavorazione per la stampa; anche chi segue quest'ultima fase di produzione partecipa ai lavori della redazione. Inutile ricordare che il lavoro di tutta la redazione è svolto a titolo completamente gratuito.

I contatti fra i redattori

I contatti fra i redattori avvengono seguendo tre modalità: di una si è già detto



e riguarda i messaggi scritti nel database redazionale comune. A questa si aggiungono altre due modalità di rapporto:

- riunioni telematiche (*internet conference*) di circa 2 ore e mezzo, dalle 21 alle 23.30, cui partecipano tutti i redattori e si svolgono circa 5-6 volte per anno;
- riunioni tradizionali di redazione cui partecipano tutti i redattori e che si svolgono anche queste circa 5-6 volte per anno.

Nel corso delle riunioni viene fatto un esame dello stato delle rubriche e degli articoli in giacenza, viene compilata una lista di temi da affrontare, si decidono le priorità, si assegnano compiti ai redattori e si verificano collegialmente i risultati. Di ogni riunione si compila un sunto verbale che viene poi sottoposto all'approvazione dei redattori.

In questi due tipi di riunioni avviene dunque una formazione continua dei redattori i quali, tutti, hanno svolto almeno 5 anni di attività all'interno della redazione. Questa formazione è orientata a migliorare le competenze in vari campi: saper fare una ricerca bibliografica il più possibile accurata e completa utilizzando le diverse e aggiornate fonti disponibili; saper leggere criticamente la letteratura reperita; sapere, in base alle conoscenze acquisite con questo metodo, giudicare gli articoli sottoposti per la pubblicazione sulla rivista; saper utilizzare metodi per risolvere in base a concetti EBM i problemi clinici; sapere, infine, effettuare una comunicazione corretta ed efficace, di questo bagaglio di conoscenze sia che essa sia indirizzata ad altri medici che ai pazienti.

Formazione sul campo

Tutto questo lavoro, trattandosi di un tipico corso di formazione organizzato dalla rivista, è stato sottoposto all'accreditamento ECM, che gli ha attribuito 42 crediti, a conferma che saper leggere e saper scrivere in riviste scientifiche costituisce un esercizio formativo volto al saper fare: è una tipica formazione sul campo.

Un'altra iniziativa intrapresa recentemente dalla redazione, sotto gli auspici dell'ACP, è un Corso di formazione per la risoluzione di Scenari clinici, secondo i criteri della EBM, rivolto a 20 potenziali collaboratori della rivista (pediatri e specializzandi). Il Corso è iniziato il 16 settembre 2005 e avrà fine a maggio del 2006. Si svolge, a Bologna presso la Fondazione Aldini Valeriani, in 5 incontri della durata di 6 ore. Ha l'obiettivo di formare pediatri provenienti da gruppi ACP anche allo scopo di favorire la diffusione di questo metodo di risoluzione di problemi clinici nei gruppi locali di provenienza dei partecipanti. Anche questo programma del Corso è stato sottoposto all'accreditamento ECM e ha ottenuto 34 crediti: ulteriore riconoscimento della bontà del progetto.

Crediamo infatti che non siano molte le riviste scientifiche italiane che lavorano collegialmente secondo queste modalità.

Per corrispondenza:
e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

“Nati per la musica”, un primo bilancio

Stefano Gorini
Pediatra di famiglia, AUSL di Rimini

“La musica è una peculiarità dell’essere umano e, al pari delle forme d’arte e del linguaggio, svolge un ruolo fondamentale per lo sviluppo dell’individuo. Attraverso la musica, infatti, il bambino sviluppa capacità di introspezione, di comprensione degli altri e della vita stessa e, cosa forse più importante, impara a migliorare la sua capacità di alimentare liberamente la propria immaginazione e creatività” (Edwin E. Gordon, musicista, ricercatore e docente presso la Michigan State University).

Le vibrazioni che la musica produce dentro il nostro corpo vengono immediatamente colte fin dalla primissima età, addirittura durante la vita intrauterina (1). La musica fa parte dell’esperienza di ogni individuo: i bambini di pochi mesi sono già particolarmente attratti dalle filastrocche e dalle canzoncine che il genitore utilizza per comunicare e trasmettere amore ai propri piccoli. Il bambino ascolta come ipnotizzato: è la “magia” della musica. Quando è più grande, istintivamente inizia a “fare” musica con ogni strumento improvvisato che gli capita fra le mani oppure reagisce all’ascolto di un brano mettendosi a ballare e a cantare così come gli viene, lontano dalle inibizioni di noi adulti. Insomma, la musica è gioia, divertimento, gioco, emozione, mezzo per comunicare e interagire con gli altri e con l’ambiente, stimolo per conoscere e sviluppare le potenzialità espressive e creative della persona.

Da qualche anno si è andata via via accentuando l’attenzione verso le possibili influenze che la musica esercita sulle sfere dell’intelligenza e della creatività. Citiamo come esempio alcuni titoli comparsi recentemente su riviste scientifiche, ma non solo, anche per testimoniare come l’argomento inizi a interessare in maniera abbastanza diffusa: “Musica e grammatica” (2), “Musicalità innata nell’uomo” (3), “Memoria per la Musica” (4), “La musica rafforza la memoria ver-

bale” (5) “L’impatto emotivo della Musica” (6), “Musica e intelletto” (7), “Il cervello del tuo bambino” (8) ecc.

Si sono tenuti, inoltre, importanti convegni su “Neuroscienze e Musica”, a Venezia nel 2002 e a Lipsia nel maggio di quest’anno, nei quali si è indagato il rapporto tra la pratica musicale e lo sviluppo delle attitudini matematiche e della velocità del pensiero... insomma abbastanza perché anche noi pediatri incominciassimo a occuparcene con una certa attenzione.

A questo punto ci siamo accorti che si potevano osservare numerosi punti di contatto con il progetto Nati per Leggere ed ecco quindi delinearsi di un nuovo percorso che ha preso il nome di Nati per la Musica. Nel primo numero di quest’anno dei “Quaderni acp” è uscito l’editoriale di presentazione a cura di Rita Valentino Merletti, studiosa di letteratura dell’infanzia, e di Paolo Cascio, musicologo (9). L’apporto della prof.ssa Rita Valentino Merletti, promotrice di Nati per Leggere, è particolarmente significativo e collega idealmente le due iniziative, entrambe finalizzate alla crescita e al benessere globale del bambino.

Si può dunque immaginare la stretta attenzione fra lettura e musica nel nutrimento del nostro cervello (“Music the food of neurosciences?” è il titolo di un articolo apparso su “Nature” pochi mesi fa) e affascinante è la prospettiva che coltivare le attitudini musicali produca benefici “effetti collaterali” anche sullo sviluppo cognitivo del bambino (10).

Alcuni di noi, partendo dall’amore per la musica e già coinvolti in Nati per Leggere, hanno voluto approfondire l’argomento, sicuramente attratti inizialmente dagli aspetti più prettamente scientifici, ma scoprendo via via nel contatto con l’ambiente musicale che il piacere di fare e fruire della musica ha per il bambino (e per l’individuo in generale) un valore intrinseco immenso, al di là di ogni implicazione specialistica.

Forse non diventeranno grandi musicisti, ma i bambini che vanno a lezione di musica hanno sicuramente il grande vantaggio di essere sottoposti a maggiori stimoli intellettivi e conoscitivi rispetto a chi non può usufruire di tali opportunità. Su questo argomento comparirà, su uno dei prossimi numeri di Quaderni acp, un articolo di Ester Serritti. Diventano più intelligenti? Qualcuno lo sostiene davvero, certo è che il dibattito su che cosa si intenda per intelligenza (e soprattutto sulla possibilità di misurarla) è tuttora in corso. Ci sono test che valutano le capacità di attenzione, reazione, memoria ecc., ma le deduzioni che se ne possono trarre hanno ancora valore relativo, data la difficoltà (impossibilità?) di controllare tutte le variabili sperimentali.

È allora senz’altro più realistico “sostenere l’importanza della musica fin dalla nascita per la ricchezza data dalla specificità dell’esperienza musicale, per la novità e unicità che la musica porta, per il potenziamento di tutte le facoltà (intelligenza compresa) che entrano in interazione con essa” (11).

Proprio l’iniziale curiosità per il rapporto tra neuroscienze e musica, che ci aveva inizialmente attratto, ci ha portato a conoscere esperienze musicali talmente originali che la nostra visione è ora aperta a tutte le componenti in gioco.

Si ricorda che, proprio in occasione del Congresso nazionale dell’ACP a Pescara nel 2004, si sono individuate nelle “humanities” (i libri, il cinema nel senso delle immagini in movimento e quindi anche la televisione e ora, appunto, la musica), le priorità di intervento per la pediatria che opera nella nostra realtà di paese del “primo mondo” (12).

Che cosa significhi proporre musica in maniera non occasionale fin dai primi mesi di vita del bambino (ma anche prima, in gravidanza tramite soprattutto il canto e quindi la voce della madre) e i vantaggi che questa pratica comporta per la sua crescita globale, per la famiglia e per la

Per corrispondenza:
Stefano Gorini
e-mail: stgorin@tin.it

musical-mente



Édouard Manet,
 “Piffero di reggimento”,
 olio su tela, 1866.
 Museo D’Orsay, Parigi.

società, è dunque ciò che abbiamo ritenuto degno di essere messo in evidenza. Occorre specificare che abbiamo avuto l’opportunità di giovarci fin dagli inizi del decisivo apporto di alcuni esperti musicisti appartenenti alla SIEM (Società Italiana per l’Educazione Musicale), ai quali va il nostro ringraziamento. Innanzi tutto Maddalena Patella, insegnante, che ci ha introdotto nel mondo della musica e affiancato fin dall’inizio nel nostro percorso.

Poi Johannella Tafuri, ricercatrice e pedagogista, che su queste pagine ha illustrato il progetto “InCanto” in atto a Bologna da qualche anno e di cui è responsabile (11).

L’iniziativa consiste nel far vivere il bambino in un ambiente musicalmente ricco e stimolante, dove il canto della mamma ha un ruolo determinante, fin dal 6° mese di vita intrauterina, quando inizia a svilupparsi l’udito nel feto. Ebbene, i documenti sonori che testimoniano come lattanti di 2-3 mesi siano in grado di “cantare” lasciano veramente a bocca aperta e sarebbe bello far partecipare i colleghi a questa performance in uno dei prossimi congressi dell’ACP!

Abbiamo poi conosciuto Ester Serriti, esperta di propedeutica musicale, che si è dedicata particolarmente alla ricerca etnomusicologica e ha curato la raccolta di

numerosi documenti di tradizione orale del mondo infantile, che vorremmo riportare nei repertori musicali per bambini. Siamo quindi venuti a contatto con l’esperienza di “Musica in Ospedale” dell’“Athenaeum Musicale Fiorentino”, che giornalmente porta conforto e gioia ai bimbi ricoverati presso l’Ospedale Meyer di Firenze e di cui è stato pubblicato un articolo nello scorso numero della rivista. Altri contributi saranno pubblicati nei prossimi numeri.

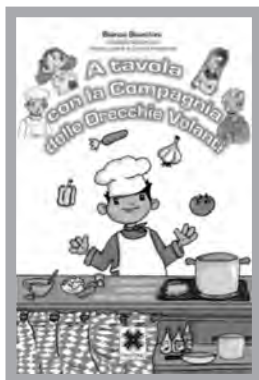
“Sappiamo quanto sia cruciale l’intervento dei pediatri per promuovere e sostenere presso le famiglie quel complesso di attività che mira a sviluppare precocemente il potenziale linguistico del bambino e la sua “intelligenza linguistica”. Altrettanto importante sarebbe promuovere la precoce educazione musicale... Esistono, in Italia, miriadi di piccole iniziative locali, esempi di attività che vedono coinvolte persone animate da profonda passione e convinzione. Si tratterebbe, in una fase iniziale, quanto meno di censirle, di metterle in comunicazione tra loro, suggerendo un primo nucleo di iniziativa comune che, proprio come nel caso del progetto Nati per Leggere, miri a raggiungere i genitori, con un’opera di informazione e di appassionato coinvolgimento...” (9).

Vale la pena ripetere queste parole auspicando che, analogamente a quanto sta avvenendo per Nati per Leggere, il messaggio raggiunga capillarmente le famiglie e trovi in ambito istituzionale e accademico adeguati sostegni.

Bibliografia

- (1) Bellieni C. Lo sviluppo psichico prenatale, *Medico e Bambino*, 2003, 22(1):404-7.
- (2) Notiziario di “Le Scienze on line”, 24-4-2001.
- (3) Notiziario di “Le Scienze on line”, 5-6-2001.
- (4) Notiziario di “Le Scienze on line”, 26-5-2003.
- (5) Notiziario di “Le Scienze on line”, 31-7-2003.
- (6) Notiziario di “Le Scienze on line”, 25-5-2004.
- (7) Szpunar KK, Schellenberg EG, Pliner P. Linking memory for musical stimuli, *Psychological Science*, 8 2004, vol.15, n. 8, pp. 511-4(4).
- (8) Begley S, *Newsweek*, 19-2-1996.
- (9) Valentino Merletti R, Cascio P. Nati per Leggere e Nati per la Musica, l’opportunità di non disperdere talenti. *Quaderni acp 2005;12(1):1-2*.
- (10) Zatorre R, McGill J. Music the food of neurosciences. *Nature* vol. 434, 17-3-2005:312-5.
- (11) Tafuri J. Lo sviluppo musicale del bambino. *Quaderni acp 2005; 12(3):96-8*.
- (12) Biasini G. Auguri a tutti i bambini del mondo. *Quaderni acp 2004;11(6):235*.

Libri: occasioni per una



**Bianca Bianchini, Paola Lusardi,
Dorina Passamai**

*A tavola con la
Compagnia delle Orecchie Volanti*
Pintore 2005, pp 174, euro 20,00

Si tratta di un libro che, dopo una ventina di pagine dedicate ai genitori, è sostanzialmente dedicato a ragazzi abbastanza grandi (anche se non mancano informazioni per i primi anni di vita) e in grado di recepire informazione con base scientifica.

Le autrici hanno una lunga esperienza riguardo all'educazione alimentare nelle scuole, e la base pedagogica del libro è che si impara più facilmente se ci si diverte. Le autrici tentano di provocare (suscitare) il divertimento accostando le informazioni (che occupano un'altra ventina di pagine) dedicate ai ragazzi, a personaggi di fiabe, di romanzi, di fumetti. Si passa così dalle fiabe classiche per bambini abbastanza piccoli (Cappuccetto rosso, Hansel e Gretel, Biancaneve, Cenerentola, La bella addormentata e altre ancora) a personaggi di Disney, agli eroi dei cartoni, fino a personaggi per ragazzi come Tex Willer, Dylan Dog, Robinson Crusoe, Harry Potter, Il signore degli anelli. Per ognuno di questi si accostano cibi: e quindi dalle focacce per Cappuccetto alle bistecche per Tex, alla zucca per Harry Potter. Dei cibi preferiti si danno ricette che, anche se semplici, pensiamo non possano non richiedere la collaborazione fra genitori e ragazzi.

Ci auguriamo che il pregevole intento illuministico delle autrici abbia possibilità di concretarsi nella pratica. Qualche difficoltà può nascere dalla notevole divaricazione del target. Come ci insegna Nati per Leggere, le fiabe del libro sono tipiche dell'asilo nido o della scuola dell'infanzia o al massimo del primo ciclo elementare. I personaggi di cartoni e romanzi sono gli eroi dei ragazzi preadolescenti. Il libro con informazioni ovviamente ineccepibili necessita perciò, almeno per i piccoli, di una persona che guidi il lettore: Nati per Leggere insegna che una lettura ad alta voce è resa più difficile dalla scarsità di illustrazioni.

Gli auguri di successo sono comunque d'obbligo.

Giancarlo Biasini



Carlos González

*Il mio bambino non mi mangia.
Consigli per prevenire e risolvere
il problema.*

Bonomi Editore 2003,
pp 197, euro 14,90

Carlos González, pediatra e presidente dell'Associazione Catalana per l'Allattamento Materno, affronta il "problema alimentazione". La filosofia è la stessa con la quale altre volte ha affrontato il "problema allattamento".

Cerca, in sostanza, di insegnare (o meglio ricordare) alle madri e ai pediatri

che sono entrambi i destinatari del libro, che mangiare è come giocare, dormire, respirare. È un semplice atto fisiologico, piacevole, sin dal suo inizio. Così come piacevole deve essere nutrire un bambino con il latte materno (anche con latte artificiale, se occorre), altrettanto piacevole deve essere la fase successiva dello svezzamento e della completa integrazione alimentare.

E sarà tanto più piacevole quanto più sarà, sin dall'inizio, il bambino stesso a "procurarsi" il cibo, mettendo le mani nel piatto dei genitori e dei fratellini e portandolo in bocca, interessandosi dei nuovi sapori, scoprendo nuove sensazioni, con piccoli, ma sempre più consistenti assaggi.

Un libro che aiuta a demedicalizzare.

Un libro che difende i bambini dalle aggressioni di chi vuole imporre regole immotivate.

Sergio Conti Nibali



Montse Doménech, Eduard Estivill

Si mangia!
Super Universale Economica 2005,
pp 160, euro 8,00

Meglio pensarci per tempo e insegnare ai bambini a mangiare come il faut. È l'intento del volume di Eduard Estivill Montse Doménech, Si mangia!

Perché un bambino mangi in modo corretto – sostengono i due autori spagnoli – occorre motivarlo. Come? Niente urla o minacce, altrimenti se fa i capricci per

buona lettura

attirare l'attenzione, finirà per associare quel comportamento al suscitare l'interesse dell'adulto. E niente assembramento intorno al seggiolone; per imparare a mangiare correttamente, il bambino ha bisogno di un ambiente tranquillo, con pochi stimoli coerenti fra loro.

È bene che, in pasti diversi, le persone si alternino, ma la modalità deve essere la stessa. Sbagliato anche permettergli di alimentarsi guardando la tv o giocando con gli oggetti tradizionali: il pericolo è che poi, per alimentarsi, abbia bisogno di quegli oggetti.

Altrettanto bandite le caramelle, che contengono zuccheri in eccesso, inducono le carie e stoppano l'appetito.

Ma, più di tutto, "atteggiamento positivo, sempre". E se siete sull'orlo di una crisi di nervi, passate all'ultimo capitolo – "Cosa faccio quando...?" – che consiglia quali pesci prendere per non... divorare il pargolo.

Geraldina Colott



Carlo Barbieri

Le mani in pasta

Editrice Consumatori 2005,
pp 128, euro 5,00

L'autore, Carlo Barbieri, lavora da più trent'anni in Coop Italia; sostenitore del forte ruolo sociale che la cooperazione di consumo ha svolto e può continuare a svolgere, ha scritto questo libro che

come egli stesso afferma: "Non è un libro sulla mafia. È il racconto di un sogno, di un'esperienza recente che ha trasformato il sogno in realtà".

"Le mani in pasta" racconta la storia della cooperativa Placido Rizzotto-Libera Terra, fondata da don Luigi Ciotti: una delle prime e delle tante che sono nate sulle terre confiscate a mafiosi, esempio concreto e coraggioso di gruppi di giovani che con le loro forze e competenze hanno deciso di contrastare l'egemonia mafiosa e affermare il loro ruolo di cittadini giusti e onesti.

Lo smacco più grande che si possa dare alla mafia, sottolinea Nando Dalla Chiesa nelle note introduttive al libro, è la confisca dei beni: "... confisca dei beni che vengono per sempre sottratti alle famiglie dei mafiosi e restituiti in altra forma alla collettività, alla società colpita dai delitti; a quella stessa società a cui, in mille forme, quelle fortune sono state sottratte attraverso pratiche violente e sanguinarie".

Il libro inizia davanti a un fumante piatto di spaghetti, un semplice piatto di spaghetti al pomodoro, ma che rappresenta un forte simbolo di sfida al silenzio dei codardi, all'orrore e al soprano. È una storia che come ci dice l'autore: "inizia dalla fine...", dal prodotto finito, la pasta, da un percorso costato battaglie, energie, coraggio, ma alla fine raggiunto: le cooperative nate sui terreni confiscati ai mafiosi in base alla legge dello stato n. 109 del 1996.

Le cooperative che vengono descritte nel libro sono espressione di un forte rinnovamento sociale e culturale. Sono senza dubbio ancora una minoranza, ma costituiscono un esempio forte e concreto di come gli ostacoli siano superabili, dimostrazione che il potere mafioso non è invincibile se tutta la società civile, di tutto il paese, si impegna in questa battaglia.

Il libro ci trasmette la necessità di acquisire questa consapevolezza: la mafia si combatte non solo con le forze repressive ma anche con il nostro impegno, anche se "omeopatico" ma costante. La cooperativa Libera svolge costantemente

una forte opera di pressione per la promozione della legge 109 del 1996 sul reimpiego a fini socialmente utili dei beni confiscati ai mafiosi, e i risultati di questo impegno sono dimostrati dalle cifre: 34 beni soltanto confiscati alla mafia dal 1982 al 1996; nel periodo 1996-2003 tali beni sono stati più di 2000.

Attraverso un viaggio-percorso storico nei terreni delle cooperative, per toccare con mano i frutti del lavoro di tanti uomini e donne, l'autore ripercorre la storia e i posti dei più tragici crimini della mafia: dall'uccisione di Placido Rizzotto, di Peppino Impastato, alla strage di Portella della Ginestra, all'uccisione del piccolo Giuseppe di Matteo e a tanti altri, luoghi che con il tempo dovranno diventare "luoghi della memoria".

Sono però proprio le voci delle persone, i soci delle cooperative, che emergono forti dalle storie raccontate, le loro emozioni, i loro vissuti e le scelte, coraggiose e giuste, di alto valore morale e civile, che li hanno portati a non avere timore degli sguardi della gente e a vivere in paesi tristemente conosciuti come Corleone, o Gioia Tauro, a restituire a essi la normalità e la legalità.

Il libro termina davanti a un piatto fumante di spaghetti dal quale sprigiona, oltre che l'intenso profumo, anche un messaggio forte, quello di non abbassare mai la guardia; è una storia solo agli inizi questa delle cooperative, sostenuta da persone come don Luigi Ciotti, e Rita Borsellino, ma che richiede l'appoggio di tutti noi, attraverso la diffusione di questo libro, per la creazione del quale tutti, dall'autore alla casa editrice, alla Coop che lo promuove e distribuisce, hanno rinunciato ai diritti.

Del prezzo di copertina: tre euro saranno donati a Libera-Associazioni, Nomi e Numeri contro le mafie, i rimanenti due servono a coprire i costi di carta, stampa e IVA.

Il sostegno di tutti noi è richiesto anche riguardo alla diffusione dei prodotti di queste cooperative e dei valori che li rendono prodotti-simbolo.

Stefania Manetti

info: notizie

Medicinali a misura di bambino

Nella seduta plenaria del 7/9/2005 il Parlamento Europeo ha adottato a larga maggioranza la relazione di Françoise Grossetête relativa alla proposta di regolamento sui medicinali a uso pediatrico che ha lo scopo di stimolare le industrie farmaceutiche a sviluppare prodotti specifici che siano adeguati alle necessità dei bambini. Procedure amministrative più semplici, un programma di ricerca specifico per i bambini e certificati di protezione supplementare per i farmaci a essi destinati, sono i principali elementi del testo approvato.

Si è formato un ampio consenso tra i deputati per migliorare la proposta della Commissione e accelerare lo sviluppo di medicinali destinati ai bambini. Gli emendamenti adottati tendono ad abbreviare le procedure e i tempi amministrativi, nonché a migliorare la trasparenza e lo scambio di informazioni, per evitare test inutili. I deputati, inoltre, chiedono l'istituzione di un programma europeo di ricerca per adattare ai bambini le sostanze esistenti che non sono più coperte da brevetti, programma che si chiamerebbe MICE (Medicines Investigation for the Children of Europe).

I deputati, poi, hanno voluto rendere più efficace l'azione del futuro Comitato pediatrico. Quest'ultimo, che dovrebbe essere istituito in seno all'Agenzia europea dei medicinali sei mesi dopo l'entrata in vigore del regolamento, sarà incaricato di valutare in modo indipendente i piani di investigazione scientifica che gli saranno sottoposti dalle industrie per poter beneficiare degli incentivi previsti, rappresentati dalla concessione di un certificato di protezione supplementare di sei mesi da aggiungere ai brevetti esistenti. Alla stesura del documento approvato ha contribuito anche l'ACP, inviando i propri commenti e suggerimenti che, in parte, sono stati inseriti nel testo finale.

m.b.

Sperimentazioni sui bambini

L'Institute of Medicine in USA ha richiamato gli scienziati a un maggiore rispetto dei diritti dei soggetti utilizzati per le

sperimentazioni, specie se bambini. L'occasione per il richiamo è stata data da una sperimentazione in atto sulla efficacia di alcune tecniche di rimozione delle vernici al piombo nelle case della popolazione povera di Baltimora. Le madri dei bambini utilizzati per la sperimentazione, sottoposti a prelievi di sangue, hanno denunciato gli sperimentatori perché non avevano riferito ai bambini e alle loro famiglie il motivo del prelievo. Il tribunale del Maryland ha duramente criticato tutta la ricerca e ha affermato che, prima di iniziandola, va accertato e scritto, nel protocollo di ricerca, che chi firma il consenso abbia compreso le ragioni e le modalità della ricerca stessa ("Nature" 2005;437:451).

I bugiardi

Secondo una indagine pubblicata su "Nature" e condotta in USA su 3247 ricercatori uno su tre ha confessato di avere adottato, nei 3 anni precedenti, comportamenti scientificamente scorretti di qualche gravità. Otto su dieci hanno commesso irregolarità più veniali: pubblicazione degli stessi risultati in più riviste, registrazione di dati non proprio corretta durante la ricerca. Il 2 per cento ha falsificato o fabbricato dati. Le scorrettezze sono più frequenti fra i ricercatori più in là nella carriera: dopo i 44 anni ("Le Scienze" 2005;8:84).

Processo alla Merck

In Texas si svolge il primo dei 4000 processi intentati alla Merck per danni da Vioox, il farmaco analgesico tolto dal commercio con l'accusa di raddoppiare il rischio di accidenti cardiaci e vascolari. È promosso dalla famiglia di Robert Ernst, un malato 59enne che usava il farmaco da 8 mesi e che è morto nel 2001 per una aritmia. Il rischio per la Merck è grosso: una sua sconfitta potrebbe incrementare il numero delle richieste di danni che è stimato in 4-20 miliardi di dollari. La caratteristica della "causa Ernst" sta nel fatto che la Merck inviò nel luglio del 2001 una lettera ai medici riferendo gli effetti secondari del Vioox; il medico di Ernst la ricevette un mese dopo la morte del suo assistito. E se la Merck l'avesse inviata prima, poiché prima di quella data

la ditta ne conosceva gli effetti secondari? ("Nature" 2005;436:459).

Sul Palivizumab ci danno ragione

Secondo una review comparsa su "Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed" (2005;90:F286-289) il Palivizumab è indicato, dato l'alto costo, solo per i bambini nati pretermine con malattia cronica polmonare attiva che richiedono ossigenoterapia domiciliare o in quelli con malattia cardiaca emodinamicamente significativa. Si vedano gli articoli di C. Corchia e di S. Chiappe su Quaderni acp (C. Corchia 2004;11:262-5; S. Chiappe 2005;12:175-6).

Un Premio Nobel

Sir Richard Doll se n'è andato senza che il Nobel gli venisse riconosciuto e assegnato. La comunità internazionale (civile, politica, scientifica) non ha saputo riconoscere adeguatamente le qualità di Sir Richard e l'impatto della sua attività sociale, culturale, medica sulla salute (lo star bene) di tutti. Novantaduenne, comunista (ma anche baronetto-cavaliere della Regina), medico, epidemiologo, ex-fumatore, nel 1951 pubblicò, con il suo mentore Sir Austin Bradford Hill, il primo lavoro che suggeriva che il fumo di sigaretta induce il cancro polmonare, dimostrato nel 1954 con la pubblicazione di una delle pietre miliari della moderna medicina. Un articolo ignorato ancor oggi dalla maggioranza dei medici, mentre dovrebbe rappresentare materiale di testo nella formazione universitaria. Ma i suoi contributi scientifici, tutti di grande impatto sulla salute delle popolazioni (public health), hanno riguardato l'identificazione delle cause anche di altri tumori (p. es. alla vescica e al collo dell'utero) e di alcune malattie cardiovascolari, sul rapporto rischio/beneficio dell'uso della pillola contraccettiva, dell'esposizione alle radiazioni e ai campi magnetici. Ma il pregio principale di Doll è l'aver dimostrato (e testimoniato con tenacia e perseveranza) che educare e informare con continuità e ampia partecipazione è elemento essenziale per la prevenzione di molte malattie. Come è anche essenziale il più ampio coinvolgimento della comunità scientifica nella produzione di evi-

sulla salute

denze. Nello studio nei primi anni '50 parteciparono 40.000 medici inglesi a cui fu chiesto se fumavano. A tre anni dall'intervista i medici furono contattati nuovamente per verificare quanti avessero sviluppato un carcinoma polmonare. Un approccio "semplice" che ha indicato, nella pratica e coinvolgendo molti potenziali pazienti (e contemporaneamente medici), cosa è la ricerca epidemiologica. "L'epidemiologia è il metodo più semplice e diretto per studiare le cause delle malattie dell'uomo e molte delle conoscenze sono state acquisite con studi che hanno richiesto solo l'abilità di contare, la logica del pensare e una determinazione immaginativa", come ebbe a dire più volte. Un gentleman che ha "contato" molto e molto ci fa "pensare e immaginare".

m.b.

Cala la spesa per il latte artificiale

Il fatturato del latte in polvere è diminuito. È passato, in termini monetari, da 212 milioni di euro all'aprile 2004 a 205 milioni di euro dell'aprile 2005 con una diminuzione di 7 milioni di euro. Il canale farmacie ha perduto l'8,1%; quello dei supermarket è aumentato del 13,3%. Complessivamente il canale supermercati ha venduto per un giro di affari del 38,5% del mercato. Poiché in farmacia un chilo di polvere costa 33 euro e nei supermercati in media 20 euro, è probabile che riduzione della spesa globale e aumento delle vendite nei supermercati siano collegati ("Sole24oresanità" 26 luglio-1 agosto 2005).

Gap 10/90: le vecchie povertà

È la formula che esprime il divario esistente tra i destinatari della ricerca farmaceutica e le malattie più diffuse nel mondo. Solo il 10% del denaro speso per sviluppo di nuovi farmaci è investito nella ricerca di cure che rappresentano il 90% del carico mondiale di malattie. Esse sono "lontane" e non sono percepite come una minaccia: AIDS, TBC, malaria, schistosomiasi (200.000.000 di casi totali), leishmaniosi (12.500.000 casi), oncocercosi (18.000.000 di casi), filariasi (120.000 casi), tripanosomiasi

(800.000 nuovi casi per anno), febbre Dengue (50.000.000 di nuovi casi per anno), cecità fluviale, elmintiasi ("Le Scienze" 2005;8:68).

Libri: le nuove povertà

Quanto costa alle famiglie mandare a scuola un bambino? "Altroconsumo" del 1° settembre espone una indagine sul costo dei libri: in prima media si spendono 276 euro di libri esclusi i dizionari con un aumento di spesa del 2% rispetto al 2004. Nel 44% delle classi casi il tetto indicato dal Ministero (280 euro) è stato superato mentre lo scorso anno il superamento del tetto è avvenuto nel 36% delle classi. Nelle scuole superiori (dove non c'è il tetto fissato dal Ministero) la media della spesa per alunno sarà di 310 euro con un aumento rispetto allo scorso anno del 6,4%.

Un altro tipo di conflitto di interessi

Si sta delineando un nuovo tipo di conflitto di interessi: quello di ricercatori che accettano compensi per riunioni con analisti finanziari e li mettono a giorno dei progressi dei trial clinici che possono in qualche modo favorire l'interesse dei risparmiatori e indirizzare le loro scelte verso investimenti nelle aziende interessate ai trial che avranno probabilmente esiti soddisfacenti. Questo riguarda specialmente, ma non solo, le ditte che producono farmaci ("Nature" 2005;437:191).

Il Dalai Lama? No grazie

Un contributo del Dalai Lama è stato ascoltato al Meeting annuale della Società di Neuroscienze a Washington il 12 novembre, all'interno di una serie di incontri fra scienza e società. Un altro contributo è in programma a cura dell'architetto Frank Gehry, che ha progettato il Museo Guggenheim di Bilbao al congresso dell'anno prossimo a New Orleans.

All'intervento del Dalai Lama ci sono state forti opposizioni. 500 soci della società hanno firmato una petizione per escluderlo dal programma sulla base di motivazioni che, ufficialmente, tendono nettamente a separare religione e scienza o a impedire azioni di proselitismo a

favore del buddismo. Era comunque chiaro che il Dalai Lama non sarebbe intervenuto al congresso come scienziato; gli organizzatori del congresso hanno fatto notare che il suo interesse ai problemi della ricerca è ben noto soprattutto nel campo dei rapporti fra meditazione e modificazioni fisiologiche del cervello. La massima autorità buddista ha più volte sollecitato ricerche neurofisiologiche su questo tema, e ha dato la disponibilità dei suoi monaci. Già qualcosa su questo tema è stato pubblicato in riviste scientifiche. Pare che il problema reale sia un altro: l'invito sarà percepito come una offesa alla Cina, con la quale il governo di Bush non vuole litigare ("Nature" 2005;436:1071).

Creazionismo ed evolucionismo

Un'aspra contesa è in atto fra le Società scientifiche americane e il presidente Bush a proposito di una dichiarazione del 1° agosto 2005, secondo la quale nelle scuole americane andrebbero insegnate sia la teoria dell'evoluzione che quella di un "Intelligent design" che le Società scientifiche ritengono essere una versione alleggerita del creazionismo e giudicano priva di basi scientifiche tali da potere essere insegnata nelle scuole e quindi alla mercè delle opinioni di chi l'andrebbe a insegnare. Secondo i sostenitori delle idee di Bush l'ipotesi di un "intelligent design" è fondata sul fatto che certi aspetti degli organismi viventi sono così complessi che non possono non essere stati progettati da una intelligenza loro esterna. Le società scientifiche intervenute sono l'American Geophysical Union, l'American Institute of Biological Sciences, l'American Physical Society, l'American Astronomical Society ("Nature" 2005;436:761).

È nato il 6+2 con la musica

A Campobasso è nato il 6+2 che aggiunge al 6+1 (acido folico preconcezionale, allattamento al seno, vaccinazioni, posizione in culla, trasporto sicuro in auto, fumo di sigaretta, Nati per Leggere) la musica come elemento di sviluppo per i bambini. Rallegramenti e auguri. ♦

Meglio dormire soli che "bene" accompagnati?

Le pratiche educazionali relative al sonno, promosse principalmente dal pediatra spagnolo E. Estivill, si stanno ampiamente diffondendo e vengono apprezzate sempre più dal mondo pediatrico italiano, come dimostra la quasi contemporanea comparsa di due articoli (Ciotti su "Quaderni acp" luglio-agosto 2005 vol.12 n. 4 e Generoso su "Il Medico Pediatra" – periodico della FIMP – aprile 2005 vol. 14) che indicano in tali pratiche il sistema per prevenire e affrontare i problemi di sonno che sembrano incidere sempre più soprattutto nella prima infanzia.

L'approccio educazionale riconosce nell'accudimento attivo prossimale e principalmente nella condivisione del letto ("cosleeping") la causa dell'insonnia del bambino; tale convinzione sembra rinforzata dall'indagine eseguita nell'ASL di Cesena al bilancio di salute dei 10 mesi, rispetto alle abitudini e ai disturbi del sonno (DS), dalla quale risulta che i DS sarebbero più frequenti nei cosleepers rispetto ai non-cosleepers e che quindi sarebbe opportuno per i pediatri dedicarsi alle pratiche educative precoci sul sonno dei bambini e orientare i genitori ad abituare il bambino ad addormentarsi da solo, possibilmente prima dell'8°-9° mese di vita (epoca in cui insorge l'ansia da separazione).

Noi vorremmo proporre una diversa lettura di questi e altri dati relativi al rapporto fra abitudini e insonnia del bambino. Questo non prima di una doverosa obiezione al famoso libretto divulgativo di Estivill riguardo all'indicazione perentoria a dormire in stanza separata a partire dai 3 mesi di vita (e, se possibile, anche prima): diversi studi e revisioni recenti (Recommendations for safe sleeping environments for infants and children. Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). Paediatrics & Child Health 2004; 9(9), 659-663) dimostrano l'effetto protettivo nei confronti della SIDS della condivisione della stanza con i geni-

tori durante il sonno, che sarebbe consigliabile almeno fino al 6° mese di vita.

L'importante studio effettuato sui bambini toscani fra 0 e 10 anni dall'ACP Toscana (G. Rapisardi) nel 1995 mostra i seguenti risultati riportati nella *tabella 1*. Risulta confermato che i DS aumentano notevolmente soprattutto nel periodo in cui si esprime nella massima intensità l'ansia da separazione (dotazione comportamentale innata, geneticamente determinata, che si esprime principalmente fra i 9 mesi e i 3 anni. Bowlby 1969, 1980) che determina nel bambino uno stato d'ansia quando viene separato dalle figure di accudimento.

L'abitudine a porre i bambini a dormire separati dai genitori (in particolare dalla madre) in quest'epoca della vita determina l'attivazione dei comportamenti di attaccamento (pianto, richiamo e avvicinamento attivo).

Usualmente questo si traduce nello spostamento del bambino dal lettino al lettone. Questi comportamenti decrementano notevolmente con l'esaurirsi di questa fase psicologica, e pertanto è l'ansia che determina il risveglio e il conseguente passaggio nel lettone, non viceversa! Questo confermerebbe la lettura del problema "insonnia" e dell'origine dell'abitudine a dormire nel lettone data dai genitori dei bambini studiati da Cortesi e coll. (Dev Behav Ped 2004;25:28-33) e cioè che per la maggior parte di essi è stato il DS a indurre l'abitudine al lettone. Infatti, qualora si distinguano i bambini che dormono nel letto dei genitori in "super-cosleepers" (*tabella 2*) (chi condivide il lettone per l'intera notte) e "cosleepers" (chi passa nel lettone una parte della notte, in conseguenza di uno spostamento) risulta che i risvegli notturni sono significativamente minori nei primi, osservazione confermata anche dallo studio di Latz e coll. (Arch Ped Adolesc Med 1999;153,339) in riferimento all'accettazione culturale del fenomeno da parte delle famiglie giapponesi. È pur vero che una parte di bambini presenta DS persistenti oltre il periodo atteso (9 mesi-3 anni).

La letteratura scientifica dimostra che si tratta di bambini con attaccamento insicuro ambivalente (Morrell J, Steele H. Infant Mental Health Journal 2003; vol. 24(5): 447-68), che incide per il 10-15% sulla popolazione pediatrica italiana. Gli stili di attaccamento godono di una trasmissione transgenerazionale documentata (van IJzendoorn MH. Psychol Bull 1995 May; 117(3):387-403). Lo stato mentale della madre riguardo all'attaccamento, indagato in gravidanza, correla con lo stile di attaccamento del bambino a 12-18 mesi e quindi è predittivo anche di eventuali DS persistenti.

La scarsa influenza sui DS degli stili educazionali, espressamente la condivisione del letto, è anche dimostrata da Jenni e coll. (Pediatrics 2005;115;233-40), i quali hanno osservato che nella popolazione svizzera i bambini che praticano il cosleeping prima dei 9 mesi di età non differiscono dagli altri per la persistenza del cosleeping nei 2-3 anni successivi, diversamente da chi ha iniziato a condividere il letto dopo tale epoca (probabilmente in risposta all'insorgere di DS). D'altra parte, come mostra il grafico di Rapisardi, anche alcuni dei bambini "bene educati" a dormire soli nel primo anno di vita (78%) divengono successivamente dei cosleepers (39,6% di sonno solitario a 2 anni).

Qualora si ritenesse comunque desiderabile reprimere l'espressione del comportamento di attaccamento (risvegli e richiami notturni), si tenga presente che questo effetto si può ottenere, e questo spiega l'efficacia degli interventi comportamentali sul sonno (revisione sistematica di Rachmandani e coll. in BMJ 2000;320:209-13), ed è dimostrata anche dalla inibizione dei comportamenti di attaccamento dei bambini con attaccamento insicuro-evitante al test della Strange Situation (Ainsworth et al. 1978).

La ricerca scientifica però ha dimostrato che, se l'espressione è inibita, l'ansia però permane anche se inespressa, ed è documentata dall'aumento della frequenza cardiaca (Sroufe, Waters 1977b) e del

TABELLA 1: DISTURBI DEL SONNO

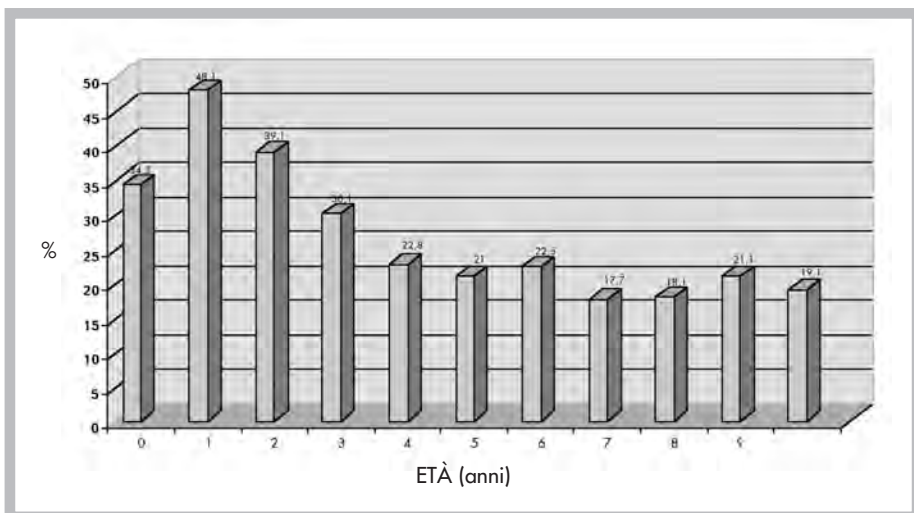
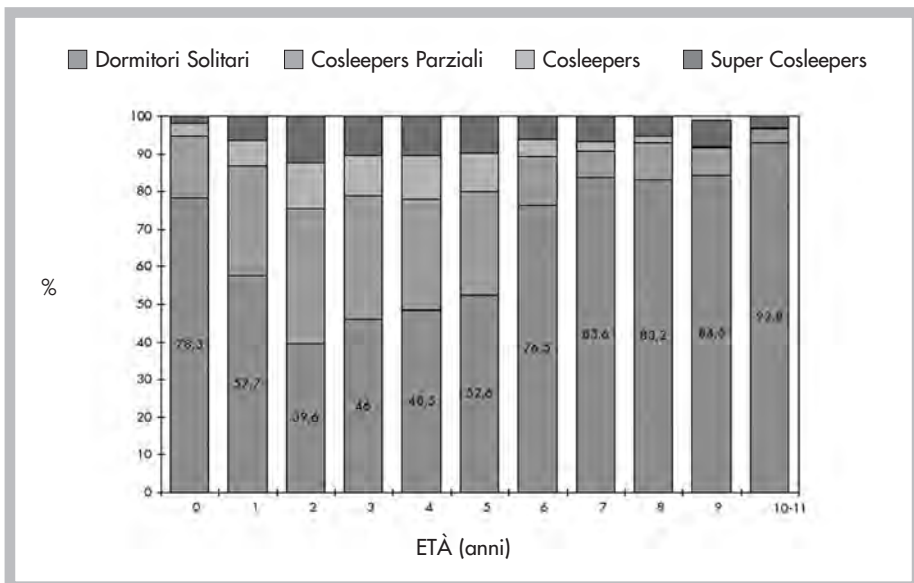


TABELLA 2: TIPOLOGIA DEI COSLEEPERS



livello del cortisolo (Spangler, Grossmann 1993).

Quindi l'intervento più opportuno per il problema dei DS da parte del pediatra ci sembra quello di lasciare che i genitori adottino le modalità di addormentamento e sonno loro proprie culturalmente, non colpevolizzandoli se adottano il cosleeping, e tranquillizzandoli sulla natura assolutamente transitoria del disturbo fra i 9 mesi e i 3-4 anni.

Inoltre il pediatra dovrà vigilare sull'emergere di DS particolarmente gravi e

persistenti che possono essere indice di uno stile di attaccamento insicuro e che meritano una particolare attenzione, meglio se condivisa con il neuropsichiatra infantile.

Maria Luisa Tortorella
Annamaria Moschetti

La lettera delle colleghe pugliesi dimostra che l'argomento trattato è di grande interesse pediatrico e meriterebbe forse nelle nostre riviste maggior spazio. Speriamo che la discussione serva a que-

sto scopo. I dati riferiti da Rapisardi sono molto interessanti. I dati da 1 a 5 anni dicono che i disturbi del sonno decrescono gradualmente dal 48 al 20% e che questo 20% si mantiene fino alla preadolescenza (rispetto ad altre casistiche si tratta di una popolazione con alta frequenza di disturbi del sonno). Per contro i dormitori solitari da 1 a 5 anni sono assai costanti (da 57 a 52%), così come i cosleepers parziali intorno al 30% e il resto sono cosleepers veri e costanti.

I dati di Rapisardi nel primo anno di vita dicono anche che i disturbi del sonno aumentano dal 34 al 48% e i dormitori solitari decrescono dal 78 al 57%.

Questi dati possono essere interpretati anche in un modo diverso da quello proposto dalle colleghe.

Nel primo anno di vita molti lattanti non hanno un sonno tranquillo e questo anche prima del periodo dell'ansia da separazione (il 34% al tempo 0). Alle difficoltà del sonno i genitori rispondono in maniera diversa: la metà continua a tenere i bambini nel proprio letto, il 10-20% li tiene sempre nel lettone, il 20-30% ha un comportamento incoerente di cosleeping parziale e alternante. Secondo i neurobiologi Husley e Thomas sono i cosleepers parziali a rischio di strutturare disturbi del sonno permanenti in quanto sono questi ad avere fasi brevi di sonno profondo e frequenti risvegli. Secondo Lutz e coll. sono i cosleepers parziali a rischio di strutturare i disturbi del sonno in quanto appartengono a ceti sociali in cui il dormire nel lettone non è pratica culturalmente accettata e diffusa. Secondo i teorici dell'attaccamento, ciò che determina il tipo di attaccamento è la risposta della madre ai bisogni del bambino. Se la risposta è coerente l'attaccamento è sicuro, se è incoerente, alternante o imprevedibile per il bambino l'attaccamento è ambivalente del tipo ansioso-resistente. È probabile che la madre che al risveglio notturno del figlio risponda in maniera incoerente con il cosleeping parziale possa strutturare con questo comportamento e con altri un attaccamento ansioso-resistente con disturbi del sonno. Estivil su studi

retrospettivi negli adulti con disturbi del sonno trova che da bambini soffrivano di disturbi di sonno e non si addormentavano da soli.

Poiché lo studio di Rapisardi è uno studio per tagli trasversali di età e non longitudinale, si può ipotizzare che di fronte all'insorgere spontaneo e fisiologico dei disturbi del sonno nel primo anno di vita quel 20-30% di genitori che rispondono col cosleeping parziale tra 1 e 5 anni di età del bambino strutturino un disturbo del sonno persistente che si prolunga fino all'adolescenza e all'età adulta: cioè il 20% di disturbi del sonno a 11 anni sono i cosleepers parziali dell'età prescolare.

A questa ipotesi solo uno studio longitudinale può dare una risposta possibilmente certa, ed è quello che suggerivo alla fine della mia lettera; anzi era l'obiettivo della mia lettera.

Nel frattempo che risposta deve dare il pediatra alle famiglie con disturbi del sonno? Fare counselling, che è confrontare il punto di vista del pediatra col punto di vista della madre e trovare una negoziazione possibile. Negoziare non significa dar ragione alla madre e tranquillizzarla sempre e comunque. È molto probabile che le madri che vanno a porre il problema al pediatra siano il 20% a rischio di attaccamento insicuro. La madre sicura della propria risposta al problema non chiede al pediatra. Il pediatra deve cercare di capire il punto di vista della madre e gradualmente convincerla a passare da una risposta incoerente ad una coerente, che può essere di cosleeping totale o del dormire da solo con modalità possibili in quella casa. Va anche detto che la risposta al problema proposta da Estivil non è di negazione del bisogno e quindi di inibizione del sistema di attaccamento. Estivil consiglia infatti di rispondere al pianto del bambino che dorme da solo, in maniera programmata e per lui prevedibile con l'obiettivo finale che il sonno del bambino sia autoindotto e non indotto dall'adulto.

Comunque la mia lettera nasceva da un breve indagine e terminava con una proposta.

Francesco Ciotti

MULTA DI 9,7 MILIONI DI EURO AI PRODUTTORI DI LATTI

Sette compagnie produttrici di sostituti del latte materno sono state condannate dall'Antitrust a una multa di 9,7 milioni di euro per avere creato un "cartello" per mantenere alti i prezzi. Siamo, tuttavia, ancora in attesa della sentenza del TAR cui le ditte hanno fatto ricorso.

Dovrebbe far riflettere il fatto che le stesse imprese, cinque anni fa, vennero già multate per gli stessi motivi. Sorge il dubbio che le compagnie preferiscano continuare a violare la legge e incorrere poi in una multa che, viene da pensare, sarà controbilanciata dai maggiori introiti ricavati con la condotta scorretta; una sorta di sanatoria?

L'Antitrust invita le compagnie a usare in maggior misura la promozione commerciale rivolta al pubblico, allo scopo di favorire la concorrenza. Sappiamo, tuttavia, che pubblicizzare sostituti del latte materno non è la stessa cosa che pubblicizzare altri tipi di genere di consumo in quanto i primi possono avere un impatto sulla salute. Gli obiettivi di questa promozione sono, spesso, in contrasto con la lettera e lo spirito del Codice Internazionale dell'OMS - Unicef sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (1981), sottoscritto dall'Italia e dalle stesse imprese.

La lettura della sentenza offre altri interessanti "conferme" (più volte segnalate da Quaderni acp). Ad esempio, Nutricia/Milupa dichiara che i costi di distribuzione e le spese promozionali (costi per informatori scientifici, forniture gratuite di latte, tette e biberon alle strutture sanitarie, donazioni alle strutture sanitarie; convegni, seminari ed eventi formativi per i pediatri) in Italia sono pari, rispettivamente, al 400% e al 440% della media europea.

Viene da chiedersi chi rimborserà quei cittadini che, ieri come oggi, continuano a dover pagare di tasca propria l'iniquo atteggiamento del "cartello del latte in polvere".

Intanto l'ACP insieme al CSB, da sempre impegnati nella battaglia per il contenimento dei prezzi dei sostituti del latte materno e per il rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno, hanno chiesto (in accordo con quanto auspicato da Unicef Italia) che, naturalmente se la sentenza verrà confermata dal TAR, i proventi derivanti dalle sanzioni possano essere reinvestiti in progetti mirati alla promozione-sostegno dell'allattamento al seno e, più in generale, in iniziative tese a promuovere la salute infantile.

La sentenza e il comunicato stampa ACP-CSB sono disponibili sul sito www.acp.it nella sezione "Ultime news".

ACP TRINACRIA PALERMO

Il gruppo ACP Trinacria, in occasione del decimo anno dalla sua costituzione, organizza a Palermo un Congresso in cui verranno trattati argomenti attuali che saranno motivo di crescita culturale e professionale sia per il pediatra di famiglia sia per il pediatra ospedaliero.

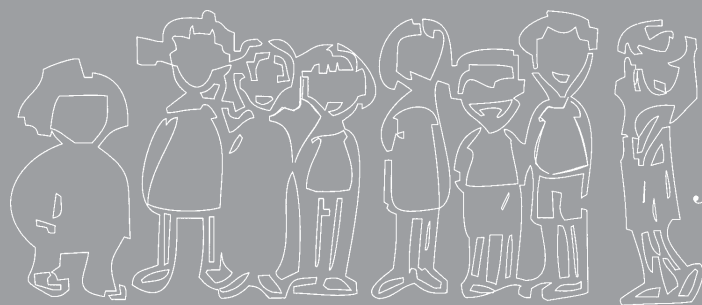
**10 ANNI DI PEDIATRIA
COSA SAPPIAMO E COSA VOGLIAMO ANCORA SAPERE
Palermo 17-18 marzo 2006 - Hotel Splendid La Torre**

Organizzazione Quickline

via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737-363586; fax 040 7606590; e-mail: congressi@quickline.it

Segreteria Anna Aloisio, Biagio Amoroso, Alba Maria Barresi, Cristina D'Andrea, Benedetto Rinaudo, Sabrina Spetale

Tassa di iscrizione: Pediatri e medici chirurghi euro 204,00 (IVA compresa)
Specializzandi euro 84,00 (IVA compresa)



ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento

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

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

Cos'è l'ACP

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

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

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

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

Attività editoriale

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

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

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

Formazione e aggiornamento

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

Ricerca

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

La pagina Web dell'ACP

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

Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia

Michele Gangemi*, Patrizia Elli**, Federica Zanetto***

*Pediatra di base, ACP Verona; **Pediatra di base, Buccinasco, Milano; ***Pediatra di base, ACP Milano e Provincia

Abstract

Communicating risk: a difficult problem for family paediatricians

Two stories from the daily experience of a family paediatrician (a "golf ball" clinical case in prenatal ultrasonography and a probable familial intracranial aneurysm) are analysed. Good communicating and relational skills are in these circumstances important as professional ones. The Authors discuss about the better way to communicate a risk diagnosis and how to share with parents the search for adequate answers, considering a future and possible indefinite event. Suggestions are given regarding the way to provide correct, updated and pertinent information. This is important in order to give parents the opportunity of an informed choice, thus avoiding confusing and contradictory messages and inappropriate solutions. The Authors propose a way to communicate a burdensome doubt based from what emerges (or not) from scientific literature without losing medical authority.

Quaderni acp 2005; 12(6): 262-264

Key words Risk. Informed choice. Counselling. Golf ball. Intracranial aneurysm

Vengono riferite due storie, tratte dall'esperienza quotidiana del pediatra di famiglia (un caso di "golf ball" in ecografia prenatale e un caso di probabile aneurisma cerebrale familiare). Nei due casi sono importanti abilità e competenze oltre che in campo medico anche in campo comunicativo e relazionale. Gli Autori discutono come comunicare correttamente una diagnosi di rischio e trovare insieme ai genitori risposte adeguate di fronte a un evento possibile, futuro, indeterminato. Vengono dati suggerimenti su come fornire informazioni corrette, aggiornate, pertinenti. Queste informazioni sono presupposti essenziali per una scelta informata da parte dei genitori, evitano messaggi confusi e contraddittori e soluzioni poco appropriate a quella condizione di rischio, garantiscono trasparenza nelle proposte prescrittive. Viene presentata la possibilità di comunicare un'incertezza gravosa, alla luce di quanto dice (o non dice) la letteratura e senza perdere l'autorevolezza del medico.

Parole chiave Rischio. Scelta informata. Counselling. "Golf ball". Aneurisma cerebrale

"La condizione normale della medicina è l'incertezza. E la saggezza – sia da parte dei pazienti sia da parte dei medici – sta nel modo di affrontarla"

(A. Gawande)

Comunicare il rischio: quali informazioni dare? Cosa è importante che i genitori sappiano? Quanto il pediatra è in grado di rispondere a domande che spesso sono senza risposta? Come dare messaggi comunque efficaci? Con quale obiettivo? Questi sono alcuni degli aspetti problematici in una comunicazione medica che, ancora una volta, deve essere integrata nella relazione medico-paziente e deve avere un duplice obiettivo (1): garantire una conoscenza che renda possibile una

scelta informata da parte dei genitori e rendere trasparenti le proposte prescrittive del medico (2).

Parlare di rischio, comunicare l'incertezza sono aspetti non previsti nell'attuale formazione medica che vuole affermare certezze e non ama soffermarsi su condizioni non associate a una esperienza vissuta, in atto, ma a un evento possibile, futuro, indeterminato, valutato in modo estremamente soggettivo e condizionato dalla complessità che oggi caratterizza il mondo della comunicazione (2).

Rischio e incertezza: Gigerenzer chiama rischio "un'incertezza quando è possibile esprimerla numericamente, come probabilità o frequenza, sulla base di dati empirici". Si usa il termine *incertezza*

(es. è incerto il tempo in cui sarà trovata una cura per il cancro) "quando, mancando dati empirici, è invece impossibile o sconsigliabile assegnare dei valori numerici alle alternative possibili" (3).

"Parlare di rischio rientra nella quotidianità del pediatra e, come per altri aspetti, comporta strumenti e competenze in campo comunicativo-relazionale. Competenza, abilità, empatia, onestà e responsabilità sono tutte qualità attinenti alla comunicazione di rischio: non basta rendere i fatti evidenti e spiegarli in maniera comprensibile" (1). Questo passo di un editoriale del BMJ riassume efficacemente perché, nel caso che ora viene descritto, qualcosa non ha funzionato: sono circolate informazioni contraddittorie, domande rimaste senza risposta, messaggi aggrovigliati.

"Golf ball" e il rischio di trisomia 21 1° tempo

La mamma di un bambino di 3 anni, al 7° mese di gravidanza, si rivolge al suo pediatra visibilmente preoccupata: ha effettuato un'ecografia prenatale, dove è stata evidenziata una immagine detta di "golf ball", riferibile a un ispessimento delle corde tendinee del cuore sinistro. L'ecografista le ha riferito che tale riscontro sembra sia significativamente più frequente nei feti con trisomia 21. Le ha anche detto però che nell'immagine fetale non sono reperibili altri segni riferibili alla trisomia, in particolare l'immagine di ispessimento nucale. L'ecografista appariva certa della precisione dell'immagine, mostrata ai genitori nella foto dell'ecografia, ma si dimostrava meno certa del suo significato, tanto da scrivere nel referto che "l'immagine di golf ball non significa malformazione". I genitori consapevoli che al momento (7° mese) non resta che attendere il parto, chiedono al pediatra di interessarsi del reale significato del reperto ecografico.

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

2° tempo

Un cardiologo pediatra di un centro di 3° livello conferma al pediatra che è stata descritta la possibilità dell'associazione fra l'immagine di "golf ball" e la trisomia 21, ma ne dà un'interpretazione meno pessimistica: sembra che studi longitudinali ne abbiano ridimensionato il significato. Esclude comunque che vi sia la necessità di espletare il parto in un punto nascita di 3° livello. Consiglia nel frattempo l'esecuzione di una ecografia tridimensionale, anche se sembra scettico sulla possibilità di risolvere così il problema.

3° tempo

Il pediatra capisce che in questo modo non può affiancarsi alla mamma, alle sue ansie e ai suoi dubbi. Le propone qualche giorno di tempo per sentire a sua volta un ecografista che ritiene esperto nel campo ed eventualmente per consultare la letteratura. Ed ecco il parere dell'esperto: la letteratura più recente esclude l'associazione dell'immagine di "golf ball" con la trisomia 21. È comunque certo che questo reperto ecografico non sposta i fattori di rischio in maniera significativa; l'ecografia tridimensionale consigliata dal cardiologo non sembra utile, perché conferma quello che vede la bidimensionale; non fa comunque diagnosi di sindrome di Down. Nel caso, come in qualsiasi altra gravidanza, se richiesto, si può dare il calcolo del rischio, indipendentemente dall'immagine di "golf ball", sulla base dell'età materna e della settimana in cui è stata effettuata l'ecografia.

Al 9° mese di gravidanza nasce una bambina del tutto normale.

Ciò che si poteva fare

Dato il tipo di comunicazione fatto ai genitori, andava indicato immediatamente un passo successivo, che in questo caso sarebbe stata una ecocardiografia fetale che è l'unico accertamento in grado di spostare la prognosi e cambiare l'iter: se normale, il rischio di trisomia 21 coincide infatti con il rischio di base di tutte le gravidanze.

L'aneurisma del padre e il rischio nei figli

1° tempo

In seguito alla morte per ictus di una bambina di 7 anni, due genitori chiedono

al pediatra un colloquio; temono che possa accadere anche ai loro figli poiché il papà ha avuto una rottura di un aneurisma cerebrale con esito soddisfacente.

Il pediatra, dopo avere verificato le conoscenze già in possesso dei genitori (i figli di chi ha un aneurisma cerebrale hanno un rischio maggiore di avere a loro volta un aneurisma), ne tiene conto e, affiancandoli nella ricerca di risposte a dubbi e domande sull'iter da seguire in questi casi, propone un nuovo appuntamento per poter consultare la letteratura e sentire a sua volta un collega esperto (4).

2° tempo

Nel corso del secondo colloquio il pediatra riporta i dati che ha raccolto: gli aneurismi cerebrali hanno una base familiare; nei soggetti con familiarità positiva, il rischio di avere aneurismi cerebrali è 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Il rischio di rottura non sembra invece aumentato nei familiari di pazienti con aneurisma cerebrale rispetto alla popolazione generale.

È importante il ruolo dell'educazione nei familiari a rischio, per prevenire l'uso di tabacco e per tenere sotto controllo l'ipertensione. La mortalità associata all'intervento chirurgico di riparazione di un aneurisma non rotto è decisamente più bassa (da 0% a 2%) di quella degli interventi eseguiti in rottura (che è del 20%). L'esame di elezione per evidenziare o escludere un aneurisma cerebrale è l'angi-RMN.

A una domanda della mamma sulla prevalenza di aneurisma nella popolazione generale, il pediatra, resosi conto di non avere focalizzato questo aspetto non secondario, risponde di non essere in effetti in possesso di quel dato, che peraltro andrà a rivedere in letteratura.

Le decisioni dei genitori

Con ulteriori informazioni e chiarimenti rispetto all'operabilità e al rischio operatorio (l'intervento su un aneurisma integro ha molte più probabilità di riuscita rispetto a quello eseguito in emergenza e in rottura), i genitori riescono a trovare una discreta soluzione ai loro dubbi: decidono di sottoporre i figli agli accertamenti del caso.

Come comunicare un rischio

– Cruciale è il momento informativo: informazioni il più possibile precise rappresentano il primo gradino su cui basare poi messaggi di altro tipo (indicativi di comportamenti o passi necessari o consigliabili), da consolidare con ulteriori passaggi informativi. Per essere valida ed efficace un'informazione deve essere anzitutto corretta, aggiornata, pertinente, e dunque possibilmente tratta da studi i cui risultati siano trasferibili dalla popolazione in cui si sono ottenuti a quella cui appartiene il caso in esame in quel momento (5). Non deve poi essere troppo difficile o troppo lunga: chi ascolta accoglie e conserva solo una parte del messaggio che riceve. Quindi è necessario scegliere un campo informativo alla volta, in modo tale che le informazioni possano essere comprensibili ed equilibrate rispetto a quelle da dare subito, a quelle da non dare immediatamente, o da dare verificandone la corretta comprensione. Il messaggio efficace è quello traducibile in comportamenti possibili per quei genitori, in quella situazione e in quel momento.

La comunicazione di un rischio deve essere

- Chiara e comprensibile, con linguaggio e terminologia noti e con lo stesso significato per chi parla e chi ascolta
- Accettabile sul piano culturale
- "Circolare", perché deve tenere conto di esperienze e conoscenze che possono essere anche molto diverse, ma che comunque hanno sempre un senso e un interesse, da individuare e condividere

– La percezione e la risposta alla comunicazione di un rischio possono essere significativamente influenzate dai media o da autorità riconosciute come tali dai genitori, ma sono anche legate alla storia, alle esperienze e ai valori propri dei genitori e della famiglia (2). Per raccogliere dati e informazioni dai genitori il pediatra deve formulare delle domande che lo aiutino a esplorare le ipotesi, i timori, le convinzioni, le difficoltà di decisione rispetto a una malattia e a una prognosi incerte. Può anche verificare l'efficacia e le con-

Fattori che influenzano la risposta alla comunicazione di un rischio

- Grado di fiducia in chi informa
- Rilevanza dell'informazione per la propria quotidianità
- Rapporto con altri rischi percepiti
- Confronto con conoscenze ed esperienze precedenti
- Difficoltà e importanza delle decisioni

sequenze della propria esposizione del rischio con domande "di ricognizione" (per esempio: "cosa vi preoccupa di più in quello che vi ho detto?"), esplicitando anche la possibilità di ridiscutere il rischio a distanza di tempo (1,5).

- Vanno evitati interventi prematuri di rassicurazione o banalizzazione e, prima di dare immediatamente indicazioni e consigli, il pediatra valorizzerà le ipotesi e le informazioni in possesso dei genitori, riesaminandole e chiarendole meglio insieme a loro: il "sapere scientifico" del medico andrà ad agganciarsi a quello che i genitori sanno già (5). Il pediatra deve essere consapevole dell'importanza del suo ruolo anche nel reperimento di fonti informative attendibili e aggiornate, sapendo anche, come nei nostri due casi, che spesso è necessario confrontarsi con un collega esperto nel campo. Quasi certamente ci sono genitori che hanno già fatto o faranno delle ricerche su internet: affiancarli, proponendo loro i criteri per una corretta consultazione e, se possibile, gli indirizzi utili al caso specifico, permetterà loro un accesso mirato a siti attendibili.

- Un aspetto in genere poco considerato dal medico riguarda l'opportunità, quando si decida di esprimere il rischio con dei numeri, di parlarne in termini di frequenza: in questo modo viene specificata la classe di eventi a cui ci si riferisce (6). Il pediatra del nostro secondo caso si rende conto che, pur indicando come classe di riferimento la popolazione generale (dove l'aneurisma cerebrale, secondo le diverse casistiche, è presente nell'1-5% dei soggetti), avrebbe dovuto specificare tale rischio in valori assoluti, ai fini di una maggiore comprensione dell'informazione: se l'incidenza dell'a-

neurisma cerebrale nella popolazione va da 1 a 5 su 100, nei familiari a rischio, dove è 4 volte maggiore, può dunque salire fino a 20 su 100, con evidenti, differenti implicazioni decisionali (7).

- Esaurito lo spazio informativo, il pediatra deve valutare attentamente le sue proposte (nei nostri due casi rispettivamente l'ecocardiografia fetale e l'angi-RMN) e le indicazioni ai genitori rispetto a cosa è possibile fare e a cosa non è ancora possibile fare in quella situazione e in quel momento. È importante l'individuazione di obiettivi intermedi (es. il rinvio di un accertamento a un tempo successivo), praticabili e accettabili, che rendano possibili la ricerca di risorse effettive o la rinuncia a scelte e soluzioni meno appropriate in quella condizione di rischio. Eventuali chiarificazioni richieste possono essere restituite riformulando quanto proposto o ipotizzato e offrendo, se è il caso, informazioni aggiuntive, nell'ottica di un'alleanza in cui è il medico non si sostituisce ai genitori, ma li affianca, orientandoli in scelte spesso non facili. Parlando di rischio G. Bert scrive: "non abbiamo certezze da imporre, ma ipotesi da porre a confronto" e aggiunge due efficaci citazioni (8):

- La comunicazione del rischio è un processo interattivo costituito da numerosi scambi di messaggi sia sulla natura del rischio che sulle opinioni e sulle reazioni al concetto stesso di rischio (National Research Council)

- La comunicazione del rischio necessita del confronto di differenti attori a pari dignità, e coinvolge valori quali fiducia, credibilità e partecipazione (D. Serraino). ♦

Bibliografia

- (1) Edwards A. Communicating risk. *BMJ* 2003; 327:691-2.
- (2) Baronciani D, Basevi V. La percezione del rischio... rispetto alla salute "non propria". *La parola e la cura* 2004;1:22-4.
- (3) Gigerenzer G. Quando i numeri insegnano. *Imparare a vivere con l'incertezza*. Raffaello Cortina Editore, 2003.
- (4) Gangemi M. Ma io non decido per voi. *Janus* 2005;18:27-30.
- (5) Zanetto F, Gangemi M. Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG? *Quaderni acp* 2005; 3:131-2.
- (6) Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003; 327:741-4.
- (7) Ronkainen A et al. Risk of harboring an unruptured intracranial aneurysm. *Stroke* 1998;35:9-62.
- (8) Bert G. Parlare di rischio. *La parola e la cura* 2004;1:1-2.

IL LATTE NESTLÉ: cinque domande al produttore e al Ministero

"Dalle prime ore di questa mattina gli uomini del Corpo forestale dello Stato sono impegnati in tutta Italia per sequestrare circa 30 milioni di litri di latte per bambini della Nestlé: praticamente tutto il quantitativo disponibile con scadenza settembre 2006. Queste le tipologie di latte sotto sequestro:

- Mio
- Mio Cereali
- Nidina 2
- Nidina 1 (quest'ultimo con scadenza maggio 2006)

A firmare l'ordinanza di sequestro è stato il procuratore capo di Ascoli, Ponticelli, titolare dell'inchiesta. Il latte risulta avariato da una sostanza prodotta dalla confezione che contiene il latte".

Quella riportata sopra è l'ANSA del 22/11/2005 ore 11:52. Ma nasce qualche domanda per Nestlé e per il Ministero.

La prima: il sequestro è stato deciso dopo i risultati delle analisi dell'Arpam della Regione Marche, che avevano riscontrato nel latte la presenza di IsopropilThioXantone (ITX), ma non è stato effettuato per una iniziativa del Ministero della Salute, che era stato avvisato fin dal 2 settembre c.a.: è stato effettuato per una iniziativa del magistrato di Ascoli Piceno 80 giorni dopo che il Ministero era stato avvisato. Perché?

La seconda: la Nestlé è stata, a ragion di logica, avvisata qualche giorno dopo il 3 settembre. Se è stato così, perché non ha ritirato immediatamente dal commercio la partita di latte in scadenza nelle due date indicate, e il latte è rimasto negli scaffali a disposizione del pubblico fino al 15 novembre?

La terza: Nestlé comunica che ha sostituito i latti con le scadenze indicate. Ha immesso sul mercato, un latte con scadenza ottobre 2006, non contaminato, che oggi (24.11.2005) è presente negli scaffali dei negozi.

Questa operazione ha richiesto un periodo di tempo notevole, nel corso del quale il latte contaminato è rimasto in commercio. Perché la Nestlé non ha tempestivamente avvisato gli acquirenti e i rivenditori di non commercializzare e acquistare il latte contaminato in attesa del ritiro?

La quarta: perché in Spagna il latte è stato ritirato in settembre, come ha dichiarato l'Agenzia spagnola per la sicurezza alimentare, e in Italia solo in novembre?

La quinta: quali sono i dati in base ai quali Nestlé "ritiene" (come dice il comunicato del 23 novembre) che la sostanza inquinante non sia tossica? Ha dati relativi al secondo semestre di vita?

Senza alcun pregiudizio saremmo lieti di avere una risposta dalla Nestlé e dal Ministero. Per porre queste domande abbiamo chiamato per tutta la giornata del 22 e 23 novembre 2005 il numero verde Nestlé 800253253. Siamo sempre stati messi in attesa, ma non abbiamo mai ottenuto risposta.

I lattini sono tutti uguali?

Angela Alfarano*, Elena Cama*, Marina Foti*, Maria Carmela Lia*, Giuseppe De Caro**

*Specializzande in Pediatria; **Specializzando in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Università di Messina

Gli Autori di questo scenario appartengono a un gruppo di lavoro e di formazione coordinato da Giuseppe Magazzù, professore ordinario presso la Clinica Pediatrica di Messina e Direttore della UO di Fibrosi Cistica e Gastroenterologia Pediatrica, da Maria Francesca Siracusano e Sergio Conti Nibali. Il gruppo, composto da giovani pediatri e specializzandi, collabora alla rubrica "Scenari" già da alcuni anni. Questo "Scenario" è il primo di una serie che si propone la valutazione critica con metodologia EBM della letteratura in tema di componenti nutrizionali dei lattini adattati.

Abstract

Are all infant formula the same?

In Italy all infant formula apply to the CODEX Standard for Infant Formula; they may have different concentration and content of the so called: "functional nutrients": among which LC-PUFA. This variability should justify the increased cost. In order to verify whether LC-PUFA content in these formula really improves neurocognitive and visual development and prevents allergies in preterm and at term infants we searched for evidenced based literature. There is no evidence showing the need of LC-PUFA supplementation in infant formula for the three outcomes considered.

Quaderni acp 2005; 12(6): 265-269

Key words Fatty acids unsaturated. Child development. Visual acuity. Hypersensitivity

In Italia le formule adattate presenti in commercio sono tutte conformi ai requisiti del CODEX Standard for Infant Formula, ma variano per contenuto e concentrazione dei cosiddetti "nutrienti funzionali": fra questi gli LC-PUFA. Questo giustificherebbe la differenza di costo. Abbiamo cercato in letteratura se esistono evidenze scientifiche che giustifichino la scelta di una formula in base alla presenza o meno di acidi grassi polinsaturi a lunga catena (LC-PUFA), responsabili, secondo alcuni Autori, di un migliore sviluppo neurocognitivo e visivo, e della prevenzione delle allergie in bambini sani e nati a termine. Gli studi pubblicati non mostrano evidenze sui benefici della supplementazione con LC-PUFA nelle formule rispetto ai tre outcomes considerati.

Parole chiave Acidi grassi polinsaturi. Sviluppo del bambino. Acuità visiva. Ipersensibilità

Abbreviazioni: acidi grassi polinsaturi a lunga catena (LC-PUFA); acido alfa-linolenico (ALA); acido eicosapentaenoico (EPA); acido docosaesanoico (DHA); acido linoleico (LA); acido arachidonico (ARA).

Scenario clinico

L'entrata in commercio di formule adattate a basso costo, disponibili, oltre che nelle farmacie, anche presso i punti vendita della grande distribuzione, ha acceso in Italia un interessante dibattito. Alcuni neonatologi, pediatri e nutrizionisti si

sono schierati a favore delle formule a più alto costo, sostenendo che questo atteggiamento è giustificato da una migliore qualità del latte. La differenza sarebbe data dall'aggiunta di "nutrienti funzionali". Tra questi gli LC-PUFA. Ci siamo chiesti se effettivamente esistano differenze qualitative e quantitative tra i lattini adattati e se la supplementazione con LC-PUFA migliori – come si sostiene – lo sviluppo neurocognitivo e l'acuità visiva e prevenga le allergie. Tutto questo in bambini sani nati a termine e allattati artificialmente.

Background

Studi osservazionali hanno evidenziato in bambini allattati al seno un miglior sviluppo neurocognitivo nel primo anno di vita rispetto a quelli allattati con formula, suggerendo la presenza nel latte materno di fattori responsabili del miglioramento delle facoltà cognitive (1,2). Tra questi fattori sono stati segnalati gli acidi grassi polinsaturi a lunga catena. I precursori degli LC-PUFA sono l'acido alfa-linolenico (ALA), da cui derivano l'acido eicosapentaenoico (EPA), l'acido docosaesanoico (DHA) e l'acido linoleico (LA), da cui deriva l'acido arachidonico (ARA). Gli LC-PUFA costi-

TABELLA 1: CONTENUTO (G/100 ML) DI LC-PUFA NEL LATTE MATERNO E IN ALCUNE DELLE FORMULE SUPPLEMENTATE PRESENTI IN COMMERCIO IN ITALIA

LC-PUFA	Latte materno (a) (17)	Humana1(28)	Aptamil1 (29)	Nidina 1PE (28)	Coop1 (28)	Neolatte1 (28)	Bebilac1 (28)
LA	0.71 ± 0.40	0.532	0.446	0.520	0.63	0.64	0.63
ALA	0.05 ± 0.02	0.051	0.071	0.067	0.06	0.07	0.06
ARA	0.02 ± 0.01	0.015	0.012				
DHA	0.01 ± 0.004	0.007	0.007				
EPA	0.003 ± 0.001						

(a) x ± DS

Per corrispondenza:
 Angela Alfarano
 e-mail: angela.alfarano@virgilio.it

scenari leggere e fare

TABELLA 2: RCT IN DOPPIO CIECO CHE VALUTANO L'EFFETTO DELLA SUPPLEMENTAZIONE CON LC-PUFA SULLO SVILUPPO NEURO-COGNITIVO E VISIVO

Autore	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Birch 2005 (11)	103 bambini randomizzati entro 5 gg di vita in 2 gruppi: (b) CF=52 (c) DHA + ARA=51 per 52 settimane	(d) ERG a 6 settimane di vita (e) PEV, stereocuità a 6, 17, 39, 52 settimane di vita	PEV significativamente migliori nel gruppo supplementato rispetto al controllo a 6, 17, 39 e 52 sett. (p<0.001) Stereocuità significativamente migliore nel gruppo supplementato rispetto al controllo a 17 settimane (p<0.001), ma non a 39 e 52 sett.	Persi al follow-up: 17% Dati espressi in medie e non analizzabili in tabelle 2x2 I risultati relativi all'ERG non vengono esposti ma si rimanda a un successivo articolo
Bouwstra 2005 (12)	474 bambini randomizzati nei primi giorni di vita in 3 gruppi: (f) BF=159 (b) CF=169 DHA+ARA=146 per 2 mesi	A 18 mesi: (g) val. Hempel Bayley scales of Infant Development	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi	Il 46% dei BF riceveva prima dei due mesi DHA + ARA per una media di 3 settimane
Xiao-Ming 2004 (13)	271 bambini 1 ^a coorte (245 b.): randomizzati, entro 1 ^a sett. di vita, in 3 gruppi: (h) F.A =69 (h) F.A. + BF=124 (i) F.H (52 b.) per 6 mesi 2 ^a coorte (26 b.): (f) BF	A 3 e a 6 mesi: 1) Bayley Scales of Infant Development 2) incidenza di infezioni del tratto respiratorio/gastrointestinale	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi	Risultati parzialmente espressi come differenza di score MDI a tre mesi
Bouwstra 2003 (14)	397 bambini 1 ^a coorte (250 b.): randomizzati, nei primi giorni di vita, in 2 gruppi: (b) CF=131 DHA+ARA=119 2 ^a coorte: (f) BF=147	Qualità dei "movimenti mediamente anormali" (l) a 3 mesi	Incidenza di "movimenti mediamente anormali" significativamente maggiore nel gruppo CF rispetto al gruppo supplementato (p=0.04). NNT 8.4 (IC 95%: 4.4-78.2)	Persi al follow-up: 24% Outcome surrogato
Auestad 2003 (15)	277 bambini 1 ^a coorte (197 b.) randomizzati nei primi giorni di vita in 3 gruppi (b) CF= 65 DHA= 65 DHA+ARA= 66 per 12 mesi 2 ^a coorte (80 b.): (f) BF per 3 mesi	QI (Stanford Binet), vocabolario espressivo e recettivo, acuità visiva (Teller Acuity Cards) a 12, 14 e 39 mesi	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi	
Voigt 2002 (16)	80 bambini randomizzati in 4 gruppi e allattati, dalla nascita a 120 giorni di vita, con formule aventi rispettivamente: - ALA 0.4% = 20 - ALA 1.0% = 20 - ALA 1.7% = 20 - ALA 3.2% = 20	A 1 anno: - Bayley Scales of Infant Development (m) CAT/CLAMS (n) GM	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi per Bayley Scales of Infant Development e CAT/CLAMS; Scores GM significativamente minori nel gruppo allattato con formula contenente ALA 0.4% rispetto ALA 1.0% (p<0.05)	Persi al follow-up: 45% Dati espressi in medie non analizzabili in tabelle 2x2
Birch 2002 (17)	65 bambini (f) BF per 6 sett. (consentiti max 120 ml/die di latte artificiale), quindi randomizzati in 2 gruppi: (b) CF = 33 DHA+ARA = 32 per 1 anno. Dopo la randomizzazione sospensione allattamento al seno entro 2 settimane	- PEV a 6, 17, 26 e 52 settimane di vita - Stereocuità a 17, 26, 39 e 52 settimane di vita	PEV significativamente migliori nel gruppo supplementato rispetto al controllo a 17 (p<0.003), 26 e 52 settimane (p<0.001). Stereocuità significativamente migliore nel gruppo supplementato rispetto al controllo (p<0.005) a 17 settimane ma non ai successivi controlli	Persi al follow-up: 18% Dati espressi in medie non analizzabili in tabelle 2x2 Criticabile dal punto di vista etico

Autore	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Auestad 2001 (18)	404 bambini 1 ^a coorte (165 b.): (f) BF 2 ^a coorte (239 b.): randomizzati, entro 9 giorni di vita, in 3 gruppi (b) CF= 77 (o) DHA + ARA 1 = 80 (o) DHA + ARA 2 = 82	- acuità visiva (Teller Acuity Cards) a 2, 4, 6, 12 mesi - Fagan Test of Infant Intelligence a 6-9 mesi - Bayley Scales of Infant Development a 6-12 mesi (p) Linguaggio 9-14 mesi (q) Temperamento a 6-12 mesi	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi	
Makrides 2000 (19)	176 bambini 1 ^a coorte (103): (f) BF 2 ^a coorte (73): randomizzati in 4 ^a giornata di vita in 2 gruppi: (r) LA/ALA 10:1= 36 (r) LA/ALA 5:1= 37 per 34 settimane	PEV a 16 e 34 settimane	Nessuna differenza significativa tra i vari gruppi	
Hoffman 2000 (20)	141 bambini 1 ^a coorte (33 b.) randomizzati in 3 gruppi: (b) CF = (s) NP DHA = (s) NP DHA + ARA = (s) NP 2 ^a coorte=79 b. randomizzati in 3 gruppi: (b) CF = 26 DHA = 26 DHA + ARA = 27 3 ^a coorte (29 b.) = (f) BF	1 ^a coorte: (d) ERG a 6 e 17 sett. 2 ^a coorte: PEV a 6, 17, 26, 52 sett. 3 ^a coorte: PEV a 6, 17, 26, 52 sett.	1 ^a coorte: ERG dei gruppi supplementati significativamente migliori rispetto al controllo (p=0.04) a 6 sett. ma non a 17 sett. 2 ^a coorte: PEV dei gruppi supplementati significativamente migliori rispetto al controllo a 17 (p=0.04) e a 52 sett. (p<0.0005) ma non a 26 sett.	Persi al follow-up: 28% Dati espressi in medie e non analizzabili in tabelle 2x2 L'articolo nella descrizione della popolazione fa riferimento a un altro articolo (30) dove la prima coorte non è descritta

(b) CF = formula controllo; (c) DHA + ARA = formula supplementata con DHA + ARA; (d) ERG = elettroretinogramma; (e) PEV = potenziali evocati visivi; (f) BF= latte materno; (g) Tecnica di Hempel: misura le funzioni motorie, tono muscolare, riflessi e funzionalità nervi cranici assegnando un punteggio; (h) FA= Frisolac Advanced, formula contenente LA, ALA, ARA e DHA; (i) FH = Frisolac H, formula contenente ALA + LA; (l) General movements: movimenti globali tipici dei primi mesi di vita che interessano tutte le parti del corpo valutati mediante videoregistrazione; (m) CAT Clinical Adaptive Test; CLAMS Clinical Linguistic Auditory Scale; (n) GM=Gross Motor Scale of the released gessel developmental inventory; (o) DHA+ARA 1=formula contenente DHA+ARA derivati dall'uovo; DHA+ARA 2=formula contenente DHA+ARA derivati dall'olio di pesce e fungo; (p) MacArthur Communicative Development Inventories; (q) Infant Behavior Questionnaire; (r) LA/ALA = formula supplementata con LA+ALA nella proporzione indicata; (s) NP= dati non pubblicati

tuiscono i principali acidi grassi della serie n-6 e n-3 presenti nel tessuto nervoso (3-5); il DHA è anche il maggiore componente dei fotorecettori di membrana nella retina (5). Essi vengono incorporati durante la vita intrauterina e continuano ad accumularsi fino al 2° anno di vita (6-8), perché il neonato è in grado di sintetizzarli a partire dai loro precursori. Per quel che riguarda la prevenzione delle allergie, è stato evidenziato che una dieta ad alto contenuto di olio di pesce, ricco di n-3, può avere effetti antinfiammatori tramite l'inibizione competitiva sul metabolismo dell'acido arachidonico,

precursore dei leucotrieni, tra i principali mediatori chimici responsabili dell'insorgenza del broncospasmo (9). Nel 2001 è stata pubblicata una revisione sistematica (10), che prende in esame 9 RCT pubblicati dal 1996 al 2000, il cui outcome era di valutare se la supplementazione con LC-PUFA in bambini sani e nati a termine allattati al seno o con formula sia sicura e abbia effetti benefici su funzioni visive e sviluppo neurocognitivo valutati attraverso specifici test (nota 1). L'intervento consiste nella supplementazione della formula con LC-PUFA (LA, ALA e i loro derivati DHA, ARA, EPA in

varie combinazioni) e il confronto è attuato con latte materno e/o formula non supplementata. Gli Autori dichiarano che: "esistono poche evidenze a supporto dell'ipotesi che la supplementazione con LC-PUFA conferisca un beneficio riguardo allo sviluppo visivo o generale nei nati a termine...". Scrivono anche che gli studi esaminati sono di scarsa consistenza metodologica nella valutazione dello sviluppo neurologico dei bambini che assumono la formula supplementata, che la composizione delle formule utilizzate è molto variabile, per cui concludono che il beneficio deve essere dimostra-

TABELLA 3: RCT IN DOPIO CIECO CHE VALUTANO L'EFFETTO DELLA SUPPLEMENTAZIONE CON LC-PUFA PER LA PREVENZIONE DELLE ALLERGIE

Autore	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Mihrshahi 2003 (23)	616 bambini nati da madri con asma allergico, randomizzati in 4 gruppi: - placebo. Non profilassi ambientale = 149 - placebo + profilassi ambientale = 155 - (t) dieta supplementata. Non profilassi ambientale = 159 - dieta supplementata + profilassi ambientale = 153	A 18 mesi: - valutazione di asma, wheeze, tosse ed eczema attraverso questionario ai genitori - prick test e IgE totali	Nessuna differenza significativa tra i gruppi tranne per: - (u) asma persistente (p=0.02); OR 0,67 (IC 95%: 0,48-0,93) - wheeze > 1 sett. (p=0,04); OR 0,66 (IC 95%: 0,45-0,97) nei pazienti che praticavano dieta supplementata versus i non supplementati	Persi al follow-up: 10% Supplementazione in epoche di vita variabili
Mihrshahi 2004 (24)	Stesse coorti dello studio precedente	A 18 mesi: - valutazione di asma, wheeze e tosse attraverso questionario ai genitori - prick test e IgE totali	Nessuna differenza significativa tra i gruppi tranne per: - wheeze (p=0.031) - uso di broncodilatatori (p=0.001) - tosse notturna (p<0.001) nei pazienti con più alti livelli ematici di LC-PUFA	Persi al follow-up: 38% Dati espressi in medie e non analizzabili in tabelle 2x2. Supplementazione in epoche di vita variabili. L'outcome non tiene conto delle variabili relative alla profilassi ambientale
Peat 2004 (25)	Stesse coorti dello studio precedente	A 3 anni: - valutazione di asma, wheeze, tosse ed eczema attraverso questionario ai genitori - prick test e IgE totali	Nessuna differenza significativa tra i gruppi tranne per: - tosse (p=0.03): OR= 0,64 (IC 95%: 0,45-0,90) - tipo di tosse: (v) atopica/non atopica (p=0.003): OR=0,48 (IC 95%: 0.30-0.77) nei pazienti con dieta attiva rispetto ai non supplementati	Persi al follow-up: 15% Supplementazione in epoche di vita variabili

(t) formula supplementata con DHA + EPA fino ai 6 mesi. Capsule di olio di pesce aggiunto agli alimenti, a partire dai 6 mesi di vita o all'introduzione del latte artificiale; (u) asma persistente = presenza, in meno di 6 settimane, di 3 o più episodi di wheeze, almeno un episodio di tosse notturna e uso giornaliero di farmaci antiasmatici; (v) tosse atopica e non atopica: definita in base alla positività o negatività dei prick rispettivamente

to da studi con prove di maggiore numerosità e durata.

Il confronto tra le formule adattate presenti in commercio in Italia per qualità e concentrazione di acidi grassi mostra che, pur essendo conformi alle raccomandazioni del CODEX Standard for Infant Formula (che prescrive solo il contenuto minimo di LA e del totale dei lipidi), esse presentano diversa concentrazione e composizione in LC-PUFA. La principale differenza riguarda la presenza di DHA e ARA: i pochi latti che li contengono hanno costo maggiore rispetto agli altri e sono acquistabili esclusivamente in farmacia. L'ALA è invece presente in tutti i latti, pur non essendo raccomandato dal CODEX, con concentrazioni spesso maggiori nei latti più economici.

La **tabella 1** mostra gli LC-PUFA presenti nel latte materno e quelli aggiunti

ad alcune tra le formule più diffuse in commercio, differenti per prezzo e modalità di distribuzione.

La domanda

Nei **bambini sani a termine** [POPOLAZIONE], la **supplementazione della formula con LC-PUFA** [INTERVENTO] rispetto a formule non supplementate [CONFRONTO] ha effetti benefici su **sviluppo neurocognitivo e visivo** [1° OUTCOME] e sulla **prevenzione delle allergie** [2° OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Inizialmente è stata condotta una ricerca nel Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) utilizzando il termine "*Fatty Acids, Unsaturated*", che non conteneva aggiornamenti alla revisione del 2001, contenuta anche nel Database of Abstract of Reviews of Effects (DARE) con il termine "*Fatty Acids*" (10).

La ricerca delle fonti primarie

Per l'OUTCOME: *sviluppo neurocognitivo e visivo*.

Dopo aver verificato l'esistenza dei termini MeSH "*Fatty Acids, Unsaturated*" AND "*Child Development*" OR "*Visual acuity*", abbiamo condotto la nostra ricerca su PubMed inserendo la funzione LIMITS (*All Infants: birth-23 months, Publication Date from 2000 to 2005, Human, English, RCT*). Sono stati selezionati 48 articoli, di cui 13 RCT in doppio cieco pertinenti (11-22), tutti effettuati su popolazioni di bambini sani e nati a termine. Di questi, due sono compresi tra quelli analizzati dalla Cochrane (21, 22), per cui non saranno oggetto dell'analisi. Abbiamo escluso gli articoli in cui la supplementazione con LC-PUFA avveniva tramite alimenti diversi dalla formula o iniziava in gravidanza (**tabella 2**). Per l'OUTCOME: *prevenzione delle al-*

lergie. Abbiamo proseguito la nostra ricerca utilizzando i termini MeSH “*Fatty Acids, Unsaturated*” AND “*Hypersensitivity*”; con la funzione LIMITS (*All Infant: birth-23 months, English, Humans, RCT*). Abbiamo ristretto la ricerca a 85 articoli, di cui 6 pertinenti (23-27). Di questi, uno è stato analizzato dalla Cochrane (26) e un secondo è il design paper dei due studi condotti dal gruppo Mhrshahi e coll. (27) (*tabella 3*).

Risultati

L'analisi degli RCT condotti in doppio cieco evidenzia la disomogeneità della dimensione del campione (da 65 pazienti a 616), della durata dell'intervento (formula supplementata somministrata da 8 a 52 settimane), degli outcome e dei criteri di valutazione (*tabelle 2 e 3*).

Degli studi esaminati che hanno come outcome lo sviluppo cognitivo uno solo (14) dimostrerebbe che la supplementazione della formula con DHA + ARA determina una riduzione dei “*movimenti mediamente anormali*” (General Movements) che hanno, però, una dubbia predittività sullo sviluppo neurocognitivo del bambino. Gli Autori, giudicando significative le differenze riscontrate ($p=0.04$), non calcolano l'NNT che risulta pari a 8.4 (IC 95% da 4.4 a 78.2). Lo studio è inoltre gravato da un'alta percentuale di persi al follow-up (24%); l'analisi dei risultati non è condotta secondo intention to treat. Gli articoli che sostengono l'efficacia della supplementazione con DHA + ARA (11, 17, 20) o con solo DHA (20) nel migliorare l'acuità visiva a 52 settimane sono gravati da un'alta percentuale di persi al follow-up. I risultati inoltre sono espressi in medie perciò, pur se statisticamente significativi, non sono valutabili in termini di stima del beneficio atteso per il singolo paziente.

Tre articoli (23-25) suggeriscono un vantaggio dell'associazione DHA + EPA in alcune forme di asma. Tali studi utilizzano la popolazione di un unico RCT, con una notevole percentuale di persi al follow-up. Va inoltre sottolineato che non esiste attualmente in commercio in Italia una formula contenente l'associazione di LC-PUFA utilizzata nello studio.

Conclusioni

Dalla revisione degli RCT in doppio cieco non sono emerse evidenze a supporto di un reale beneficio dell'alimentazione con formula supplementata con

LC-PUFA sullo sviluppo neurocognitivo e visivo e sulla prevenzione delle allergie nei bambini sani e nati a termine. Non vi è sulla base delle evidenze pubblicate una obiettiva ragione per consigliare di nutrire i bambini allattati artificialmente con una formula addizionata con LC-PUFA, che è anche più costosa. ♦

Nota

(1) Sviluppo visivo: potenziali evocati visivi (PEV) e/o misure dell'acuità visiva (Teller acuity cards). Sviluppo neurocognitivo: Bayley Scales of Infant Development, test di Knobloch, Passamanick and Sherrards, test di Brunet-Lézine, Fagan Test of Infant Intelligence, Stanford Binet IQ, Problem solving test, scale di sviluppo del linguaggio come la McArthur Communicative Development Inventory e il Peabody Picture Vocabulary Test.

Bibliografia

- (1) Temboure MC, Otero A, Polanco I et al. Influence of breast feeding on the infant's intellectual development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18:32-6.
- (2) Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998;101:1-7.
- (3) Jensen CL, Heird WC. Lipids with an emphasis on long chain polyunsaturated fatty acids. *Clin Perinatol* 2002;29:261-81.
- (4) Clandinin MT, Chappel JE, Leong S et al. Intrauterine fatty acids accretion rates in human brain: implication for fatty acids requirements. *Early Hum Dev* 1980;4:121-9.
- (5) Martinez M. Tissue levels of polyunsaturated fatty acids during early human development. *J Pediatr* 1992;120:S 129-38.
- (6) Green P, Glozman S, Kamensky B. Developmental changes in rat brain membrane lipids and fatty acids. The preferential prenatal accumulation of docosahexaenoic acid. *J Lipid Res* 1999;40: 960-6.
- (7) Dutta-Roy AK. Transport mechanisms for long-chain polyunsaturated fatty acids in the human placenta. *Am J Clin Nutr* 2000; 71:315S-322S.
- (8) Cetin I, Giovannini N, Alvino G et al. Intrauterine growth restriction is associated with changes in polyunsaturated fatty acid fetal-maternal relationships. *Pediatr Res* 2002;52:750-5.
- (9) Mhrshahi S, Peat JK, Webb K et al. The childhood asthma prevention study (CAPS): design and research protocol of a randomized trial for the primary prevention of asthma. *Control Clin Trials* 2001;22:333-54.
- (10) Simmer K. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4.
- (11) Birch EE, Castaneda YS, Wheaton DH et al. Visual maturation of term infants fed long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented or control formula for 12 mo. *Am J Clin Nutr* 2005;81:871-9.
- (12) Bouwstra H, Dijk-Brouwer DA, Boehm G et al. Long-chain polyunsaturated fatty acids and neurological developmental outcome at 18 months in healthy term infants. *Acta Paediatr* 2005;94:26-32.
- (13) Ben XM, Zhou XY, Zhao WH et al. Growth and development of term infants fed with milk with long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation. *Chin Med J (Engl)* 2004;117:1268-70.
- (14) Bouwstra H, Dijk-Brouwer DA, Wildeman JA et al. Long-chain polyunsaturated fatty acids

have a positive effect on the quality of general movements of healthy term infants. *Am J Clin Nutr* 2003;78:313-8.

- (15) Auestad N, Scott DT, Janowsky JS et al. Visual, cognitive, and language assessments at 39 months: a follow-up study of children fed formulas containing long-chain polyunsaturated fatty acids to 1 year of age. *Pediatrics* 2003;112:e177-83.
- (16) Voigt RG, Jensen CL, Fraley JK et al. Relationship between omega3 long-chain polyunsaturated fatty acid status during early infancy and neurodevelopmental status at 1 year of age. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:111-20.
- (17) Birch EE, Hoffman DR, Castaneda YS et al. A randomized controlled trial of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of formula in term infants after weaning at 6 wk of age. *Am J Clin Nutr* 2002;75:570-80.
- (18) Auestad N, Halter R, Hall RT et al. Growth and development in term infants fed long-chain polyunsaturated fatty acids: a double-masked, randomized, parallel, prospective, multivariate study. *Pediatrics* 2001;108:372-81.
- (19) Makrides M, Neumann MA, Jeffrey B et al. A randomized trial of different ratios of linoleic to alpha-linolenic acid in the diet of term infants: effects on visual function and growth. *Am J Clin Nutr* 2000; 71:120-9.
- (20) Hoffman DR, Birch EE, Birch DG et al. Impact of Early Dietary Intake and Blood Lipid Composition of Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids on Later Visual Development. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2000; 31:540-53.
- (21) Birch EE, Garfield S, Hoffman DR et al. A randomized controlled trial of early dietary supply of long-chain polyunsaturated fatty acids and mental development in term infants. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:174-81.
- (22) Makrides M, Neumann MA, Simmer K et al. A critical appraisal of the role of dietary long-chain polyunsaturated fatty acids on neural indices of term infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000;105:32-8.
- (23) Mhrshahi S, Peat JK, Marks GB et al. Childhood Asthma Prevention Study. Eighteen-month outcomes of house dust mite avoidance and dietary fatty acid modification in the Childhood Asthma Prevention Study (CAPS). *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:162-8.
- (24) Mhrshahi S, Peat JK, Webb K et al. CAPS Team. Effect of omega-3 fatty acid concentrations in plasma on symptoms of asthma at 18 months of age. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15: 517-22.
- (25) Peat JK, Mhrshahi S, Kemp AS et al. Three-year outcomes of dietary fatty acid modification and house dust mite reduction in the Childhood Asthma Prevention Study. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:807-13.
- (26) Lucas A, Stafford M, Morley R et al. Efficacy and safety of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of infant-formula milk: a randomized trial. *Lancet* 1999;354:1948-54.
- (27) Mhrshahi S, Peat JK, Webb K et al. The childhood asthma prevention study (CAPS): design and research protocol of a randomized trial for the primary prevention of asthma. *Control Clin Trials* 2001;22:333-54.
- (28) Prezzo giusto, latte uguale. *Altroconsumo* 2005;182:16-7.
- (29) Giovannini M, Riva E, Verduci E et al. I lattini formulati di inizio non sono tutti uguali dal punto di vista nutrizionale. *Doctor Pediatría* 2005;2:42-6.

Una dispnea difficile da classificare

Paolo Siani*, Rosario Crusco*, Bruno Del Prato**, Domenico Aronne**, Alfonso Ragozzino***

*UOC di Pediatria, **Servizio di Broncopneumologia d'urgenza, ***Servizio RMN, AORN A. Cardarelli, Napoli

Abstract

A difficult to classify dyspnea

A 9 year old boy with uncontrolled asthma, severe obesity, nocturnal crisis of cough so severe to need hospitalization in intensive care unit is described. A neck computed tomography reveals a tracheomalacia, but an esophageal pH-monitoring shows many and prolonged acid reflux episodes. After a pharmacotherapy with Histamine-2 receptor antagonists there were no more episodes of asthma, cough or respiratory insufficiency. It is well known that acidic reflux from the stomach can cause different esophageal, pharynx and larynx disorders; less known is the association between tracheomalacia and gastroesophageal reflux. The vocal cord dysfunction is also a syndrome which should be taken into consideration.

Quaderni acp 2005; 12(6): 271-273

Key words Asthma. Tracheomalacia. Gastroesophageal reflux. Vocal cord dysfunction

Viene riferita la storia di un bambino di nove anni affetto da asma mal controllato dalle comuni terapie, da grave obesità e da crisi di tosse notturna, due delle quali così gravi che hanno reso necessario il ricovero in rianimazione. Una TC del collo mostra una tracheomalacia e questa apre la strada a una diagnosi certa. La pH-metria ha successivamente mostrato numerosi e prolungati reflussi acidi e dopo il trattamento con anti-H₂, il paziente non ha avuto più asma, né tosse, né crisi di insufficienza respiratoria. È noto il reflusso di succhi gastrici acidi dallo stomaco che è responsabile di disturbi a carico dell'esofago, del faringe e della laringe, ma è un po' meno noto che alterazioni della trachea (malacia) possano associarsi a reflusso gastroesofageo. La disfunzione delle corde vocali (vocal cord dysfunction) è sindrome meno conosciuta ma deve essere presa in considerazione.

Parole chiave Asma. Tracheomalacia. Reflusso gastroesofageo. Disfunzione corde vocali

La storia

Vincenzo, di anni 9, viene trasferito nel nostro reparto dalla rianimazione pediatrica del nostro ospedale. Vi era stato ricoverato per una crisi improvvisa di grave insufficienza respiratoria, insorta di notte, con cianosi diffusa e successiva crisi convulsiva. Le condizioni cliniche erano così gravi che si era resa necessaria l'intubazione.

Vincenzo è il quarto figlio nato da parto eutocico, con peso alla nascita di 3 kg, allattato al seno. Nella norma l'acquisizione delle tappe dello sviluppo psicomotorio.

Dall'età di 1 anno e fino a 5 anni ha avuto vari episodi di convulsioni febbrili semplici.

Dall'età di 3 anni circa soffre di asma, trattato sempre e per lunghi periodi con cortisone per os e aerosol, e all'occorrenza con beta 2-stimolanti per aerosol. Ha avuto anche vari episodi di tosse notturna

da possibile laringospasmo. La mamma riferisce che Vincenzo aveva avuto una crisi identica a quella che l'ha portato al ricovero attuale circa 4 mesi prima. Era stato ricoverato in un reparto di rianimazione di un altro ospedale cittadino.

Il decorso

All'ingresso nel reparto il bambino si presenta gravemente obeso, pesa 68,5 kg, è alto 132 cm (peso ideale 28 kg, altezza bersaglio 161 +/- 6), è in condizioni generali discrete, ha una facies normale, non presenta cianosi né dispnea; all'ascoltazione del torace si apprezza qualche ronco, i toni cardiaci sono validi, il sensorio è integro, la SaO₂ in aria ambiente è 96%.

I problemi diagnostici che ci troviamo ad affrontare sono:

1. l'asma
2. le crisi di tosse notturna (laringospasmo?)

3. le due gravi crisi di insufficienza respiratoria che potrebbero essere considerate due episodi molto più gravi dei precedenti laringospasmi.

Gli esami

Durante il ricovero si eseguono esami ematochimici (Ig, sottopopolazioni linfocitarie, anticorpi antimicoplasma e anticlamidia, emocromocitometria, indici infiammatori) che risultano tutti normali. Le IgE totali risultano invece aumentate (920 kU/l) ma con IgE specifiche assenti per i più comuni pneumoallergeni.

La radiografia del torace, il test del sudore, l'ecocardiogramma con ecocolor doppler, l'EEG e la RMN dell'encefalo risultano nella norma.

Gravemente alterati risultano invece gli esami praticati per studiare l'obesità e precisamente: colesterolo 697 mg/dl, HDL 390 mg/dl, cortisolo plasmatico 8,8 ng/100 ml (VN 5-20), FT3 0,21 ng/dl, FT4 1,47 ng/dl, TSH 1,4 μU/ml risultano nella norma.

Dopo circa un mese di dieta si riscontra un notevole miglioramento sia del colesterolo (184 mg/dl, HDL 41 e LDL 74 mg/dl) che dei trigliceridi (344 mg/dl) con una perdita di 3 kg di peso.

Riassumendo: ci troviamo di fronte a un bambino obeso, asmatico, senza una chiara e definita sensibilizzazione allergica (le IgE specifiche sono assenti), senza segni di deficit immunitari, senza segni di flogosi, senza una eziologia batterica da micoplasma o clamidia. Il bambino però ha presentato due gravi crisi di insufficienza respiratoria e vari episodi di possibile laringospasmo, che potrebbero essere interpretati come episodi meno gravi delle due ultime crisi di insufficienza respiratoria.

Percorso diagnostico

Le due crisi acute di insufficienza respiratoria, così gravi da portare a cianosi e convulsioni da anoressia cerebrale, erano

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

il caso che insegna

da considerarsi gravi equivalenti asmatici o gravi crisi di laringospasmo o avevano un'altra causa, per esempio un ostacolo meccanico (corpo estraneo)? Le ultime due crisi ravvicinate nel tempo erano insorte entrambe improvvisamente, o erano sostenute da un'alterazione anatomica dell'albero bronchiale?

- Per affrontare questo quesito viene eseguita una **TC di torace e collo ad alta risoluzione** senza mezzo di contrasto, che mostra un ridotto calibro del lume tracheale coinvolgente un segmento di circa 2 cm, con origine posta a circa 3,8 cm e con estremo inferiore a 2 cm dalla carena.

Le pareti tracheali non appaiono ispessite. Inoltre il radiologo riferisce che il tronco arterioso anonimo, che normalmente sta sempre davanti alla trachea, ha un decorso che lo pone in "stretto contatto" con la trachea, e ci suggerisce di praticare una broncoscopia per capire se la riduzione del lume tracheale osservata è dovuta a una compressione del suddetto tronco arterioso anonimo.

- La **broncoscopia** dimostra una riduzione del lume al terzo medio della trachea, interpretabile come causata da compressione estrinseca. Durante gli atti respiratori e i colpi di tosse il lume tracheale si riduce a fessura nel terzo medio per associata discinesia della parete posteriore. I movimenti discinetici interessano in toto l'intera parete posteriore della trachea. Il laringe è normale.

Il broncoscopista si orienta, quindi, per un quadro di tracheomalacia.

- Per capire di più sulla possibile compressione estrinseca suggerita dalla broncoscopia e dalla TC viene praticata una RMN di collo, torace e mediastino con mezzo di contrasto e studio angiografico che dimostra campi polmonari simmetrici, senza apprezzabili alterazioni focali o diffuse del segnale. Rivestimento pleurico di omogeneo segnale, senza versamento. Mediastino in asse e di normale ampiezza. Non masse a livello dei compartimenti anteriore, centrale e posteriore né tumefazioni linfonodali delle stazioni ilo-mediastiniche.

Trachea in asse, che alla transizione cervico-mediastinica e nella sua porzione toracica superiore presenta netta riduzione del diametro AP in assenza di compressioni *ab estrinseco*, di ispessimenti di parete e di formazioni occupanti spazio nella colonna aerea. Conservata pervietà delle principali diramazioni bronchiali. Lo studio angiografico mostra vasi epiaortici e di affluenza cavale di calibro e decorso regolare con omogeneo *enhancement* del lume vasale.

La diagnosi

A questo punto abbiamo accertato che si tratta di una tracheomalacia non dovuta a compressione estrinseca vascolare, come sembrava emergere dal referto radiologico. L'ipotesi di una malacia congenita ci pareva poco sostenibile data l'età del paziente, anche se le manifestazioni erano insorte precocemente.

Tra le patologie che si possono associare a una tracheomalacia secondaria e che possono dare una sintomatologia come quella di Vincenzo, viene annoverato anche il reflusso gastroesofageo (RGE) e l'inizio della sintomatologia durante le ore notturne, le precedenti crisi di tosse da laringospasmo e l'asma mal controllato dalle comuni terapie, potevano avvalorare tale ipotesi (1).

La pH-metria delle 24 ore registra 175 reflussi, 9 reflussi acidi durati più di 5 minuti (reflussi prolungati). Durante i periodi in posizione supina si sono verificati 21 reflussi acidi, 2 reflussi acidi durati più di 5 minuti (5% del totale) e durante i periodi in posizione eretta vengono registrati 155 reflussi, 7 reflussi acidi di durata superiore a 5 minuti. Si ricorda che fino a 6 reflussi acidi della durata superiore a 5 minuti vengono ritenuti normali.

Viene iniziata la terapia con ranitidina e durante le 8 settimane di follow-up Vincenzo non ha presentato tosse, asma, né crisi di apnea, né insufficienza respiratoria ed è dimagrito di circa 5 kg. Rassicurati il bambino e la sua famiglia, è stato dimesso dopo oltre 2 mesi di degenza.

La diagnosi più probabile è perciò di crisi di insufficienza respiratoria con tracheomalacia secondaria al reflusso (3).

Commento

La RMN con mezzo di contrasto e studio angiografico ha escluso che ci fosse una qualsiasi compressione estrinseca e ha mostrato il decorso dei vasi del tutto regolare, mentre ha confermato la presenza di una malacia di tutta la parete posteriore della trachea.

L'errore di interpretazione della TC e della broncoscopia ci aveva portato fuori strada, ma questi due esami non sono utili per diagnosticare una malformazione vascolare, invece l'angio-RMN rappresenta il gold standard per escludere malformazioni vascolari che spesso sono associate alla tracheomalacia.

Tra le patologie che si associano alla tracheomalacia secondaria doveva essere preso in considerazione anche il RGE come segnalato in letteratura (1-3).

La pH-metria, esame poco invasivo, anche se ormai poco utilizzato, ci ha permesso di porre la diagnosi e di intraprendere un'ideale terapia antireflusso che, assieme a una corretta dietoterapia, ci ha consentito di affrontare il caso, rassicurare la famiglia e dimettere il bambino dopo oltre due mesi di degenza. Purtroppo la lunga permanenza in ospedale gli è costata la perdita di un anno a scuola, evento molto negativo per un bambino di una famiglia a rischio sociale.

Cosa abbiamo imparato?

1. La TC del torace ci aveva indirizzato verso una compressione estrinseca (del dotto arterioso anonimo) sulla trachea, compressione che invece la angio-RMN ha escluso del tutto, riaffermando così la fallacia degli esami e la necessità che il medico sappia sempre interpretarli nel modo giusto, senza fidarsi ciecamente e acriticamente del loro esito.
2. Esiste la possibilità che, oltre alla tracheomalacia primitiva che poi matura col tempo e scompare, si possa instaurare una tracheomalacia secondaria non solo a una compressione estrinseca, a bronchiti ricorrenti, o a lunghi periodi di intubazione tracheale ma anche a un RGE.
3. L'angio-RMN rappresenta il gold standard per escludere malformazioni vascolari spesso associate alla tracheomalacia.

4. Che il reflusso di succhi gastrici acidi dallo stomaco fosse responsabile di disturbi non solo dell'esofago ma anche del faringe e della laringe era già noto, ma che alterazioni della trachea (malacia) si associassero a GER, era un po' meno noto. ♦

Commento della redazione

In una ricerca bibliografica, effettuata con la collaborazione di Pasquale Causa, con il quesito "acute inspiratory dyspnea and child" su PubMed nella maschera Clinical Queries Using Research Methodology Filters selezionando Therapy e Sensitivity si reperiscono 5 articoli.

In uno di questi (Anbar R, Hehir S. *Pediatrics* 2000;106:e81) viene posto il problema della diagnosi differenziale con la Vocal Cord Dysfunction (VCD). Successivamente con la query "acute dyspnea and child" e il filtro "età: 5-12 aa" (il sistema non accetta "acute inspiratory dyspnea") si reperisce un articolo non presente nella ricerca su PubMed.

– Ahrens P, Seibt Y, Kitz R. Vocal cord dysfunction in children and adolescent. *Pneumologie* 2001;55:378-84.

Successivamente sulla VCD si trovano anche altri articoli.

– Cristofer K, Wood R, Eckert R, Blager F et al. Vocal cord dysfunction presenting as asthma. *N Engl J Med* 1983;308:1566-70.

– Tilles S. Vocal cord dysfunction in children and adolescents. *Curr Allergy Asthma Rep* 2003;3:467-72.

– Niggemann B, Paul K, Keitzer R, Whan U. Vocal cord dysfunction in three children-misdiagnosis of bronchial asthma? *Pediatr Allergy Immunol* 1998;9:97-100.

La disfunzione delle corde vocali (VCD) è un disordine non organico del laringe, provocato dalla adduzione paradossa e non intenzionale delle corde vocali durante la respirazione.

La malattia è conosciuta dal 1983 ed è causa di esordio acuto di stridore laringeo con dispnea acuta. La VCD può coesistere con l'asma e mascherarsi da asma. La VCD porta a frequenti ricoveri nei dipartimenti di emergenza, ospedalizzazione e raramente anche a intubazione e tracheotomia.

Il RGE è fortemente associato alla VCD,

sebbene non ci siano evidenze che esso causi la VCD. Ahrens scrive: "sorprendentemente tutti questi ragazzi hanno una diagnosi di GER patologico". Una più alta incidenza di malattie correlate all'ansia sino a malattie psichiatriche è associata fortemente con la VCD. La VCD è scatenata dall'esercizio e può essere confusa con l'asma indotto da sforzo.

Il golden standard per la diagnosi è la dimostrazione dei movimenti paradossi delle corde vocali durante un attacco acuto. La visualizzazione dei movimenti delle corde vocali è possibile usualmente solo durante un attacco acuto sintomatico. La diagnosi può pertanto essere problematica perché è difficile riprodurre un

attacco in un setting controllato; sono stati usati per provocare i sintomi la metacolina, l'istamina o exercises challenges e l'ipnosi.

Questi bambini possono sospendere la terapia con farmaci steroidei inalatori perché non mostrano un peggioramento quando li sospendono.

Bibliografia

(1) Bibi H et al. The prevalence of gastroesophageal reflux in children with tracheomalacia and laryngomalacia. *Chest* 2001;119:409-13.

(2) Burden R J et al. Tracheobronchial malacia and stenosis in children in intensive care: bronchograms helps to predict outcome. *Thorax* 1999;54: 511-7.

(3) Contencin P et al. Chronic laryngitis in children: the role of gastroesophageal reflux. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1999;116:2-6.



**"Regala un libro a Natale"
per la promozione della
lettura ai bambini**

"Un libro sotto l'albero..." è una iniziativa di Nati per Leggere ad Alessandria

“Usato non garantito”... Pensaci!

Alessandro Volta

Ospedale di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

L'Assogiocattoli assieme al Ministero delle Attività Produttive ha stampato un pieghevole per i genitori dei bambini piccoli nel quale si spiega che carrozzine, passeggini, lettini, seggioloni, fasciatoi e box una volta usati non offrono più “sicurezza, comfort e igiene”.

Quindi dovremmo comperarli nuovi.

Il pieghevole conclude: “Non sempre l'usato offre le garanzie di cui tuo figlio ha bisogno. Scegliere un prodotto nuovo significa eliminare ogni dubbio”.

L'Assogiocattoli dice giustamente: “*Pensaci*”.

Ci abbiamo *pensato* e abbiamo concluso che forse questo approccio al problema è abbastanza terroristico per genitori sensibili e apprensivi, come sono quelli di oggi, che cercano di fare il meglio per il loro bambino.

Abbiamo anche *pensato* che questo approccio è molto poco economico per le famiglie che oggi non hanno di che scialare, anche se è molto produttivo per i venditori di attrezzature per l'infanzia.

Abbiamo *pensato*, inoltre, che questi materiali vengono utilizzati per pochi mesi e perciò si usurano molto poco; generalmente occorrono molti figli o molti cugini, condizione sempre più rara, per arrivare a consumarli fino a danneggiarli.

Abbiamo anche *pensato* che, se alcune parti dei passeggini e dei seggioloni sono soggette a usura (ad esempio le ruote o i freni), sarebbe sufficiente sostituire queste parti con pezzi di ricambio senza dover ricomprare l'oggetto integralmente. Ma ci saranno i pezzi di ricambio?

Andando più sul grande abbiamo pensato che se poi ogni volta che nasce un bambino fosse veramente necessario comprare sempre attrezzatura nuova, il governo, anziché sostenere l'Assogiocattoli, dovrebbe togliere l'IVA da questi

prodotti oppure fornire alle famiglie incentivi per la sostituzione dei passeggini usati, come fa per le auto e i frigoriferi che inquinano. Probabilmente la carrozzina o il seggiolino per l'auto dovrebbero avere la priorità rispetto al decoder per il digitale terrestre.

Secondo il pieghevole dell'Assogiocattoli la sicurezza riguardo a questi prodotti viene minata anche per la probabile perdita, dopo qualche anno, del libretto di istruzioni.

Ma c'è da *pensare* che, per aprire un seggiolone o un passeggino, le istruzioni non sono da considerare importanti come quelle di un elettrodomestico o di una stufa a gas. Magari non è così pericoloso perderle.

La sicurezza sarebbe compromessa anche da “eventuali danni, magari non visibili, che hanno compromesso la sicurezza e l'affidabilità delle componenti strutturali e/o meccaniche”. Ma forse il fasciatoio non è un aeroplano e abbiamo *pensato* che questi misteriosi danni invisibili non si realizzano quando il fasciatoio è in solaio chiuso nel suo telo di plastica, ma caso mai durante l'uso, e quindi anche con il primo figlio; se questi oggetti sono così poco sicuri, forse non dovrebbero neppure essere prodotti o almeno non dovrebbero essere così costosi.

Nel capitoletto dal titolo ‘comfort’ è scritto che “negli articoli destinati alla prima infanzia comfort non significa semplicemente comodità, ma anche salute, benessere, garanzia di uno sviluppo corretto: caratteristiche che solo un prodotto nuovo offre con certezza”.

A questo punto della lettura magari qualcuno potrebbe essere sul punto di arrabbiarsi un po', ma manteniamo la calma e continuiamo a *pensare*. Magari uno *pensa* che le scarpe nuove fanno più

male di quelle vecchie e che niente è più comodo di un vecchio paio di jeans. Ma non esageriamo e *pensiamo* solo che forse per un bambino di cinque mesi il suo benessere, la sua salute e il suo sviluppo non dipendono da cosa comprano i suoi genitori, né da cosa l'industria è capace di produrre.

L'ultimo punto dell'Assogiocattoli riguarda l'igiene. L'usato sarebbe sporco, pieno di polveri e di muffe. Forse dipende da come viene conservato e da come viene lavato prima dell'uso. E ci è venuto in mente che anche nei casi di infestazioni da pidocchi o da scabbia è sufficiente tenere gli oggetti chiusi per dieci giorni in un sacco di plastica per uccidere completamente anche i parassiti più resistenti. Per l'usato non dovrebbe essere lo stesso?

E magari possiamo *pensare* che, anche per chi dispone di sufficiente denaro, non è poi molto etico gettare i passeggini dopo averli usati soltanto per pochi mesi e ricomprare tutto nuovo.

Forse una eccezione c'è. Soltanto nel caso dei seggiolini per auto e per bici può essere opportuno procurarsi materiale recente, costruito seguendo le attuali normative di sicurezza che possono cambiare e sul mercato si possono trovare materiali sempre migliori.

Anche noi pediatri, dopo l'uso fatto con i nostri figli, potremmo dare il buon esempio regalando tutto a istituti come le case di accoglienza per madri in difficoltà, con la certezza che altri bambini potranno divertirsi a saltare sul passeggino o a sputare mela grattugiata sul ‘vecchio’ seggiolone.

E infine abbiamo *pensato* che forse il pieghevole dell'Assogiocattoli e del Ministero delle Attività Produttive avrebbe fatto meglio a non invitare a *pensare*... ♦

Per corrispondenza:

Alessandro Volta

e-mail: a.volta@vucidibimbi.it

informazioni per genitori

10 Stories the world should hear more about



Uganda: i bambini soldato al centro di una crisi umanitaria in crescendo

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Il dipartimento delle Nazioni Unite sulla Informazione al Pubblico (DPI) ha creato nel 2004 una lista di 10 storie. Sashi Tharoor, sottosegretario generale per la comunicazione e informazione dell'ONU, durante il loro lancio nella sede dell'ONU a New York le ha definite "dieci storie di cui si dovrebbe parlare" (<http://www.un.org/events/tenstories/>). Sono storie documentate che trattano problematiche diverse, e che vengono da regioni geografiche diverse. Alcune riguardano emergenze umanitarie e situazioni di conflitto, altre evidenziano punti cruciali per i diritti umani, la salute e lo sviluppo nel mondo. Dice sempre Tharoor: "Sappiamo che i giornalisti non possono raccontare tutto, ma crediamo che il mondo debba conoscere queste storie". La lista è stata preparata consultando uffici dell'ONU e programmi in atto; molti di questi potranno, si spera, beneficiare dalla diffusione di queste storie. Le storie sono 10 e non sono assolutamente elencate in ordine di importanza.

I bambini soldato emergono come figure centrali di una tragica violenza e di una crescente emergenza umanitaria in un Paese come l'Uganda, dove la ribellione armata mina il progresso della nazione verso lo sviluppo economico.

La capitale dell'Uganda, Kampala, è un esempio della trasformazione in corso di una nazione in cammino verso la prosperità economica dopo una lunga storia di decadimento. Con un incremento del PIL dell'8% negli ultimi 3 anni l'Uganda appare come una speranza per le altre nazioni africane. Tuttavia, la ribellione armata delle aree a Nord e a Est del Paese ha prodotto negli anni una delle maggiori destituzioni di un popolo in Africa.

La ribellione che dura da 18 anni da parte della *Lord Resistance Army* (LRA) contro il governo ha causato la fuga di circa 1.6 milioni di ugandesi, metà dei quali bambini, verso campi sovraffollati per sfuggire agli eccidi dei ribelli. Il numero delle destituzioni, negli ultimi 3 anni, è triplicato. Continuano gli attacchi verso civili da parte di bambini soldato, molto più giovani delle loro vittime.

L'aspetto più tragico di questa crisi umanitaria è la guerra combattuta da bambini contro altri bambini; i minori costituiscono il 90% dei soldati arruolati nel LRA. L'età di alcune reclute parte dagli 8 anni;

bambini brutalizzati e forzati a commettere atrocità anche nei confronti dei propri fratelli. Chi tenta di fuggire viene ucciso. Per coloro che vivono in questo stato di costante paura, la violenza diventa uno stile di vita e il trauma psicologico conseguente è inestimabile. Fiumi di bambini spesso trainati dalle madri abbandonano i loro villaggi di notte, camminando per ore per arrivare alle grandi città alla ricerca di una sicurezza relativa, spesso per far poi ritorno a casa scortati, alle prime luci dell'alba. Circa 40.000 "pendolari notturni" dormono nelle verande, nelle scuole, negli ospedali o nei parcheggi per sfuggire alle truppe LRA.

Dall'inizio della ribellione circa 30.000 bambini sono stati assoldati come bambini soldato o facchini, o per servire da "mogli" per i ribelli per badare ai loro bambini. Questi numeri sono spaventosamente aumentati e negli ultimi 18 mesi 10.000 bambini sono stati reclutati.

Nonostante la gravità di questa situazione, sono stati ricevuti meno del 10% dei 130 milioni di dollari richiesti dalle comunità umanitarie per l'anno 2004. In alcune aree la malnutrizione raggiunge il 30% tra i bambini. La paura di attacchi da parte dei ribelli ha notevolmente colpito l'agricoltura nel 2004 rischiando di aggravare la carenza di cibo esistente per

i prossimi mesi. I servizi sanitari funzionano a malapena per la mancanza di approvvigionamenti e per la fuga degli stessi operatori dagli attacchi dei ribelli. Nonostante il processo di pace stia progredendo nel Sudan, la pace in Uganda è resa inconsistente per tutti questi motivi. L'immagine di un'Uganda in grande sviluppo economico nella mente degli economisti mondiali rappresenta un forte contrasto con la tragedia dei conflitti presenti nel Nord e nell'Est del Paese, conflitti che non appaiono cessare.

Per ulteriori informazioni: Mr. Christian Boatswain, Political Affairs Officer, UN Department of Political Affairs (DPA); Tel: (1 212) 963-0219; e-mail: boatswain@un.org – Ms. Stephanie Bunker, Spokesperson (New York), UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); Tel: (1 917) 367-5126; e-mail: bunker@un.org – Mr. Agostinho Zacarias, Chief, Coordination, Advocacy and Programme Development Unit UN Office of the Special Adviser on Africa; Tel: (1 212) 963-8435; e-mail: zaccarias@un.org – Mr. Henrik Haggstrom, Acting Chief, Outreach Unit Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict; Tel: (1 212) 963-0879, e-mail: haggstrom@un.org. ♦

Ulteriori informazioni:
<http://www.un.org/events/tenstories/>

ten stories

INDICE DELLE RUBRICHE

ACP News

Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita			
Una proposta dell'ACP	1	20	S. Bernasconi et al.
Relazione del Presidente al Consiglio ACP 2005	3	114	M. Gangemi
Congresso Nazionale ACP 2005			
Elezione alle cariche direttive	3	116	Red
Iniziativa ACP sulla formazione e sull'ambiente	3	117	F. Zanetto
Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri	3	120	L. Piermarini
Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri	4	158	L. Piermarini
Quaderni acp: come lavora la redazione	6	249	Red

Aggiornamento avanzato

L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la dismorfologia	2	78	M. Priolo, C. Laganà
----------------------------------------------------------------------------	---	----	----------------------

Attualità

La Reverse anorexia: una sindrome maschile di DCA	4	143	L. Gualtieri, S. Agostini
---------------------------------------------------	---	-----	---------------------------

Caso che insegna (il)

Lucia e Marco non crescono	1	33	R. Lala et al.
Uno strano dolore di schiena	5	224	F. Forte et al.
Una dispnea difficile da classificare	6	271	P. Siani et al.

Congressi controllo

I trent'anni dell'ACP	1	10	P. Siani
Saper comunicare in Pediatria	1	10	F. Zanetto
Le ricerche sull'allattamento al seno	1	11	S. Conti Nibali
Task force sull'allattamento al seno dell'ACP	2	56	S. Conti Nibali
Vita quotidiana con un neonato non "sano e bello"	2	56	F. Zanetto
Trieste: assistenza a 360 gradi alla puerpera e al neonato	2	57	P. Elli
SPES: epidemiologia al servizio della salute	2	57	M. Gangemi
Il congresso di Reach Out And Read	3	100	A. Sila
La Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita	3	100	F. Morandi
Rete SPES. Il punto	3	101	Red
Tabiano 14	3	101	Red
Cesena, percorso nascita, le criticità	6	236	F. Ciotti
Milano: dislessia, le criticità	6	237	F. Zanetto

Editoriale

Nati per Leggere e Nati per la Musica			
l'opportunità di non disperdere talenti	1	1	R. V. Merletti, P. Cascio
I futuri medici conoscono i rischi del mercato dei farmaci?	2	47	G. Biasini
Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli			
Dopo due secoli di rivoluzione industriale si è rotto			
l'ottimismo che legava le generazioni	3	93	A. Perna
Democrazia, partecipazione e salute	4	139	G. Biasini
La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP	5	185	M. Gangemi
L'ACP da Napoli 2005 ad Asolo 2006	6	231	M. Gangemi

Esperienze

Prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato con vitamina K.			
Una esperienza di rapporti ospedale-territorio	1	29	P. Causa, S. Manetti
Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	P. Brunelli et al.
La musica in ospedale. Un progetto e i primi risultati	5	210	A. Perondi
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	R. Quadalti, M. C. Capriotti

Film per ragazzi

Les Choristes di Moscufo	1	9	I. Spada
Come può il sorriso dei bambini fare paura?			
Alla luce del sole di Roberto Faenza	2	61	I. Spada
I figli degli altri: Spanglish di James L. Brooks	3	102	I. Spada
Naufragi e salvataggi in Quando sei nato non puoi più nasconderti di Marco Tullio Giordana	4	165	I. Spada
La storia di Brian in Mysterious Skin	5	201	I. Spada
Milioni di Bambini invisibili in sette cortometraggi	6	241	I. Spada

Info

Latte artificiale Coop a prezzi europei	1	18	Red
Latte artificiale e regioni	1	18	Red
Latti e farmacie lombarde	1	19	Red
Vioox. Confusione e altro alla FDA	1	19	Red
Anche in Francia i "Nograziepagoio"	2	72	Red
Allattamento al seno in Parlamento	2	72	Red
Un altro latte a costo europeo	2	72	Red
Tumori di bambini e adolescenti in Europa	2	72	Red
Quanto costano gli anziani	2	73	Red
Tsunami	2	73	Red

Vioox: lo sapevano!	2	73	Red
I bambini dopo Beslan	2	73	Red
Addio catena del freddo	2	73	Red
In breve	2	73	Red
Il Los Angeles Times e i conflitti di interesse	3	112	Red
Rapporto Ceis Sanità 2004	3	112	Red
Mortalità materna e infantile nel mondo	3	112	Red
Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale	3	112	Red
Civette, allodole e adolescenza	3	112	Red
Antibiotici e resistenze	3	113	Red
Nasce Ibfan Italia	3	113	Red
Un successo un po' strano	3	113	Red
In breve	3	113	Red
Il regolamento europeo per i farmaci "pediatrici" non risponde ai bisogni dei bambini	4	172	Red
Sperimentazioni di farmaci per bambini e semestre europeo inglese	4	173	Red
La città invisibile di Milano	4	173	Red
Latte artificiale e obesità	4	173	Red
Latti uguali	4	173	Red
Lancet e il commercio delle armi del suo editore	5	214	Red
Tacrolimus e vaccinazioni	5	214	Red
The US National Children Study	5	214	Red
Liste di attesa	5	214	Red
Integrare i trial clinici con analisi economiche	5	214	Red
Rifugiati e disordini mentali	5	215	Red
Più bambini in Francia	5	215	Red
Vioox: ancora polemiche in USA	5	215	Red
Test genetici fatti in casa	5	215	Red
Cervelli in fuga	5	215	Red
Ticket in Germania	5	215	Red
Non solo colpa nostra	5	215	Red
Spot ed etichette	5	215	Red
Medicinali a misura di bambino	6	256	Red
Sperimentazioni sui bambini	6	256	Red
I bugiardi	6	256	Red
Processo alla Merck	6	256	Red
Sul Palivizumab ci danno ragione	6	256	Red
Un Premio Nobel	6	256	Red
Cala la spesa per il latte artificiale	6	257	Red
Gap 10/90: le vecchie povertà	6	257	Red
Libri: le nuove povertà	6	257	Red
Un altro tipo di conflitto di interessi	6	257	Red
Il Dalai Lama? No grazie	6	257	Red
Creazionismo ed evolucionismo	6	257	Red
È nato il 6+2 con la musica	6	257	Red

Informazioni per genitori

Grassi e calorie nei cibi McDonald's	5	226	Red
"Usò non garantito" ... Pensaci!	6	274	A. Volta

Leggere e fare (scenari)

Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K	1	26	S. Malguzzi et al.
Un ematoma toracico con frattura costale. Perché?	2	80	I. Crupi
Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo	3	128	S. Faraci, G. Scibilia
Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci	4	178	O. Testagrossa, E. Siclari
L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità?	5	218	L. Andaloro, O. Testagrossa
I latti sono tutti uguali?	6	265	A. Alfarano et al.

Lettere

Una diversa pediatria	1	22	A. Veneziano
Cose che accadono dopo un congresso	1	23	M. Narducci
Una regola o un rapporto?	2	75	C. Panza
Qualcosa di importante è successo	2	75	O. Limpi
Latte artificiale e punti nascita	3	122	A. Volta
I latti sono tutti uguali?	3	122	D. Pedrotti
Benetton, McDonald's e Kellogg's gli alferi della salute	3	123	S. Di Mario et al.
Profilassi del neonato con vitamina K	3	124	G. Buonacore
Meglio dormire soli che "bene" accompagnati?	4	174	F. Ciotti
La profilassi della patologia da virus respiratorio sinciziale: una esperienza	4	175	S. Chiappe
La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il "Sud d'Italia"	4	176	F. Giovanetti

Così ho imparato a fare Nati per Leggere	4	176	O. Righi	Veneto	5	203	Red
Il Lazio regala un dvd discutibile	5	216	M. E. Armeni	Guarda che faccia	5	203	G. Polizzi
Meglio dormire soli che "bene" accompagnati?	6	216	M. L. Tortorella, A. Moschetti	Letture al bambino e attaccamento	5	206	C. Barbiero
Lettere				Prime valutazioni di efficacia	6	244	Red
Il bambino-intruso: mille facce della violenza	2	62	C. Bellieni	Nati per Leggere all'estero	6	244	Red
Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900	3	103	A. Volta	Toscana	6	244	Red
Libri: occasioni per una buona lettura				Sicilia	6	245	Red
I Premi Ig Nobel	1	16	P. Campo	Campania	6	245	Red
Le parole difficili	1	16	F. Zanetto	Puglia	6	245	Red
Quando avevo cinque anni mi hanno ucciso	1	17	G. Biasini	Una lettera	6	245	P. Bolla
Diciamolo chiaramente	1	17	F. Zanetto	Narrative medicine			
Il bambino di Noè	2	70	F. Fusco	Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare	4	182	P. Elli, F. Zanetto
Governo clinico	2	70	G. Biasini	Saper comunicare con i genitori alla prima visita	5	221	M. Grimaldi
Niente, più niente al mondo	2	71	P. Campo	Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	M. Gangemi et al.
In fuga	2	71	N. D'Andrea	Organizzazione sanitaria			
Angoscia vai via! Sui nodi alla gola e sulle strette al cuore dei bambini	3	108	F. Zanetto	Mensa scolastica "mediterranea" valutazione qualitativa a punteggio	2	53	M. Iaia
Scienza e fascismo	3	108	G. Biasini	La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche	5	194	M. Farneti
L'ombra del grande muro	3	109	P. Campo	Osservatorio internazionale			
Nascere e crescere oggi in Italia	3	109	G. Biasini	La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia	2	51	M. Bonati, R. Campi
Pathologies of Power; Health, Human Rights, and the New War on the Poor	4	170	Dalla presentaz. editoriale	Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie	4	160	A. Stefanini
Banchogi. Solo metà	4	170	A. G. Giulianelli	Punto su (il)			
Giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco	4	171	M. Gangemi	Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	S. Amarrì, N. Burgoni
Tre metri sopra il cielo	4	171	F. Fusco	La violenza in televisione. Poco quel che si sa, meno quel che si fa	5	229	G. Biasini
Raccontare la legalità.				Research letter			
34 scrittori interrogano una parola	5	212	P. Siani	I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano	2	85	N. Gasparini et al.
Il fuoriuscito	5	212	R. Tomatis	Ricerca			
Bambini affittati	5	213	F. Zanetto	Uso di farmaci nel primo anno di vita. Studio su una coorte di bambini in Friuli-Venezia Giulia	4	145	P. Materassi et al.
Nostalgia. Storia di un sentimento	5	213	G. Biasini	Le ricerche in corso nell'ACP	4	152	Segreteria della ricerca
A tavola con la Compagnia delle Orecchie Volanti	6	254	G. Biasini	Le ricerche in corso nell'ACP	6	233	Segreteria della ricerca
Il mio bambino non mi mangia.				Saggi			
Consigli per prevenire e risolvere il problema	6	254	S. Conti Nibali	La condivisione del consenso informato in pediatria	2	48	L. Massimo, T. J. Wiley
Si mangia!	6	254	G. Colott	Lo sviluppo musicale del bambino	3	96	J. Tafuri
Le mani in pasta	6	255	S. Manetti	Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione	4	140	L. Capra et al.
Medicina e storia				Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	L. Capra et al.
Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	S. Murgia	Salute pubblica			
Musical-mente				Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia	1	3	C. Masseria, F. Paolucci
"Nati per la musica", un primo bilancio	6	250	S. Gorini	Una politica per le disuguaglianze	5	191	G. Cirillo
Narrative Medicine				Saper fare			
Anna e la biopsia che non ci aiuta	1	31	F. Zanetto, M. Gangemi	La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica	1	35	D. Chiuchiù
Marco e le adenoidi: glielie togliamo?	2	83	P. Elli	L'esame coproparassitologico nei bambini			
Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?	3	131	F. Zanetto, M. Gangemi	Indicazioni e indagini raccomandate	1	39	D. Crotti et al.
Nati per Leggere				La comunicazione della diagnosi in adolescenza	2	87	L. Gualtieri
Nati per Leggere e Glaxo	1	12	Red	Il vissuto della fraterità dei bambini con handicap mentale: dall'allattamento al disturbo mentale	3	133	A. Witgens, J. Y. Hayez
Una lettera alle Regioni	1	12	Red	Ten stories			
Nati per Leggere e Leggere per Crescere	2	66	G. Tamburlini	Un altro tragico neo nell'assistenza sanitaria alle donne	5	228	S. Manetti
Una lettera di Michele Gangemi alla GlaxoSmithKline	2	66	M. Gangemi	Uganda: i bambini soldato al centro di una crisi umanitaria in crescendo	6	275	S. Manetti
E ancora su Leggere per Crescere	2	66	Red	Vaccinacipi			
NpL in Umbria	2	66	L. Piermarini	Arriva l'influenza, teniamola d'occhio	1	8	L. Grandori
Foligno	2	67	M. Friggeri	Effetti indiretti, perplessità e qualche buona novità	2	60	L. Grandori
Campania	2	67	Red	Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: un'occasione perduta	3	99	L. Grandori
Piemonte	2	67	Red	Le vaccinazioni: una complessità in aumento	4	164	L. Grandori
Valli di Fiemme e Fassa in Trentino	3	106	E. Vanzetta	Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto	5	200	L. Grandori
Sicilia	3	106	S. Speciale	Influenza aviaria: proviamo a fare chiarezza	6	242	L. Grandori
Basilicata	3	107	Red				
Sardegna	3	107	Red				
Abruzzo	3	107	Red				
Toscana	3	107	P. Seppia				
La grande avventura del leggere. Proposte per i piccolissimi	4	166	M. L. Meacci				
Quanto si legge in Italia. Indagine di Liber	5	202	Red				
Una indagine della Mondadori	5	202	L. Tais				
Basilicata	5	203	Red				
Campania	5	203	Red				

INDICE ANALITICO

Abuso				Accoglienza relazionale			
Un ematoma toracico con frattura costale. Perché?	2	80	I. Crupi	Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	P. Brunelli et al.
Acidi grassi polinsaturi				Acuità visiva			
I lattini sono tutti uguali?	6	265	A. Alfano et al.	I lattini sono tutti uguali?	6	265	A. Alfano et al.
Accoglienza ambientale				Adenoidi			
Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	P. Brunelli et al.	Marco e le adenoidi: glielie togliamo?	2	83	P. Elli

Adenoidectomia					
Marco e le adenoidi: gliele togliamo?	2	83	<i>P. Elli</i>		
Adolescenza					
La comunicazione della diagnosi in adolescenza	2	87	<i>L. Gualtieri</i>		
Allattamento al seno					
L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità?	5	218	<i>L. Andalaro, O. Testagrossa</i>		
Ambiente					
Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli					
Dopo due secoli di rivoluzione industriale si è rotto l'ottimismo che legava le generazioni	3	93	<i>A. Perna</i>		
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	<i>R. Quadalti, M. C. Capriotti</i>		
Aneurisma cerebrale					
Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	<i>M. Gangemi et al.</i>		
Anoressia nervosa					
La <i>Reverse anorexia</i> : una sindrome maschile di DCA	4	143	<i>L. Gualtieri, S. Agostini</i>		
Area delle cure primarie					
La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche	5	194	<i>M. Farneti</i>		
Ascolto					
Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	<i>P. Brunelli et al.</i>		
Asma					
Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	<i>L. Capra et al.</i>		
Una dispnea difficile da classificare	6	271	<i>P. Siani et al.</i>		
Assistenza territoriale					
La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche	5	194	<i>M. Farneti</i>		
Attaccamento					
Lettura al bambino e attaccamento	5	206	<i>C. Barbiero</i>		
Attività sportiva					
Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione	4	140	<i>L. Capra et al.</i>		
Automedicazione					
Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci	4	178	<i>O. Testagrossa, E. Siclari</i>		
Bambino					
Lucia e Marco non crescono	1	33	<i>R. Lala et al.</i>		
La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica	1	35	<i>D. Chiuchiù</i>		
Il bambino-intruso: mille facce della violenza	2	62	<i>C. Bellieni</i>		
Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	<i>P. Brunelli et al.</i>		
Lo sviluppo musicale del bambino	3	96	<i>J. Tafuri</i>		
La violenza in televisione. Poco quel che si sa, meno quel che si fa	5	229	<i>G. Biasini</i>		
Bassa statura familiare					
Lucia e Marco non crescono	1	33	<i>R. Lala et al.</i>		
Benessere					
Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione	4	140	<i>L. Capra et al.</i>		
Biopsia					
Anna e la biopsia che non ci aiuta	1	31	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Canto					
Lo sviluppo musicale del bambino	3	96	<i>J. Tafuri</i>		
Case management					
La comunicazione della diagnosi in adolescenza	2	87	<i>L. Gualtieri</i>		
Celiachia					
Anna e la biopsia che non ci aiuta	1	31	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Citogenetica					
L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la dismorfologia	2	78	<i>M. Priolo, C. Laganà</i>		
Colestiramina					
Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare	4	182	<i>P. Elli, F. Zanetto</i>		
Complessità					
Le vaccinazioni: una complessità in aumento	4	164	<i>L. Grandori</i>		
Comportamento					
Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione	4	140	<i>L. Capra et al.</i>		
Comunicazione					
La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica	1	35	<i>D. Chiuchiù</i>		
La condivisione del consenso informato in pediatria	2	48	<i>L. Massimo, T. J. Wiley</i>		
Il piccolo paziente rappresenta il "suo dottore"	2	68	<i>P. Brunelli et al.</i>		
La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP	5	185	<i>M. Gangemi</i>		
La musica in ospedale. Un progetto e i primi risultati	5	210	<i>A. Perondi</i>		
Consenso informato					
La condivisione del consenso informato in pediatria	2	48	<i>L. Massimo, T. J. Wiley</i>		
Controllo delle nascite					
Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	<i>S. Murgia</i>		
Cortisone					
Marco e le adenoidi: gliele togliamo?	2	83	<i>P. Elli</i>		
Counselling					
Anna e la biopsia che non ci aiuta	1	31	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?	3	131	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare	4	182	<i>P. Elli, F. Zanetto</i>		
Saper comunicare con i genitori alla prima visita	5	221	<i>M. Grimaldi</i>		
Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	<i>M. Gangemi et al.</i>		
Crisi umanitaria					
Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie	4	160	<i>A. Stefanini</i>		
Danno muscolo-scheletrico					
Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	<i>L. Capra et al.</i>		
Deficit di vitamina K					
Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K	1	26	<i>S. Malguzzi et al.</i>		
Prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato con vitamina K.					
Una esperienza di rapporti ospedale-territorio	1	29	<i>P. Causa, S. Manetti</i>		
Democrazia					
Democrazia, partecipazione e salute	4	139	<i>G. Biasini</i>		
Determinanti sociali					
Una politica per le disuguaglianze	5	191	<i>G. Cirillo</i>		
Diabete					
Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	<i>L. Capra et al.</i>		
Dieta					
Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	<i>S. Amarrì, N. Burgoni</i>		
Dieta mediterranea					
Mensa scolastica "mediterranea" valutazione qualitativa a punteggio	2	53	<i>M. Iaia</i>		
Dieta priva di glutine					
Anna e la biopsia che non ci aiuta	1	31	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>		
Diritti del bambino					
Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900	3	103	<i>A. Volta</i>		
Disabilità mentale					
Il vissuto della fratricida dei bambini con handicap mentale: dall'allattamento al disturbo mentale	3	133	<i>A. Witgens, J. Y. Hayez</i>		
Disuguaglianze					
Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia	1	3	<i>C. Masseria, F. Paolucci</i>		
La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia	2	51	<i>M. Bonati, R. Campi</i>		
Una politica per le disuguaglianze	5	191	<i>G. Cirillo</i>		
Disfunzione corde vocali					
Una dispnea difficile da classificare	6	271	<i>P. Siani et al.</i>		
Dismorfologia					
L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la dismorfologia	2	78	<i>M. Priolo, C. Laganà</i>		
Disturbi del comportamento alimentare					
La <i>Reverse anorexia</i> : una sindrome maschile di DCA	4	143	<i>L. Gualtieri, S. Agostini</i>		
Dolore lombare					
Uno strano dolore di schiena	5	224	<i>F. Forte et al.</i>		
Dotto arterioso di Botallo					
Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo	3	128	<i>S. Faraci, G. Scibilia</i>		
Educazione					
Il bambino-intruso: mille facce della violenza	2	62	<i>C. Bellieni</i>		
Educazione alimentare					
Mensa scolastica "mediterranea" valutazione qualitativa a punteggio	2	53	<i>M. Iaia</i>		
Educazione musicale					
Nati per Leggere e Nati per la Musica	1	1	<i>R. V. Merletti, P. Cascio</i>		
Elminti					
L'esame coproparassitologico nei bambini					
Indicazioni e indagini raccomandate	1	39	<i>D. Crotti et al.</i>		

Emergent-literacy Letture al bambino e attaccamento	5	206	C. Barbiero	Letture dialogica Letture al bambino e attaccamento	5	206	C. Barbiero
Emergenza sanitaria Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie	4	160	A. Stefanini	Leucemia linfoblastica acuta Uno strano dolore di schiena	5	224	F. Forte et al.
Epilessia Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?	3	131	F. Zanetto, M. Gangemi	Libretto sanitario Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	S. Murgia
Esame parassitologico L'esame coproparassitologico nei bambini Indicazioni e indagini raccomandate	1	39	D. Crotti et al.	Libri per bambini La grande avventura del leggere Proposte per i piccolissimi	4	166	M. L. Meacci
Etica La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP	5	185	M. Gangemi	Malattia emorragica Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K Prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato con vitamina K. Una esperienza di rapporti ospedale-territorio	1	26	S. Malguzzi et al.
Famiglia La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica	1	35	D. Chiuchì	Malattia cronica La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche	1	29	P. Causa, S. Manetti
Farmaci I futuri medici conoscono i rischi del mercato dei farmaci?	2	47	G. Biasini	Malformazioni multiple L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la dismorfologia	2	78	M. Priolo, C. Laganà
Farmaci antitosse Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci	4	178	O. Testagrossa, E. Siclari	Maltrattamento Un ematoma toracico con frattura costale. Perché?	2	80	I. Crupi
Fibre Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	S. Amarri, N. Burgoni	Media La violenza in televisione. Poco quel che si sa, meno quel che si fa	5	229	G. Biasini
Fratria Il vissuto della fratria dei bambini con handicap mentale: dall'allattamento al disturbo mentale	3	133	A. Witgens, J. Y. Hayez	Medici Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie	4	160	A. Stefanini
Frattura costale Un ematoma toracico con frattura costale. Perché?	2	80	I. Crupi	Menarca I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano	2	85	N. Gasparini et al.
Frattura vertebrale Uno strano dolore di schiena	5	224	F. Forte et al.	Meningococco Effetti indiretti, perplessità e qualche buona novità	2	60	L. Grandori
GH Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita Una proposta dell'ACP	1	20	S. Bernasconi et al.	Menù scolastici Mensa scolastica "mediterranea" valutazione qualitativa a punteggio	2	53	M. Iaia
Golf ball Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	M. Gangemi et al.	Mercato dei farmaci I futuri medici conoscono i rischi del mercato dei farmaci?	2	47	G. Biasini
Guerra Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie	4	160	A. Stefanini	Modificazioni comportamentali Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	S. Amarri, N. Burgoni
Handicap La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica	1	35	D. Chiuchì	Musica Nati per Leggere e Nati per la Musica Lo sviluppo musicale del bambino La musica in ospedale. Un progetto e i primi risultati	1	1	R. V. Merletti, P. Cascio
Hub and Spoke La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche	5	194	M. Farneti	3	96	J. Tafuri	
Ibuprofene Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo	3	128	S. Faraci, G. Scibilia	5	210	A. Perondi	
Indometacina Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo	3	128	S. Faraci, G. Scibilia	Neonato Il bambino-intruso: mille facce della violenza	2	62	C. Bellieni
Infant observation Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	S. Murgia	Obesità L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità?	5	218	L. Andaloro, O. Testagrossa
Influenza Arriva l'influenza, teniamola d'occhio Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto	1	8	L. Grandori	Ormone della crescita Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita Una proposta dell'ACP Lucia e Marco non crescono	1	20	S. Bernasconi et al.
Informazione I futuri medici conoscono i rischi del mercato dei farmaci?	2	47	G. Biasini	1	33	R. Lala et al.	
Informazione al malato La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP	5	185	M. Gangemi	Pandemia Arriva l'influenza, teniamola d'occhio	1	8	L. Grandori
Ipercolesterolemia familiare Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare	4	182	P. Elli, F. Zanetto	Parassiti intestinali L'esame coproparassitologico nei bambini Indicazioni e indagini raccomandate	1	39	D. Crotti et al.
Ipersensibilità I lattini sono tutti uguali?	6	265	A. Alfarano et al.	Paresi Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?	3	131	F. Zanetto, M. Gangemi
Korczak Janusz Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900	3	103	A. Volta	Partecipazione Democrazia, partecipazione e salute	4	139	G. Biasini
Lassativi Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	S. Amarri, N. Burgoni	Patologia dello sviluppo La comunicazione della diagnosi in adolescenza	2	87	L. Gualtieri
Letture La grande avventura del leggere Proposte per i piccolissimi	4	166	M. L. Meacci	Pedagogia Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900	3	103	A. Volta
				Percezione del suono Nati per Leggere e Nati per la Musica	1	1	R. V. Merletti, P. Cascio
				Piano Nazionale Vaccini Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: un'occasione perduta	3	99	L. Grandori

Polio						
Effetti indiretti, perplessità e qualche buona novità	2	60	<i>L. Grandori</i>			
Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto	5	200	<i>L. Grandori</i>			
Politiche vaccinali						
Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: un'occasione perduta	3	99	<i>L. Grandori</i>			
Le vaccinazioni: una complessità in aumento	4	164	<i>L. Grandori</i>			
Povertà						
La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia	2	51	<i>M. Bonati, R. Campi</i>			
Prematuro						
Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo	3	128	<i>S. Faraci, G. Scibilia</i>			
Prevenzione						
Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K	1	26	<i>S. Malguzzi et al.</i>			
Prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato con vitamina K. Una esperienza di rapporti ospedale-territorio	1	29	<i>P. Causa, S. Manetti</i>			
L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità?	5	218	<i>L. Andaloro, O. Testagrossa</i>			
Prima visita						
Saper comunicare con i genitori alla prima visita	5	221	<i>M. Grimaldi</i>			
Primo anno di vita						
Uso di farmaci nel primo anno di vita. Studio su una coorte di bambini in Friuli-Venezia Giulia	4	145	<i>P. Materassi et al.</i>			
Produttività						
Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli. Dopo due secoli di rivoluzione industriale si è rotto l'ottimismo che legava le generazioni	3	93	<i>A. Perna</i>			
Progettazione partecipata						
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	<i>R. Quadalti, M. C. Capriotti</i>			
Protozoi						
L'esame coproparassitologico nei bambini. Indicazioni e indagini raccomandate	1	39	<i>D. Crotti et al.</i>			
Pubertà						
I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano	2	85	<i>N. Gasparini et al.</i>			
Ragazzi						
La violenza in televisione. Poco quel che si sa, meno quel che si fa	5	229	<i>G. Biasini</i>			
Relazione di aiuto						
Saper comunicare con i genitori alla prima visita	5	221	<i>M. Grimaldi</i>			
Relazione medico-paziente						
La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP	5	185	<i>M. Gangemi</i>			
Resilience						
Il vissuto della fratria dei bambini con handicap mentale: dall'allattamento al disturbo mentale	3	133	<i>A. Witgens, J. Y. Hayez</i>			
Reverse anorexia						
La Reverse anorexia: una sindrome maschile di DCA	4	143	<i>L. Gualtieri, S. Agostini</i>			
Ricoveri ospedalieri						
Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia		3	<i>C. Masseria, F. Paolucci</i>			
Reflusso gastroesofageo						
Una dispnea difficile da classificare	6	271	<i>P. Siani et al.</i>			
Rischio						
Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?	3	131	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i>			
Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	<i>M. Gangemi et al.</i>			
Ritardo costituzionale						
Lucia e Marco non crescono	1	33	<i>R. Lala et al.</i>			
Ritardo mentale						
L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la dismorfologia	2	78	<i>M. Priolo, C. Laganà</i>			
Rivoluzione industriale						
Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli. Dopo due secoli di rivoluzione industriale si è rotto l'ottimismo che legava le generazioni	3	93	<i>A. Perna</i>			
Rosolia						
Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto	5	200	<i>L. Grandori</i>			
Rotavirus						
Effetti indiretti, perplessità e qualche buona novità	2	60	<i>L. Grandori</i>			
Salute						
La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia	2	51	<i>M. Bonati, R. Campi</i>			
Democrazia, partecipazione e salute	4	139	<i>G. Biasini</i>			
Una politica per le disuguaglianze	5	191	<i>G. Cirillo</i>			
Scelta informatica						
Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia	6	262	<i>M. Gangemi et al.</i>			
Scuola						
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	<i>R. Quadalti, M. C. Capriotti</i>			
Suole all'aperto						
Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	<i>S. Murgia</i>			
Sociale						
La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia	2	51	<i>M. Bonati, R. Campi</i>			
Somministrazione di farmaci						
Uso di farmaci nel primo anno di vita. Studio su una coorte di bambini in Friuli-Venezia Giulia	4	145	<i>P. Materassi et al.</i>			
Sorveglianza						
Arriva l'influenza, teniamola d'occhio	1	8	<i>L. Grandori</i>			
Spedale degli Innocenti						
Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000	6	238	<i>S. Murgia</i>			
Sport						
La Reverse anorexia: una sindrome maschile di DCA	4	143	<i>L. Gualtieri, S. Agostini</i>			
Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	<i>L. Capra et al.</i>			
Statine						
Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare	4	182	<i>P. Elli, F. Zanetto</i>			
STH						
Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita						
Una proposta dell'ACP	1	20	<i>S. Bernasconi et al.</i>			
Stipsi						
Come affrontare la stipsi funzionale	1	43	<i>S. Amarri, N. Burgoni</i>			
Studio di coorte						
Uso di farmaci nel primo anno di vita. Studio su una coorte di bambini in Friuli-Venezia Giulia	4	145	<i>P. Materassi et al.</i>			
Superallenamento						
Lo sport: quando cura, quando dà patologia	5	186	<i>L. Capra et al.</i>			
Sviluppo del bambino						
I lattini sono tutti uguali?	6	265	<i>A. Alfarano et al.</i>			
Sviluppo psichico						
Il vissuto della fratria dei bambini con handicap mentale: dall'allattamento al disturbo mentale	3	133	<i>A. Witgens, J. Y. Hayez</i>			
Tosse						
Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci	4	178	<i>O. Testagrossa, E. Siclari</i>			
Tracheomalacia						
Una dispnea difficile da classificare	6	271	<i>P. Siani et al.</i>			
Traffico urbano						
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	<i>R. Quadalti, M. C. Capriotti</i>			
Università						
I futuri medici conoscono i rischi del mercato dei farmaci?	2	47	<i>G. Biasini</i>			
Vaccinazioni						
Effetti indiretti, perplessità e qualche buona novità	2	60	<i>L. Grandori</i>			
Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: un'occasione perduta	3	99	<i>L. Grandori</i>			
Le vaccinazioni: una complessità in aumento	4	164	<i>L. Grandori</i>			
Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto	5	200	<i>L. Grandori</i>			
Influenza aviaria: proviamo a fare chiarezza	6	242	<i>L. Grandori</i>			
Vaccinazione antinfluenzale						
Arriva l'influenza, teniamola d'occhio	1	8	<i>L. Grandori</i>			
Valutazione a punteggio						
Mensa scolastica "mediterranea" valutazione qualitativa a punteggio	2	53	<i>M. Iaia</i>			
Violenza						
Il bambino-intruso: mille facce della violenza	2	62	<i>C. Bellieni</i>			
La violenza in televisione. Poco quel che si sa, meno quel che si fa	5	229	<i>G. Biasini</i>			
Vitamina K						
Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K	1	26	<i>S. Malguzzi et al.</i>			
Prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato con vitamina K. Una esperienza di rapporti ospedale-territorio	1	29	<i>P. Causa, S. Manetti</i>			
Walking bus						
I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare?	6	246	<i>R. Quadalti, M. C. Capriotti</i>			