

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it

I bambini e gli animali



1 Editoriale: È possibile un'informazione medica non condizionata? **6** Fattori che influenzano l'allattamento al seno **11** La cooperazione internazionale **12** Una piramide di salute: il Progetto ARCA **17** Musical-mente: Sviluppare l'intelligenza musicale dei bambini **18** Congressi Controluce: XVII congresso dell'ACP **21** Film: Oliver Twist **22** Nati per Leggere **26** Libri **28** Info: Tortura e medici militari **30** Lettere: Democrazia, partecipazione e salute **32** I servizi sanitari per l'età evolutiva: le proposte ACP **33** Tenstories: Donne costruttrici di pace **36** I latti sono tutti uguali? **40** Vaccinacipi: Occhio alla sicurezza **41** Comunicare e parlare: la nascita di un gioco. Come prevenire il ritardo del linguaggio **44** La Newsletter ACP, strumento di formazione **46** Beta-talassemia, cosa si deve sapere

gennaio-febbraio 2006 vol 13 n° 1

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

gennaio-febbraio 2006 vol 13 n° 1

Editoriale

- 1 È possibile un'informazione medica non condizionata?
Luca De Fiore

Ricerca

- 6 Quali fattori influenzano l'allattamento al seno?
Federico Marolla et al.

Osservatorio internazionale

- 11 La cooperazione internazionale allo sviluppo
Arturo Alberti

Salute pubblica

- 12 Una piramide di salute: il Progetto ARCA
Ersilia Troiano et al.

Musical-mente

- 17 Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini
James Levine

Congressi controllo

- 18 Cultura, intelligenza ed etica al XVII Congresso Nazionale dell'ACP
Michele Gangemi, Paolo Siani, Maurizio Bonati
- 19 La "Consensus" di Pisa sull'obesità
Michele Valente
- 19 O il piacere o la vita
Michele Gangemi

Film

- 21 Caro, piccolo, intramontabile: Oliver Twist
Italo Spada

Nati per Leggere

- 22 NpL in Lombardia
- 22 NpL in Emilia Romagna
- 23 NpL in Toscana

Libri

- 26 Evidence-based nursing di *Alfredo Pisacane, Salvatore Panico*
- 26 Molto forte, incredibilmente vicino di *Jonathan Safran Foer*
- 27 Il cacciatore di aquiloni di *Khaled Hosseini*
- 27 Il difficile rientro di *Dianella Gagliani*

Info

- 28 Tortura e medici militari
- 28 Bioterrorismo
- 28 Acido folico in commercio

- 28 L'India produce farmaci
- 28 Registro nazionale dei trattati con GH
- 28 Biblioteca Medica Virtuale gratuita a Bolzano
- 29 Ricerche inutili applicazioni tardive
- 29 E la famiglia paga! Le vecchie povertà
- 29 Tecnologie e competitività
- 29 Vitamina K: la ragione si fa strada
- 29 Perché il colore della pelle
- 29 Latte materno in commercio. Cosa ne pensiamo?
- 29 Cosa vi ricorda?
- 29 Limiti alla pediatria di libera scelta?

Lettere

- 30 Democrazia partecipazione e salute
Efrem Marri
- 30 Possiamo parlare almeno di metodo?
Rosario Cavallo
- 31 Il DVD del Lazio sull'allattamento al seno
Giorgio Di Piero

Organizzazione sanitaria

- 32 Proposte per i servizi sanitari per l'età evolutiva
Red

Tenstories

- 33 Donne costruttrici di pace: da vittime a ricostruttrici di una società
Stefania Manetti (a cura di)

35 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 36 I lattini sono tutti uguali?
Eleonora Di Tommaso et al.

Vaccinacipi

- 40 Occhio alla sicurezza
Luisella Grandori

Saper fare

- 41 Comunicare e parlare: la nascita di un gioco
Serena Bonifacio, Annamaria Reginella, Elisabetta Zocconi

Il punto su

- 44 La Newsletter ACP/CSB: uno strumento di formazione che cambia la pratica clinica
Federica Zanetto et al.

Informazioni per genitori

- 46 Beta-talassemia, anemia mediterranea o microcitemia: cosa si deve sapere
Aldo Filosa et al.

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2006 è di 75 euro. Arretrati: 6 euro. 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
January-February 2006; 13(1)

1 Editorial

Is an unconditioned medical information possible?
Luca De Fiore

6 Research

Which factors influence breast feeding?
A questionnaire - based survey during
the first well child visit by family
paediatricians in Rome
Federico Marolla et al.

11 A window on the world

International cooperation for development.
A difficult moment in Italy and in Europe
Arturo Alberti

12 Public Health

A Food Pyramid for good health:
the ARCA Project
Ersilia Troiano et al.

17 Musical-mente

Lets develop children's musical intelligence
James Levine

18 Meeting synopses

21 Movies

22 Born to read

26 Books

28 Info

30 Letters

32 Health care system

Health services for evolutive age: suggestions
from Associazione Culturale Pediatri
Red

33 Tenstories

Women as peacemakers:
from victims to re-builders of society
Stefania Manetti

35 Didactic support

36 From literature to practice

Are all infant formulas the same?
Eleonora Di Tommaso et al.

40 Vaccinacipi

A look at safety
Luisella Grandori

41 Update to practice

Communication and speaking:
the birth of a game.
How to prevent language delay
*Serena Bonifacio, Annamaria Reginella,
Elisabetta Zocconi*

44 Appraisals

The ACP/CSB literature surveillance
bulletin for professional growth
Federica Zanetto et al

46 Informing parents

What we should know about Beta-Thalassemia,
Mediterranean anemia
Aldo Filosa et al

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: francdessi@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
"La Sacra Famiglia" (particolare), Bartolomé
Esteban Murillo 1618-1682, olio su tela.
Museo del Prado, Madrid.

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. Vanno indicati per esteso: i nomi degli Autori e gli Istituti/Sedi/Enti/Centri in cui lavorano. 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. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 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.

È possibile un'informazione medica non condizionata?

Luca De Fiore
Direzione Generale, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Sintesi della relazione tenuta al congresso ACP 2005 a Napoli

Abstract

Is an unconditioned medical information possible?

The medical publishing environment has been recently shocked by several chilling stories. Too often, physicians routinely rely on poor quality information, home-made by pharmaceutical companies; industries have also an enormous influence over continuing medical education (CME) programs, sponsoring and orienting workshops, journals, and distance learning. Medical knowledge is biased at an early stage, since most clinical trials are substantially controlled by Big Pharma. Doctors cooperate in producing biased clinical guidelines, reviews and conference reports, accepting any kind of gifts from the industries. The individual physician is the ideal target for this kind of marketing strategies: as doctors have been busier and busier, they are more and more exposed to the allure of gifts and grants offered during the salesmen visits. On the other hand, medical societies and professional organizations have heavy financial entanglements with the industry: companies sponsor symposia and CME courses; frequently, satellite meetings are better attended and cited than scientific sessions. How did it happen? As the influence of money has grown medicine ceased to be among the most respected professions. Doctors seem to be less confident in medical knowledge, not opposing to industry promotion and to patients' rising medical consumerism. What can be done now? Disclosure of financial ties with industries could be a first step but it hardly would be enough. Postgraduate medical education should be based on teaching of the methods of critical appraisal of all the best evidence. Only governmental institutions and agencies should plan, finance and manage projects granting CME credits. Scientific associations must be self-supporting. The promotional strategies of pharmaceutical companies should be guided by clear, comprehensive, rigorous policies and standards, and carefully monitored by regulatory agencies.

Quaderni acp 2006; 13(1): 1-5

Key words Medical publishing. Continuing medical education. Conflict of interests. Medical knowledge. Biased information. Postgraduate medical education

L'Autore propone una riflessione sulla responsabilità del medico nei confronti della industria farmaceutica la cui spesa pubblicitaria è estremamente elevata e in un'alta percentuale riguarda investimenti promozionali nei confronti dei medici. Le conoscenze che vengono messe a disposizione dei medici sono dunque condizionate assai precocemente alla loro fonte cioè da chi le somministra. La fonte industriale è, allo stesso tempo, alla base della vita economica delle società scientifiche. L'Autore pensa che si possa uscire da questo labirinto incentivando l'attività di ricerca clinica, facendo diventare i medici protagonisti autonomi di progetti di studio e forzando le imprese ad agire in modo socialmente responsabile.

Parole chiave Pubblicazioni mediche. Educazione medica continua. Conflitti di interesse. Conoscenze mediche. Informazioni falsificate. Educazione medica post-laurea

Esiste un genere di domande al quale si è portati a rispondere con il gesto di allargare le braccia, quale segno d'impotenza e rassegnazione, quasi a voler dire: "Non saprei" oppure "Non posso farci nulla". Acutamente, un noto geografo osservava

che nel gesto le mani sono quasi sempre arcuate e i gomiti flessi; è il mondo che vogliamo indicare aprendo le braccia, la complessità invincibile di un territorio vasto e labirintico (1). Credo dunque che per rispondere a una domanda del genere



sia necessario in primo luogo provare a delineare una fenomenologia del condizionamento; solo conoscendo il labirinto e comprendendo perché molti in esso si sono smarriti, potremmo forse aiutare questi ultimi a uscirne.

Fino a che punto siamo arrivati

I medici producono contenuti su commissione industriale

I medici costano molto alle aziende farmaceutiche: per l'acquisto di materiale promozionale venivano investiti quasi 2 mila miliardi nel 1998 (2). Negli Stati Uniti la spesa pubblicitaria complessiva è di oltre 21 miliardi di dollari all'anno: oltre 30 mila dollari all'anno spesi per ciascun medico americano, vale a dire l'equivalente di una copertura assicurativa per due milioni di cittadini statunitensi privi di assistenza sanitaria gratuita... (3).

Oltre a mostrarsi riconoscente con doni di vario genere e utilità, l'industria compensa i medici, direttamente o, più spesso, indirettamente. Gran parte delle volte, i compensi sono finalizzati a incrementare le prescrizioni o a favorire la delibera per l'acquisto di apparecchiature, anche se i medici sembrano convinti che le proprie scelte individuali non possano essere influenzate (4-5); con sempre maggiore frequenza, però, i compensi sono elargiti direttamente in denaro a fronte della produzione di informazioni volte a condizionare le scelte di altri operatori sanitari.

Uno dei momenti attraverso i quali le aziende hanno maggiore facilità per entrare in contatto con il medico è durante lo svolgimento di mini-meeting che prevedono la conferenza di un "esperto" a cui fa seguito una cena. Un evento di questo genere può anche garantire ai partecipanti l'acquisizione di crediti educativi. Per fare conoscere un nuovo prodotto nella fase di lancio sul mercato, un'azienda arriva a prevedere lo svolgimento contemporaneo, o in sequenza, di decine

Per corrispondenza:
Luca De Fiore
e-mail: luca.defiore@pensiero.it

editoriale



di incontri di questo tipo, in diverse città italiane. In questi casi, l'investimento si aggira tra i 2 e i 3 milioni di euro per una serie di meeting uguali.

Queste occasioni sono utili alle aziende per riconoscere compensi ai relatori ai quali è spesso richiesto un impegno minimo, dal momento che il testo del loro intervento e le diapositive che lo accompagnano sono solitamente preparati dall'agenzia di pubblicità incaricata del lancio del prodotto o dalla stessa azienda. In certi casi anche queste occasioni possono produrre contenuti destinati a durare oltre il momento della comunicazione orale, organizzati più o meno sistematicamente sotto forma di supplementi a riviste o monografie.

Alcune industrie riconoscono un compenso ai medici che partecipano a sperimentazioni cliniche che spesso è proporzionale al numero di pazienti arruolati. L'entità del compenso è variabile: negli Stati Uniti si aggira tra i 2 e i 4 mila dollari, a cui si aggiungono degli extra qualora lo studio debba essere svolto durante la stagione estiva. A un maggior disagio, dunque, corrisponde una maggiore generosità.

Le conoscenze sono pertanto condizionate precocemente, alla fonte stessa: in fase di raccolta dei dati finalizzati alla registrazione dei prodotti e al momento della loro presentazione ai medici, quando quest'ultima avvenga. I problemi dell'insabbiamento dei dati non favorevoli che scaturiscono dalle sperimentazioni cliniche sono noti (6). Non si può parlare nemmeno di letteratura grigia, ma di pagine nere della scienza contemporanea. Riviste autorevoli accettano oggi solo lavori, il cui disegno sia stato presentato e discusso preliminarmente tra gli Autori e il board scientifico del periodico stesso (7).

Un altro fenomeno strano è emerso nelle passate stagioni: gli anni della *evidence-based medicine* hanno stranamente coinciso con la riscoperta del caso clinico. Ma come, penserà qualcuno, nella ormai proverbiale "piramide delle evidenze" il caso clinico non occupava un gradino alla base, dal valore tutto sommato trascurabile? Nonostante le reali potenzialità di un case report intelligentemente redatto perché ben osservato e interpreta-

TABELLA 1: PREZZI DI VENDITA DEI SIMPOSI SATELLITE A SECONDA DELLA LORO DURATA ESPRESSI IN EURO

Durata del simposio satellite	15 minuti	30 minuti	60 minuti	90 minuti
Società Italiana di Medicina Interna	Non previsti	27.000,00	40.000,00	54.000,00
Società Italiana di Pediatria	Non previsti	25.000,00	35.000,00	60.000,00
Società Italiana di Cardiologia	28.000,00	40-45.000,00	61.000,00	75.000,00

to (8), il fenomeno ha finalità strumentali. Per esempio, elargire compensi ai medici che accettino di partecipare a una raccolta di case report, selezionando e descrivendo la storia di loro pazienti, laddove si tratti di malati reali e non esistenti solo nell'immaginario del clinico. Può anche accadere che alcuni di questi resoconti prospettino l'impiego di un determinato prodotto per indicazioni non ufficialmente autorizzate, *off-label*. Le pubblicazioni che derivano da questi progetti possono essere utilizzate per suggerire un uso dei medicinali diverso da quello previsto dalle autorità regolatorie.

Le agenzie di pubbliche relazioni: opacità invece di trasparenza

Le agenzie di comunicazione gestiscono i budget dei clienti farmaceutici ed elettromedicali che possono così non figurare in prima persona nell'organizzazione di incontri, conferenze stampa e congressi, occasioni che favoriscono la pubblicazione di articoli redazionali sulla stampa laica e professionale. Inoltre, le agenzie assolvono spesso al ruolo di intermediazione economica tra le industrie e gli operatori sanitari, consentendo di aggirare qualsiasi norma circa i limiti dei rapporti economici.

Le società scientifiche dipendono dalle industrie

Molte società scientifiche producono "conoscenze" solo dopo essersi procurate sponsorizzazioni a copertura dei costi sostenuti e dei rimborsi ai medici coinvolti in questi progetti informativi. Se è forse vero quanto scrive Kassirer a pro-

posito della vulnerabilità delle società cardiologiche dal punto di vista dei conflitti di interesse, purtroppo le pressioni industriali non risparmiano alcuna disciplina (3).

Lo svolgimento dei congressi nazionali è reso possibile dai finanziamenti delle aziende che, oltre ad acquistare lo spazio per l'allestimento di stand, offrono servizi sempre più stravaganti. Se parliamo però d'informazione condizionata, l'aspetto più rilevante è la vendita delle sessioni scientifiche del congresso e l'inclusione nel programma dei cosiddetti simposi satellite, la cui articolazione è decisa dagli sponsor che definiscono il panel dei relatori e, molto spesso, collaborano alla stesura degli interventi e delle slide. L'attenzione dei partecipanti ai congressi è venduta cara dagli organizzatori alle industrie. Quasi tutti i congressi nazionali delle società scientifiche previsti nell'autunno 2005 prevedono simposi satellite. È interessante vedere come variano i prezzi a seconda delle discipline (*tabella 1*).

Le società scientifiche sono spesso impegnate anche nella stesura di linee guida. Di solito, la metodologia utilizzata è quella del BOGSAT: *a bunch of guys sat around a table* (9). In altre parole, la competenza conta di meno dell'amicizia con il presidente. La questione più impegnativa, in questi casi, è la scelta del resort dove incontrarsi; per alcuni il castello nel Chianti sarà troppo umido, per altri la *maison de charme* in Provenza risulterà decisamente fuori mano. La procedura seguita nella definizione del panel dei partecipanti è comunque rigorosa: una volta sicuri di aver ricam-



biato cortesie e attenzioni a suo tempo ricevute da colleghi, l'elenco dei partecipanti è bene sia approvato dall'azienda sponsor.

Uno dei possibili esiti della commercializzazione dell'associazionismo medico è la sua esplosione per bulimia consociativa. Esistono agenzie di pubbliche relazioni specializzate nel dar vita a società mediche sempre nuove, solitamente emanazione di un'associazione-ombrello preesistente. È così che da una società "genericamente" di ginecologia nasceranno quelle per lo studio della contraccezione, della menopausa, della fertilità, e così via.

Spesso, è il presidente uscente della società-ombrello a dare vita a una realtà associativa più piccola; conserva un ruolo da *key opinion leader* (KOL) in piena regola e porta in dote alla neonata associazione i finanziamenti riconducibili alla sua carismatica personalità. Nuova Società significa nuove linee-guida, nuovi congressi, nuovi periodici, nuovi siti web e così via.

Una ragione ci sarà

Perché così spesso gli operatori sanitari cedono alla tentazione di "ballare con i porcospini"? (10). Negli ultimi tempi, le ragioni di questi legami sono state studiate e discusse, anche se questo dibattito non ha avuto esiti concreti. Ciò che sembra emergere, come sottolineato anche da Bobbio, è che in generale il medico si autoassolve per propri eventuali comportamenti poco corretti, considerandoli ininfluenti ai fini dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria da lui prestata (6).

Voglio guadagnare di più

Gran parte dei medici non ha un reddito particolarmente elevato. Molti tra quanti hanno scelto questo mestiere si sarebbero aspettati di vedersi riconosciuto un maggior guadagno, ma soprattutto un diverso prestigio sociale, proprio a causa della professione esercitata. Tra gli operatori più giovani l'insoddisfazione non è di certo inferiore ai colleghi più anziani: difficoltà a trovare un lavoro retribuito anche dopo anni di studio e di ricerca, ostacoli nel progredire di carriera. Alcuni vedono in questo il motivo della diffusa,

pronta disponibilità del medico ad accettare le lusinghe dell'industria; cedere a queste tentazioni è uno dei punti di partenza dai quali si innesca il meccanismo che porta a un sempre più diffuso condizionamento dell'informazione. Da medici più vulnerabili nascono *ghost writer* più accomodanti o, in alcuni casi, medici più disponibili a regalare la propria firma a testi scritti da altri.

Dunque, una diversa gratificazione economica potrebbe forse proteggere il medico, inducendolo a declinare le offerte di favori e denaro. Se così fosse, però, sarebbero i medici più coscienti, quelli che si rifiutano di visitare "più di 25 malati al giorno", a essere più esposti alle seduzioni commerciali (3). Ciò che si osserva invece negli Stati Uniti è che la riluttanza a fare proprio l'attuale, prevalente modo di vivere da medico è maggiore in quei giovani che, una volta formati nei campus delle Ivy Medical School, si sforzano di interpretare la professione in maniera eticamente corretta. La necessità economica sembra dunque essere un fattore meno importante rispetto all'aspirare ad avere garantiti quei benefit di contorno capaci di restituire alla professione prestigio e rispettabilità sociale; di cosa parliamo? Viaggi, visibilità su pubblicazioni e ai congressi, dono di attrezzature cliniche, copertura di spese segretariali e così via.

Non voglio fare la figura del fesso

Come si è detto, al medico è chiesto assai di frequente di produrre contenuti, non solo di articoli o monografie. Assai più spesso si tratta di rapporti o documentazione di lavori eseguiti. Nel ricevere l'invito da parte di un'azienda a intervenire a un congresso o a preparare un case report, c'è chi deciderà di accettare, *ob torto collo*, solo per non fare la figura del fesso chiamandosi fuori dalla giostra sulla quale tutti sono saliti o ambiscono a montare. Restare fuori dal giro, sottolineando la diversità dei propri comportamenti, può costare caro anche per il progresso della carriera professionale. In maniera simile, ci si può trovare a dover derogare dai propri principi morali anche nella stesura di una relazione per una pubblica istituzione, per esempio per la direzione di un'azienda sanitaria. Anche

al di fuori dell'ambito privato ci si imbatte in documenti orientati a ottenere il consenso dei cittadini elettori piuttosto che sulle evidenze della letteratura scientifica.

Accetto i regali nel nome dei pazienti

Se è l'industria a pagare lo stipendio alla segretaria del Professore, a beneficiarne è l'utenza, non l'illustre luminare; se è l'azienda a sostenere il costo della borsa di studio dell'allievo più promettente, è lo sviluppo della ricerca clinica a trarne vantaggio; se le spese di viaggio in business class, alloggio e iscrizione al congresso di Chicago del fidato assistente del dirigente medico sono a carico dell'azienda che gestisce il servizio di lavanderia dell'azienda ospedaliera, sarà il progresso delle conoscenze a giovare. Un noto esperto in disturbi del metabolismo, Peter Libby, direttore della divisione di medicina cardiovascolare del Brigham and Women's Hospital di Boston, è direttore della newsletter *Lipid Letter* e del website *Lipids Online*, nonché del periodico *Lipid Management*. Perché un nome così autorevole decide di spendersi per pubblicazioni di questo genere, rese possibili solo dalle sponsorizzazioni delle aziende farmaceutiche? Perché solo in questo modo è possibile far giungere alla faticosa "classe medica" l'indifferibile messaggio educativo riguardante la necessità di controllare i livelli di colesterolemia, ha spiegato Libby (3); non negando i finanziamenti ricevuti e mantenendosi equidistanti dagli sponsor (in altre parole, figurando nel libro paga di tutti), è possibile mantenere indipendenza, oggettività e integrità della propria reputazione di *opinion leader* nella disciplina. Il ragionamento non fa una grinza; o no?

Dai motivi individuali alle ragioni di sistema

Le responsabilità del condizionamento dell'informazione ricadono però solo in parte sui singoli operatori sanitari. Interessi diversi ma convergenti hanno contribuito a determinare un habitat informativo in cui informazioni prevalentemente manipolate si impongono sulle conoscenze e queste ultime sono comunque disturbate da un rumore di



fondo che ne rende difficile la comprensione.

Le informazioni artefatte sono più rapide da confezionare e semplici da usare

Se si suggerisce di ridurre i livelli di pressione arteriosa dei pazienti “il più possibile” perché più bassi sono e meglio è, si finisce un messaggio estremamente facile da capire. Lo stesso se si consiglia di prescrivere probiotici a un bimbo in terapia antibiotica o a una signora con infezioni ricorrenti perché “tanto male non fanno” ed è importante “aiutare l’organismo”. Allo stesso modo, il target dei livelli di colesterolo sarà fissato sempre al ribasso, senza la noia di tener conto dei vari fattori di rischio la cui valutazione combinata fa perdere un sacco di tempo.

Ecco: il tempo, anzi la sua mancanza sembra essere il nemico principale di chi produce informazioni e di esse dovrebbe fruire. Se redigere una linea guida a partire dalle evidenze disponibili – da tutte, beninteso – è un lusso da perdigiorno, anche preparare un articolo di scienza per un quotidiano o per un sito web è un lusso per giovani ricchi di famiglia. Documentarsi in modo esauriente su un argomento, sapendo di essere remunerati con un compenso di 50-70 euro è un’impresa per anime belle. Sicuramente, al di là del condizionamento esistente, la fretta, l’approssimazione e la scarsa gratificazione economica sono tra le ragioni di un’informazione non accurata da parte della stampa laica.

Ma il nemico del medico che si documenta è soprattutto il tempo. Ormai perduta l’antica abitudine di sfogliare “la” propria rivista preferita (alla quale si poteva addirittura essere abbonati), se si ha a portata di mano un computer connesso alla rete, si cerca su internet la risposta ai propri dubbi. Per lo più, si usano due strumenti: PubMed e Google. Si usano male, prescindendo per esempio dall’utilizzo di filtri o, per il motore di ricerca, da quelle accortezze che permetterebbero di mirare meglio la ricerca e di ottenere risultati più velocemente (11). Sembrerebbe che dopo 118 secondi il medico si stanchi di cercare; se ha trovato, bene; altrimenti pazienza (12). Senza contare che il problema maggiore è quel-

lo di decidere quando ritenersi soddisfatti di quello che si è trovato.

Le verità parziali o camuffate della comunicazione biomedica sono fatte su misura per il medico di oggi, la cui principale fonte di informazione professionale resta comunque il giornale quotidiano (13). Entrambi presi per il naso – medico e paziente – diventano protagonisti più o meno convinti di quella che è stata definita la *concierge medicine*, che prevede che le attenzioni di entrambi si concentrino sui disturbi più improbabili e cervelotici. Il tutto all’insegna del “dolce” e del “naturale”, comunque orientati dalle informazioni veicolate dai mass media. Gestita alla stregua di una portineria, all’insegna del “Prego, si accomodi”, l’attività del medico sembra premiare l’utente ma, in realtà, pone al centro dell’attenzione non i bisogni di salute del malato, bensì la domanda di consumi sanitari di quest’ultimo, diversificata e crescente.

L’industria editoriale oggi è molto vulnerabile

Le pressioni volte a condizionare i contenuti medico-scientifici sono pesanti e diverse. Difficile, per le case editrici, resistere alla tentazione. Tradizionalmente, l’editoria non è un mestiere ricco, a metà tra l’industria e l’artigianato.

La scarsa familiarità con la lettura dipende in buona misura dalla relativa attenzione che il sistema scolastico dedica all’insegnamento dell’uso intelligente di libri e riviste. Nel corso di laurea in medicina e chirurgia, in alcune facoltà è sufficiente l’acquisto di una singola, ponderosa opera per sostenere buona parte degli esami clinici degli ultimi anni di corso, sebbene la quasi totalità dei trattati di medicina sia obsoleta già al momento della pubblicazione (14). Molti editori specializzati sono in costante sofferenza finanziaria anche perché il ritorno degli investimenti quasi mai è a breve termine; per esempio, il punto di pareggio per una rivista medica viene raggiunto non prima di 5-6 anni dopo il lancio, salvo l’intervento di sponsorizzazioni da parte di società scientifiche, di enti o istituzioni. Allo stesso modo, il *break even point* di una monografia non si raggiunge che dopo aver venduto il 60-70% della prima tiratura. L’obiettivo costante

è minimizzare il *time to market*, vale a dire la distanza tra la formulazione del progetto e la vendita del prodotto: il mondo editoriale è quindi molto vulnerabile, soprattutto in una fase d’instabilità culturale ed economica come l’attuale.

La medicina è una merce e ciò che le sta intorno è marketing

L’etica del farsi carico dei pazienti è talvolta dimenticata; del resto, una medicina universitaria “in vendita” offre ai giovani modelli di tipo diverso (15). La valutazione critica del sapere viene forse insegnata sistematicamente nelle facoltà universitarie? C’è da aggiungere che i metodi della *evidence-based medicine* sono per lo più presentati come procedure di una tale complessità da renderle praticabili solo da una ristretta cerchia di iniziati. Il terreno è dunque perfettamente preparato per chi ha l’obiettivo di far passare i contenuti finalizzati a proteggere i propri interessi non soltanto economici, ma anche culturali e politici.

La medicina è già sicuramente una merce e tanto più se ne consuma quanto più il “conflitto” lascia spazio alla “convergenza” degli interessi tra gli attori in campo: comunità scientifica, amministratori pubblici, industria farmaceutica, elettromedicale ed editoriale.

La relazione tra industria e cittadini è falsata dall’asimmetria informativa

Come accade nella generalità dei mercati, anche quello sanitario è condizionato in maniera determinante dall’asimmetria informativa. Imperfezioni nella circolazione delle informazioni sono immancabilmente presenti in economia: ciascuno di noi conosce “una” verità a seconda del ruolo che svolge in un dato contesto. È evidente, per esempio, che l’acquirente di un’automobile non avrà mai informazioni così complete sull’affidabilità del mezzo come quelle in possesso della casa produttrice; ribaltando lo scenario, il cittadino che intende sottoscrivere un’assicurazione molto difficilmente garantirà all’agenzia assicurativa informazioni del tutto esaurienti e sincere. Parlando di sanità, l’autorità governativa, il detentore di una concessione radiotelevisiva e il cittadino conosceranno probabilmente tre verità diverse a propo-

sito del rischio sanitario da inquinamento elettromagnetico; questa asimmetria è simile a quella esistente tra i dirigenti di un'industria farmaceutica e il paziente a proposito degli effetti indesiderati di un farmaco di recente introduzione sul mercato. Mentre per alcuni degli attori è importante che ci sia trasparenza nell'informazione, per altri è l'opposto: la mancanza di chiarezza è funzionale al raggiungimento dei propri obiettivi.

Uscire dal labirinto?

Eravamo abituati a considerare con occhi diversi le influenze del sentimento o dell'appartenenza politica da quelle di ordine economico. Le ragioni del cuore e quelle del portafoglio, per intenderci. Eppure, se vogliamo, tutta l'informazione, la produzione e la disseminazione delle conoscenze sono condizionate. Sia le une sia le altre possono portare a comportamenti sleali, che possono sostanzialmente non solo nella divulgazione di dati o notizie false ma anche, se non più spesso, nella soppressione di dati veri. Falsificazione per sottrazione di verità o per confondimento delle stesse. Nel loro percorso dalle pagine di una rivista prestigiosa alla casa del lettore del quotidiano o dell'ascoltatore di telegiornale, i contenuti sono vittima di quella *transmission loss* che alcuni giudicano una conseguenza quasi inevitabile della postmodernità. Si tratta di un elemento che può rendere molto difficile la valutazione critica delle informazioni.

Torniamo dunque alla domanda di partenza: è possibile un'informazione non manipolata? Forse sì.

Riconsiderando il percorso formativo degli operatori sanitari

La capacità di valutare consapevolmente le conoscenze deve diventare un elemento portante del bagaglio intellettuale del giovane laureato, che deve crescere professionalmente in un ambiente culturalmente creativo e libero da condizionamenti commerciali.

Incentivando l'attività di ricerca clinica

Solo diventando loro stessi protagonisti di progetti di studio e approfondimento, gli operatori potranno acquisire gli stru-

menti fondamentali per vigilare sulle distorsioni che compromettono l'integrità delle conoscenze scientifiche.

Forzando le imprese ad agire in modo socialmente responsabile

Un insieme di riforme legislative ed economiche del governo dell'impresa può combattere i comportamenti irresponsabili di quest'ultima, sostenendo l'operato di quei dirigenti che sinceramente già operano, cercando di equilibrare gli interessi degli azionisti con i diritti dei cittadini (16). ♦

Bibliografia

- (1) Farinelli F. Geografia. Torino: Einaudi 2003.
- (2) Kerber R. Device makers target consumers with their ads. Boston Globe 2004;Mar 10;C1.
- (3) Kassirer JP. On the take. How America's complicity with bug business can endanger your health. New York: Oxford University Press, 2005.
- (4) Avorn J, Chren M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. Am J Med 1982;73:4-8.
- (5) Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. Am J Med 2001;110(7):551-7.
- (6) Bobbio M. Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria. Torino: Einaudi, 2004.
- (7) Young C, Horton R. Putting clinical trials into context. Lancet 2005;366:107-8.
- (8) Jenicek M. Casi clinici ed evidence-based medicine. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 2001.
- (9) Jefferson T. Attenti alle bufale. Come usare l'evidence-based medicine per difendersi dai cattivi maestri. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 2005.
- (10) Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. BMJ 2003;326:1196-8.
- (11) Al-Ubaydli M. Using search engines to find online medical information. PLoS Med 2005;2(9):e228.
- (12) Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. BMJ 1999;319:358-61.
- (13) Phillips DP, Kanter EJ, Bednarczyk B, Tastad PL. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. N Engl J Med 1991;325: 1180-3.
- (14) Diekelmann NL. Teaching the practitioners of care. New pedagogies for the health professions. Madison: The University of Wisconsin Press, ed, 2003.
- (15) Angell M. Is academic medicine on sale? N Engl J Med 2000;342:1516-8.
- (16) Gallino L. L'impresa irresponsabile. Torino: Einaudi, 2005.

L'ALTEZZA: UN NUOVO INDICATORE DI BENESSERE?

La ricchezza e il benessere economico sono sufficienti per esprimere il benessere biologico di una popolazione? John Komlos⁽¹⁾, direttore dell'Istituto di storia dell'economia della Università di Monaco di Baviera, sostiene di no.

Il reddito pro capite non è un indicatore affidabile per determinare la qualità della vita generale o il benessere individuale. Esso può rimanere costante, anche se parte della popolazione si impoverisce a vantaggio di un'altra. Esso considera in modo solo indiretto il tenore di vita biologico di gruppi come i bambini o le casalinghe che non hanno un reddito proprio. Lo sviluppo economico, poi, non determina necessariamente condizioni di vita migliori; si tenga conto, ad esempio, del rapporto che può esistere fra sviluppo e inquinamento atmosferico. Secondo Komlos la statura a fine epoca dello sviluppo è un buon indicatore delle condizioni in cui le popolazioni sono vissute. Ci sono dati che dimostrano come la statura media aumenti in periodi di congiuntura positiva e rimanga costante o addirittura diminuisca in periodi economicamente negativi. Alcuni dati.

I tedeschi sono cresciuti moltissimo negli anni del miracolo economico: in media si sono alzati di 6 cm dal 1957 al 1997. Illuminante anche il confronto fra altezze dei tedeschi delle due Germanie: gli uomini della Germania Ovest nati dal 1951 al 1960 erano più alti dei tedeschi orientali di 0,7 cm, ma la differenza si è raddoppiata nel decennio successivo a testimonianza di una persistenza maggiore benessere biologico dei cittadini di una delle due Germanie. Molto interessante, ma ancora da spiegare compiutamente, è il rilievo che dopo la riunificazione con la Germania Est l'aumento di altezza nei Leander della Germania si è fermato, mentre i maschi orientali delle classi più giovani hanno raggiunto l'altezza degli occidentali. Non le donne però; e questo è un dato di difficile interpretazione.

Lasciando la Germania, Komlos ha prodotto dei dati anche sul confronto UE-USA. Gli europei hanno sorpassato gli americani verso la fine del XX secolo, mentre attorno alla fine del XIX secolo gli americani (gli immigrati e i latinoamericani sono esclusi dalle ricerche di Komlos) erano i più alti del pianeta. Il loro vantaggio, nonostante il loro reddito medio più alto, si è definitivamente annullato dopo la seconda guerra mondiale. Segno evidente che il reddito pro capite non è un buon indicatore di salute biologica. Oggi gli olandesi, rispetto agli americani, sono più alti di 6,5 cm, gli svedesi di 4 e perfino gli italiani li superano di qualche millimetro. Insomma la ricerca antropometrica è ben lontana dal costituire un indicatore che tenga conto di tutti gli aspetti legati alla qualità della vita, ma è certamente un dato di cui tenere conto.

(1) Komlos J. Più ricchi più alti? Le scienze 2006; 449:92

Quali fattori influenzano l'allattamento al seno?

Indagine nell'ambulatorio dei pediatri di famiglia di Roma alla prima visita

Federico Marolla*, Flavia Luchino*, Serena Donati**, Michele Grandolfo**

*Pediatri di famiglia, Associazione Culturale Pediatri ACP-Lazio

**Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Abstract

Which factors influence breast feeding? A questionnaire - based survey during the first well child visit by family paediatricians in Rome

Aims Breastfeeding support, working on the basis of individual and local needs.

Methods 31 family paediatricians in Rome conducted a questionnaire-based survey at the first visit of each well-being newborn, from April-June 2004. 429 mothers coming from 34 Birth Centres in Rome participated, no one refused. Previous mothers' information and experiences regarding breastfeeding were investigated. Bivariate and multivariate analyses were conducted to identify variables predicting exclusive breastfeeding at the first visit.

Results 95% of the mothers declare a deep desire to breastfeed. More than 45% of newborns received formula supplementation in the Birth Centre. The first visit by family paediatrician occurs after about three weeks of life. At that moment, complete breastfeeding was present in 70% of cases and was related to: 1) attendance to birth preparation courses (OR 2.96; IC 95% 1.47-5.96; $p < 0.002$); 2) breastfeeding within 5 h after delivery (OR 2.11; IC 95% 1.08-4.13; $p < 0.03$); 3) no formula supplement in Hospital (OR 0.16; IC 95% 0.07-0.38; $p < 0.0001$); 4) mother's positive self-image (OR 4.62; IC 95% 2.59-9.33; $p < 0.0001$).

Discussion Family paediatricians need to be trained in order to overcome unavoidable difficulties in breastfeeding mothers, a better care coordination is needed in order to reduce avoidable failures. Periodic multidisciplinary and collaborative evaluations of effectiveness are necessary as a careful evaluation of mothers' narrations.

Quaderni acp 2006; 13(1): 6-10

Key words Breastfeeding. Training. Evaluation. Family paediatrician

Obiettivo Valutare le conoscenze, le attitudini e i comportamenti delle neomamme in base alle esperienze avute in gravidanza e al momento del parto.

Metodo 31 pediatri di famiglia di Roma hanno compilato un questionario insieme alle mamme di neonati sani e a termine, al momento della prima visita, nel periodo aprile-giugno 2004. Hanno partecipato 429 diadi mamma-bambino, provenienti da 34 Centri Nascita della città. Sono state valutate le precedenti informazioni e le esperienze vissute, con un'analisi bivariata e multivariata, per identificare i fattori associati all'allattamento esclusivo al momento della prima visita.

Risultati Il 95% delle mamme desidera fortemente allattare. Oltre il 45% dei neonati ha ricevuto latte artificiale nel Centro Nascita. La prima visita dal pediatra si verifica in media a 3 settimane di vita. In tale momento l'allattamento completo è attuato nel 70% dei casi, ed è associato a: 1) corso di preparazione al parto (OR 2,96; IC 95% 1,47-5,96; $p < 0,002$); 2) attacco al seno entro le prime 5 ore di vita (OR 2,11; IC 95% 1,08-4,13; $p < 0,03$); 3) nessun supplemento di latte artificiale in Ospedale (OR 0,16; IC 95% 0,07-0,38; $p < 0,0001$); 4) fiducia in se stessa (OR 4,62; IC 95% 2,59-9,33; $p < 0,0001$).

Discussione I pediatri di famiglia hanno bisogno di formazione specifica per affrontare le difficoltà inevitabili che l'allattamento al seno può incontrare, alcune di esse sono inutili ed evitabili con un migliore coordinamento delle cure. Molto può essere fatto per la formazione, che preveda periodiche valutazioni multidisciplinari e collaborative dei risultati, e comprenda un'attenta valutazione delle narrazioni delle mamme.

Parole chiave Allattamento al seno. Formazione. Valutazione. Pediatra di famiglia

Introduzione

L'allattamento al seno materno si associa a molti vantaggi per la salute e, in ultima

analisi, al risparmio in sanità (1-2). Le raccomandazioni internazionali per l'assistenza alla madre e al neonato (3-4)

riflettono quelle italiane pubblicate nel 2001 (5): si basano sul riconoscimento delle esigenze della diade madre-bambino e sul coordinamento del sostegno necessario, in modo che sia garantita la continuità assistenziale prevista dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile (PSN 1998-2000) (6).

Il sostegno fornito dagli operatori ha un peso determinante a condizione che sia attuato da tutte le figure coinvolte, attraverso una preparazione specifica e una periodica valutazione comune dei risultati. Il pediatra di famiglia (PdF) è parte attiva di questa rete di sostegno alla mamma e al bambino e deve essere consapevole della possibilità di svolgere un ruolo efficace (7).

Un gruppo di PdF, che lavorano su tutto il territorio di Roma, si è posto l'obiettivo di documentare le informazioni e le esperienze con le quali le mamme si presentano alla prima visita medica, per analizzare i possibili fattori che hanno influenzato la modalità di allattamento, con la finalità di modulare eventuali interventi sulle reali necessità individuali e di sollecitare percorsi formativi integrati ed efficaci, mirati al contesto locale.

Pazienti e metodi

Lo studio, di tipo osservazionale, è stato effettuato mediante la somministrazione di un questionario. È stato preceduto da una fase pilota, al fine di verificare la validità del questionario come strumento d'indagine, e da un incontro con i pediatri partecipanti allo studio per unificare le modalità di rilevazione dei dati.

Il questionario è stato strutturato con risposte chiuse; in quelle che prevedevano un giudizio scalare da 1 a 10 è stato scelto come cut-off, indicatore di giudizio favorevole, il valore 7. Ciascun pediatra doveva somministrare il questionario alle mamme di tutti i bambini di età inferiore a 61 giorni, che consecuti-

Per corrispondenza:
Federico Marolla
e-mail: federico134@interfree.it

vamente venivano in ambulatorio per la prima visita.

Il pediatra era libero di iniziare e finire il reclutamento a propria discrezione durante il periodo temporale stabilito, purché l'arruolamento avvenisse consecutivamente. Criteri d'esclusione erano: bambini di peso inferiore ai 2500 g, bambini dimessi dall'ospedale dopo i 7 giorni dalla nascita, quelli che avevano subito un ricovero ospedaliero di qualunque tipo, sia in periodo perinatale che postnatale, bambini le cui mamme avevano ricevuto dai medici ospedalieri divieto di allattare al seno, gemelli, mamme di nazionalità non italiana con evidenti difficoltà di lingua.

La definizione circa le modalità di allattamento sono quelle dell'OMS: *allattamento esclusivo* (consumo di latte umano senza aggiunta di supplementi di alcun genere, fatta eccezione per vitamine, minerali e farmaci), *allattamento predominante* (integrazione con liquidi diversi dal latte non umano), *allattamento complementare* (integrazione con latte non umano), *allattamento artificiale*. L'insieme delle modalità "esclusivo" e "predominante" costituiscono l'*allattamento completo*.

L'analisi statistica è stata eseguita presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità utilizzando il programma STATA.

Le variabili sono state analizzate prima globalmente, quindi, confrontando le donne per parità, sono stati calcolati gli Odds Ratio (OR), i relativi Intervalli di Confidenza (IC) e la probabilità (p) di ottenere quel valore di OR o valori più estremi sotto l'ipotesi della non associazione. È stata infine effettuata un'analisi multivariata per quantificare i legami intercorrenti tra le variabili studiate.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 31 PdF operanti nel territorio del Comune di Roma e due PdF operanti in due Comuni limitrofi, che hanno svolto lo studio nel periodo aprile-giugno 2004. Sono stati arruolati 429 bambini (258 primogeniti = 60,1%), nati nel Comune di Roma (34 Punti Nascita), tranne 21

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE (N = 429)

Titolo di studio (%):	Materno	Paterno
licenza elementare	7 (1,6)	12 (2,8)
licenza media	58 (13,5)	84 (19,5)
diploma superiore	202 (47,0)	200 (46,7)
laurea	162 (37,9)	132 (31,0)
Peso alla nascita (g)	3300 (DS 421; mediana 3275)	
Parità	Primipare	258 (60,1)
	Pluripare	171 (39,9)
Modalità del parto	Eutocico	251 (58,4)
	Taglio cesareo	169 (39,4)
	Ventosa	9 (2,2)
Giorno di dimissione dal Centro Nascita	3° giorno	145 (33,8)
	4° giorno	163 (38,0)
	5° giorno	74 (17,2)
	6° giorno	28 (6,5)
	7° giorno	19 (4,5)
Età del bambino (giorni) alla prima visita pediatrica	Media	22,1 (DS ± 13,6)
	Mediana	19

(4,9%), nati in tre ospedali della Provincia (Marino, Tivoli e Genzano). Nessuna mamma si è rifiutata di sottoporsi al questionario. In *tabella 1* sono riportate le caratteristiche generali del campione studiato.

In *tabella 2* sono riportate le distribuzioni delle risposte per ciascuna domanda del questionario.

Quasi la metà delle donne ha partecipato al corso di preparazione al parto e per lo più le primipare (83,2%). L'argomento "allattamento al seno" è stato trattato nella quasi totalità dei corsi e affrontato in modo "sufficiente" o "molto buono" per oltre il 90% delle partecipanti.

Le tre domande successive riguardavano l'assistenza ricevuta presso il Centro Nascita (CN); il 31,7% dei bambini (27,1% dei figli di primipare, 39% dei figli di pluripare) è stato attaccato al seno entro un'ora dal parto; il 58,1% delle donne (57% delle primipare, 59,3% delle pluripare) ha espresso un giudizio positivo sull'aiuto ricevuto durante la degenza; il 39,2% (32,9% delle primipare, 48,5% delle pluripare) ha affermato con sicurezza che il bambino non aveva ricevuto alcuna aggiunta di latte artificiale prima della dimissione, mentre il 45% (50,8% delle primipare, 37,4% delle pluripare) ha avuto la certezza, perché l'ha visto, che è stato dato latte artificiale con il biberon nel CN.

Il 77,7% delle donne (67,8% delle primipare, 92,3% delle pluripare) tornate a casa si è sentito molto o sufficientemente sicuro riguardo alle proprie conoscenze sull'allattamento al seno.

Circa la modalità di allattamento attuata al momento della prima visita pediatrica, il 48,6% dei bambini era allattato al seno in modo esclusivo (45,3% delle primipare, 53,5% delle pluripare), il 21,9% in modo predominante (22,7% delle primipare, 20,6% delle pluripare), il 24,6% in modo complementare (26,5% delle primipare, 21,8% delle pluripare); il 4,9% dei bambini era alimentato solo con latte artificiale (5,5% delle primipare, 4,1% delle pluripare).

Il 10,4% delle donne (10,9% delle primipare, 9,6% delle pluripare) ammetteva di avere molte difficoltà riguardo all'allattamento al seno.

Infine il 93,7% delle donne che stavano allattando al seno ha espresso un forte desiderio di allattare e di continuare ad allattare.

In considerazione delle significative differenze riscontrate tra primipare e pluripare, è stata effettuata un'analisi multivariata solo nel gruppo delle primipare (*tabella 3*) con lo scopo di valutare l'effetto dei diversi fattori sull'allattamento al seno completo. Fattori indipendenti favorevoli l'allattamento al seno completo sono risultati: 1) aver frequentato un

TABELLA 2: DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE (%) PER CIASCUNA DELLE DOMANDE DEL QUESTIONARIO (N = 429)

Ha frequentato un corso di preparazione al parto?		
Sì	199	(46,4)
No	230	(53,6)
Se sì, le hanno parlato di allattamento al seno?		
Sì, molto	131	(66,0)
Sì sufficientemente	48	(24,2)
Sì, ma non sufficientemente	13	(6,3)
No	7	(3,5)
Dopo quante ore dal parto le è stato attaccato al seno il bambino?		
Entro un'ora	136	(31,7)
Tra 1 e 5 ore	150	(35,0)
Tra 6 e 12 ore	99	(23,1)
Oltre 12 ore	44	(10,2)
In Ospedale è stata aiutata nell'allattamento al seno?		
Sì, molto	118	(27,5)
Sì, sufficientemente	131	(30,6)
Sì, ma non sufficientemente	65	(15,1)
No	115	(26,8)
In Ospedale hanno dato aggiunta di latte artificiale con il biberon?		
Sì, ne sono certa	193	(45,0)
Sì, ma non ne sono certa	68	(15,8)
No	168	(39,2)
Tornata a casa, si è sentita sicura riguardo alle sue conoscenze sull'allattamento al seno?		
Sì, molto	159	(37,1)
Sì, sufficientemente	174	(40,6)
No	96	(22,3)
Modalità di allattamento attuale (*)		
Al seno esclusivo	208	(48,6)
Al seno predominante	94	(21,9)
Complementare	105	(24,6)
Artificiale	21	(4,9)
Se sta allattando al seno, attualmente ha qualche difficoltà per quanto riguarda l'allattamento?		
No	243	(59,5)
Sì, ma sono solo piccoli dubbi	123	(30,1)
Sì, ho diverse/molte difficoltà	42	(10,4)
Se allatta, in una scala da 1 a 10, quanto desidera allattare al seno?		
Oltre 8	383	(93,7)
Inferiore a 8	25	(6,3)

* Dati ottenuti dall'incrocio delle risposte fornite alle due seguenti domande: "Attualmente somministra biberon a suo figlio?" (Risposte possibili: Sì, di latte; Sì, di tisana o altro; No) e: "Attualmente sta attaccando suo figlio al seno?" (Risposte possibili: Sì, esclusivamente; Sì, ma con aggiunta di latte; No). Per la classificazione OMS sulle modalità di allattamento si veda il testo a p. 7.

corso di preparazione al parto dove il tema dell'allattamento al seno è stato affrontato in modo esaustivo; 2) aver avuto la possibilità di attaccare al seno materno il bambino entro cinque ore dal parto; 3) non aver ricevuto alcuna aggiunta di latte di formula nel CN; 4) avere la consapevolezza di possedere, al rientro a casa, sufficienti informazioni riguardo all'allattamento al seno.

Discussione

Scopo dello studio era quello di valutare le conoscenze, le abitudini e i comportamenti delle mamme riguardo all'allattamento al seno, mediante un'intervista effettuata con un questionario, le cui domande miravano a valutare l'esperienza della donna avuta in gravidanza e al momento del parto.

Il nostro studio ha preso in considerazione neonati sani, a termine, che per la prima volta erano accompagnati nell'ambulatorio pediatrico per la visita medica, tipologia di bambini che attualmente costituisce il 95% dei neonati in Italia.

Innanzitutto si conferma l'efficacia del corso di preparazione al parto, che viene frequentato per lo più da donne alla prima gravidanza, seppure in una percentuale ancora troppo bassa (64,2%) (8).

Per quanto concerne l'assistenza ricevuta presso il CN, i nostri dati hanno evidenziato una discrepanza con le raccomandazioni delle linee guida nazionali (5) riguardo a due procedure neonatali importanti: il precoce contatto del neonato con il seno materno, che avviene entro un'ora dalla nascita per meno di un terzo dei bambini, e l'integrazione con latte di formula, che viene offerta a quasi la metà dei neonati (5). Per la somministrazione di latte artificiale il consenso informato delle mamme purtroppo non è ancora previsto. La SIN invece raccomanda con forza agli operatori di agire in modo coordinato affinché il bambino, che non presenta controindicazioni mediche, sia attaccato il prima possibile al seno e non riceva liquidi o alimenti diversi dal latte materno (5).

L'analisi delle risposte fornite al questionario è stata anche effettuata suddividendo la popolazione nei due principali sottogruppi: primipare e pluripare. Tale analisi ha permesso di rilevare alcune diffe-

TABELLA 3: ANALISI MULTIVARIATA NELLE PRIMIPARE (N= 242) PER FATTORI ASSOCIATI ALLA MODALITÀ DI "ALLATTAMENTO COMPLETO" (*)

Variabile		n**	%	Totale	OR agg***	IC (95%)	p
Scolarità materna	Elementare/medie	18	64,3	28	1		
	Media sup./laurea	146	68,2	214	0,69	0,26-1,82	0,460
Corso preparato	No	48	55,2	87	1		
	Sì, senza informazioni	5	35,7	14	0,49	0,12-2,00	0,320
	Sì, con informazioni	111	78,7	141	2,96	1,47-5,96	0,002
Modalità del parto	Spontaneo/ventosa	104	72,2	144			
	Cesareo	60	61,2	98	0,79	0,40-1,57	0,510
Tempo di attaccamento al seno	> 5 ore	75	61,0	123	1		
	≤ 5 ore	89	74,8	119	2,11	1,08-4,13	0,030
Aggiunta di latte in Ospedale	No	71	88,8	80	1		
	Sì/forse sì	93	57,4	162	0,16	0,07-0,38	0,000
Aiuto ricevuto in Ospedale	No/non sufficiente	64	62,8	102	1		
	Sì, sufficiente	47	70,2	67	1,08	0,49-2,26	0,850
	Sì, molto	53	72,6	73	0,80	0,34-1,86	0,600
Sicura delle proprie conoscenze su allattamento	No	36	45,6	79			
	Sì, sufficiente/molto	128	78,5	163	4,62	2,29-9,33	0,000

(*) Per la classificazione OMS sulle modalità di allattamento si veda il testo a p. 7

** Numero di donne che al momento della prima visita hanno dichiarato di allattare in modo completo

*** Odd Ratio aggiustato (OR nella multivariata)

renze importanti: ad esempio, tra le pluripare è minore l'intervallo di tempo per la prima poppata al seno, è minore la quota di bambini che riceve integrazione con latte artificiale in ospedale, ed è maggiore la fiducia in se stesse. Queste differenze sono probabilmente attribuibili alla precedente esperienza di maternità, che sembra in grado di fornire alla mamma e al neonato una sorta di chance in più per ricevere quelle procedure che favoriscono un sereno avvio dell'allattamento al seno, o di agire come fattore protettivo nei confronti delle procedure avverse. Abbiamo scelto di applicare il modello multivariato solo al gruppo delle primipare, escludendo quindi un possibile e importante fattore confondente rappresentato proprio dall'esperienza acquisita durante gravidanze precedenti. La partecipazione al corso di preparazione al parto, la precocità della prima poppata, l'assenza d'integrazione con latte artificiale e la sicurezza nelle proprie conoscenze sono risultati i fattori indipendenti associati in modo significativo all'allattamento completo, confermando

il peso dell'intervento degli operatori sanitari sia durante il corso di preparazione al parto sia durante la degenza presso il CN. Nonostante 6 donne su 10 abbiano manifestato una certa soddisfazione riguardo all'aiuto ricevuto durante la degenza, segno di un positivo rapporto con il personale medico e infermieristico, questa variabile non è risultata associata a una maggiore probabilità di effettuare l'allattamento in modo completo. È possibile che il modo in cui la domanda è stata formulata abbia sollecitato una risposta sul rapporto di tipo relazionale senza evidenziare un reale aiuto competente ed efficace.

Al momento della prima visita pediatrica quasi tutte le mamme dichiarano di desiderare fortemente di allattare, confermando precedenti indagini e quasi tutte attaccano il bambino al seno (8-9). Tuttavia il 24% viene anche alimentato con quote di latte artificiale somministrato con biberon e il 22% viene idratato con altri liquidi, sempre con il biberon, e questi sono fattori predittivi negativi importanti (1).

Recuperare un allattamento al seno completo in queste situazioni è particolarmente impegnativo, sia sul piano tecnico che relazionale, e richiede una motivazione profonda per il tempo professionale che si rende necessario. Il pediatra di famiglia ha un forte bisogno di formazione continua per sostenere in modo pratico le mamme che, pur desiderando fortemente allattare, si sentono insicure: questo tema fondamentale per la salute del bambino non rientra infatti nel curriculum accademico, se non come enunciato teorico.

I limiti all'intervento del PdF sono dunque legati sia al persistere di pratiche non coerenti con le attuali raccomandazioni per il sostegno dell'allattamento al seno (5) nei CN che alla sua stessa scarsa preparazione, e sono anche legati alla mancanza di coordinamento delle cure, che, secondo questi dati, lo mettono in contatto con la mamma quasi 3 settimane dopo il parto, tempo sufficiente perché alcuni comportamenti si siano strutturati in modo stabile all'interno della famiglia (5).

Ma il Pdf è solo un anello di una catena e “il successo dell’allattamento dipende, quasi sempre, da un ‘gioco di squadra’, che dovrebbe vedere coinvolti la famiglia, l’ospedale, il pediatra di base ed eventuali figure ‘laiche’ (es. le consulenti per l’allattamento)” (10).

Un punto di forza di questo lavoro è il coinvolgimento consapevole delle mamme in prima persona: l’esposizione, nei singoli studi pediatrici, di dati legati al proprio territorio, può migliorare il processo di empowerment, rappresentando un ritorno delle informazioni alle famiglie (11).

Un altro punto di forza è il percorso formativo che la ricerca sul campo rappresenta per i pediatri.

Un limite di questo lavoro riguarda il campione di popolazione studiato, che non può essere considerato rappresentativo della popolazione generale: infatti si è dimostrato un più elevato livello d’istruzione dei genitori rispetto a quello della popolazione di Roma, aspetto riconducibile alle difficoltà che le classi meno istruite hanno a rivolgersi ai servizi sanitari.

Un secondo limite è il questionario stesso, redatto dai pediatri per la non disponibilità di uno strumento condiviso a livello nazionale. La sua preparazione è stata di indubbio significato formativo per chi ha partecipato al lungo lavoro di stesura, ma, ancora una volta, alcuni dati sono scarsamente confrontabili con studi analoghi. In futuro sarà necessario che lavori così coinvolgenti e impegnativi siano effettuati in modo coordinato a livello nazionale.

Conclusione

Riteniamo che questo studio effettuato dai pediatri di famiglia sul proprio territorio, metta in risalto il bisogno di formazione e collaborazione interdisciplinare, con periodiche valutazioni dei risultati ottenuti, come fonti principali di apprendimento, basate anche sulla raccolta di testimonianze narrative delle mamme (11,12). ◆

Pediatri partecipanti

Gina Aceti, Patrizia Calamita, Cristina Ciuffo, Claudia Cives, Vincenzo Calia, Rossella Claudia

Cannavò, Eliana Coltura, Serenella Corbo, Maria Luisa Criscione, Rita De Angelis, Patrizia Del Balzo, Tiziana Gazzotti, Flavia Luchino, Luisa Marolla, Federico Marolla, Fernalda Melideo, Patrizia Montani, Donatella Morano, Paolo Nardini, Lucia Oliviero, Manuela Orrù, Antonio Palma, Elena Porro, Laura Reali, Carla Roberti, Lorena Salvatori, Vittoria Sarno, Silvia Spaterna, Stefano Uccella, Michela Valente, Caterina Vignuda.

Bibliografia

- (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.
- (2) Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:253-62.
- (3) WHO/CHD/98.9 Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm
- (4) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8:39-46.
- (5) Davanzo R, Carlucci A. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN) sull’allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
- (6) Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI): la tutela della Salute Mentale in età infantile e adolescenziale: il Documento che ha ricevuto parere favorevole dal Consiglio Superiore di Sanità per la tutela del bambino e l’assistenza dalla nascita alla maggiore età (PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000). <http://www.abramo.it/asl7/HTML/Consultori/ProgMat.pdf>.
- (7) 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:e139-46.
- (8) 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 <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>.
- (9) Istituto Nazionale di Statistica. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie – “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000. ISTAT, Roma 2002.
- (10) Conti Nibali S. Un sostegno competente fa crescere l’allattamento al seno. *Quaderni acp* 1999; 6:38.
- (11) Wertlieb D. American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111:1572-87.
- (12) Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers’ and clinicians’ perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405-11.

Associazione Culturale Pediatri
Centro per la Salute del Bambino

EBM E LETTURA DI ARTICOLI DI LETTERATURA COME STRUMENTI DI FORMAZIONE CONTINUA PER IL PEDIATRA

Presupposti: Il bollettino bimestrale ACP/CSB “La sorveglianza della letteratura per il pediatra”, può diventare uno strumento efficace e partecipato di formazione e aggiornamento nel gruppo locale ACP, al di là della lettura “personale”.

Obiettivo generale: Porre i pediatri in grado di prendere parte attivamente a esperienze di *Journal Club*.

Programma

PRIMA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un trial clinico randomizzato (RCT). Commenti e quesiti

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica di un RCT: significato e applicazione di intention to treat analysis, rischio relativo, odds ratio, intervalli di confidenza, number need to treat. Sintesi e confronto sulla trasferibilità dei risultati nella pratica clinica quotidiana: significatività statistica vs rilevanza clinica

SECONDA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di una revisione sistematica (RS). Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica di una revisione sistematica: qualità metodologica, risultati, sensitivity analysis, grafici di metanalisi. Sintesi e commento sulla trasferibilità dei risultati nella pratica clinica quotidiana

TERZA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un articolo di prognosi. Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica approfondita di un articolo di prognosi: qualità metodologica, presentazione del lavoro, risultati. Sintesi e commento sugli elementi di trasferibilità dei risultati dello studio nella pratica quotidiana

QUARTA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un articolo di diagnosi. Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica approfondita di un articolo di diagnosi: qualità metodologica e risultati, la tabella 2x2. Sintesi e commento sulla trasferibilità dei risultati dello studio nella pratica quotidiana, Post test e valutazione del corso con questionario

Segreteria del corso

Federica Zanello, Michele Gangemi, Fabrizio Fusco

Organizzazione

Mariarosa Milinco
Centro per la Salute del Bambino (CSB)
Via dei Burlo 1 - 34123 Trieste
Tel. 040300551 - Fax: 0403224842
E-mail: mariarosa.milinco@csbonlus.org
Maggiori dettagli sul sito www.acp.it

La cooperazione internazionale allo sviluppo È un momento difficile in Italia e in Europa

Arturo Alberti

Pediatra di famiglia e Presidente Fondazione AVSI, Cesena

Abstract

International cooperation for development. A difficult moment in Italy and in Europe
International cooperation for development, a possible sustinment to poor populations for better life conditions, is going through a difficult moment in Italy and in Europe. Italy is today the last, among rich countries, for the percentage of its Gross National Product (GNP) destined to Public Aid to Development: from the 0.34% in 1992 to 0.11% in 2005. What worries the international scenario of voluntary service in the total absence of an Italian political strategy aimed at placing the cooperation for development among the primary interests of foreign politics.

Quaderni acp 2006; 13(1): 11

Key words Cooperation. Development. Developing countries

La cooperazione allo sviluppo, la possibilità di sostenere i popoli più poveri verso una condizione di vita migliore stanno vivendo un momento difficile sia in Italia che in Europa. L'Italia è oggi l'ultimo tra i Paesi ricchi nella classifica stilata in base alla percentuale di PIL destinata all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS): siamo scesi allo 0,11% nel 2005; nel 1992 eravamo allo 0,34%. Ciò che preoccupa maggiormente tutto il mondo del volontariato internazionale è la mancata scelta della politica italiana di collocare la Cooperazione allo sviluppo tra gli interessi primari della politica estera.

Parole chiave Cooperazione. Sviluppo. Paesi in via di sviluppo

Il 29 novembre 2005 si è tenuto a Milano un Convegno organizzato dalla Regione Lombardia e dall'Associazione delle ONG italiane che raggruppa 164 realtà. Gli argomenti affrontati sono ben sintetizzati dal titolo dell'incontro: "Sostenere la solidarietà: la cooperazione allo sviluppo fra fondi pubblici e privati". Dal convegno sono emerse importanti valutazioni. La cooperazione allo sviluppo, intesa come la possibilità di sostenere i popoli più poveri nel loro cammino verso una condizione di vita migliore e più dignitosa, sta vivendo un momento difficile sia in Italia che in Europa.

L'Italia è oggi l'ultimo tra i Paesi ricchi nella classifica stilata in base alla percentuale di PIL destinata all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS): siamo scesi allo 0,11% nel 2005.

Nel 1992 siamo arrivati allo 0,34%, poi con l'avvento di tangentopoli c'è stata una drastica riduzione. Alla fine del governo di centro-sinistra (2001) l'Italia donava lo 0,13%. Il governo di centro-destra, attraverso il premier Berlusconi, aveva promesso (in sedi internazionali) che il nostro Paese sarebbe arrivato allo 0,33% entro il 2006.

Ebbene, quest'ultima finanziaria ha ridotto del 25% il finanziamento per l'APS e quel che è più grave e "innovativo" ha previsto una ulteriore riduzione per gli anni 2007 e 2008. Prendendo come base il 2005, destineremo in meno alla Cooperazione allo sviluppo 208 milioni di euro nel 2006, 233 milioni di euro

nel 2007, 248 milioni di euro nel 2008. Inoltre questi fondi sono sempre di più destinati a organismi internazionali (sistema ONU, UE, ecc.), per quel che viene chiamato aiuto multilaterale, perché la struttura italiana soprattutto per i passaggi burocratici legati alla contabilità ordinaria dello Stato, rende impossibile spendere i soldi nell'ambito di programmi bilaterali fra l'Italia e i singoli Paesi del Sud del mondo, in cui potrebbero essere coinvolte positivamente le ONG e altre realtà italiane. Anche l'Unione Europea sembra privilegiare sempre più gli interventi umanitari e di emergenza, perché più visibili e "redditizi" sul piano politico, a scapito dei programmi di sviluppo pluriennali meno raccontabili ma più efficaci.

Ma ciò che preoccupa molto le ONG non è tanto la riduzione dei finanziamenti istituzionali: nel 2004 il bilancio consolidato delle ONG aderenti all'Associazione italiana è stato di circa 300 milioni di euro a fronte dei 40 milioni di euro ricevuti dal Ministero Affari Esteri (il 12% del bilancio).

Le ONG da tempo ormai hanno differenziato le linee di finanziamento e hanno aumentato l'apporto dei privati. Il Convegno con la Regione Lombardia è una testimonianza del lavoro in atto per non abbandonare i popoli poveri al loro destino.

Ciò che preoccupa maggiormente tutto il mondo del volontariato internazionale è la

mancata scelta della politica italiana, del Parlamento e dei governi che si sono succeduti, di collocare la Cooperazione allo sviluppo tra gli interessi primari della politica estera. La Cooperazione allo sviluppo è stata finora solo un mero capitolo di bilancio, saccheggiabile al bisogno, come se fosse "res nullius".

Non è stata mai una priorità di tipo politico. Ma lo sviluppo dei popoli può passare solo attraverso due fattori decisivi:

- la volontà politica delle istituzioni;
- una mobilitazione, coordinata ed efficace, della società civile. È necessario, cioè, un coinvolgimento di tutto il sistema-Paese; dobbiamo mettere in gioco la "ricchezza" non solo materiale dell'Italia perché attraverso la cooperazione tra i popoli cresca la possibilità di pace e di benessere per tutti. Ognuno deve giocare la sua parte senza invasioni di campo;
- le istituzioni pubbliche e in particolare il Ministero Affari Esteri e gli Enti locali, le Regioni stanno svolgendo un ruolo sempre più importante in questo settore;
- le ONG;
- le libere aggregazioni dei cittadini;
- le Università;
- le Associazioni culturali e professionali;
- le imprese: la capacità imprenditoriale è uno dei motori dello sviluppo, occorre valorizzare l'imprenditorialità per lo sviluppo e isolare l'imprenditorialità di rapina.

Il metodo per coinvolgere tutte queste realtà è sintetizzato nella parola solidarietà.

La valorizzazione della società civile, dei corpi intermedi e delle istituzioni è la strada dello sviluppo.

La sussidiarietà è un principio di sviluppo perché lo sviluppo è una questione di uomini e gli uomini sono il centro e il fine di ogni iniziativa. Il principio di sussidiarietà valorizza la creatività umana e fa emergere anche le risorse dimenticate. Le varie istituzioni, ad esempio, promosse e sostenute dall'ACP sono una testimonianza dell'importanza che ha l'assunzione di una responsabilità che mobilita le persone per rispondere a un bisogno. È utile continuare a muoversi perché lo sviluppo dei popoli diventi una preoccupazione di tutti e non di pochi addetti ai lavori. ♦

Per corrispondenza:

Arturo Alberti

e-mail: arturo.alberti@avsi.org

Una piramide di salute: il Progetto ARCA

Ersilia Troiano*, Carmela Casullo**, Alfonso Siani*, Gianvincenzo Barba* (per conto del Gruppo di Studio del Progetto ARCA)

*Epidemiologia e Genetica delle Popolazioni, Istituto di Scienze dell'Alimentazione, CNR, Avellino

**Dipartimento Materno-Infantile, ASL, Avellino 2

La versione integrale del Progetto ARCA è scaricabile dalla versione on line di questo articolo.

Abstract

A Food Pyramid for good health: the ARCA Project

The prevention of childhood obesity is one of the most important reason of concern for public health; the prevalence of disease, both in adults and in children, is considerably high and the term "epidemic obesity" expresses exactly the entity of the problem. Italy, in particular, shows the highest rate of disease among European Countries: for this reason, it does appear to be mandatory to implement educational campaigns characterized by high impact and easy-to-use contents. Aim of the present study was to describe the "Food Pyramid" for children that has been developed as a first-step educational approach within the framework of the ARCA Project, a survey of anthropometry and dietary habits carried out in a large population sample of 5-12 years old children living in Campania.

Quaderni acp 2006; 13(1): 12-16

Key words Childhood obesity. Nutritional education. Prevention

La prevenzione dell'obesità infantile rappresenta uno degli obiettivi prioritari per la tutela della salute pubblica, oggi minacciata da quella che è stata definita una "epidemia". L'Italia, in particolare, è tra gli stati europei a più alta prevalenza di malattia: per questo motivo, si sente la necessità di implementare campagne di educazione alimentare ad ampio impatto, basate su contenuti semplici e immediati, e soprattutto, a elevata fruibilità. In questo lavoro è descritta una "Piramide per la corretta alimentazione" del bambino, sviluppata come approccio iniziale per l'educazione alimentare nel corso del Progetto ARCA, uno screening dell'antropometria e delle abitudini alimentari, realizzato in un ampio campione di bambini delle scuole elementari della Campania.

Parole chiave Obesità pediatrica. Educazione alimentare. Prevenzione

La prevenzione dell'obesità infantile rappresenta oggi uno degli obiettivi prioritari per la tutela della salute pubblica, in relazione alla connotazione ormai epidemica di questa patologia, per la quale è stato coniato il neologismo "globesity", proprio per indicare la ormai preoccupante realtà mondiale (1). L'Italia, in particolare, è tra gli stati europei a più alta prevalenza di malattia: i dati ISTAT riferiti al 2000 parlano, infatti, di quattro milioni di obesi e di circa quindici milioni di persone in sovrappeso (2). Ancor più preoccupante, in prospettiva (3-4), è il fatto che questo fenomeno è oggi esteso a un numero sempre maggiore di bambini e adolescenti (1).

Risulta pertanto di importanza fondamentale, ai fini della prevenzione, la programmazione di attività per la promozione di una corretta alimentazione, e più in generale, di uno stile di vita salutare,

secondo le indicazioni fornite dal recente PSN 2003-2005 e dalle linee operative del Piano Sanitario per la prevenzione 2005-2007.

Un approccio preventivo esteso a tutta la popolazione – il cosiddetto *population approach* – sembrerebbe rappresentare, per la sua alta sensibilità e i bassi costi, una strategia adeguata per la prevenzione di una condizione a così elevata prevalenza. Questo tipo di approccio – tanto più efficace quanto più precocemente istituito – risulta di tipo "causale" e, nel caso dell'obesità infantile, sarà rivolto alle cause ambientali della patologia, il cosiddetto *toxic environment* proposto alcuni anni fa da Battle e Brownell (5). *Toxic environment* significa elevata disponibilità di alimenti ad alto valore energetico e basso potere saziante (bevande zuccherine, snack dolci e salati), stile di vita sedentario e soprattutto

ostacoli di carattere politico, economico e ambientale che si oppongono all'eradicazione di cattivi comportamenti alimentari (5-6).

Nell'ottica del *toxic environment*, la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile passa necessariamente attraverso efficaci programmi di educazione alimentare ideati secondo una strategia multilivello, rivolta a tutte le componenti che gravitano intorno al bambino e che ne possano influenzare il comportamento: famiglia, pediatri e scuola sono i principali canali da utilizzare per veicolare le misure di prevenzione dell'obesità infantile a livello di popolazione, con l'auspicabile coinvolgimento degli Enti locali (Comuni, Provincia, Regione) e dei mass media (5-7). A questi va necessariamente aggiunta l'industria del settore alimentare, nel senso più esteso del termine dal produttore al ristoratore, anch'essa ugualmente importante nell'influenzare le scelte alimentari dei nostri bambini.

Il Progetto ARCA (Alimentazione nella Regione Campania) è un programma di screening dell'obesità infantile, realizzato in un ampio campione di bambini delle scuole elementari della Provincia di Avellino. Lo studio è stato realizzato grazie alla collaborazione tra Regione Campania, Assessorato all'Agricoltura (che lo ha finanziato nell'ambito del Programma Interregionale "Comunicazione ed Educazione Alimentare"), Istituto di Scienze dell'Alimentazione, CNR, responsabile del coordinamento scientifico, e AASSLL Avellino 1 e 2, e Napoli 5.

Metodi

Dopo uno studio pilota (8-9) durante il quale sono state standardizzate e verificate sul campo le procedure di studio, sono stati invitati a partecipare allo screening 5938 bambini di età compresa tra i 5 e i 12 anni, pari al 26,6% del numero totale di bambini iscritti per l'anno scolastico 2003/2004 alle scuole ele-

Per corrispondenza:

Gianvincenzo Barba

e-mail: gbarba@isa.cnr.it

mentari nella Provincia di Avellino (www.miur.it), provenienti da 19 scuole a localizzazione urbana, suburbana e rurale: 4284 bambini hanno accettato di partecipare allo studio (73,6% del totale; età $8,7 \pm 1,6$ anni; bambini 50,3%).

Nella fase preliminare del Progetto è stata effettuata una serie di incontri sulle finalità e la metodologia della ricerca rivolta agli insegnanti e alle famiglie: a queste è stato richiesto il consenso informato scritto.

I piccoli partecipanti sono stati visitati dai medici delle AASSLL per il rilievo dei principali indici antropometrici e della pressione arteriosa secondo procedure standardizzate. Ai genitori è stato chiesto di compilare un questionario sullo stile di vita e sui consumi alimentari dei propri figli. Sono stati inoltre invitati a partecipare alla visita del proprio figlio, allo scopo di poter usufruire all'interno della scuola di uno spazio di comunicazione individuale con un pediatra sul tema della corretta alimentazione in età infantile.

Risultati

La *tabella 1* descrive le caratteristiche generali della popolazione in esame. Il 49% dei bambini e il 46% delle bambine partecipanti sono risultati essere in sovrappeso o obesi, secondo i criteri dell'*International Obesity Task Force* (10-12). Questi risultati sono in accordo con precedenti osservazioni, che suggeriscono una prevalenza elevata del sovrappeso e dell'obesità nella fascia di età oggetto di studio, soprattutto nelle regioni dell'Italia meridionale (8-13) rispetto al Nord Italia (13-14). È stata poi valutata la possibile associazione tra grado di adiposità e abitudini alimentari dei bambini.

L'analisi preliminare è stata effettuata attraverso il confronto tra "pattern" alimentari, identificati attribuendo un punteggio di "grado di conformità" (basso, medio, alto) alle linee guida per una corretta alimentazione, relativamente alla frequenza di consumo di specifici alimenti o gruppi di alimenti (cereali e pasta, carni, pesce, formaggi, frutta, ortaggi, legumi, latte, snack dolci, bevande zuccherine) e alla pratica di attività fisica regolata (15).

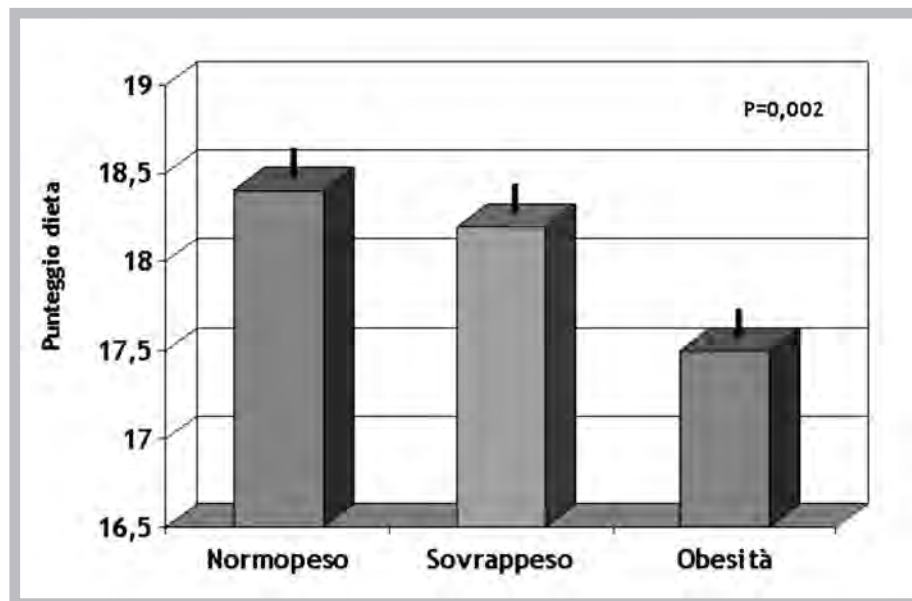
La somma dei punteggi ottenuti è risultata essere tanto più alta quanto più "ade-

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

	Bambini (n=2143)		Bambine (n=2141)		P*
	Media	DS	Media	DS	
Età (anni)	8,8	1,5	8,8	1,5	0,816
Peso (kg)	35,9	11,0	34,9	10,3	0,003
Altezza (m)	1,34	0,10	1,33	0,10	0,132
IMC (kg/m ²)	19,6	4,1	19,3	3,8	0,002
PA sistolica (mmHg)	97,2	13,7	96,3	15,0	0,041
PA diastolica (mmHg)	61,1	9,1	60,2	9,5	0,001

IMC=Indice di Massa Corporea; PA=Pressione Arteriosa; DS=Deviazione Standard; p*=Analisi della varianza a una via; differenze statisticamente significative per p<0,05

FIGURA 1: PUNTEGGIO DI ADEGUATEZZA DEL PATTERN ALIMENTARE IN BAMBINI NORMOPESO, SOVRAPPESO O OBESI



guato" era il tipo di alimentazione dell'individuo, considerata nella sua globalità. Come evidente in *figura 1*, questo punteggio era significativamente più alto nei bambini normopeso e si riduceva gradualmente e linearmente all'aumentare del grado di adiposità nei bambini in sovrappeso e negli obesi.

Tra le variabili in grado di influenzare la relazione esistente tra pattern alimentare e sovrappeso/obesità, ci è sembrato particolarmente interessante valutare il possibile ruolo del livello culturale delle madri, coloro cioè che di solito si assumono in famiglia l'onere delle scelte in campo alimentare: abbiamo così osser-

vato che il grado di scolarità materno era direttamente e significativamente associato al punteggio di adeguatezza del regime alimentare seguito (*figura 2*).

Una proposta per l'educazione alimentare: una piramide per la salute

In relazione ai risultati ottenuti, dunque, è possibile effettuare alcune riflessioni. Se da un lato la conoscenza delle norme di base per una corretta alimentazione – soprattutto se si consideri un pattern alimentare globale e non il consumo in eccesso o in difetto del singolo alimento – influenza positivamente il controllo del

peso corporeo del bambino, dall'altro abbiamo evidenza che i contenuti del messaggio di educazione alimentare sono stati percepiti in diversa misura nell'ambito della popolazione.

Se il livello culturale rappresenta una così importante discriminante nella acquisizione di conoscenza, è doveroso identificare i possibili errori commessi nella divulgazione: canali inadeguati o non accessibili a tutti, linguaggio difficile o estremamente tecnico ecc.

Abbiamo pertanto ritenuto opportuno dare seguito alle attività di screening con la creazione di strumenti semplici per la divulgazione dei principi di educazione alimentare. In particolare, si è scelto di limitare il ricorso a incontri informativi con i genitori mediante lezioni frontali, in precedenza utilizzate con scarso successo, e si è cercato piuttosto di trasmettere i contenuti educativi con un linguaggio

FIGURA 2: PATTERN ALIMENTARE DEL BAMBINO IN BASE AL GRADO DI ISTRUZIONE MATERNO

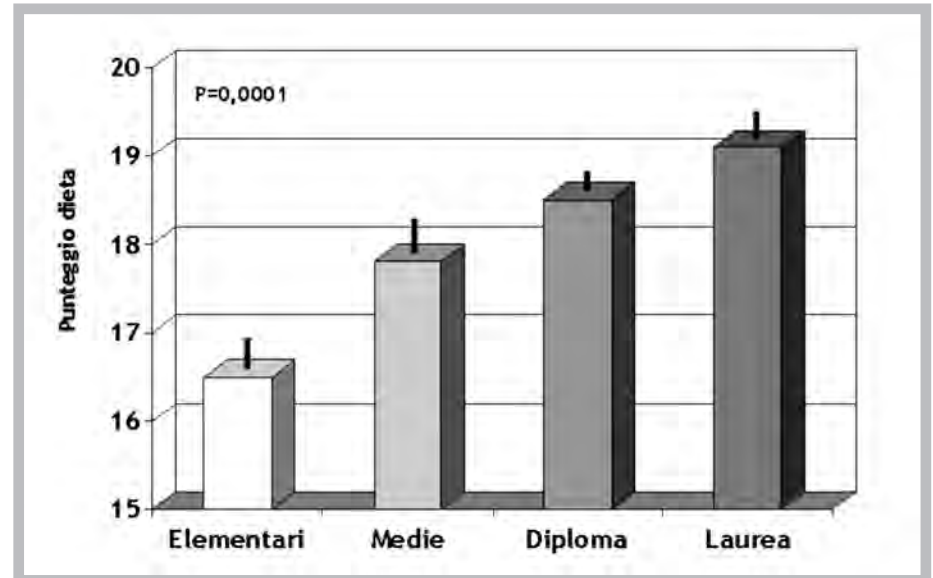


FIGURA 3: "LA SALUTE VIEN MANGIANDO" MODELLO DI PIRAMIDE DELLA CORRETTA ALIMENTAZIONE PER BAMBINI ELABORATO NELL'AMBITO DEL PROGETTO ARCA



semplice e immediato al fine di: a) sensibilizzare i docenti al problema e b) sviluppare percorsi conoscitivi autonomi che potessero incidere sulle abitudini dei bambini e delle loro famiglie (8).

In questo articolo verrà descritta in dettaglio la piramide alimentare "La Salute vien mangiando", illustrata in figura 3, elaborata presso l'Istituto di Scienze dell'Alimentazione, che è stata distribuita agli insegnanti e alle famiglie, nelle scuole in cui il Progetto ARCA è stato realizzato. La piramide è stata resa disponibile anche ai pediatri operanti sul territorio oggetto dell'indagine, che ne facevano richiesta tramite le ASL partecipanti.

Questa piramide non va intesa come un percorso formativo completo ma solo come un esempio di come si possa realizzare uno strumento educativo di prima linea, da inserire necessariamente in un contesto più ampio di programmazione di attività per la promozione di una corretta alimentazione.

La piramide riassume in sé le indicazioni principali riguardo all'adozione di un modello alimentare appropriato per crescita e sviluppo armonici: riduzione dell'apporto di grassi e zuccheri con la dieta, incremento del consumo di frutta e verdura e miglioramento del ritmo dei pasti, con riferimento agli eccessivi fuori pasto caratteristici dell'alimentazione in età scolare (15). La piramide ricorda inoltre l'importanza dell'attività fisica e, più in generale, di uno stile di vita attivo.

Introdotta per la prima volta nel 1992, a cura del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA), come supporto alle *Recommended Dietary Allowances* e alle linee guida (16-17), la piramide illustra i concetti chiave di varietà e proporzionalità dell'alimentazione: nessun alimento, preso singolarmente, è in grado di coprire i fabbisogni energetici e nutrizionali dell'organismo; la forma della piramide, inoltre, rende intuitiva l'indicazione secondo la quale gli alimenti devono essere consumati in maniera proporzionale rispetto alla loro collocazione, con una maggiore preferenza per quelli presenti alla base rispetto a quelli presenti nel vertice (18).

Le indicazioni nutrizionali di riferimento per la realizzazione della piramide sono quelle delle linee guida per una sana alimentazione (15), rivolte alla popolazione generale, e le indicazioni della Società Italiana di Nutrizione Pediatrica (SINUPE) per la terapia dietetica dell'obesità essenziale in età evolutiva (19-20). È opportuno ricordare che le linee guida SINUPE per la terapia dell'obesità pongono differenti approcci dietetici, in relazione all'età, all'entità dell'eccesso di peso e alla presenza di complicanze (20).

Nell'ambito dell'approccio educativo normocalorico, brevemente schematizzato in *tabella 2* e da noi utilizzato per la costruzione di questo modello di piramide, viene fornita una serie di indicazioni chiare e precise, in relazione all'apporto calorico e di nutrienti, nonché alle modificazioni che andrebbero apportate all'alimentazione del bambino (20). Nonostante tale approccio rivesta già carattere terapeutico, i suoi contenuti lo rendono sicuramente molto utile nella elaborazio-

TABELLA 2: PRINCIPI PER UNA DIETA NORMOCALORICA IN ETÀ INFANTILE (20)

1. Apporto calorico suddiviso in 4-5 pasti (colazione + spuntino 20%, pranzo 40%, merenda 10%, cena 30%) pari a quello indicato dai LARN per sesso ed età staturale
2. Proteine: 10-12% delle calorie totali (rapporto proteine animali/vegetali=1:1)
3. Carboidrati: 60-65% delle calorie totali (zuccheri ad alto indice glicemico <10% delle calorie totali)
4. Lipidi: 25-30% delle calorie totali (grassi saturi < 10%)
5. Fibre: quantità in grammi pari a: età +(5-10); 10 g/1000 kcal; 0,5 g/kg di peso ideale
6. Minerali: pari alle indicazioni dei LARN

TABELLA 3: INDICAZIONI NUTRIZIONALI A INTEGRAZIONE DELLO SCHEMA ALIMENTARE DELLA PIRAMIDE

- Suddividere l'apporto energetico giornaliero in 4-5 pasti (colazione, pranzo, cena e uno o due spuntini), con la seguente ripartizione calorica:
 - Colazione + spuntino: 20%
 - Pranzo: 40%
 - Merenda: 10%
 - Cena: 30%
- Evitare il consumo di snack dolci e salati al di fuori dei pasti e preferire il consumo di latte (intero o scremato a giudizio del pediatra), yogurt, frutta o pane come spuntino mattutino e pomeridiano.
- Ridurre l'apporto di grassi e proteine animali: in particolare, limitare il consumo di insaccati, snack dolci e salati, formaggi e creme da spalmare.
- Utilizzare l'olio extravergine di oliva come condimento per tutte le pietanze, limitando l'utilizzo di condimenti di origine animale (burro, strutto, lardo, panna), di margarine vegetali e salse (maionese e simili).
- È auspicabile il consumo di 2 porzioni di verdura al giorno, preferibilmente alternando verdura cotta e verdura cruda, e di 2-3 porzioni di frutta al giorno.
- Bere almeno 8-10 bicchieri di acqua al giorno, evitando il consumo "abitudinario" di bevande zuccherine (tipo cola, aranciata, tè e succhi di frutta); non assumere bevande alcoliche.
- Mantenere il peso corporeo entro i limiti della norma; è utile controllare il peso almeno una volta al mese.
- Mantenere un buon livello di attività fisica e ridurre le attività sedentarie.

ne dei criteri per un valido approccio preventivo.

Gli alimenti sono suddivisi in gruppi in relazione alle relative caratteristiche nutrizionali: cereali e tuberi, frutta e verdura, carne, pesce, formaggi e latticini, latte e yogurt, uova, condimenti, snack e insaccati. Per ognuno di questi gruppi, oltre alla rappresentazione grafica degli alimenti, vengono indicate delle frequenze di consumo settimanale. Solo per i condimenti viene data una indicazione qualitativa specifica, e cioè la preferenza del consumo di olio extravergine di oliva.

Ai fini di una più facile utilizzazione, la piramide è stata corredata da una serie di indicazioni nutrizionali volte alla realizzazione di un regime alimentare sano e alla correzione dei principali errori alimentari in età evolutiva (*tabella 3*). Vengono infatti fornite indicazioni relative all'importanza dell'attività fisica regolare e del controllo del peso corporeo, e all'importanza dell'apporto idrico, a discapito del consumo di bevande zuccherine.

Questo modello alimentare manca di indicazioni di tipo quantitativo sul con-

sumo di alimenti: questa scelta è stata deliberata in quanto la piramide non è probabilmente lo strumento più adatto per fornire questo tipo di indicazioni. In realtà, l'ultima versione di piramide della corretta alimentazione per la popolazione adulta elaborata dall'USDA indica chiaramente anche le quantità di alimento da consumare, evitando così di fare riferimento al concetto di "porzioni", soggetto a maggiore possibilità di interpretazione (21). In questo modello abbiamo invece preferito non indicare le quantità da consumare, in quanto in età pediatrica la limitazione severa dell'apporto calorico rappresenta un intervento solitamente critico, tanto è che il suo uso costituisce spesso l'*estrema ratio* anche nelle indicazioni terapeutiche per il trattamento dell'obesità infantile (20). L'analisi degli aspetti quantitativi legati a una corretta alimentazione del bambino va infatti trattata singolarmente: ne consegue che la sede più congrua per affrontare il problema è l'ambulatorio del pediatra, dove sarà possibile valutare accuratamente la realtà del singolo individuo, e modularla per quello che riguarda gli aspetti quantitativi.

L'obiettivo finale per cui questa piramide è stata realizzata è, in conclusione, quello di fornire un semplice pro-memoria dei concetti base per una sana alimentazione da tenere sempre a portata di mano, per una rapida consultazione, alle pareti della cucina come dell'ambulatorio del pediatra.

Commenti

Il Progetto ARCA è stato realizzato in un'area dove la prevalenza di sovrappeso in età infantile è risultata essere molto elevata.

È stato quindi quanto mai tempestivo dare inizio a una campagna di educazione alimentare, strutturata sulla base dei dati raccolti durante lo studio, che ha individuato come strumento potenzialmente efficace per la prevenzione dell'obesità: a) la semplificazione del messaggio educativo; b) la valorizzazione dell'alimentazione intesa nella sua globalità, piuttosto che puntare l'indice contro questo o quell'alimento specifico; c) l'approccio multilivello, volto al coinvolgimento globale e consapevole di

tutte le componenti che gravitano intorno al bambino e alle sue abitudini.

Le indicazioni che lo studio ha fornito possono essere di stimolo per una riflessione collettiva sulle emergenze in tema di tutela della salute pubblica, seriamente minacciata dall'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile.

La piramide qui proposta non vuole rappresentare il *golden standard* per l'approfondimento delle tematiche complesse dell'alimentazione in età pediatrica, ma solo un esempio di come poter fornire un supporto immediato e di facile consultazione per ricordare, con un linguaggio accurato ma semplice, i principi della varietà e della proporzionalità, fondamentali nell'organizzazione di un sano regime alimentare per un bambino. ♦

Il Gruppo di Studio del Progetto ARCA è composto da:

Istituto di Scienze dell'Alimentazione, CNR: G. Barba, L. Bruno, P. Russo, A. Siani, E. Troiano, A. Venezia

Azienda Sanitaria Locale Av1: V. Cavalli, P. Corvino, L. Delli Paoli, T. Del Viscovo, A. Donatiello, M.G. Falco, I. Giusto, C. Macchia, A. Mastromarino, G. Nicoletta, E. Pennarola, M. Prudente, A. Rabuano, G. Sena, E. Tenore, M. A. Ternulli

Azienda Sanitaria Locale Av2: G. Amatucci, R. Baciarelli, C. Casullo, L. Curto, C. D'Avanzo, A. Di Filippo, N. Pescatore, A. Spina

Azienda Sanitaria Locale Na5: M. R. Izzo, M. Viti
Assessorato all'Agricoltura, Regione Campania: M. Bianco, A. Tallarico (SeSIRCA), F. Alvino, M. Ferrante, U. Fiorentino (STAPAL Avellino).

Ringraziamenti

Il Progetto ARCA (Alimentazione nella Regione Campania) è stato finanziato dalla Regione Campania, Assessorato all'Agricoltura (Programma Interregionale "Comunicazione ed Educazione Alimentare"). Desideriamo ringraziare per la loro entusiastica partecipazione e per il fondamentale contributo: i bambini, i genitori e gli insegnanti delle scuole coinvolte nello studio (I Circolo Didattico: Ariano Irpino, Solofra; V Circolo Didattico, Avellino; Direzione Didattica di: Atripalda, Calitri, Grottaminarda, Lioni, Mirabella Eclano; Istituto Comprensivo di: Avella, Forino, Frigento, Guardia Lombardi, Monteforte Irpino, S. Angelo de' Lombardi, Torre del Greco, Vallata).

Bibliografia

- (1) WHO Technical report. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation. Technical Report Series; 2000:1-252.
- (2) ISTAT: Health for all Italia. Versione Dicembre 2004. www.istat.it.
- (3) Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity: systematic review. Arch Dis Child 2003;88:748-52.
- (4) Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998;101:518-25.
- (5) Battle EK, Brownell KD. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs prevention and policy. Addict Behav 1996;21:755-65.
- (6) Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. Lancet 2002;360:473-82.
- (7) Frühbeck G. Childhood obesity: time for action, not complacency. BMJ 2000;320:328-9.
- (8) Barba G, Giacco R, Clemente G, et al. The BRAVO project: Screening for childhood obesity in a primary school setting. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2001;11S4:103-5.
- (9) Barba G, Troiano E, Russo P, Venezia A, Siani A. Inverse association between body mass and frequency of milk consumption in children. Br J Nutr 2005;93:15-9.
- (10) Barba G. To be (obese) or not to be: are paediatricians still at the crossroad? It J Pediatr 2004;30:4-6.
- (11) The ILSI Europe Overweight and Obesity in Children Task Force. Report on: Overweight and obesity in European children and adolescent. Causes and consequences-prevention and treatment. 2000. ILSI Europe, Brussels.
- (12) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1-6.
- (13) Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight, and BMI, 6-20 years. Eur J Clin Nutr 2002;56:171-80.
- (14) Genovesi S, Giussani M, Pieruzzi F, et al. Results of blood pressure screening in a population of school-aged children in the province of Milan: role of overweight. J Hypertens 2005;23:493-7.
- (15) Linee Guida per una sana alimentazione italiana: revisione 2003; INRAN.
- (16) Davis CA, et al. Past, present, and future of the food guide pyramid. J Am Diet Assoc 2001;101:881-5.
- (17) American Dietetic Association, Manual of Clinical Dietetics, Sixth Edition.
- (18) Carcassi AM: La piramide alimentare. In: Mattei R; Manuale di Nutrizione Clinica.
- (19) Prevenire l'obesità in Italia: indicazioni metodologiche per la realizzazione di interventi di educazione alimentare, SINU 2001.
- (20) Terapia dietetica dell'obesità essenziale in età evolutiva - IJP 2001;27:275-9.
- (21) USDA and the U.S. Department of Health and Human Services. 2005 Dietary Guidelines for Americans, January 2005.

Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini

James Levine

Direttore di "The Fatherhood Project", "The Families and Work Institute", New York

Abstract

Lets develop children's musical intelligence

Can an early introduction to music incite mathematical and spatial reasoning thus favouring school success? The idea is supported by some, not all, psychology researchers. Children are in anyway strongly attracted by music and they have a "musical instinct". Parents should then, from the first months of life, involve their children with music.

Quaderni acp 2006; 13(1): 17

Key words Music. Children's development. Multiple intelligence

L'esposizione precoce alla musica può dare impulso al ragionamento matematico e spaziale e, in qualche modo favorire il successo scolastico? L'idea è sostenuta da alcuni studiosi di psicologia, anche se non è accettata da altri. I bambini comunque sono fortemente attratti dalla musica e, in ogni società umana, in loro si rileva l'esistenza di un "istinto musicale". È quindi bene che i genitori se ne facciano carico favorendo un loro coinvolgimento nella musica fin dai primi mesi di vita.

Parole chiave Musica. Sviluppo dei bambini. Intelligenze multiple

L'esposizione precoce alla musica classica può dare impulso al ragionamento matematico e spaziale e in qualche modo favorire il successo scolastico? Insomma ascoltare Mozart può realmente aiutare a sviluppare il Q I di un bambino? Questo è il presupposto alla base del cosiddetto "effetto Mozart", la teoria diffusa dall'educatore musicale Don Campbell secondo il quale la musica classica stimola lo sviluppo del cervello (1). Nel 1998 la popolarità di questa teoria convinse il Governatore della Georgia Zell Miller a proporre l'utilizzo di fondi pubblici per acquistare una musicassetta o un CD di musica classica per tutti i bambini (più di 100.000 all'anno) nati nel suo Stato (iniziativa che assomiglia molto a NpL, *ndt*). Questa iniziativa portò però anche ad accuse di pseudo-scienza e di esagerata operazione di mercato da parte di importanti neuroscienziati.

Le polemiche sull'effetto Mozart continuano, ma recenti ricerche chiariscono sempre più le ragioni per cui ha senso favorire le abilità musicali del bambino.

In primo luogo, i bambini sembrano essere fortemente attratti dalla musica. È la conclusione di Patricia M. Gray e delle sue collaboratrici al "Biomusic Program" della prestigiosa National Academy of Sciences di Washington, in cui si rileva l'esistenza di un "istinto musicale" nei bambini in ogni società umana (2).

In secondo luogo, in accordo con Howard Gardner dell'Università di Harvard, l'"intelligenza musicale" sembra essere effettivamente una capacità differenziata, come l'"intelligenza cinestetica", l'"intelligenza visivo/spa-

ziale" e così via (3). Dal momento che l'educazione scolastica tradizionale raramente valorizza ciò che Gardner chiama le "intelligenze multiple", è compito dei genitori farsene carico (4). I collaboratori di Gardner all'"Harvard's Project Zero" hanno scoperto che è il coinvolgimento attivo con la musica – non quindi l'ascolto passivo – ciò che sviluppa l'intelligenza musicale (5). Ecco quindi alcuni suggerimenti che il pediatra può dare per sviluppare quel talento nei bambini.

Cantare al bambino

È bene cominciare presto. La ricerca mostra che i lattanti già a due mesi possono distinguere una melodia e anche riconoscere la voce del padre e quella della madre cogliendo le differenze fra le due tonalità. Poiché l'altezza dei suoni e il ritmo sono i due elementi più nettamente definiti nella musica, il canto contribuisce allo sviluppo dell'intelligenza musicale del bambino. Non si deve avere paura di cantare, anche se non si è perfettamente intonati. È la gioia della musica insieme che conta!

Il tempo in auto

Durante un viaggio in auto si può ascoltare musica per bambini: musicassette o CD. Si può cantare mentre si è alla guida. Quando i miei figli erano piccoli, andavo in biblioteca tutte le settimane per fare provvista delle ultime novità da "Sesame Street", così come classici per bambini da Peter Seeger e Woody Guthrie (6). A loro piaceva cantare insieme e aiutava ad ammazzare il tempo nei lunghi viaggi verso la casa dei nonni. Quando i ragazzi furono più grandi, mia moglie e io aggiungemmo i musical, i Beatles, Simon &

Garfunkel ecc. Tutto ciò deve aver sortito qualche effetto: mio figlio ora insegna musica e mia figlia suona la chitarra!

Fare musica insieme

Tra gli Anang, una tribù della Nigeria a un notevole livello musicale, i padri modellano speciali tamburi per i loro piccoli. Non si deve comprare un'attrezzatura o suonare uno strumento per aiutare i figli a sentire la musica "dentro". Possono servire cucchiari di legno o bacchette e battere il tempo insieme su blocchi di legno o sulla superficie di un tavolo. Oppure si possono mettere dei fagioli secchi o del riso in una lattina, iniziando a scuoterla e poi muovendosi con loro, proprio come loro si muovono al ritmo di qualsiasi cosa trasmetta la radio o l'impianto Hi-Fi.

Ascoltare musica insieme

Oltre a far musica in famiglia, è utilissimo portare i piccoli ad ascoltare musica dal vivo. Non c'è bisogno che sia un concerto sensazionale e costoso, giusto qualche cosa che mostri come il fare musica sia un'attività che, se praticata, può condurre a risultati concreti. Poiché mio figlio è cresciuto a New York, ho cominciato a portarlo con me ad ascoltare il jazz nei club. Ora, se vai nella Grande Mela, puoi vederlo suonare il contrabbasso al celebre Cotton Club! Non importa quanto il papà sia competente (o incompetente). Entrambi i genitori possono dare un contributo originale all'intelligenza musicale del bambino. ♦

Bibliografia e note

- (1) <http://www.mozarteffect.com/index.html>
- (2) <http://www.biomusic.org/media.html>
- (3) <http://www.infed.org/thinkers/gardner.htm>
- (4) Brualdi AC. 'Multiple Intelligences: Gardner's Theory. ERIC Digest', *Eric Digests*, 1996, http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed410226.html
- (5) Del resto alla base di NpL è la presenza di una situazione di attenzione condivisa tra bambino e adulto e la capacità del bambino di cogliere l'intenzione comunicativa dell'adulto: adulto e bambino condividono l'attenzione verso un medesimo oggetto o evento (*ndt*).
- (6) Sesame Street. http://it.wikipedia.org/wiki/Sesame_Street è un programma televisivo educativo per bambini piccoli, che ha segnato la via per molti dei moderni spettacoli di edutainment (imparare giocando). È noto per la partecipazione dei Muppets, creati dal leggendario burattinaio Jim Henson. È stato trasmesso anche dalla televisione italiana nei primi anni '70 con il titolo di "Sesame Apriti" (*ndt*).

Traduzione dall'inglese di M. Maddalena Patella

Per corrispondenza:

e-mail: www.fatherhoodproject.org

musical-mente

Cultura, intelligenza ed etica al XVII Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Acqua, scuola e sanità sono i tre beni fondamentali dell'umanità sempre meno universali a causa delle scelte politiche orientate alla privatizzazione sia al Sud che al Nord del mondo. Con il continuo aumento del numero di famiglie italiane povere (2 milioni 456 mila, 2/3 al Sud) e composte da molti bambini il diritto alla salute, all'educazione e ai beni essenziali per la loro nascita, crescita e sviluppo necessita oggi di essere ribadito e garantito anche in Italia. Il richiamo ai valori etici di uguaglianza, equità, giustizia e partecipazione per un mondo migliore per tutti, in particolare per i bambini, che caratterizza da sempre le attività dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), è stato pronunciato da Alex Zanotelli, missionario comboniano attivo difensore dei diritti umani, oggi nel popolare quartiere Sanità di Napoli, uno tra i più afflitti dal degrado sociale del nostro Paese, ieri nella baraccopoli di Korogocho di Nairobi, in apertura dei lavori del 17° Congresso nazionale dell'ACP dedicato al pediatra nella comunità. Comunità intesa come un complesso sistema di salute e malattia in cui vivono i bambini, le famiglie e i pediatri (di famiglia, di comunità e ospedalieri).

La prima parte dei lavori è stata dedicata al confronto di alcune esperienze di intervento volte a costruire l'integrazione tra le politiche per l'infanzia e le famiglie a partire dai bisogni di salute, a livello di distretto, di comune e regione. Avendo come sfondo la "comunità", sono stati analizzati alcuni determinanti della salute dell'infanzia quali i percorsi assistenziali per le disabilità, l'accesso alle cure primarie, le coperture vaccinali, l'assistenza ospedaliera, la prevenzione dell'obesità. Per ciascuno dei temi affrontati sono stati presentati anche progetti (scenari) di intervento e ricerca che vedranno coinvolti nei prossimi mesi i soci dell'ACP in collaborazione con le strutture territoriali, le Agenzie regionali, gli organismi sanitari nazionali, le Società scientifiche e le associazioni dei cittadini. Tra i determinanti dello "star

bene" dei bambini nella comunità va collocato il Progetto Nati per Leggere che è esteso in tutta Italia e coinvolge il 15% dei bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni e le rispettive famiglie. Il progetto attivo dal 1999, promosso dall'ACP in collaborazione con l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino, coinvolge oltre 1500 soggetti tra bibliotecari, pediatri, insegnanti delle scuole elementari, educatori delle scuole materne e dei nidi d'infanzia e ha la finalità di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini. Infatti, vi sono documentate evidenze che leggere ad alta voce ai bambini con una certa continuità ha una positiva influenza sia sui rapporti relazionali (è una opportunità di relazione tra bambino e genitori) che cognitivi (si sviluppa meglio e più precocemente la comprensione del linguaggio e la capacità di lettura) e consolida nel bambino l'abitudine a leggere che si protrae poi nelle età successive anche grazie all'imprinting precoce legato alla relazione. Il progetto è un intervento di sensibilizzazione dell'opinione pubblica a favore dei bambini, del loro diritto a essere protetti non solo dalla malattia, ma anche dalla mancanza di adeguate occasioni di sviluppo affettivo e cognitivo, e a promozione di uno strumento di sviluppo umano quale la *literacy* (capacità di risolvere problemi di crescente difficoltà che implicano la comprensione di testi scritti). In tale progetto, il pediatra di famiglia interviene proponendo e stimolando la lettura ad alta voce in occasione delle visite in ambulatorio per i bilanci di salute, ponendo le premesse per intraprendere percorsi di lettura e indicare le offerte e i rinforzi operati a livello locale da biblioteche e scuole.

Nella sezione della medicina basata sulle prove di efficacia sono stati presentati programmi di prossima attivazione di educazione medica continua a distanza (*e-learning*). Nell'ambito della moderna pedagogia dell'adulto in formazione permanente l'ACP sta infatti mettendo a punto programmi didattici interattivi basati su scenari reali della pratica pediatrica rivolti ai propri soci. Il progetto, a tutt'oggi unico nel panorama pediatrico nazionale, che ha

come organizzatore la rivista dell'Associazione, *Quaderni acp*, prevede momenti di formazione residenziale inseriti in percorsi formativi continui a distanza sull'esempio di quanto già attuato all'estero (ad esempio dal *New England Medical Journal* e dal *British Medical Journal*), applicando tecniche di valutazione formale.

Tra gli aggiornamenti avanzati si è discusso di eventi clinici pediatrici comuni o frequenti, rari o gravi, acuti o cronici: dalle frontiere della ricerca genica, in particolare di alcune delle malattie rare (ad esempio adrenoleucodistrofia, le sindromi combinate immunitarie gravi), ai disturbi funzionali dell'intestino e alla malattia emorragica del neonato.

Un intero pomeriggio, in una sala stracolma, è stato dedicato all'informazione scientifica: una tavola rotonda in cui esperti di editoria e comunicazione scientifica, marketing e formazione medica hanno discusso criticamente con la platea se l'informazione del medico debba essere solo passiva, delegata e quindi dipendente; se la produzione di informazione possa essere "incondizionata"; se il medico è complice passivo (anche inconsapevole) dell'industria, in particolare quella farmaceutica; se gli interessi del paziente sono negati dai conflitti di interesse del medico. In uno scenario complesso e in una situazione in continuo divenire quale il rischio di una potenziale epidemia di influenza aviaria e il timore di una possibile pandemia nel corso dei lavori si è discusso e concordato di 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; che il rischio di influenza aviaria non è un motivo per allargare la vaccinazione stagionale a tutti i bambini sani; che l'acquisto privato di farmaci antivirali per farne scorta è inutile e sconsigliato. Sarà compito dei Servizi Sanitari preposti approvvigionarsi, qualora venga ritenuto necessario (così come per un futuro vaccino contro il virus pandemico).

Per un'Associazione che, prima tra le Società scientifiche italiane e a tutt'oggi unica, si è data un codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria,

controluce

non può sorprendere che il Congresso sia stato organizzato (seppure con difficoltà) senza il contributo dell'industria del farmaco o dei sostituti del latte materno.

Michele Gangemi, Paolo Siani,
Maurizio Bonati

La "Consensus" di Pisa sull'obesità

Si è tenuto a Pisa nell'aprile 2005 il Convegno Nazionale *L'Obesità nel bambino e nell'adolescente* promosso dalla Società Italiana di Pediatria, dalle società affiliate (SIDEF; SIMA; SINUPE; SIPPS), in collaborazione con ACP e FIMP. L'expert panel era coordinato dai proff. Maffei, Pietrobelli e Salvadori e presieduto dal prof. Saggese. L'ACP ha partecipato all'elaborazione del Consensus con Michele Gangemi e Michele Valente che ha rappresentato l'ACP nell'expert panel del Consensus.

Il consenso rappresenta un punto di arrivo, ma ancor più di partenza. Su alcuni punti l'ACP (e anche i colleghi della FIMP Picca, Giussani e Brambilla) hanno fortemente insistito:

1. il ruolo centrale del pediatra di famiglia (PdF) nella prevenzione e nell'educazione alimentare individuale, nonché nella diagnosi di primo livello;
2. il ruolo del PdF nel follow-up del bambino obeso seguito dai centri di secondo livello;
3. l'azione sociale e politica che tutti i pediatri e tutte le società e associazioni pediatriche devono promuovere nei riguardi della società civile e la battaglia che esse devono condurre verso le istituzioni perché l'affronto a questa malattia sociale sia globale e coerente; e si traduca, se necessario, anche in interventi legislativi e in sanzioni e divieti, quando è necessario, verso quel tipo di promozione di stili di alimentazione e di vita che favoriscono l'instaurarsi e il peggiorare dell'obesità;
4. l'attuale assenza di necessità di terapia farmacologica dell'obesità essenziale nell'infanzia e nell'adolescenza;
5. l'importanza dell'allattamento al seno anche ai fini della prevenzione dell'obesità.

Gli interventi sono stati tanti. Tra questi particolarmente apprezzato quello di alcu-

ni pediatri di famiglia della Versilia, che hanno realizzato una indagine epidemiologica osservazionale tra i loro pazienti sul sovrappeso e sugli stili di vita e gli interventi di Maurizio Tucci (giornalista e responsabile della comunicazione per la SIN e la SIP) e di Margherita Caroli (nutrizionista e responsabile del dipartimento di prevenzione AUSL di Brindisi). Caroli ha commentato i modi con cui un ambiente può diventare "obesigeno" e ha analizzato con molti dati il rapporto media e in particolare TV e bambini. Tucci ci ha portato i risultati di alcune inchieste giornalistiche, con dati sul bombardamento pubblicitario-promozionale a cui sono sottoposti i bambini nella fascia oraria della TV per ragazzi. Su Italia 1 dalle 15 alle 17, in un'ora di trasmissione, sono mandati in onda 43 spot con una media di 20" per spot pari almeno a 1/3 del tempo dell'intera trasmissione, di cui circa un terzo dedicato ad alimenti, circa dieci volte più del tempo dedicato ai messaggi promozionali nella stessa fascia oraria dall'altra TV che fa un programma per bambini e cioè RAI 3.

Nella discussione alcune proposte interessanti: quella di Giussani e Valente di sganciare per legge la promozione e la vendita di alimenti per l'infanzia da giocattoli sotto forma di gadget; la proposta del prof. Giorgi di vietare le macchine automatiche distributrici di snack nelle scuole, o alcuni interrogativi come quelli suscitati da Adriano Cattaneo circa la pubblicità su riviste scientifiche di campagne promozionali come quella di McDonald's o di Kellogg's senza che vengano dichiaratamente etichettate come tali e delle quali ha trattato anche una lettera pubblicata su *Quaderni acp*. Chi scrive ha colto l'occasione per promuovere anche nella sede del convegno come strumenti educativi in senso lato la rivista *UPPA* e *NpL*: interessante che questo secondo spunto sia stato sollevato anche da una collega della Versilia che parlava per la FIMP Pisana.

Michele Valente

O il piacere o la vita

Si è svolto a Torino nella primavera 2005 questo seminario, dal titolo curioso e pro-

vocatorio *O il piacere o la vita*. Il pubblico era vario: medici, counsellor, infermieri e dietiste. Nella medicina è sempre più frequente dover imporre divieti per prevenire la malattia che verrà (forse...) o per curare. Sembra, quindi, impossibile conciliare la salute e il piacere per il paziente. Di questo hanno discusso Stefano Beccastrini, medico fiorentino e pedagogista, Giorgio Bert e Bianca Bianchini, medico cardiologo torinese; di un suo libro (*La compagna delle orecchie volanti*) abbiamo pubblicato una recensione sul numero di dicembre.

Tutti hanno sostenuto che è possibile aiutare i pazienti senza, necessariamente, farli rinunciare al piacere. Lo sforzo del medico con abilità di counselling dovrà essere quello di trovare, insieme al paziente, una soluzione praticabile per quest'ultimo, senza pensare che necessariamente ciò che è importante per qualcuno lo sia obbligatoriamente per altri.

Piace, a questo proposito, segnalare l'intervento dal pubblico di un'infermiera che, pur lavorando in un Pronto Soccorso, aveva sempre rifiutato le statine, nonostante il colesterolo alto. Solo quando ha visto un amico con ipercolesterolemia, con cui condivideva la passione per la corsa, colpito da ictus, ha deciso di prendere le statine. Bianca Bianchini è una rappresentante dello Slow-food hanno presentato le loro esperienze di mangiar bene e con gusto in reparti apparentemente off-limits, come cardiologia e oncologia, a Torino. Nel pomeriggio Silvana Quadrino ha coordinato gli interventi di Corbetta e Aimetti (medici torinesi di medicina generale) e di Michele Gangemi. Tutti gli intervenuti hanno convenuto che, nella pratica di trincea, si trovano spesso nella necessità di dover proibire, ai loro pazienti, questo o quello, senza che peraltro le loro prescrizioni siano seguite. Proprio qui sta la differenza del medico con abilità di counselling: rinunciare a prescrivere e aiutare il paziente a trovare un nuovo percorso di vita, anche dopo la malattia, che non sia necessariamente privo di piacere. Gangemi si è soffermato sull'invadenza dei consigli pediatrici nella puericultura, ove non vi è niente di basato sulle prove di efficacia, ma si preferisce consigliare, anziché aiutare i genitori su ciò che fanno, alla luce della relazione col loro bambino.

Michele Gangemi

Caro, piccolo, intramontabile: *Oliver Twist*

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi

Quelli che se ne intendono dicono che è segno di vecchiaia. Guardare un film oggi e vederlo con gli occhi di ieri, dicono, significa voglia di guardare indietro, rifiuto del tempo che non ha cuore. Sarà così, ma non ce l'ho fatta a vedere l'*Oliver Twist* di Polanski senza pensare a *Le avventure di Oliver Twist* di David Lean. Cinquantasette anni di distanza sono un'intera vita, ma diventano un istante nella perennità di un'opera letteraria. L'occasione sarebbe ghiotta per discutere sull'opportunità di riproporre, dopo la già citata versione di Lean, il musical di Carol Reed del 1968 e quella di Clive Donner del 1982, un'ennesima trasposizione del romanzo di Charles Dickens firmato, questa volta, dallo stesso regista che, nel 2002, vinse tre Oscar con lo splendido *Il pianista*. E sarebbe interessante avventurarsi anche nella valutazione dell'interpretazione del personaggio dell'ebreo Fagin, oggi di Ben Kingsley e ieri di Alec Guinness, se non fossi convinto che disquisizioni del genere sono di secondaria importanza, come lo sarebbe il dilungarsi eccessivamente sulla stessa arcinota vicenda del bambino figlio di una vagabonda morta di parto, che a nove anni, stanco di subire le angherie del perfido Sig. Bumble, fugge dall'ospizio di mendicizia e finisce a Londra, passando un'infinità di guai, fino alla svolta decisiva che gli rende giustizia. Trovo più opportuno, invece, servirsi dell'attualità del racconto per dare spazio a considerazioni di altro genere.

La prima considerazione prende lo spunto da una dichiarazione dello stesso regista. Polanski ha precisato che, per la scelta della chiave di lettura, non ha trovato di meglio che consultarsi a lungo con i figli di 6 e 11 anni e che ha voluto fare "un film destinato ai bambini". Niente di diverso, probabilmente, dalle intenzioni dello stesso Dickens venticinquenne, ma dal 1838 ad oggi sono passati quasi due secoli e, in tutto questo tempo, una nutrita schiera di sociologi, linguisti, psicanalisti, ha sfornato un bel po' di saggi sui

racconti che, pur destinati nell'intenzione dell'autore ai bambini, mirano direttamente all'attenzione degli adulti. Nell'impossibilità di citazioni esaustive, faccio riferimento almeno ai formalisti russi e a quel *Le radici storiche dei racconti di fate* di Vladimir Propp che proietta una luce di realismo persino sui draghi che sputano fuoco e sui lupi che mangiano bambini. Tutto questo, per dire che *Oliver Twist* non è un romanzo, né un film per bambini; o, almeno, non lo è solo per loro.

La seconda considerazione va fatta riflettendo sull'ambientazione storico-geografica. La vicenda del piccolo Oliver può trarre in inganno, perché ambientata nell'Ottocento e in una Londra grigia e piovigginosa, illustrata come un disegno di Gustave Doré. Erano cose che succedevano una volta, si potrebbe pensare, e in un Paese distante dal nostro. Nulla di più errato. Polanski ha girato il film "con riferimento alle sue sofferenze di piccolo ebreo errante in una Polonia occupata dai nazisti", ma la sua attualizzazione della vicenda va ben oltre. Arriva fino ai giorni nostri e diventa emblematica di un orrore sociale che non fa più notizia. Il piccolo Oliver è vittima delle cattiverie del mondo e non sa come reagire.

La sua vita è caratterizzata dalla continua fuga, ma è come se una forza misteriosa vanificasse ogni suo sforzo, spingendolo sempre più verso il centro del vortice. È così che al Sig. Bumble si sostituiscono Artful Dodger, malandrino e mago dello scippo, la banda di ladruncoli che antepone l'amicizia e la legalità alla sopravvivenza, i ricchi insensibili, la giustizia cieca, il cattivo ebreo Fagin. Non è una storia d'altri tempi, purtroppo. E a sostenere questa tesi non c'è soltanto Polanski, il quale ha pubblicamente dichiarato che la Londra povera e ricchissima del suo film ha molte somiglianze con le città dove egli stesso ha vissuto da ragazzino durante la seconda guerra mondiale, ma ciò che, seppur raramente, mostrano reportages televisivi sconvolgenti sui bambini abbandonati

nei cassonetti della spazzatura, venduti, rapiti, sfruttati come lavavetri, arruolati come soldati, incappati nelle reti della prostituzione, reclutati dalla malavita. Un espediente tecnico che, pur attirando l'attenzione dello spettatore, raramente viene utilizzato come elemento di lettura filmica, ci stimola la terza e ultima riflessione. Mi riferisco all'uso delle luci. Polanski sceglie luci che, all'interno di una splendida fotografia, proiettano penombre.

L'uso dei chiaroscuri, come in *Rosemary's Baby*, *Chinatown*, *Il pianista*, è funzionale al messaggio. Nella vicenda privata di Oliver, come in quella sociale di una grande metropoli, la vera lotta è tra il bene e il male. La salvezza può arrivare da un momento all'altro, perché c'è sempre qualcuno che conserva un fondo di bontà, si muove a compassione, si affeziona ed è disposto ad aiutare. Oliver, come tutti i bambini che si affacciano alla vita, ha davanti a sé esempi positivi e negativi. Tocca a lui scegliere. E, alla fine delle sue peripezie, egli fa la sua scelta.

Davanti al suo persecutore Fagin, ormai in mano alla giustizia e condannato all'impiccagione, versa una lacrima di compassione. Qualche severo critico ha giudicato *melenso* il lieto fine. Dimenticando che, a differenza della cronaca, le favole hanno sempre un'esplosione finale di luce. ♦

Oliver Twist

Regia: Roman Polanski

Con: Barney Clark, Ben Kingsley, Jamie Foreman, Harry Eden, Leanne Rowe

Il tema musicale *Teach Me Again* è interpretato da Tina Turner ed Elisa Cechoslovacchia, Francia, GB, Italia, 2005; durata: 130'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it



Lombardia

Abbiategrasso

Attivare punti di lettura negli studi pediatrici e al Day Hospital pediatrico dell'Ospedale "Cantù" e mettere in atto iniziative di promozione alla lettura in tutte le biblioteche del Sistema bibliotecario dell'Abbatense, sono gli obiettivi che il progetto "Nati per Leggere" si è posto per quest'anno, in parte già concretizzati e in parte in fase di realizzazione proprio in questi giorni.

Martedì 27 settembre 2005, ad Abbiategrasso, è stato inaugurato lo scaffale dei bimbi, una struttura che contiene una piccola biblioteca pensata per i bambini da 6 mesi a 6 anni.

Gli stessi scaffali saranno collocati negli studi pediatrici delle città che aderiranno al progetto. L'iniziativa, che vede insieme il Comune di Abbiategrasso (Assessorati alla Cultura e alle Politiche sociali), l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano" e la Provincia di Milano (Assessorato alla Cultura), è stata possibile grazie al prezioso contributo del Lions Club di Abbiategrasso che ha donato gli scaffali. I libri sono stati acquistati dalla biblioteca civica "Romeo Brambilla"; il materiale librario resterà, quindi, a disposizione di genitori e bimbi che si troveranno negli studi pediatrici o al Day Hospital per visite, controlli ed esami. Uno strumento, pertanto, che non solo contribuirà a rendere meno noiosa e più piacevole l'attesa, ma permetterà di promuovere in concreto la lettura anche tra i più piccoli.

La biblioteca civica "Romeo Brambilla" ha aderito al progetto "Nati per Leggere" nel 2004. Il primo atto dell'adesione è stato l'organizzazione di un convegno che si è tenuto ad Abbiategrasso nell'ot-

tobre dell'anno scorso. In sostanza, la partecipazione al progetto è stata la naturale conseguenza della realizzazione della "Biblioteca dei Bimbi", inaugurata nel giugno 2003 all'interno della restaurata ala Ovest del Castello Visconteo.

All'inaugurazione dello scaffale è stata proposta anche una breve animazione teatrale per bambini a cura del Teatro del Buratto, alla presenza di rappresentanti del Comune di Abbiategrasso, del Lions Club Abbiategrasso e dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano".

Valle del Secchia

Nel mese di novembre scorso il sistema bibliotecario "Legenda" in provincia di Mantova che comprende 20 Comuni della Valle del Secchia e i Distretti sanitari di Suzzara e Ostiglia hanno organizzato un incontro dei pediatri di famiglia e dei Consultori familiari dei due Distretti per l'attuazione del Progetto Nati per Leggere. Nel corso dell'incontro il Progetto è stato presentato da Michela Bricoli, direttore del sistema bibliotecario, e da Giancarlo Biasini. I pediatri e le ostetriche dei Consultori familiari hanno aderito al Progetto. Nelle settimane seguenti saranno definite le linee operative. Si tratta della prima area in Provincia di Mantova dove viene attuato il Progetto Nati per Leggere.

Emilia Romagna

Nel territorio del Frignano il Progetto NpL nasce nel giugno 2004 grazie alla intesa tra Pediatria di Gruppo "C'era una volta...", il Sistema Bibliotecario del Frignano, i Comuni di Lama Mocogno, Pavullo, Serramazzone e il Distretto di Pavullo dell'ASL di Modena. Tutti i pediatri di famiglia coinvolti in occasione dei bilanci di salute hanno stimolato i genitori a leggere ad alta voce ai propri figli e hanno regalato un libro al compimento del 1°, 2° e 3° anno. Gli ambulatori sono stati dotati dell'espositore in legno di NpL ed è stato possibile effettuare il prestito dei libri della Biblioteca presso gli stessi ambulatori. Sono inoltre stati organizzati due corsi per lettori volontari, che hanno usufruito della gratuità del corso ma si sono impegnati a proporre letture animate negli studi

pediatrici, nell'ambulatorio del Consultorio vaccinale, nella divisione di Pediatria di Pavullo e nelle biblioteche.

In attesa che vengano elaborati i dati dei questionari compilati prima dell'inizio del progetto e dopo 1 anno, oggi possiamo utilizzare i dati grezzi per una prima valutazione del progetto.

L'analisi, focalizzata sull'età 0-5 anni, ha dimostrato un aumento degli Utenti Attivi (gli iscritti alla Biblioteca che attuano almeno un prestito durante l'anno) nel periodo di promozione di NpL (2003-04) rispetto al periodo precedente (2004-05).

Nel 2003-04 gli utenti nelle tre biblioteche dei comuni erano 254 mentre nel 2004-2005 (anno NpL) sono diventati 349 con un incremento del 32%.

Sempre prendendo in considerazione solo l'età 0-5 anni, emerge il dato legato al numero di volumi presi in prestito. Nel periodo di attività NpL (2004-05) i prestiti sono stati 2752 mentre nell'anno precedente (2002-03) erano 1743; l'incremento è stato del 53%. Infine alcune considerazioni riguardo a questi dati: i risultati migliori il Progetto NpL sembra produrli dove la biblioteca è poco frequentata, ha orari di apertura al pubblico più ridotti e gode di minore "tradizione". Grazie ai buoni risultati raggiunti e alla disponibilità delle Amministrazioni il progetto proseguirà anche per tutto il prossimo anno: i pediatri di famiglia durante i bilanci di salute stimoleranno i genitori alla lettura anche con l'aiuto di materiale divulgativo e regaleranno il libro *Guarda che faccia!* al compimento del 1° anno.

In questo periodo inoltre sono maturate alcune novità che caratterizzano il Progetto NpL nel Frignano:

- il coinvolgimento della Pediatria di comunità,
- la nascita di "Liberaunlibro",
- la collaborazione con il Laboratorio "All'Opera",
- la festa di NpL del 24 settembre 2005.

Nel nostro Distretto i Comuni dell'Alto Frignano non sono coperti dalla Pediatria di libera scelta, pertanto i bambini di questi territori non hanno usufruito del Progetto NpL. Grazie all'interesse dei Comuni di Fanano, Fiumalbo, Pievepelago, Sestola, Riolunato e alla disponibili-

per Leggere

lità del Responsabile della Pediatria di comunità si realizzerà, a partire già da quest'anno, il Progetto NpL nei Consultori pediatrici territoriali. I medici durante i bilanci di salute stimoleranno i genitori alla lettura anche con l'aiuto di materiale divulgativo e regaleranno il libro al compimento del 1° anno.

Alla presentazione pubblica dell'iniziativa NpL nel 2004 un amministratore locale aveva avanzato alcuni dubbi sulla presenza dei libri delle biblioteche (comunalmente) negli ambulatori dei pediatri a causa della facile "perdita" degli stessi che possono essere maltrattati o rubati. Con "Liberaunlibro" si è cercata una soluzione a questa criticità: ai bambini più grandi viene chiesto di portare in biblioteca uno dei loro primi libri ancora in buone condizioni per regalarlo idealmente a bambini più piccoli. In realtà il libro sarà destinato al prestito negli ambulatori e in tutti i centri che aderiranno al Progetto NpL. Il libro verrà preso in consegna dalla biblioteca che vi apporrà un adesivo con il logo di "Liberaunlibro" che riporterà il nome del donatore.

L'idea ci sembra buona, le intenzioni pure, speriamo che funzioni! Parallelamente a "Liberaunlibro" i pediatri di famiglia si sono attivati per chiedere in regalo ai pazienti stranieri, che ritornano dal proprio Paese, un libro nella loro lingua d'origine. Ciò ha creato una lieta consuetudine tra i nostri pazienti e ci ha dato l'opportunità di avere in ambulatorio testi per bambini in francese, inglese, arabo, rumeno...

Il Distretto Sanitario di Pavullo, che collabora per la realizzazione del Progetto, ha proposto l'integrazione con il Laboratorio "All'Opera" per la realizzazione della festa di NpL. Il Laboratorio, che è gestito dalla Cooperativa Sociale Arcobaleno e svolge attività di educazione al lavoro per ragazzi disabili, ha offerto la propria disponibilità per l'esecuzione di una lettura animata nell'ambito della festa. È stato uno dei momenti emotivamente più intensi della giornata ed è stata per noi una esperienza interessante l'integrazione tra pediatri, bibliotecari, educatori e ragazzi disabili.

Infine, il 24 settembre 2005, si è tenuta a Pavullo nel Frignano la "Festa di Nati per Leggere". La festa nasce dall'idea di

far uscire il "LIBRO" dalla biblioteca per promuoverne il significato lungo le strade: abbiamo inoltre voluto creare un evento che valorizzasse il ruolo dei lettori volontari.

L'iniziativa è partita dalla biblioteca comunale di Pavullo nel Frignano con il saluto delle autorità e l'esecuzione di due letture animate; in seguito tutti i partecipanti (bambini, genitori, volontari, amministratori) si sono recati a piedi presso l'Ospedale dove erano in programma due letture. Al termine il festoso corteo, che era preceduto da un "Pifferaio magico", si è diretto verso il centro del paese dove sono state realizzate altre due letture. Sono stati coinvolti 17 lettori volontari che hanno reso la giornata piacevole a bambini e genitori.

Al termine della giornata i commenti sono stati tutti positivi ed è stata avanzata la richiesta che l'evento venga ripetuto anche il prossimo anno ed eventualmente anche in altri Comuni.

Graziano Zucchi

Toscana

Nel maggio scorso, a Cortona (AR), si è svolto il Convegno "Nati per Leggere: apprendere il piacere per la lettura in età infantile attraverso un gesto d'amore: un adulto che legge una storia".

È stato indetto dal Comune di Cortona con il patrocinio della Provincia di Arezzo. Ha visto la collaborazione della Pediatria del territorio, della ASL 8, della biblioteca e delle direzioni didattiche. La mattinata si è svolta nello splendido teatro Signorelli con la parte teorica mentre nel pomeriggio ci sono stati approfondimenti pratici presso la sala convegni del centro S. Agostino.

Hanno aperto i lavori le autorità locali: il Sindaco di Cortona, Andrea Vignini, ha sottolineato come il Progetto NpL sia stato il primo della Provincia di Arezzo per il quale il Comune si è subito attivato, unico finanziatore, su richiesta dei pediatri della zona, riconoscendone l'importanza e la validità con entusiasmo.

Le ragioni del progetto sono state illustrate da Giovanna Malgaroli che ha spiegato il Progetto in Italia e nel mondo, e da Giancarlo Biasini che ha parlato di "Leggere è salute"; la dott. Mariani ha trattato del ruolo del pediatra di famiglia

nel Progetto; ML. Meacci ha svolto il tema: "Adulti e bambini: emozioni da condividere per imparare giocando con i libri e volare nella fantasia con le storie" F. Tanania ha esposto il ruolo del cartone animato didattico.

Sono seguite esperienze a confronto, coordinate dal prof. S. Angori, docente di Scienze della Formazione presso l'Università di Siena.

Sono intervenuti: M. Pellati del Comune di Bologna; E. Palandri bibliotecaria del liceo scientifico "L. da Vinci" di Firenze; L. Cottini pedagoga che ha esposto la realizzazione del Progetto nel nostro territorio; D. Cortini che ha parlato delle letture nei corsi di preparazione alla nascita; L. Fedeli, referente del Progetto per i PdF di Cortona, che ha illustrato l'applicazione dello stesso nell'ambulatorio pediatrico; P. Giorgi, psicologa, che è intervenuta sul "Sostegno al ruolo adulto".

Nel pomeriggio presso il Centro Convegni S. Agostino si sono tenute le sessioni: "Leggere fa crescere bene" e "Nati per leggere tra sociale e cultura", spazi aperti per genitori, insegnanti, pediatri, animatori, educatori, coordinati dalla d.ssa M. A. Prandi, pediatra della ASL 8, e dalla d.ssa G. Stellitano, responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Cortona.

Sono seguite letture animate a cura delle volontarie del servizio civile impegnate nel Progetto, spazio aperto a bambini, genitori, nonni, amici, bibliotecari: il tutto coordinato da L. Naclerio, bibliotecaria del Comune di Cortona.

Nelle sale del Convegno erano esposte creazioni del Laboratorio NpL, video e documentazione "Bipi" Biblioteca dei piccoli. I partecipanti sono stati numerosi, provenienti da tutte le zone limitrofe e di varia estrazione culturale e professionale. L'esito del Convegno è stato molto positivo.

Per me, pediatra di famiglia di questo territorio, è stata la realizzazione di un Progetto a lungo perseguito in una di queste realtà periferiche rispetto ai grandi centri, realtà piccole, a volte culturalmente penalizzate, ma compatte nella promozione di iniziative che migliorano la qualità della vita e permettono l'integrazione sociale.

Laura Fedeli

Libri: occasioni per una

Guida ai perché delle scienze infermieristiche



**Alfredo Pisacane
Salvatore Panico**
*Evidence-based nursing.
Manuale per infermieri
e altri operatori
della sanità*
Carocci Faber 2005
pp 139, euro 12,80

Il meritato successo editoriale della Evidence-based (EB), reso sempre più ipertrofico da *me-too*, ha contaminato negli ultimi anni anche l'area del nursing. Basta effettuare una ricerca con uno dei tanti motori di ricerca in internet o consultare, p. es., il catalogo di Amazon per averne conferma. Grossi tomi che riproducono pedissequamente produzioni in vari settori della medicina e della sanità (EB medicine, EB obstetrics, EB pediatrics, EB cardiology, EB public health, EB nursing, ecc.), giustificate con la generalizzazione dell'approccio metodologico. A ciascuna specialità la sua EB! Con siti, libri, riviste, manuali, corsi ... esperti: il mercato. Produzione prevalentemente in lingua inglese, ma anche in altre lingue, italiano compreso, per favorire la "diffusione".

Sebbene l'EB faccia la sua comparsa alla metà degli anni '90 ad opera di un piccolo gruppo di "medici pensatori" coordinati da David L. Sackett, i principi e le ragioni su cui si fonda sono molto più datati e coincidono con il passaggio dalla medicina delle impressioni (certezze) a quella della ricerca (dubbio-probabilità) nella pratica. L'EB rappresenta quindi il richiamo scientifico, l'approccio metodologico, affinché all'esperienza e alla capacità acquisite corrispondano interventi-decisioni più efficaci, sicuri ed efficienti nella pratica clinica, ma non solo in questa.

Più semplicemente si potrebbe definire l'EB come l'attitudine a rispondere ai "perché" della pratica quotidiana, utilizzando le conoscenze scientifiche più recentemente acquisite, variate e riconosciute-condivise. Tutto questo non vuol dire che EB è solo

ciò che è frutto di studi clinici randomizzati, magari in doppio cieco, come alcuni epigoni di Sackett vorrebbero, ma che Ricerca e Pratica in medicina e sanità (ancor più che in altre discipline) dovrebbero essere oggi parte essenziale della formazione e dell'attività quotidiana degli operatori sanitari.

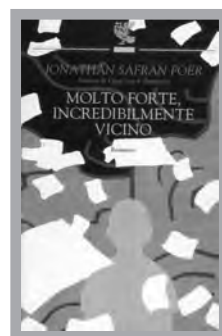
In tale contesto il manuale di Pisacane e Panico rappresenta una piacevole novità, una risposta a un bisogno latente nei percorsi formativi dell'assistenza infermieristica (e non solo questa).

Basato sull'esperienza e la pratica dei corsi di scienze infermieristiche, il manuale rappresenta uno strumento didattico per guidare gli studenti alla definizione delle risposte più appropriate ai "perché" quotidiani della pratica professionale. Un manuale di principi, di "linee guida" essenziali per affrontare il percorso di conoscenza e di formazione tra le evidenze disponibili. L'essenzialità può rappresentare in apparenza un limite del manuale-strumento, ma anche un pregio nello stimolare la necessità di approfondimento ricorrendo alle letture consigliate al termine del testo o altre ancora.

Come un loro conterraneo (Erri De Luca) gli Autori potrebbero essere accusati di aver scritto poche pagine e affrontato brevemente la materia. Trasmettere in misura breve e concisa, ma in modo accurato e sufficiente, elementi essenziali è una scelta nel percorso di comunicazione/formazione che sottende una partecipazione attiva del lettore/studente e uno stimolo a leggere o a chiedere "di più".

Maurizio Bonati

A un ragazzo muore il padre nelle Twin Tower



Jonathan Safran Foer
*Molto forte,
incredibilmente vicino*
Guanda 2005, pp 351
con illustrazioni,
euro 16,50

Questo romanzo ha come sfondo la tragedia delle Twin Towers, vista con gli occhi di un sensibilissimo ragazzino di nove anni, Oskar Schell, a suo modo un genio, francofilo, vegano, curioso, fantasioso, inventore di gioielli esistenziali e di tante altre cose strampalate.

Oskar, l'11 settembre, ha perso il padre, gioielliere ebreo, che era quel giorno in cima a una delle torri e prima di morire gli ha telefonato 5 volte, cercando di tranquillizzarlo e non far trasparire il dramma che stava verificandosi. Queste telefonate sono il suo segreto, che ha occultato nascondendo la segreteria telefonica nello sgabuzzino dove peraltro ha trovato una busta contenente una chiave e con scritto sul retro Black: si metterà alla ricerca per tutti i quartieri di New York di tutti i Mr e Mrs Black, nella speranza di scoprire un segreto che lo avvicini al padre.

Si tratta di un libro che contiene e alterna più storie: quella di un figlio che cerca disperatamente il padre o comunque segue la traccia del suo ricordo che ne attenui il dolore della perdita; quella di un padre (il nonno) che scrive lettere al figlio mai conosciuto e di cui ha appreso la tragica morte solo successivamente; e infine di una nonna che racconta al nipote tutta la sua vita, l'amore per il nonno e per la sorella e per il figlio morti.

È sicuramente un libro che appassiona e commuove, che parla di dolore, morte, ma anche amore, affetto filiale e speranza, scritto da uno dei talenti giovani emergenti della letteratura newyorkese.

Foer aveva già stupito tutti nella sua opera prima scritta a 19 anni, *Ogni cosa è illuminata*, altro libro bellissimo che vi consiglio di leggere, come consiglio anche quello appena uscito della moglie di Foer, Nicole Krauss, *La storia dell'amore*, sempre edita da Guanda, secondo la critica ancora meglio di *Molto forte, incredibilmente vicino*. Ecco, mi trovo a fare tre recensioni in una, ma sono tre libri molto belli, consigliati.

Fabrizio Fusco

buona lettura

La storia afgana del ragazzo Amir



Khaled Hosseini
Il cacciatore di aquiloni
Piemme 2004
pp 394, euro 17,50

Khaled racconta una storia indimenticabile, commovente e straordinaria, ma priva di eroi.

È quello che è, un canto epico di padri e figli, di amicizia e tradimento, di abissali capitolazioni e redenzioni coraggiose e sofferte. Di fughe e ritorni, fino al riscatto finale, toccante e inaspettato. Sullo sfondo la scomparsa nel nulla di un mondo, l'Afghanistan, che assiste impotente alla disintegrazione della sua millenaria cultura e al crollo di ogni certezza. Assiste con la rassegnazione disperata all'incedere della Storia, incarnata dai Sovietici prima e dai Talebani in un secondo tempo, fino ai disastrosi giorni nostri.

La storia è narrata da Amir, figlio della ricca borghesia afgana, il cui padre rispettato e amato da tutti per la sua probità morale e con una madre che è morta dandolo alla luce. Hassan è il servo hazzara della sua famiglia, suo compagno di giochi e temibile cacciatore di aquiloni. Con la stessa minuziosa cura con cui Amir e Hassan bambini si preparavano all'evento più importante per i ragazzi di Kabul, la gara degli aquiloni, l'Autore ritrae il mondo della sua infanzia e fa rivivere il calore di quella realtà sicura e ospitale per lui, dall'odore inebriante e inconfondibile della terra bruciata d'estate e dell'aria frizzante dell'inverno mista al sapore rassicurante del tè e delle spezie.

Un uomo normale, Amir, né pavido né eroico, né buono, né cattivo. Che alla fine, però, non può più sfuggire al passato e deve fare i conti con i propri ricordi, le proprie sensazioni. Deve riempire vuoti che chiedono di essere colmati.

Il viaggio che Amir intraprende verso la sua patria è prima di tutto un viaggio in se stesso, per confrontarsi e riscattarsi da quell'antica e dolorosa colpa, un blocco di ghiaccio represso dentro di lui, ma che non ha mai smesso di soffiare aria gelida sulla sua pelle. Un peso che Amir ha sopportato in solitudine nel suo esilio americano, intrappolato nel suo stesso dolore. E al proprio destino Amir non può sfuggire, e la tragedia dell'Afghanistan si materializza in un sottofondo di voci stridenti e feroci apparizioni, mentre sulla scena si dispiega il mondo interiore di Amir e degli altri personaggi che incontra fino alla risoluzione finale e all'espiazione della sua colpa. La quarta di copertina riporta "Questo libro ha un solo difetto: si legge d'un fiato". È così.

Nicola D'Andrea

I professori ebrei cacciati dalle università e mai tornati



Daniela Gagliani
Il difficile rientro
CLUEB 2004
pp 224, euro 14,00

Alla fine degli anni '30 le leggi razziali colpirono le università italiane: i docenti ebrei vennero scacciati dai loro istituti. L'università, che doveva essere il fulcro delle libertà di pensiero, subì quelle leggi con rassegnazione, e talora con l'appetito dei docenti di "razza ariana" che avrebbero occupato i posti liberati dalle nuove leggi.

L'espulsione di ordinari, liberi docenti, assistenti, significò la perdita di almeno 400 insegnanti su un corpo accademico di 1200. Quanto alla qualità fra gli espulsi c'erano nomi celebri come Modigliani, Momigliano, e fra i fisici Fermi, Ansaldo, Segre, Rossi, in sostanza "i ragazzi di via Panisperna". Fra i pediatri Maurizio Pincherle, ordinario a Bologna, cui suc-

cessero Salvioli e il suo aiuto Fuà. I docenti cacciati furono cancellati dagli annuari in modo che si perdesse perfino la loro memoria. Il ministro (Bottai) stabilì che non si dovesse dare notizia neppure della loro morte. In questo momento, in cui a Bottai si vuole dedicare una piazza di Roma, sarebbe bene non avere perso la memoria.

Non è necessario essere un profondo conoscitore del mondo universitario per immaginare il destino degli aiuti e degli assistenti dei professori cacciati: il loro addio alla carriera, alle libere docenze, ai posti di primario. Ci fu qualche suicidio. Nel 1945, caduto il fascismo, gli insegnanti ebrei avrebbero dovuto essere reintegrati, ma una serie di successive limitazioni a una prima legge di reintegro fece in modo che solo 21 di essi riprendessero la cattedra dalla quale erano stati espulsi.

Nessuna cerimonia pubblica, nessuna assemblea del corpo accademico fu organizzata per chiedere perdono ai colleghi scacciati, per riaccoglierli, per avviare una riflessione sul sistema universitario, sui suoi rapporti con il potere politico al quale l'università si era sottomessa senza alcuna resistenza; anzi senza nemmeno un tentativo di resistenza. Uno dei fisici cacciati commentò: "Distrugete una centrale elettrica e sarà buio subito; distrugete l'università e sarà buio fra cinquant'anni".

Del resto neppure nella comunità studentesca il problema ebbe alcuna notorietà. Chi scrive è stato negli anni '50 dirigente della Unione Goliardica Italiana (UGI), associazione sensibile ai valori di libertà e di libero pensiero come lo era uno dei suoi più noti dirigenti, Marco Pannella. Ma non ha mai avuto notizia di chi era stato espulso, perché ebreo, dalla università che frequentava. Neppure gli studenti comunisti dell'epoca, critici come erano della struttura universitaria, hanno mai sollevato, all'interno degli organismi rappresentativi, questo problema dell'università che negava la sua funzione di informazione. Il tentativo di distruggere anche la memoria era pienamente riuscito.

Giancarlo Biasini

info: notizie

Tortura e medici militari

La presenza dei medici in episodi di tortura a prigionieri è stata all'attenzione della stampa negli ultimi tempi per una serie di preoccupanti episodi. Anche se si tratta di episodi isolati anziché endemici, la preoccupazione è giustificata. Ciò che sta alla base di queste preoccupazioni sono alcuni fatti:

1) la dichiarazione USA che gli accusati di terrorismo non sono coperti dalla convenzione di Ginevra;

2) la definizione USA che *“perché un atto costituisca tortura deve provocare dolore difficile da sopportare... e confrontabile in intensità a quello che si ha in lesioni fisiche importanti, come l'insufficienza di un organo, la compromissione di funzioni vitali, perfino la morte”*;

3) la norma secondo cui *“i medici assegnati alla intelligence non devono considerarsi legati alla concezione ippocratica medico-paziente con i detenuti che assistono e, in assenza di pericolo di vita, non hanno obbligo di intervenire per fornire assistenza”*.

In conseguenza di queste norme i medici in servizio sono stati presenti agli interrogatori *“non per fornire cure, ma come esperti di comportamento”*, contraddicendo palesemente la risoluzione ONU del 1982 sui diritti dei prigionieri e sui doveri del medico militare. (*Lancet* 2005;366:430)

Bioterrorismo

In una lettera a *Nature* D.R. Whitlock si chiede quando le recenti norme varate in USA contro il bioterrorismo avranno un equivalente in norme contro l'uso delle armi da fuoco che in USA provocano ogni anno qualcosa come 30.000 morti. Il solo attacco bioterroristico – scrive Whitlock – fu compiuto in USA nel 2001 con bustine di antrace e provocò 5 morti. (*Nature* 2005;346:460)

Acido folico in commercio

I Laboratori Baldacci commercializzano *“Serengrav -120 compresse”*. Sulla confezione è specificato che *“Serengrav è un integratore alimentare di acido folico indicato nelle donne che programmano*

una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, per ridurre il rischio di difetti congeniti del nascituro”. Ciascuna confezione contiene 120 compresse di 400 microgrammi, che rappresentano la dose giornaliera raccomandata. Il prezzo a confezione è di 6,00 euro.

L'India produce farmaci

Nel 1980 l'India ha registrato il 50% di mercato farmaci di compagnie multinazionali e il 50,5% di compagnie indiane. Nel 2004 le compagnie indiane hanno conquistato l'80% del mercato lasciando alle multinazionali il residuo 20%. Nel 1970 il rapporto era del 70% alle multinazionali e il 30% alle indiane. Nel 1980 il profitto delle compagnie nazionali era di 1,5 miliardi di dollari USA; nel 2003 è stato di 6,5 miliardi di dollari. La qualità della produzione scientifica in India è provata dalle citazioni dei lavori scientifici. Se si valutano le citazioni per anno rapportate al PIL per persona, l'India è in cima alla classifica con un valore di 77; seguono la Cina (69), gli USA (67), il Regno Unito e la Germania (19). L'Italia ha un valore di 9. (*Nature* 2005; 436:480)

Registro nazionale dei trattati con GH

Il 28 ottobre 2005 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità si è svolta una riunione di lavoro sulla *“istituzione di un Registro Nazionale dei soggetti sottoposti al trattamento con ormone della crescita (GH)”*. L'incontro è stato organizzato dal Direttore di Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, prof. Giuliano D'Agnolo e dai suoi collaboratori. Erano presenti i rappresentanti delle Regioni, un elevato numero di clinici endocrinologi, il rappresentante dell'Agenzia italiana del farmaco e le principali Associazioni pediatriche: SIP e ACP. Nel corso dell'incontro è stata presentata la responsabile del futuro Registro Nazionale, la d.ssa Flavia Pricci del Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze e i suoi collaboratori del Centro Nazionale, Epidemiologia e Biostatistica, del Dipartimento del Farmaco e del settore informatico. L'obiettivo principale dell'incontro era quello di trovare un accordo e una condivisione sulle modalità (struttura, gestione) del Registro.

Nel corso delle relazioni che si sono succedute è emersa la necessità di istituire, oltre al Registro, anche le Commissioni Regionali previste nella nuova nota 39 finalizzate all'ottimizzazione dell'uso dell'ormone.

Più specificamente è stata presentata l'esperienza della Regione Piemonte, relativamente alle modalità di attuazione del Registro piemontese e delle funzioni della Commissione regionale. I convenuti hanno trovato un sostanziale accordo nel ritenere questo modello un punto di riferimento per la costituzione del Registro Nazionale. Saranno sicuramente necessari altri momenti di confronto tra i vari rappresentanti per raccogliere suggerimenti e proposte. Auguri alla dott.ssa Pricci.

Biblioteca Medica Virtuale gratuita a Bolzano

È stata presentata a Bolzano la Biblioteca Medica Virtuale, il primo progetto italiano capace di mettere a disposizione degli operatori della sanità pubblica l'accesso gratuito a oltre 3600 riviste e alle più importanti banche dati mediche a livello internazionale. Gli operatori potranno accedere alle risorse dai computer presenti sul luogo di lavoro. L'utilità di strumenti come la Cochrane Library e Clinical Evidence, entrambi presenti nella Biblioteca, è stata sottolineata da Tom Jefferson, della Cochrane Collaboration; nel suo intervento questi ha sollecitato medici, infermieri, dirigenti a non arrendersi di fronte alla vastità delle informazioni presenti in Rete: i criteri per stabilire l'affidabilità di un sito o di una rivista sono ormai generalmente condivisi, così che non è più necessario ricorrere a degli esperti per una valutazione di qualità delle conoscenze. Da parte dell'Ufficio Formazione dell'Assessorato Provinciale alla Sanità ci sarà una costante attenzione per la verifica del gradimento di questo nuovo servizio da parte degli operatori e delle operatrici della Provincia. Il sito è comunque visitabile da un pubblico più vasto e offre un servizio di news, di segnalazione di eventi su tematiche a carattere medico sanitario, nonché profili di periodici medici internazionali, un glossario dei termini ricorrenti nel lessico

sulla salute

della Evidence-Based Medicine e un osservatorio completo sulle risorse internet più affidabili e interessanti per chi lavora nella sanità.

Ricerche inutili applicazioni tardive

È ragionevole, si chiede *Lancet* (2005; 366:107), che si continuino a produrre trial su farmaci o su interventi quando la dimostrazione di efficacia o di inefficacia di questi è stata abbondantemente dimostrata? Per esempio sull'uso della aprotinina nella emorragia peroperatoria sono state prodotte 52 metanalisi favorevoli. Non sarebbe stato il caso di fermarsi prima?

E sul piano delle applicazioni della ricerca, una volta ottenuta la dimostrazione che il dormire sulla schiena previene la SIDS (1970) non sarebbe stato il caso di "disseminare" l'applicazione di questa pratica prima del 1990, come si è fatto? Si sarebbero evitate 10.000 morti in Gran Bretagna e forse 50.000 in Europa e USA.

Da queste considerazioni discende una decisione editoriale di *Lancet*. Dall'agosto 2005 si chiederà agli Autori di trial che hanno chiesto la pubblicazione di esporre in maniera molto chiara se: 1) sullo stesso argomento esistono altre ricerche; 2) quali siano i motivi metodologici o clinici che giustifichino la nuova ricerca; 3) che cosa aggiunga la nuova ricerca a quanto già si sapeva.

E la famiglia paga! Le vecchie povertà

I consumi sanitari a carico diretto delle famiglie italiane sono stati nel 2004 pari a 24 mld di euro corrispondenti all'1,8% del PIL e al 23% della spesa sanitaria complessiva. Questa quota in Francia è del 10% e in Germania dell'11%. Una indagine ISTAT del 2003 ha dimostrato che su 27 milioni di visite effettuate nelle 4 settimane precedenti l'indagine 8.400.000 (31%) erano state pagate direttamente dalle famiglie. Se la visita era specialistica, si saliva dal 23 al 58%. (*Sole24ore-Sanità* 29 nov. - 5 dic. 2005).

Tecnologie e competitività

Secondo dati del World Economic Forum l'Italia è al 47° posto nella gra-

duatoria della competitività e al 44° nell'uso delle tecnologie. Il budget della ricerca oscilla secondo le fonti fra l'1,05 e l'1,2% del PIL mentre la media europea è dell'1,9%, gli USA sono al 2,6% e il Giappone al 3,15%. Con la Finanziaria del 2006 il 5 per mille del reddito potrà essere destinato alla ricerca o al volontariato. Sarà una buona occasione per l'adozione di criteri seri e rigorosi per l'attribuzione di queste risorse? (*Le scienze* 2005;11:14)

Vitamina K: la ragione si fa strada

Dopo un'assemblea piuttosto accesa dell'ACP Lazio sul problema della profilassi con vitamina K della VKBD (*Vitamin K Bleeding Disease*) tardiva, sul cartellino di dimissioni dal Policlinico Gemelli il solito timbro che raccomandava la somministrazione di *Vita K*, 25 gocce al giorno per 3 mesi, è stato coperto da un benefico bianchetto e sostituito da un altro timbro che recita: "Al bambino è stata somministrata vitamina K 1 mg i.m. Si rimanda al pediatra curante la decisione di proseguire o meno la somministrazione di Vitamina K per via orale".

Dopo il Gemelli almeno altri due ospedali romani scrivono a penna sui cartellini la profilassi effettuata, lasciando al pediatra ogni decisione per il futuro. Si fa strada la ragionevolezza dopo gli articoli di *Quaderni acp* (*Prevenzione della emorragia tardiva del neonato con vitamina K. Quaderni acp* 2005;12:26 e 2005; 12:29).

Perché il colore della pelle

Il colore della pelle sembra derivare da due esigenze opposte. Troppa luce causa la distruzione dell'acido folico e delle altre vitamine del complesso B. Troppa poca luce causa la produzione troppo scarsa di vitamina D. In ogni popolo le femmine hanno pelle più chiara dei maschi per poter avere una produzione maggiore di vitamina D e di calcio in gravidanza e allattamento.

C'è una eccezione a questa regola: i nativi della Groenlandia. Hanno pelle più scura dell'atteso perché si cibano da tempo memorabile di carne di mam-

miferi marini ricchissima di vitamina D. (*Le scienze* 2005;8:24)

Latte materno in commercio. Cosa ne pensiamo?

Un'azienda californiana ha messo in vendita bottiglie di latte materno per neonati malati o sottopeso. L'azienda che offre il prodotto agli ospedali americani è la Prolacta Bioscience. Il latte materno è donato dalle madri e trattato dall'azienda. Fino ad oggi il latte materno donato dalle mamme americane confluiva in poche banche, che lo raccoglievano su base locale. L'azienda ha invece aperto quella che si candida a essere la prima struttura centralizzata su vasta scala per la gestione e la lavorazione di latte materno donato negli USA.

L'idea dell'azienda californiana in questione è stata bocciata da alcune organizzazioni che si occupano della donazione di latte materno nel Paese. (*Adnkronos Salute*, ottobre 2005).

Cosa vi ricorda?

Il 25.1.2005 viene confezionata una partita di *Mellin 2* (lotto LD 008) con scadenza gennaio 2007. Vi è un all'erta comunitario: 22 casi di enterite da *Salmonella agona* in Francia. Il 10 maggio 2005 il Ministero lancia l'allarme e invita i NAS al sequestro. L'informazione non viene divulgata e nella prima metà di giugno è possibile ancora acquistare il prodotto nelle farmacie e nei supermercati (*Altroconsumo* agosto 2005).

Limiti alla pediatria di libera scelta?

È stato pubblicato l'elenco aggiornato degli indicatori del Ministero della Salute per la verifica dei Lea. Si tratta in sostanza degli indicatori da utilizzare per la verifica del rispetto di ogni regione dei livelli essenziali di assistenza. Fra di essi si legge: *Disponibilità del PLS su popolazione residente inferiore a 7 anni*.

Si va forse verso una scelta di limitazione di età? O si prende atto che la copertura da 7 a 14 anni non fa parte dei Lea? (*Ilsole24oreSanità*, 6-12 dicembre p 8). ♦

Democrazia, partecipazione e salute

Ho letto l'editoriale sul n° 5 di *Quaderni acp*. La tesi è in sostanza che "la democrazia crea salute". Suggestiva, ma non tutta convincente. Come si spiega infatti che gran parte delle dittature del XX secolo (nazional-socialismo, comunismo, fascismo) si sono incontrate con miglioramenti degli indicatori di salute e in specie di mortalità infantile? Anzi, Castro e l'URSS hanno fatto di questi una delle loro bandiere. Come si spiega che il castrismo ha comportato la migliore mortalità infantile del continente americano? Meglio degli USA che certo più democratici di Cuba, nelle forme istituzionali, lo sono. E come si spiega che la Russia di Putin ha indicatori assai peggiori della vecchia URSS?

Del resto, rimanendo a casa nostra, anche un incallito antifascista non può dimenticare quello che il fascismo ha fatto in tema di assistenza all'infanzia (l'ONMI, le colonie estive) e di profilassi antitubercolare (i consorzi provinciali, i sanatori, ecc): cose di cui, se non sbaglio, ha parlato anche la vostra rivista. A meno che invece di democrazia non si debba parlare di "partecipazione popolare" come quella che ai tempi del fascismo va sotto il nome defeliciano di "anni del consenso". Allora ci si deve chiedere: ci possono essere una democrazia senza partecipazione popolare e un regime autoritario con partecipazione? E che fine farà una democrazia senza partecipazione? Ma questo è un altro discorso anche se molto ci interessa.

Efrem Marri

Le osservazioni di Marri sono più che giustificate; cercherò di chiarire, anche a me stesso, parlando di casa nostra. Non c'è dubbio che noi viviamo in una democrazia perché abbiamo istituzioni formali democratiche: un parlamento, dei sindaci e dei presidenti di regione eletti dal popolo ogni 5 anni. Non si può dire però che alle scelte di politica sanitaria (nel senso più esteso di tutela della salute fisica e psichica) abbiamo una "partecipazione popolare" (la distinzione di Marri è certamente ragionevole ed era anche nel nostro titolo). Se avessimo anche, oltre alle istituzioni democratiche, una partecipazione popolare alle scelte in fatto di assistenza sanitaria e sociale, saremmo certamente una democra-

zia più completa. Del resto i costituenti avevano immaginato, per una democrazia più completa, una serie di correttivi al puro sistema elettivo: il decentramento regionale, i referendum ecc.; tutte cose ampiamente – almeno a me pare – fallite sul piano della possibilità di rendere i cittadini partecipi della gestione delle scelte politiche che li interessano.

Le leggi regionali sul SSN hanno, poi, immaginato le Conferenze Sanitarie Territoriali come strumenti di programmazione e verifica delle attività delle direzioni strategiche. Tutto questo però non è bastato a garantire alle scelte in sanità una sufficiente partecipazione popolare. Anzi l'ha burocratizzata. Per rispondere alle obiezioni non si può negare che non solo il fascismo, ma anche il comunismo e il castrismo hanno goduto di momenti di indiscutibile adesione popolare.

Del resto, citando Baum, nell'editoriale si diceva che il rapporto fra le istituzioni e la salute "non è legato semplicemente alle libertà civili, ma agli spazi che in democrazia sono riservati al capitale sociale, alla possibilità che le reti sociali hanno di interferire con le decisioni nel campo della salute e quindi di accettarle, a un più adeguato riconoscimento dei bisogni sanitari da parte dei governi locali". Grazie comunque per le osservazioni.

Possiamo parlare almeno di metodo?

Mi sembra di dovere tornare un'ultima volta sulla polemica intorno al "nuovo" calendario di vaccinazione, questa volta per una rapida riflessione di metodo. Permettetemi una rapida cronistoria.

Nel luglio 2003, come iscritto FIMP e referente provinciale per le vaccinazioni, sollevai dei dubbi sul calendario e sulla opportunità di alcune scelte; attendo ancora una risposta dalla direzione centrale e dalla redazione del *Medico pediatra*, il periodico FIMP. Nel frattempo sono stato sollevato dall'incarico. Nell'aprile 2004 intervenni su *Quaderni acp* per chiedere ai colleghi veneti (che avevano deciso di lasciare l'ACP perché l'Associazione non aveva condiviso il calendario) di entrare nel merito della discussione invece di andarsene. Ho ricevuto una sola lettera, ma "purtroppo" di solidarietà; da parte dei colleghi che chiamavo in causa, nessun commento.

Nel gennaio 2005 *Medico e Bambino* pubblica un mio piccolo articolo pieno di dubbi sulla opportunità delle nuove scelte vaccinali; in coda all'articolo il prof. Bartolozzi (esperto di M&B per le vaccinazioni) fa scrivere di essere in totale disaccordo e annuncia che chiarirà a breve il perché; stiamo ancora aspettando.

Nel frattempo ho una fitta corrispondenza con il prof. Lopalco (Commissione vaccinazioni della Regione Puglia, la mia regione) a cui ripetutamente chiedo motivazioni riguardo alle scelte fatte; le risposte sono sempre garbatissime e di squisita gentilezza; viene dato atto di dire cose che possono avere una certa sensatezza e viene difesa la buona fede (peraltro mai messa in dubbio) delle scelte fatte; non si riesce però mai a entrare nel merito della questione.

Il 4 giugno 2005 si tiene a Lecce un seminario sulle vaccinazioni; nel corso della relazione la prof. Azzari fa alcune affermazioni in palese contrasto con alcuni dati di letteratura; producendo alcuni riferimenti bibliografici a sostegno, chiedo alla relatrice di rivedere le sue affermazioni. Mi aspettavo una risposta. Non l'ho avuta.

Nello stesso seminario conosco il collega Vitali Rosati, responsabile FIMP per la rete vaccinale, persona amabile e cortese con cui ovviamente avvio la discussione, ottenendo molti consensi e la disponibilità a fare un vero approfondimento e un confronto serio e dialettico anche con gli esperti ACP. Devo solo dargli il tempo di parlarne con la direzione. Si è aperta una porta per una franca discussione? Vitali Rosati per 3-4 volte risponde con cortesia estrema e con dichiarazioni di piena e totale disponibilità al dialogo. Ma non riesce a trovare un momento libero per realizzare la franca discussione.

E veniamo allora al metodo. Io resto ancorato a quello cartesiano del confronto, del dibattito, del dovere di dimostrare le cose affermate e non riesco a "entrare" in questo nuovo (nuovo?) metodo dell'affermazione di idee in forza di una posizione dominante e senza accettare la discussione.

È una riedizione dell'IPSE DIXIT? Ci si può avvicinare alla conoscenza solo guardando alla verità affermata una volta per tutte e non più discutibile?

Se è così, io sono troppo affezionato ai miei dubbi e soprattutto al mio diritto di avere dubbi. Questa volta sono io che devo lasciare la barca della FIMP e questo modo

di fare cultura inaugurato il quale, per restare in tema di vaccini, ha portato all'inserimento dei bambini con IRR tra quelli "a rischio" che quindi hanno indicazione a fare l'antinfluenzale (almeno in Puglia) o a dichiarazioni come quelle di Donato Greco secondo cui l'antinfluenzale in qualche modo lascia un po' di protezione contro l'avviaria. Mi resta solo il rammarico di una sconfitta: il mancato coinvolgimento di tutti quei pediatri che invece credono nella discussione e nella disponibilità al confronto e alla libertà e produttività della critica. Per crescere insieme.

Rosario Cavallo
rosariocavallo@libero.it

Solo un paio di considerazioni nel merito delle questioni vaccinali.

1. L'ampliamento delle categorie a rischio per influenza dei bambini con IRR corrisponde a un'estensione della vaccinazione pressoché a tutti i bambini, considerato che quasi tutti presentano, nei primi anni di vita, infezioni respiratorie ricorrenti. Nessun Paese al mondo dà questa indicazione. È solo un modo per estendere surrettiziamente la vaccinazione antinfluenzale a tutti i bambini, facendo rientrare dalla finestra ciò che non si è riusciti a far entrare dalla porta (la Circolare Ministeriale sull'antinfluenzale). Nessuno ha valutato il costo marginale della operazione, cioè il costo dell'aggiunta del vaccino al panel già in atto. Si tratta in sostanza di epidemiologia fantasiosa o di "Disease mongering"¹.

2. È ovvio che l'affermazione del dott. Donato Greco (e non solo di lui) riguardo al possibile effetto protettivo della vaccinazione antinfluenzale stagionale rispetto al virus H5N1, è priva di fondamento scientifico (e di buon senso!), visto che non sappiamo come sarà fatto un eventuale virus pandemico.

Quanto al vizio di non dare risposte l'ACP può unirsi al lamento.

Ricordiamo:

– il mancato confronto promesso da tutti i soggetti istituzionali e le Società scientifiche presenti alla discussione pubblica del documento degli 8 passi a Roma il 27 novembre 2003 (Ministero della Salute, Regioni, SITI, confronto promesso e mai "concesso"). La SIP ha promesso a Michele Gangemi un incontro su questo argomento;

– la mancata risposta del dott. Donato Greco, allora Direttore del CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS), alla lettera dell'ACP del 12 dicembre 2003 (con sollecito il 1° maggio 2004, in occasione degli auguri dell'Associazione per il suo futuro lavoro come Direttore del CCM), in cui si chiedeva che esprimesse una sua valutazione sull'opportunità di introdurre in Italia la vaccinazione antipneumococcica.

In questo Paese si risponde volentieri solo a chi è d'accordo.

A chi ha (o crede di avere) il potere, piccolo o grande che sia, importa poco, caro Rosario, di "crescere insieme". Lui continua a credere che il potere logora solo chi non l'ha. Infatti il protagonista di "Nessuno risponde al colonnello" di Gabriel Garcia Marquez morì attendendo una lettera del governo.

¹ Terrorizzare con una malattia. (Tom Jefferson, *Attenzioni alle bufale. Il Pensiero scientifico* 2005).

Il DVD del Lazio sull'allattamento al seno

Rispondo alle osservazioni della dott.ssa Armeni circa l'argomento "Allattamento materno" sul numero 5 di *Quaderni acp* 2005 a p. 216, sul DVD offerto alle gestanti e alle puerpere dalla Regione Lazio. Il compito affidatomi è stato quello di trattare i problemi inerenti al rapporto madre-neonato dopo la dimissione dalla maternità fino al 6° mese di vita in base alla mia esperienza di 55 anni di attività e al buon senso. Era necessario trattare in maniera semplice e sintetica, ma comprensibile una materia estremamente complessa in 25-30 minuti, considerando anche ciò che era stato detto dagli altri colleghi.

Per evitare di annoiare le madri con discorsi troppo lunghi ho articolato i numerosi argomenti in più sezioni da poter cliccare separatamente: allattamento, vaccinazioni, dentizione, pianto, divezzamento e infine, dovendo ancora più sintetizzare, ho aggiunto consigli flash su fluoro, fumo, depressione postpartum, sessualità e sport in maternità, allattamento e 2ª gravidanza, smog e passeggino, succhiotto e lettino tipo con la posizione più idonea per il lattante, scendendo talora a particolari apparentemente banali. È ovvio che con tanto mate-

riale l'approfondimento delle singole voci e, nel caso specifico, l'allattamento materno, che interessa in particolare la dott.ssa Armeni, è stato limitato agli elementi basilari, ma l'importanza che da sempre do all'allattamento al seno è già evidente nella introduzione, forse non ascoltata: "Il latte materno è il più bel dono che una madre possa fare al proprio figlio e ogni donna deve essere consigliata e incoraggiata a darlo perché è l'alimento più idoneo" e così "sciorinando".

Mi trovo quindi in sintonia con l'attività della sua Associazione, sia con quanto richiesto nell'ottobre 1998 a Trieste sulla promozione dell'allattamento materno, sia con i due lavori di Davanzo e Bruno: *Salute della donna e lattazione* (M&B 2003;22:105-12) e di Roncoroni e Mongardo: *Il pediatra e l'osservazione della poppata* (M&B 2004;23:167-73). Per quanto riguarda l'ipogalattia, termine presente anche nel *Prontuario* del prof. Panizon, ritengo che dopo aver sollecitato la madre, poste in atto le tecniche appropriate e somministrato contemporaneamente un galattagogo, si può rendere necessaria una complementazione con latte formulato con risultati soddisfacenti o buoni in chiave con quanto è scritto sul *Nelson* (Ed USA 1995; p. 128).

È inoltre da tenere presente che il DVD non è destinato ai colleghi ma a madri spesso non preparate né informate, le quali avranno sempre come punto di riferimento il pediatra di famiglia per approfondire gli argomenti da me sfiorati.

Giorgio Di Piero

Molto spesso la buona volontà degli Autori d'informazioni per genitori o pazienti è tradita dalla sporadicità o dalla mancanza di interventi programmati con ragionevole continuità.

Un qualsiasi DVD della Regione Lazio (o di un'altra Regione che non abbia mai iniziato delle persistenti politiche di sostegno della genitorialità), visto a casa e senza interlocutori "vivi", è probabilmente un costo destinato a rimanere solo un costo e a cadere in un persistente vuoto pneumatico. Forse anche sulla utilità/efficacia degli interventi di informazione occorrerebbe che tutti insieme riflettessimo. ♦

Proposte per i servizi sanitari dell'età evolutiva

A cura della redazione di *Quaderni acp*

In www.acp.it sezione Documenti, sono pubblicate le proposte dell'ACP per un riordino dei servizi sanitari dedicati all'infanzia, di cui pubblichiamo qui un riassunto.

Riassunto

Il fallimento del DMI transmurale

Il documento parte dalle motivazioni per le quali il modello dipartimentale materno-infantile transmurale, definito nel precedente documento dell'ACP del 1999, sostanzialmente accettato nel DM 24 aprile 2000, non è riuscito a fare breccia nella dirigenza delle USL e neppure nelle Regioni e ha portato a soluzioni dipartimentali difformi e spesso cervelotiche nelle strutture ospedaliere per le quali va sostenuto il perseguimento del modello dipartimentale materno-infantile. Nel territorio esiste ancora una situazione strutturale magmatica e i pediatri rischiano di essere collocati in strutture organizzative insieme con i MMG con i quali non hanno affinità culturali e rispetto ai quali si trovano in assoluta minoranza, come hanno dimostrato le esperienze finora attuate.

La centralità del Distretto

Il documento espone i motivi per i quali i problemi di maggiore pregnanza che i pediatri si troveranno ad affrontare nei prossimi anni siano da ricercarsi all'interno delle strutture territoriali e in particolare nel Distretto Socio-sanitario dove i PLS dovranno trovare collocazioni culturalmente e strutturalmente adeguate alla loro funzione. Il Distretto, infatti, è destinato ad assumere funzioni di sempre maggiore pregnanza ed è destinato a non rimanere solo la sede delle cure primarie.

Ciò per vari ordini di motivi:

- aumento della complessità del mix assistenziale (malati cronici, handicap, anziani);
- assai maggiore complessità delle prestazioni da fornire (PEG, nutrizione artificiale, ossigenoterapia domiciliare, gestione di stomie, ventilazione assistita) che consentono una maggior sopravvivenza di pazienti critici;
- forte spinta alla deospedalizzazione, alla domiciliatura dei trattamenti complessi, ai percorsi trasversali integrati, alle équipe multidisciplinari e multiprofessionali, all'accesso a servizi di secondo e terzo livello e all'utilizzo di strutture residenziali "intermedie" (residenze, hospices, ospedali di comunità).

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la nuova frontiera di risposta a queste

domande complesse di salute da parte di soggetti deboli. Tutta l'attività territoriale ha necessità di integrazione socio-sanitaria soprattutto per le aree:

- Materno-infantile
- Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative
- Dipendenze da droga, alcool, farmaci
- Patologie psichiatriche
- Patologie per infezioni da HIV
- Pazienti terminali

È evidente che una buona assistenza territoriale può derivare soltanto dal ridisegnare cornice e confini in un Distretto che organizzi compiutamente al suo interno tutte le sue attività con una pensata ristrutturazione organizzativa.

Il Dipartimento materno-infantile territoriale

In questa prospettiva è ragionevole pensare che il Distretto abbia al suo interno le seguenti strutture dipartimentali, naturalmente, oltre al Dipartimento di Sanità pubblica:

- un **Dipartimento materno-infantile** territoriale che comprenda la UO Pediatrica di Distretto, la UO di NPI e il Consultorio familiare
- un **Dipartimento di Medicina** territoriale che comprenda una UO di Medicina di Base, la medicina specialistica, l'assistenza domiciliare integrata, i servizi di degenza media e lunga per HIV e le patologie terminali
- un **Dipartimento sanitario ad alta integrazione sociale** che comprenda quel target di popolazione in grande crescita epidemiologica per il quale l'intervento sanitario competente è necessario ma deve essere affiancato strettamente all'intervento sociale per anziani, disabili, malati di Alzheimer ecc.
- un **Dipartimento di salute mentale** che comprenda i servizi di psichiatria (degenza, strutture intermedie, ambulatorio CSM), i servizi per le tossicodipendenze (strutture intermedie, ambulatorio) con attività integrate per la doppia diagnosi e moduli di collegamento con i nuclei della medicina di base.

Il Dipartimento materno-infantile territoriale potrebbe strutturarsi in più UO. I pediatri operanti nel Distretto dovrebbero

essere aggregati nelle Unità Operative Pediatriche di Distretto (UOPD) che dovrebbero integrare funzionalmente diverse professionalità: pediatri di famiglia, di comunità, psicologo, assistente sociale, ASV/IP.

Le funzioni e gli obiettivi potrebbero essere:

- presa in carico del neonato sano
- riduzione della ospedalizzazione per acuti e cronici
- intervento nell'ambito delle disuguaglianze sociali e delle discriminazioni
- integrazione degli immigrati e degli stranieri
- integrazione dell'handicap psichico e fisico in collaborazione con NPI e Servizi sociali
- organizzazione in collaborazione col DSP della profilassi delle malattie infettive e della sorveglianza delle scuole e delle comunità

All'interno dell'UOPD viene sottolineata la centralità del medico di famiglia, mentre la Pediatria di comunità si dovrebbe investire di competenze organizzative, programmatiche e di salute pubblica.

I programmi materno-infantili

Come racciardare il DMI ospedaliero con quello territoriale?

Gli strumenti di collegamento fra i vari "pezzi" di ospedale e territorio che si occupano dell'assistenza materno-infantile devono essere costituiti dai programmi.

I programmi sono elementi organizzativi funzionali che raccolgono funzioni di diverse UO o anche di diversi dipartimenti per la realizzazione di obiettivi comuni: programmi materno-infantili, programmi per pazienti anziani, programmi oncologici ecc. Rappresentano un complesso di attività che attraverso precise soluzioni organizzative (sottolineiamo: precise soluzioni organizzative e non soluzioni basate sulla buona volontà dei singoli) assicurano la unitarietà della programmazione e della valutazione di processi o di percorsi assistenziali in ordine ad aree problematiche di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità strutturate diverse. ♦

Per corrispondenza:

e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

10 Stories the world should hear more about



Donne costruttrici di pace: da vittime a ricostruttrici di una società

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.

L'impegno delle donne nella guerra attira l'attenzione dei media; invece il ruolo vitale da loro svolto nella negoziazione della pace e nella riorganizzazione della società è spesso poco conosciuto.

La recente commemorazione del genocidio in Rwanda a 10 anni di distanza ha focalizzato uno dei tanti aspetti di questo tragico evento: il trauma delle donne del Rwanda sopravvissute ai massacri e sottoposte ad atroci umiliazioni, violenze e abusi sessuali. Oggi, mentre questo Paese si muove lentamente verso la democrazia, emerge una storia poco conosciuta: l'insostituibile ruolo delle allora vittime nella ricostruzione di una nuova società. Nelle elezioni parlamentari del 2003 in Rwanda il 49% dei legislatori eletti era costituito da donne, il numero più elevato di donne parlamentari nel mondo; più della Svezia che detiene il 45% e nettamente al di sopra della media mondiale del 15%.

Nel maggio 2003 i Rwandesi hanno ratificato una nuova costituzione che attribuisce il 30% dei ruoli decisionali alle donne, un passo verso la Convenzione ONU sulla eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne; i risultati delle elezioni sono andati ben oltre la quota stabilita. Con un consistente numero di donne parlamentari con responsabilità decisionali questo sviluppo dovrà

essere sostenuto da misure atte a promuovere la democrazia a tutti i livelli. Mentre la descrizione del ruolo delle donne in corso di conflitti è di vittime passive, la realtà, spesso offuscata, è che in epoca post-conflitto esse sono in prima linea nella costruzione della pace e nelle negoziazioni.

Come ha sottolineato Kofi Annan: "le donne, che ben conoscono il prezzo di una guerra, sono anche più equipaggiate degli uomini per prevenirla o risolverla. Per generazioni le donne sono state educatrici di pace sia nelle loro famiglie che nelle società. Esse sono state un valido aiuto nel costruire ponti più che muri".

Sono molte le storie che devono ancora essere raccontate sugli enormi balzi fatti dalle donne dalle loro sfere private verso la riorganizzazione delle società. Tra il 2000 e il 2002 in 23 Paesi dell'Africa sub-sahariana ci sono state elezioni politiche, con un crescente numero di donne parlamentari in 14 di queste nazioni, grazie anche all'utilizzo delle quote.

All'apice della crisi nigeriana le donne della Regione del fiume Mano (Liberia, Guinea e Sierra Leone) si sono associate per la costituzione di un Network della Pace delle Donne del fiume Mano (MARWOPNET). La loro voce si è mostrata così forte e incisiva che esse sono state invitate ai colloqui di pace in

Akosombo, Ghana e successivamente a essere firmatarie dei trattati di pace. Al loro ritorno in Liberia molte di loro si candideranno per incarichi politici.

Le donne portatrici di torce per la pace sono la vera differenza nei punti caldi di tutte le regioni del mondo. Le donne palestinesi e israeliane si sono unite e lavorano insieme come difensori di pace.

Nel Nepal le donne vittime di violenze sono alla ricerca di rappresentanti nei trattati di pace tra il governo e i ribelli maolisti. Le carovane della pace delle donne si avventurano nei punti di maggiori conflitti all'interno delle regioni colombiane per protestare contro le guerre civili e negoziare con i guerriglieri. Impegnandosi con determinazione e coraggio nei processi di pace, le donne in politica, attraverso un lavoro poco evidente e conosciuto, portano pace nelle nazioni in conflitto.

Per ulteriori informazioni: Ms. Katharine Burns, Senior Social Affairs Officer, Office of the Special Adviser on Gender Issues and the Advancement of Women, UN Department of Economic and Social Affairs (DESA). Tel (1 917) 367 5221; e-mail: burns2@un.org – Ms. Maha Muna, Advisor for Governance, Peace and Security, UN Development Fund for Women (UNIFEM) e-mail: Maha.Muna@undp.org ♦

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

tenstories

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

Leggere e raccontare storie ai propri figli piccoli è un metodo per rafforzare la relazione e rinsaldare i legami familiari. È un fatto evidente e intuitivo; ci sono però, anche alcuni dati sperimentali che lo comprovano. Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di avere maggiori risorse umane e sociali, maggiore "capitale sociale" (Pediatrics 1999;103 e 55). La lettura ad alta voce di libri per bambini molto piccoli correla con lo sviluppo precoce del linguaggio, sia percettivo che espressivo (J Speech Hear Res 1994;37:583).

È possibile promuovere attivamente la lettura ad alta voce: fornire libri ai genitori durante le visite del pediatra e ripetere il consiglio di leggere ad alta voce anche nelle visite successive (Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:459 Am J Dis Child 1991;145:881), è uno strumento per istituire e rafforzare questa consuetudine che si è rilevata efficace anche nelle famiglie svantaggiate. Le strategie possibili, attuabili in Italia e già sperimentate altrove, sono dunque:

- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;
- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le

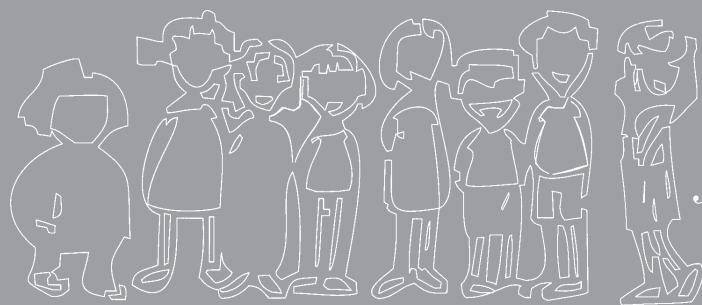
Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

Per Informazioni:

csb.trieste@iol.it



nati
per
leggere



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.

I lattini sono tutti uguali?

Eleonora Di Tommaso*, Marina Foti*, Maria Carmela Lia*, Valeria Manzo*, Giuseppe Vieni*, Giuseppe Liotta**

* Specializzandi in Pediatria, Università di Messina

** Specializzando in Pediatria, Università di Palermo

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 secondo di una serie che si propone la valutazione critica con metodologia EBM della letteratura in tema di componenti nutrizionali dei lattini adattati. Il primo è stato pubblicato su Quaderni acp 2005;12:265.

Abstract

Are all infant formulas the same?

Infant formulas in Italy are all in conformity with CODEX Standard for Infant Formula; they may vary for quality and quantity of the so called "functional nutrients" thus justifying a considerable difference in cost and quality. We searched literature for scientific evidences justifying the choice of an infant formula with a higher protein and nucleotide's concentration. At the moment there are no evidences supporting the benefits of a different protein composition or of nucleotide's supplement in infant formulas for a better child development or for infection's and allergies' prevention.

Quaderni acp 2006; 13(1): 36-39

Key words Proteins. Nucleotides. Infant formula. Child development. Child growth. Hypersensitivity. Infectious disease prevention

In Italia le formule adattate presenti in commercio sono tutte conformi ai requisiti del CODEX Standard for Infant Formula, ma variano per quantità e qualità dei cosiddetti "nutrienti funzionali" e questo ne giustificherebbe la differenza di costo e di qualità. Abbiamo cercato in letteratura le evidenze scientifiche che supportino la scelta di una formula in base a concentrazione e qualità delle proteine e alla presenza di una maggiore o minore quantità di nucleotidi. Gli studi pubblicati non mostrano evidenze sui benefici della modificazione della composizione proteica né della supplementazione con nucleotidi nelle formule rispetto a crescita e sviluppo neurocognitivo del bambino, prevenzione delle infezioni e allergie.

Parole chiave Proteine. Nucleotidi. Latte artificiale. Sviluppo neurocognitivo. Crescita. Ipersensibilità. Prevenzione delle infezioni

Scenario clinico

La commercializzazione di formule adattate a basso costo, disponibili presso i punti vendita della grande distribuzione, oltre che nelle farmacie, ha acceso in Italia un importante dibattito. Alcuni neonatologi, pediatri e nutrizionisti si sono schierati a favore delle formule a più alto costo, sostenendo che esso è giustificato da una migliore qualità del latte, determinata dall'aggiunta di "nutrienti funzionali", tra i quali i nucleotidi, o da una modificazione quantitativa e qualitativa delle proteine tale da renderlo più simile al latte materno. Premesso che, ovviamente, i lattini non sono tutti uguali (tabella 1), ci siamo chiesti se effettivamente la supplementazione con nucleotidi

o la modificazione della composizione proteica siano capaci di influenzare crescita e/o sviluppo neurocognitivo o di prevenire allergie o infezioni in bambini sani nati a termine e allattati artificialmente.

Background

Proteine. Tra latte materno e latte vaccino ci sono importanti differenze relative al contenuto proteico. Il latte vaccino presenta infatti un maggiore quantitativo di proteine (15 g/l vs 9-11 g/l del latte materno), un diverso rapporto sieroproteine/caseina (20:80 vs 60:40 del latte umano) e un minore contenuto di alfa-lattoalbumina (20-25% del contenuto proteico totale del latte umano vs 2-3%

del latte vaccino). Questa rappresenta la principale proteina del latte materno, ricca di aminoacidi essenziali (principalmente triptofano e cisteina) (1-2). Nelle formule adattate il maggior contenuto proteico è necessario per garantire al neonato un adeguato apporto di aminoacidi essenziali (1). Ciò fa sì che esse contengano un carico complessivo di aminoacidi maggiore rispetto a quello richiesto per la crescita, con conseguente maggiore produzione di cataboliti azotati che devono essere eliminati dall'emuntorio renale (1).

La tabella 1 mostra la quantità di proteine presenti nel latte materno, in alcune tra le formule più diffuse in commercio, differenti per prezzo e modalità di distribuzione, e le quantità minime e massime (in grammi/100 kcal) raccomandate dall'ESPGHAN e dal CODEX per le formule adattate (3).

Nucleotidi. Sono presenti nella quota azotata non proteica del latte materno (10-29 mg/l pari a 1-4 mg/100 kcal); sono metaboliti di vitale importanza in quanto implicati in molte funzioni cellulari (4). Sono sintetizzati nella cellula a partire da precursori quali aminoacidi, ribosio, formiato e CO₂. Costituiscono i precursori monomerici degli acidi nucleici (DNA e RNA), sono componenti di diversi coenzimi (NAD, NADP, FAD, CoA) e rappresentano preziose riserve di energia (ATP) (5). Infine giocano un ruolo importante nella funzione immune, incrementando l'attività dei linfociti T e Natural Killer (6) e favoriscono i normali processi di sviluppo, maturazione e riparazione del tratto gastrointestinale (7).

La tabella 2 mostra la quantità di nucleotidi presenti nel latte materno e in alcune

Per corrispondenza:

Giuseppe Vieni

e-mail: giuseppevien@libero.it

scenari leggere e fare

TABELLA 1: QUANTITÀ DI PROTEINE PRESENTI NEL LATTE MATERNO E IN ALCUNE TRA LE FORMULE PIÙ DIFFUSE IN COMMERCIO

Costituente (g/100 kCal)	Latte materno ESPGHAN	Raccomand. CODEX	Raccomand. ESPGHAN	Humana 1	Nidina 1PE	Coop 1	Bebilac 1
Proteine	1,17-1,43	1,8-3	1,8-4	2,5	1,82	2,28	2,28

TABELLA 2: QUANTITÀ DI NUCLEOTIDI PRESENTI NEL LATTE MATERNO E IN ALCUNE TRA LE FORMULE PIÙ DIFFUSE IN COMMERCIO

Costituente (g/100 kCal)	Latte materno	Raccomand. ESPGHAN	Nidina 1PE	Coop	Bebilac 1
Nucleotidi totali	1-4	1,8-3	4,47	4,92	4,92

TABELLA 3: RCT CHE VALUTANO L'EFFETTO DELLA MODIFICAZIONE DELLA COMPOSIZIONE PROTEICA DELLA FORMULA ADATTATA

Autori/Setting	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Lien E et al. 2004 (1) 19 centri in USA e Canada	193 neonati a termine, sani, età <= 14 gg, PN e LN: 10°-90° centile. Peso e lunghezza all'arruolamento: 10°-90° centile. Allattati esclusivamente con formula, randomizzati in 2 gruppi: CF=98 EF=95	Peso, lunghezza, percentuale del peso ideale per altezza, circonferenza cranica a 4, 8, 12 settimane	Nessuna differenza statisticamente significativa fra i 2 gruppi	Analisi in doppio cieco, secondo "intention to treat". Persi al follow-up: 31%. Le 2 formule confrontate hanno una minima differenza nella concentrazione proteica totale (1,9 la EF vs 2 g/100 kCal la CF)
Raiha NC et al. 2002 (8) Clinica Ostetrica di Milano e Palermo (Italia)	113 bambini nati a termine (37-42 settimane), sani, PN 2500-4500 grammi, randomizzati in 4 gruppi: BF=28 CF=29 EF1=29 EF2=27	Peso, lunghezza, BMI a 30, 60, 90, 120 giorni	Nessuna differenza statisticamente significativa fra i gruppi	Studio in cieco, con analisi statistica multivariata (valutazione di sesso, esposizione al fumo di sigaretta, educazione della madre) Persi al follow-up 22%, esclusi dall'analisi finale

PN=peso alla nascita - LN=lunghezza alla nascita - CF=formula di controllo - EF=formula sperimentale, arricchita con alfa-lattoalbumina bovina e con minore contenuto proteico totale - BF=allattati esclusivamente al seno - CF=allattati con formula di controllo con contenuto proteico totale di 2,2 g/100 kCal - EF1=allattati con formula sperimentale con contenuto proteico totale di 1,8 gr/100 kCal (limite minimo raccomandato dall'ESPGHAN) - EF2= allattati con un'altra formula sperimentale con contenuto proteico totale di 1,8 g/100 kCal, con aggiunta di triptofano per raggiungere concentrazioni simili a quelle del latte materno.

formule in commercio. Il CODEX non annovera i nucleotidi tra i componenti necessari delle formule adattate. L'ESPGHAN invece raccomanda che l'aggiunta opzionale dei nucleotidi nei lattici artificiali non superi i 5 mg/100 kCal (3). Le formule a costo più alto non contengono una quantità maggiore di nucleotidi rispetto a quelle a costo più basso.

Le domande

Per le proteine

Nei bambini sani nati a termine [POPOLAZIONE], differenze qualitati-

ve e/o quantitative del contenuto proteico della formula adattata [INTERVENTO] rispetto a formule standard [CONFRONTO] possono influenzare la crescita o lo sviluppo neurocognitivo, e prevenire le allergie o le infezioni [OUTCOME]?

Per i nucleotidi

Nei bambini sani nati a termine [POPOLAZIONE], la supplementazione di nucleotidi [INTERVENTO] rispetto a formule standard [CONFRONTO] può influenzare la crescita o lo sviluppo

neurocognitivo, e prevenire le allergie o le infezioni [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Proteine

In letteratura secondaria (*Cochrane Library*), utilizzando i termini "proteins AND infant formula/nutrition" non troviamo articoli pertinenti. In letteratura primaria (Mesh di *PubMed*) utilizzando la stringa di ricerca "proteins AND infant formula OR infant nutrition" troviamo 28.492 articoli; inserendo i *LIMITS Humans, English, All Infants:*

TABELLA 4: RCT CHE VALUTANO GLI EFFETTI DI FORMULE SUPPLEMENTATE CON NUCLEOTIDI SUGLI OUTCOME CONSIDERATI

Autori/Setting	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati	Commenti
Schaller JP et al. 2004 (9) 18 Ospedali USA	477 bambini nati a termine (37-42 settimane), sani. PN > 2500 grammi, Apgar a 5 min \geq 7, randomizzati in 3 gruppi: 1) CF=147 2) EF=138 3) BF=192 Vengono somministrate in doppio cieco le dosi dei vaccini anti-polio, anti-Hib, anti-difterite, anti-tetano	Risposta anticorpale ai vaccini Effetto sulla "morbilità", definita da crescita e numero di visite pediatriche per episodi infettivi Controlli a 2, 6, 7, 12 mesi	Risposta anticorpale anti-polio di tipo 1 significativamente più alta ($p=0,04$) nel gruppo EF vs il gruppo CF Nessuna differenza per gli anti-polio tipo 3, anti-Hib, anti-difterite, anti-tetano Non significative differenze relative a crescita e numero di visite pediatriche per episodi infettivi	Analisi secondo "intention to treat" tranne per poliovirus. Persi al follow-up: 20% per tutti i bambini arruolati Dati non analizzabili mediante tabella 2x2 Outcome surrogato Quantità di nucleotidi aggiunta quasi doppia rispetto a quantità massima raccomandata da ESPGHAN (9,6 vs 5 mg/100 kCal)
Tsou Yau KI et al. 2003 (4) 7 Ospedali Taiwan	336 bambini nati a termine (38-42 settimane), sani. PN > 2500 grammi, Apgar a 5 min \geq 8, età 1-7 gg, randomizzati in 2 gruppi: 1) CF=170 2) EF=166 Vengono somministrate le 3 dosi del vaccino anti-epatite B (1-7 gg, 4-5 settimane, 24 settimane) Durata 48 settimane	Incidenza di diarrea nella fascia di età compresa fra 8 e 48 settimane Incidenza di infezioni respiratorie Valutazione della risposta sierologica al vaccino anti-epatite B e dei livelli sierici di immunoglobuline A, E, M	Nel gruppo EF incidenza di diarrea più bassa del 25,4% nella fascia d'età compresa fra 8 e 28 settimane di vita, del 14,2% nella fascia 8-48 settimane, ma tali differenze non sono statisticamente significative ($p=0,05$ e $0,06$ rispettivamente). Incidenza di infezioni respiratorie 1,13 volte più alto nel gruppo EF ($p=0,02$). Non differenze significative relative al titolo anticorpale anti-epatite B e ai valori sierici di IgM e IgE; valori sierici di IgA più alti nel gruppo EF ma con differenza non significativa ($p=0,05$)	Dati espressi in percentuali o in medie e non analizzabili in tabelle 2x2 Non definiti i persi al follow-up Non definito il tipo di analisi Quantità di nucleotidi aggiunta quasi doppia rispetto a quantità massima raccomandata da ESPGHAN (9,6 vs 5 mg/100 kCal)
Pickering LK et al. 1998 (10) 13 Ospedali USA	370 bambini nati a termine (38-42 settimane), sani, di 4-10 gg di vita. PN, LN e circonferenza cranica $>5^{\circ}$ percentile, randomizzati in 3 gruppi: - CF=125 - EF=121 - BF=124 Durata 12 mesi. Vengono somministrate le dosi dei vaccini anti-polio, anti-Hib, anti-difterite, anti-tetano	Risposta anticorpale ai vaccini al 6°, 7° e 12° mese di vita Parametri auxologici al 1°-2°-4°-6°-7°-12° mese	Il gruppo EF ha una concentrazione sierica significativamente più alta di anticorpi anti-Hib al 7° e al 12° mese rispetto al gruppo CF ($p<0,01$ e $<0,005$); al 6°-7°-12° mese ($p<0,05$) rispetto al gruppo BF; di anticorpi anti-difterite solo al 7° mese ($p<0,05$) rispetto agli altri 2 gruppi Nel gruppo BF la risposta anticorpale <i>antipolio</i> al 6° mese è significativamente maggiore rispetto agli altri due ($p<0,05$) Non significative differenze relative alle altre risposte anticorpali Non significative differenze relative ai parametri auxologici	Persi al follow-up: 16% Dati espressi in medie e non analizzabili in tabelle 2x2 Outcome surrogato Quantità di nucleotidi aggiunta quasi doppia rispetto a quantità massima raccomandata da ESPGHAN (9,6 vs 5 mg/100 kCal)

CF=formula standard di controllo – EF=formula sperimentale supplementata con 72 mg/l di nucleotidi (pari a 9,6 mg/100 kCal) – BF=allattati esclusivamente al seno per 2 mesi, successivamente alcuni integrano o sostituiscono il latte materno con formula non supplementata con nucleotidi.

birth-23 months, RCT", ne otteniamo 286. Solo 2 risultano pertinenti.

Nucleotidi

In letteratura secondaria (*Cochrane Library*), utilizzando i termini "nucleotides AND infant formula/nutrition" non troviamo articoli pertinenti. In letteratura primaria (Mesh di *PubMed*) utilizzando la stringa di ricerca "nucleotides AND infant formula OR infant nutrition" troviamo 28.497 articoli; inserendo i **LIMITS "Humans, English, All Infants: birth-23 months, RCT, Publication Date from 1995 to 2005"**, ne otteniamo 454. Solo 4 risultano pertinenti.

Risultati

Proteine

Gli articoli analizzati (*tabella 3*) mostrano come le varie modifiche quantitative/qualitative della composizione proteica della formula adattata non comportino differenze significative sulla crescita dei bambini nati a termine, sani, appropriati per età gestazionale e con alimentazione esclusivamente latte. Non abbiamo trovato in letteratura articoli che prendono in considerazione gli altri outcome considerati (sviluppo neuropsichico, prevenzione delle allergie o infezioni).

Nucleotidi

Gli studi analizzati (*tabella 4*), che presentano diversi limiti metodologici, non mostrano alcuna azione preventiva sulle infezioni né vantaggi sulla crescita di formule adattate arricchite con nucleotidi, peraltro in quantità quasi doppia rispetto a quella massima raccomandata dall'ESPGHAN, in bambini nati a termine e sani. Solo uno studio mostra una tendenza (comunque non statisticamente significativa) alla riduzione degli episodi di diarrea fra 8 e 48 settimane di vita dei bambini alimentati con la formula arricchita, ma lo stesso studio mostra anche che questi ultimi hanno rischio maggiore di sviluppare infezioni respiratorie (4). Gli studi analizzati sono caratterizzati da outcome surrogati, in quanto la maggiore o minore risposta sierologica ai vaccini, in bambini che non sono immunocompromessi, non si può considerare correlata col rischio di infezioni. L'articolo di Buck e coll. è stato analizzato ma non preso in considerazione, in quanto in esso si valuta l'effetto di una formula

arricchita con l'aggiunta di nucleotidi (9,6 mg/100 kcal) su un outcome surrogato (valutazione in vitro della variazione di numero e percentuale delle cellule immunitarie), diverso dagli outcome da noi presi in considerazione (11).

Conclusioni

In base ai risultati della nostra ricerca possiamo concludere che non esistono in letteratura studi che abbiano dimostrato che l'aggiunta di "nutrienti funzionali", tra i quali i nucleotidi, o la modificazione quantitativa e qualitativa delle proteine siano capaci di influenzare la crescita e/o lo sviluppo neurocognitivo o di prevenire allergie o infezioni in bambini sani nati a termine e allattati artificialmente. Rispetto a questi outcome considerati non sembra giustificato suggerire di preferire latte che abbiano queste caratteristiche. ♦

Bibliografia

- (1) Lien E, Davis AM, Euler AR, et al. Growth and safety in term infants fed reduced-protein formula with added alpha-lactalbumin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38:170-6.
- (2) Lien E. Infant formulas with increased concentrations of alpha-lactalbumin. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1555-8.
- (3) Koletzko B, Baker S, Cleghorn G, et al. Global standard for the composition of infant formula. Recommendations of an ESPGHAN coordinated International Group of experts. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:584-99.
- (4) Tsou Yau KI, Huang CB, Chen W, et al. Effect of nucleotides on diarrhea and immune responses in healthy term infants in Taiwan. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;36:37-43.
- (5) Joseph G. Cory, Ph. D. Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations 1992;13:394-420.
- (6) Carver JD, Pimentel B, Cox WI, et al. Dietary nucleotide effects upon immune function in infants. *Pediatrics* 1991;88:359-63.
- (7) Uauy R, Quan R, Gil A. Role of nucleotides in intestinal development and repair: implications for infant nutrition. *J Nutr* 1994;124:1436-41.
- (8) Raiha NC, Fazzolari-Nesci A, Cajozzo C, et al. Whey predominant, whey modified infant formula with protein/energy ratio of 1,8 g/100 kcal: adequate and safe for term infants from birth to four months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:275-81.
- (9) Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, et al. Effect of Dietary Ribonucleotides on Infant Immune Status. Part 1: Humoral Responses. *Pediatric Research* 2004;56:883-90.
- (10) Pickering LK, Granoff DM, Erickson JR, et al. Modulation of the immune system by human milk and infant formula containing nucleotides. *Pediatrics* 1998;101:242-9.
- (11) Buck RH, Thomas DI, Winship TR, et al. Effect of Dietary Ribonucleotides on Infant Immune Status. Part 2: Immune Cell Development. *Pediatric Research* 2004;56:891-900.

ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

TABIANO XV SÌ, NO, FORSE

24-25 febbraio 2006

Centro Congressi
Grand Hotel Terme Astro

Venerdì 24 febbraio

- ore 8,45 Il benvenuto alle Terme
ore 9,00 Mod. G. C. Biasini, F. Panizon
Il PdF deve vaccinare (G. Gregori, Piacenza)
Accesso Asmatico: istruzioni scritte
(E. Barbi, Trieste)
Vaccinazioni in Italia e in Europa
(L. Grandori, Bologna)
Fare meno con più (parole)
(L. Peratoner, Pordenone)
ore 11,00 Intervallo
ore 11,30 Sessioni parallele
Asma (E. Barbi, Trieste)
Vaccini (L. Grandori, G. Gregori, F. Panizon)
ore 13,00 Colazione di lavoro
ore 15,00 Mod. F. Panizon, L. Peratoner
Tosse cronica e malocclusione dentaria
(E. Bernkopf, Parma)
Interventi educativi: alla ricerca
dell'EBM (F. Panizon, Trieste)
I latte artificiali (G. C. Biasini, Cesena)
Gli UV fanno bene (V. Di Lernia, Reggio E.)
Sostenere l'allattamento al seno
(M. Prodi, Formigine)
ore 17,30 Intervallo
ore 18,00 Sessioni parallele
Bocca e respirazione (E. Bernkopf, Parma)
Cute (V. Di Lernia, Reggio E.)
Latte e latte (G. C. Biasini, M. Prodi)
ore 20,00 Cena

Sabato 25 febbraio

- ore 9,00 Mod. G. C. Biasini, L. Peratoner
Lo sport fa bene (L. Capra, Ferrara)
I raggi fanno male (L. Peratoner, Pordenone)
Il destino lontano del grande prematuro
(F. Panizon, Trieste)
Prick a tutti gli eczemi (E. Barbi, Trieste)
ore 11,00 Intervallo
ore 11,20 La paura di vivere oggi
(M. Valcarenghi, Milano)
I bambini hanno bisogno di un futuro
(F. Panizon, Trieste)
ore 12,20 Compilazione del questionario
ore 12,30 Chiusura dei lavori (L. Peratoner)

Iscrizione

Tel. 0524 565523 - Fax 0524 565497
info@grandhoteltermeastro.it

Formula standard: frequenza ai lavori
+ pensione completa: 90 euro a persona

È stata inoltrata al Ministero la pratica
per la concessione dei crediti formativi

Occhio alla sicurezza

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Sicurezza. MPR. Antinfluenzale. Oseltamivir. Antimeningococco

Sintomi allergici dopo MPR

L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha diffuso di recente i risultati del sistema di farmacovigilanza nazionale, relativi ai vaccini contro il morbillo, la parotite e la rosolia (MPR). Il numero elevato di dosi somministrate in occasione della campagna straordinaria contro il morbillo, attuata nel 2004 e 2005, ha permesso di studiare meglio la sicurezza dei diversi prodotti in uso.

Marta Ciofi dell'ISS commenta così i dati trasmessi dall'AIFA: "Dall'analisi è emerso che le reazioni avverse compatibili con sintomi allergici sono più frequenti dopo Morupar rispetto agli altri due prodotti disponibili sul mercato. La frequenza osservata è comunque nei limiti dell'atteso, e non ci sono stati esiti. Per questo, l'AIFA ha chiesto alla ditta produttrice di modificare il riassunto delle caratteristiche del prodotto, inserendo maggiori informazioni sulle reazioni avverse, e ha pubblicato una dear doctor letter (DDL) in cui riporta i risultati dell'analisi delle segnalazioni. La DDL conclude che il profilo rischio-beneficio del prodotto resta favorevole, e raccomanda la prosecuzione del Piano Nazionale di eliminazione del morbillo". L'ACP ha trasmesso la DDL ai referenti dei gruppi locali e regionali perché la diffondessero a tutti i soci. Il documento si può scaricare anche dal sito ACP www.acp.it alla sezione "Vaccinazioni" news.

La sicurezza del vaccino antinfluenzale è poco studiata

La sicurezza del vaccino antinfluenzale inattivato (quello in uso anche da noi) sarebbe poco studiata nei bambini, nonostante il suo uso esteso da alcuni anni negli USA e in Canada. Così dichiarano Jefferson e coll. in una lettera a *Lancet* (1). Da una revisione sistematica della letteratura risulta infatti un solo studio,

che riguarda peraltro il vaccino contro l'influenza B (il virus influenzale più diffuso è di tipo A), relativo a 35 bambini dai 12 ai 28 mesi di età. Tutti gli altri studi riguardano bambini di età uguale o superiore a 3 anni. Più numerosi quelli sul vaccino a virus vivi – disponibile solo negli USA – che includono anche bambini con età superiore a 2 anni. Anche se non risultano evidenze di effetti gravi provocati dai vari tipi di antinfluenzale, la scarsità di dati sul vaccino inattivato nei bambini impedisce di valutarne appieno la sicurezza. Ciò aggiunge criticità alla valutazione dell'opportunità di un suo utilizzo esteso nei bambini sani. Jefferson e coll. riferiscono inoltre che la ditta MedImmune ha impedito la diffusione di dati non pubblicati, che erano stati richiesti all'Autore di uno studio. Concordiamo con loro sulla necessità che i dati sulla sicurezza siano accessibili alla comunità scientifica e alle Agenzie regolatorie. In caso contrario, si rende impossibile una valutazione indipendente e si compromette la fiducia del pubblico. Ma soprattutto diventa difficile proteggere la salute delle persone.

I pediatri in allerta per l'oseltamivir

L'oseltamivir (*Tamiflu*) è stato oggetto di un meeting del Pediatric Advisory Committee dell'FDA il 18 novembre 2005 ed è ora al vaglio delle Agenzie regolatorie internazionali (l'FDA negli USA e l'EMA in Europa) per la segnalazione di sintomi gravi osservati in adolescenti e bambini, dopo l'assunzione del farmaco per il trattamento dell'influenza (2). Si tratta di 75 casi, tra i quali 8 morti, 32 eventi neuropsichiatrici (delirio, allucinazioni, convulsioni, e comportamento anormale che in 2 casi ha portato al suicidio) e 12 ipersensibilità cutanee gravi. Il 92% delle segnalazioni proviene dal Giappone dove l'uso del *Tamiflu* è più frequente che altrove. Le prescrizioni pediatriche tra il 2001 e il 2005 risultano ad esempio di 11,6 milioni rispetto alle 872.386 negli USA (2). L'FDA ha dichiarato che non esistono attualmente sufficienti evidenze per stabilire il nesso di causa tra i sintomi e l'assunzione del farmaco.

Antimeningococco e Guillain-Barré

Il vaccino tetravalente coniugato contro il meningococco A, C, Y, W 135 (*Menactra*® della Sanofi-Pasteur, non disponibile in Italia), introdotto dal febbraio 2005 nel calendario vaccinale degli USA per gli adolescenti, è sotto stretta sorveglianza per la segnalazione di 5 casi di sindrome di Guillain-Barré (GBS) comparsi dopo la vaccinazione (3). Non esistono attualmente prove per attribuire con certezza al vaccino i sintomi riscontrati. La frequenza non eccede l'atteso, ma i tempi di insorgenza sono suggestivi. Si è deciso pertanto di proseguire la strategia vaccinale, allertando i medici alla segnalazione. La comparsa di GBS dopo alcune infezioni, che potrebbero essere concomitanti con la vaccinazione, rende difficile individuare il fattore scatenante. La GBS è stata descritta dopo la somministrazione di vari vaccini, ma solo per l'antitetanica le evidenze favoriscono una correlazione causale; per l'antinfluenzale i dati disponibili non sono conclusivi, mentre per tutte le altre vaccinazioni mancano prove certe.

Conclusioni

Questi risultati della sorveglianza nazionale e internazionale, confermano l'importanza di proseguire un'attenta segnalazione di tutti gli eventi avversi osservati dopo ogni tipo di vaccinazione, così come dopo l'assunzione da parte dei bambini, di ogni farmaco prescritto. Non solo perché così prevede la legge, ma per la responsabilità che spetta a ciascun medico e per consentire di conoscere, scegliere consapevolmente il prodotto da usare e informare correttamente le famiglie. ♦

Bibliografia

- (1) Jefferson T, Smith S, Demicheli V, et al. Safety of influenza vaccines in children. *Lancet* 2005; 366:803-4.
- (2) FDA Advisory Committee news: http://www.fdaadvisorycommittee.com/FDC/AdvisoryCommittee/Committees/Pediatric/111805_TamifluAES/111805_TamifluAE.htm.
- (3) CDC. Guillain-Barré. Syndrome among recipient of Menactra meningococcal conjugate vaccine – United States, June-July 2005. *MMWR* 2005; 54:1023-5. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5440a6.htm>.

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

Comunicare e parlare: la nascita di un gioco

Come prevenire il ritardo del linguaggio

Serena Bonifacio, Annamaria Reginella, Elisabetta Zocconi
S.C. di Otorinolaringoiatria, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Communication and speaking: the birth of a game. How to prevent language delay
Early identification of a late talker usually comes around 24 months of age, based on linguistic and clinical criteria: the absence of sensorineural and psychiatric disorders, an expressive vocabulary with 50 words or less and the absence of a two word-phrase. The Authors created a poster (www.quaderniacp.it) aimed at the sensitization and prevention of language delay for parents, educators and paediatricians. The study considers some important aspects regarding communication and language development during the corresponding well child visits at 8, 12, 24 and 36 months of age. Recommendations in order to identify late talkers at 24 months of age or a language delay at 36 months of age are also enumerated.

Quaderni acp 2006; 13(1): 41-43

Key words Late talkers. Early identification of language delay

L'identificazione precoce di un bambino parlatore tardivo avviene all'età di 24 mesi secondo criteri clinici e linguistici: assenza di disturbi neurosensoriali e psichiatrici, un vocabolario espressivo inferiore a 50 parole e l'assenza della fase combinatoria di due parole in un enunciato. Gli Autori hanno progettato un poster (scaricabile da www.quaderniacp.it) finalizzato alla sensibilizzazione e alla prevenzione del ritardo di linguaggio indirizzato a genitori, educatori, pediatri e clinici. Lo studio prende in esame alcuni aspetti fondamentali dello sviluppo della comunicazione e del linguaggio alle età corrispondenti ai bilanci di salute degli 8, 12, 18, 24 e 36 mesi. Vengono elencate alcune raccomandazioni utili per identificare un bambino parlatore tardivo a 24 mesi e con ritardo di linguaggio a 36 mesi d'età.

Parole chiave Parlatori tardivi. Identificazione precoce dei ritardi di linguaggio

Paola parlatrice tardiva

Paola si presenta al logopedista accompagnata dalla madre; alla domanda su quale sia il motivo della visita la madre prontamente risponde: "Ha 2 anni e ancora non parla, dice solamente alcune parole eppure sente noi genitori che parliamo, sente la TV". Alla mamma di Paola va spiegato che non basta esporre un bambino al linguaggio per apprendere ma come sostiene Manolson nel suo libro *It takes two to talk* occorre essere in due per parlare o meglio, potremmo aggiungere, per comunicare (1). Infatti lo scambio dialogico, ed è auspicabile che questo avvenga, presuppone la presenza attiva di due o più interlocutori in cui l'adulto, interlocutore più esperto, favorisce nel bambino, interlocutore meno esperto, il ruolo di conversatore attivo per garantirgli un'interazione sociale adeguata. Potremmo aggiungere che, come nel caso di Paola, il linguaggio scarso e la

presenza di una passività sul piano comunicativo sono elementi che devono essere sempre accuratamente valutati e confrontati con lo stile comunicativo interattivo dei genitori o di coloro che si prendono cura del bambino.

Va ribadito che nei primi due anni di vita del bambino, il suo interlocutore privilegiato è l'adulto/genitore che si pone come il principale sostegno al suo sviluppo in quanto può incoraggiare, facilitare e promuovere lo sviluppo stesso. Sebbene i bambini imparino a "usare il linguaggio" in un tempo relativamente breve, cioè a comunicare in modo adeguato con gli altri e a condividere e costruire conoscenze utilizzando lo strumento verbale, per Paola e per molti altri bambini che giungono alla nostra osservazione ciò non avviene (2). Sappiamo che ogni bambino è unico nel suo percorso di acquisizione del linguaggio, ha i suoi tempi, ha il suo stile, tuttavia l'orga-

nizzazione delle varie fasi e i tempi di sviluppo sono ormai conoscenze ben consolidate.

Abbiamo scelto Paola come esempio per introdurre il tema del bambino con "linguaggio a lenta comparsa" o come lo definisce la comunità scientifica "Late Talker" (LT), letteralmente "Parlatore Tardivo" (PT), poiché ci è sembrato il caso più significativo per sottolineare come un percorso di educazione alla comunicazione e al linguaggio abbia anche finalità preventive.

Identificazione precoce del bambino parlatore tardivo

Nella letteratura è condiviso il protocollo finalizzato all'identificazione di un bambino parlatore tardivo secondo criteri clinici e linguistici: per quanto riguarda i primi, l'assenza di deficit uditivi importanti, di disturbi psichiatrici, di disturbi relazionali e con performance non verbali nell'ambito della norma; per i secondi, la dimensione del vocabolario uguale o inferiore a 50 parole differenti e la mancanza della combinazione di più parole in un unico enunciato a 24 mesi (3).

Nella definizione di PT è implicita l'ipotesi del ritardo o di un "rallentamento" dello sviluppo del linguaggio; ciò significa che il linguaggio attraversa le stesse fasi dei bambini con "Sviluppo di Linguaggio Tipico" (SLT) ma con tempi di comparsa diversi.

I PT producono le prime parole quando i coetanei possiedono un vocabolario espressivo di più di 50 parole e le usano in modo funzionale; producono onomatopее e solamente pochi nomi comuni, mentre il lessico dei coetanei è formato da un'alta percentuale di nomi comuni e, in misura minore, da aggettivi e verbi; sono in grado di realizzare un repertorio di suoni consonantici (foni) molto limitato che segnala un'imaturità nell'acquisizione del sistema fonologico della propria lingua mentre i bambini con svilup-

Per corrispondenza:
Serena Bonifacio
e-mail: logopedia@burlo.trieste.it

saper fare

po tipico di pari età producono le parole applicando e sperimentando il sistema. Anche altri aspetti oltre al linguaggio possono risultare immaturi. Sono state studiate le abilità conversazionali verbali e non verbali di un campione di 30 bambini PT con un'età media di 27,6 mesi, confrontandoli sia con coetanei SLT che con bambini SLT che producevano lo stesso numero di parole (4). I risultati hanno messo in evidenza una differenza significativa tra i bambini PT e i coetanei SLT, mentre questi ultimi presentavano abilità conversazionali molto più avanzate, i PT esibivano comportamenti simili a quelli dei bambini appaiati per pari ampiezza lessicale ma con un'età cronologica media di 17 mesi.

Sulla base dei risultati degli studi condotti a partire dagli anni '90 in poi si può ipotizzare come la presenza nei bambini PT di un'immaturità nella capacità simbolica, sottostante allo sviluppo dell'uso dei gesti e delle parole per scopi comunicativi, possa essere dovuta a uno sviluppo cognitivo più lento (5).

Sembra difficile individuare l'incidenza di questo fenomeno in tempi recenti poiché gli studi epidemiologici risalgono agli anni '70-'80 in cui emergeva che il 4-8% dei bambini presentava un ritardo dello sviluppo del linguaggio a tre anni, e nel 14% a due anni. Studi più recenti, condotti nell'ultimo decennio utilizzando gli stessi strumenti d'identificazione su campioni di bambini americani di età compresa tra i 24 e i 29 mesi, riportano che circa il 10-20% presenta i criteri linguistici e clinici d'inclusione descritti sopra.

Le domande "quando", "perché" e "come" intervenire per ridurre il ritardo iniziale trovano solide risposte in Olswang et al. (6). Gli Autori sottolineano la necessità di un intervento precoce per promuovere progressi nello sviluppo linguistico a breve termine e per ridurre gli effetti cumulativi del ritardo e il suo impatto sullo sviluppo emotivo, sul comportamento e sugli apprendimenti nelle aree interessate al linguaggio. Dalla letteratura è noto che i bambini PT possono manifestare persistenti difficoltà nello sviluppo del linguaggio, in particolare nella fonologia, nella morfologia, nella sintassi, e anche negli apprendimenti

della lettura e scrittura, se l'evidenza per un Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL) diviene più forte rispetto al ritardo transitorio. Ne deriva che un atteggiamento di attesa del tipo predefinito "aspetta o sorveglia e vedi" è ingiustificato, considerato che un intervento più vicino al periodo in cui si verifica l'esplosione del vocabolario, e cioè tra i 20 e i 21 mesi, sembra essere quello più efficace rispetto a un'età più tarda prossima all'eventuale emergere di un DSL (spesso all'ingresso della scuola materna).

I programmi definiti *home/parent-based intervention* nella letteratura nord-americana e anglosassone sono costruiti per promuovere lo sviluppo del linguaggio espressivo nei bambini con ritardo di linguaggio di età compresa tra i 2 e i 3 anni. Coinvolgono direttamente i genitori e sono finalizzati a incrementare le capacità comunicative e linguistiche attraverso gli scambi nella conversazione. In Italia, Bonifacio e Hvastja Stefani hanno progettato il programma *INTERACT* (marchio registrato) studiato in maniera specifica per bambini PT d'età compresa tra i 24 e i 30 mesi che sono nella fase del "linguaggio emergente", cioè hanno un vocabolario compreso tra 10 e 50 parole usate in modo funzionale (7). Il nome costituisce un acronimo teso a sottolineare gli aspetti interattivi, naturalistici e di sostegno (*scaffolding*) che gli sono propri: *Interactive, Naturalistic, Tutorial, Empathic, Reciprocal, Active, Communicative, Tuning*. È centrato e costruito in funzione delle caratteristiche comunicative e interattive della diade genitore-bambino, comprende 18 sedute cliniche distribuite in sei mesi e si propone i seguenti obiettivi: incrementare la frequenza delle interazioni sociali tra genitore e bambino, migliorando la qualità dell'interazione e della comunicazione; incrementare lo sviluppo del linguaggio espressivo, il lessico e la combinazione di più parole in un enunciato.

Il poster *Comunicare e parlare, nascita di un gioco*

Il poster, scaricabile dalla versione on line di questo articolo, nasce dalla filosofia del programma *INTERACT*. Ciò che si vuole sottolineare è il concetto "inse-

gnare al bambino per mezzo del genitore o di chi si prende cura di lui, a imparare attraverso le cose, più che imparare delle cose, aiutarlo a sviluppare strategie d'apprendimento, o meglio educare l'adulto/genitore a sviluppare il potenziale di apprendimento del bambino attraverso "una partita a tennis" come la definisce Piero Angela nel suo libro *Da zero a tre anni* in cui la madre – ma noi preferiamo usare il termine adulto/genitore – è una tennista: ogni volta risponde ai lanci, rimanda la palla, e permette alle potenzialità del piccolo di esprimersi (8).

Il poster è stato costruito tenendo presente le tappe dei bilanci di salute degli 8, 12, 18, 24 e 36 mesi. Ogni tappa è introdotta da una breve sintesi che evidenzia alcuni aspetti "cruciali" della: a) comunicazione, b) comprensione verbale, c) produzione vocale/linguaggio.

Una descrizione più puntuale degli aspetti "cruciali" viene riportata per ciascuna modalità all'interno di ogni tappa. Abbiamo selezionato quegli aspetti che consideriamo come marcatori perché tipici dei bambini normali nell'età considerata. Questi riferimenti sono stati tratti da studi di vari Autori condotti su bambini italiani, di cui per motivi di spazio, non potendo essere commentati tutti, segnaliamo solamente quelli che riteniamo fondamentali per le tematiche trattate senza far torto agli altri. In particolare, lo studio di Caselli e Casadio per i riferimenti relativi ai dati normativi della produzione gestuale e verbale e della comprensione per le fasce d'età comprese tra gli 8 e i 17 mesi, e tra i 18 e i 30 mesi per la produzione lessicale, lo sviluppo della grammatica e della complessità delle frasi (9). Per questi ultimi due aspetti segnaliamo anche Cipriani et al. (10). Gli studi di Zmarich si focalizzano sugli aspetti fonetici del passaggio dal *babbling* (lallazione) alle prime parole, riferimenti che nel poster si trovano nelle tappe degli 8 e dei 12 mesi (11-12). L'acquisizione degli schemi motori e il controllo articolatorio derivano dall'attività neuro-muscolare legata alla masticazione. L'attività motoria data dall'alternanza ritmica tra mandibola aperta e chiusa, tipica del *babbling canonico* evidente dai 6 mesi d'età in poi, genera un effetto acustico che viene percepito dagli adulti

come una successione di sillabe del tipo consonante-vocale (CV) che si ripetono in modo identico. Dal momento in cui il bambino acquisisce un maggior controllo dell'articolazione dei suoni della lingua cui è esposto e allo stesso tempo riceve conferma dal suo ambiente che queste produzioni generano un effetto gradito e divertente, per esempio i genitori imitano ciò che il bambino dice, si assiste a un consolidamento delle sillabe e della loro combinazione con altre definito *babbling variato* in cui ciascuno dei due suoni CV cambia. La sillaba rappresenta il punto di contatto tra biologia e fonologia. In sintesi, l'aspetto legato allo sviluppo articolatorio prelessicale e nel periodo delle prime parole (12 mesi) è talmente complesso che la pronuncia di una parola per un bambino può risultare un compito molto impegnativo e condizionato da numerosi fattori. L'attenzione che i clinici, e in particolare i pediatri di famiglia, dovrebbero porre nei bilanci di salute dai 6 ai 18 mesi è motivata dal fatto che l'espansione del vocabolario, che tipicamente avviene intorno ai 18-21 mesi a partire dalle 50 parole, è strettamente legata a quanto il bambino è riuscito a realizzare nella sua pratica motoria nella fase del *babbling*. È dimostrato che le prime parole contengono gli stessi *foni* presenti già nelle combinazioni CV degli episodi di *babbling*. Perché vigilare dunque? Perché l'incremento costante delle parole dipenderà dalla evoluzione e quindi anche dalla crescita del sistema fonetico, cioè dalla capacità di acquisire nuovi *foni* e di combinarli tra loro per formare le parole adulte, inizio dell'acquisizione del sistema fonologico. Le parole possono essere considerate come dei mattoni il cui assemblaggio permetterà al bambino di creare combinazioni sempre più complesse e diverse per esprimere intenzioni e scopi e manifestare sempre più efficacemente un suo pensiero organizzato. Il linguaggio diventerà per lui uno strumento molto potente che gli consentirà di comunicare socialmente, in particolare all'ingresso della scuola materna.

Nell'ottica di sensibilizzare l'adulto/genitore su "come fare", cioè quale ruolo assumere per promuovere le potenzialità del bambino nei contesti quotidiani e di

gioco relativi invece al "cosa fare", abbiamo selezionato per ogni tappa le strategie più significative del programma *INTERACT*. Le nostre indicazioni si centrano sulla qualità dell'input più che sulla quantità. Riportiamo a titolo di esempio alcuni aspetti più correlati allo sviluppo del vocabolario come la *contingenza semantica* (denominare ciò che il bambino indica), la *sintonizzazione accurata* su ciò che il bambino "fa" o "dice", la ristrutturazione corretta dei suoi enunciati aggiungendo le parole mancanti o correggendo quelle distorte senza richiederli mai di ripetere.

Sulla base di quanto emerge dalla letteratura sui bambini parlatori tardivi, abbiamo voluto elencare, nella parte finale del poster, i principali indicatori di rischio che caratterizzano lo sviluppo del linguaggio di questi bambini a 24 mesi. Quando il ritardo nei mesi successivi non viene recuperato, a 36 mesi molti aspetti dello sviluppo del linguaggio persistono nella loro immaturità che, se non vengono affrontati con una terapia logopedica, possono evolvere verso un DSL.

La prevenzione di un disturbo nell'apprendimento del linguaggio potrebbe essere affrontata con una valutazione centrata sugli aspetti comunicativi e sugli aspetti produttivi e ricettivi del linguaggio già all'età di 24 mesi. In questo senso la promozione di una campagna di sensibilizzazione pubblica, rivolta a genitori, sanitari e clinici sulle pietre miliari dello sviluppo linguistico e su quando "allertarsi" se il bambino non segue per tempi e modi le tappe indicate, potrebbe contrastare gli invii tardivi, in genere dopo i 4 anni.

Un intervento precoce eseguito tra i 24 e i 30 mesi ha come obiettivo generale la riduzione del rischio che il ritardo di linguaggio possa consolidarsi intorno ai 3 anni, un'età "spartiacque" in cui, come abbiamo già sottolineato, la compromissione delle aree linguistiche legate alla fonologia, alla semantica e alla morfosintassi e alla comprensione morfo-sintattica lo definisce come DSL. Quest'ultimo, è importante segnalarlo, richiede un intervento logopedico diretto sul bambino, con cicli di terapia che comportano un numero di sedute più elevato rispetto a quanto previsto dai programmi

d'intervento precoce, andando a incidere così sui costi e sul numero di casi in carico presso i Servizi di Logopedia.

Se, come avviene nella nostra esperienza clinica, dopo l'intervento *INTERACT* alcuni soggetti mostrano ancora delle debolezze in una o più delle aree citate, l'approccio è quello di monitorare i cambiamenti sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, ogni tre mesi e non oltre i tre anni e sei mesi d'età, per valutare se la consistenza dei punti di debolezza è predittiva di un disturbo specifico di linguaggio, che andrebbe affrontato con una terapia individuale diretta sul bambino o di gruppo, avendo tuttavia alle spalle un percorso che si potrebbe costituire come fattore facilitante. ♦

Bibliografia

- (1) Manolson A. It takes two to talk: A parent's guide to helping children communicate. The Hanen Centre ed Canada, 1992.
- (2) Brunner JS. Child's talk: learning to use language. New York: Norton, 1983.
- (3) Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal Speech and Hearing Disorders* 1989;54:587-99.
- (4) Bonifacio S, Bulligan M, Callegari M, et al. Le abilità conversazionali dei bambini parlatori tardivi. Poster presentato al convegno Update on Specific Language Impairment, Urbino 4-6 aprile 2005.
- (5) Camaioni L. La lingua frenata. *Psicologia Contemporanea* 2003;175:31-7.
- (6) Olswang L, Rodriguez R, Timler G. Recommending intervention for toddlers with specific language learning difficulties: We may not have all the answers, but we know a lot. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1998;71:23-32.
- (7) Bonifacio S, Hvastja Stefani L. Modelli d'intervento precoce per il bambino parlatore tardivo: il modello *INTERACT*. Tirrenia (Pisa): Del Cerro ed, 2004.
- (8) Angela P. Da zero a tre anni. Milano: Aldo Garzanti ed, 1973.
- (9) Caselli MC, Casadio P. Il Primo Vocabolario del Bambino. Guida all'uso del questionario MacArthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita. Milano: Franco Angeli ed, 1995.
- (10) Cipriani P, Chilosi AM, Bottari P, et al. L'acquisizione della morfosintassi in Italiano: fasi e processi. Padova: Unipress ed, 1993.
- (11) Zmarich C. Aspetti fonetici dello sviluppo pre-linguistico. *Incontri di Pediatria Pratica* 1999; 7:103-29.
- (12) Zmarich C, Bonifacio S. Gli inventari fonetici dai 18 ai 27 mesi d'età: uno studio longitudinale. In: Albano Leoni F, Cutugno F, Pettorino M, Savy R (a cura di), *Il Parlato Italiano*. D'Auria ed., CD-ROM 2004.

La Newsletter ACP/CSB: uno strumento di formazione che cambia la pratica clinica

Federica Zanetto*, Fabrizio Fusco**, Michele Gangemi***, Dana Dragovich°

*Pediatria di famiglia, ACP Milano e Provincia; **Pediatria di famiglia, ARP Vicenza; ***Pediatria di famiglia, ACP Verona; °Pediatria ospedaliero, Monfalcone

Abstract

The ACP/CSB literature surveillance bulletin for professional growth

The ACP/CSB literature surveillance bulletin can become an important moment of professional growth for family and hospital paediatricians. The newsletter's shared reading and discussion can be a good way for a review of a paediatrician's daily practice. In this paper two significative local experiences are reported: one regarding a group of hospital paediatricians from Monfalcone the other regarding the training of three local ACP groups aimed in the near future at the newsletter's formulation. Two reproducible experiences for other ACP (Associazione Culturale Pediatri) local groups.

Key words Scientific Literature. Training. Evidence Based Medicine

Il bollettino di sorveglianza della letteratura ACP/CSB può diventare occasione di crescita professionale di gruppo, al di là della lettura "personale", sia per i pediatri ospedalieri generalisti sia per i pediatri di famiglia: la lettura condivisa e la discussione dei temi di maggiore interesse pratico trattati nella Newsletter possono essere uno spunto per rivedere le proprie pratiche professionali. Vengono riferite di seguito due significative ricadute a livello locale: l'esperienza dei pediatri ospedalieri di Monfalcone, occasione di confronto e cambiamento nella routine ambulatoriale e ospedaliera, e il percorso formativo di tre gruppi locali ACP, in vista di una partecipazione attiva alla elaborazione e stesura della Newsletter. Due proposte di aggiornamento e formazione estensibili ad altre realtà locali all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri.

Parole chiave Letteratura scientifica. Formazione. Evidence Based Medicine

A partire dal febbraio 2004 il Centro per la Salute del Bambino ha avviato un servizio di sorveglianza della letteratura rivolto ai soci ACP, con l'obiettivo di fornire al pediatra di famiglia e al pediatra ospedaliero generalista uno strumento di aggiornamento semplice che individui e segnali articoli rilevanti per la propria pratica. Per ogni articolo selezionato sono presenti una breve scheda con titolo, rilevanza dell'articolo, e un eventuale commento espressione della discussione nel gruppo dei redattori nella Newsletter. Vengono inoltre selezionate, in base alla loro rilevanza, una o più revisioni sistematiche, oggetto di un breve approfondimento.

La Newsletter viene inviata ogni due mesi per posta elettronica ai responsabili dei gruppi ACP o direttamente ai soci ACP che ne fanno richiesta (attualmente circa 700).

Il lavoro di sorveglianza della letteratura, lettura critica degli articoli selezionati e redazione del bollettino bimestrale si è rivelato un'importante occasione formativa, con alcune significative ricadute, al di là della lettura "personale". Riferiamo qui

due esperienze: una sperimentata all'interno di gruppi ACP, una all'interno di una UO di Pediatria ospedaliera.

Esperienza di gruppi locali ACP

L'esperienza riguarda il percorso di lettura critica di articoli di letteratura di interesse per il pediatra, compiuto nell'arco di 6 mesi da 30 pediatri di famiglia e da alcuni specializzandi, suddivisi in tre gruppi di lavoro (Milano, Verona, Vicenza), e propeudeutico alla loro partecipazione attiva alla elaborazione e stesura della Newsletter. A un incontro tenutosi a Verona nel novembre 2005 erano presenti anche i referenti di altri gruppi locali ACP (Veneto, Roma) interessati a questa esperienza di *Journal club* strutturato e alle sue possibili ricadute pratiche.

In apertura Michele Gangemi ha citato Vittorio Demicheli a proposito dell'utilizzo dell'evidence-based medicine per difendersi dai "cattivi maestri": "in questo mondo globalizzato dalla comunicazione, e non solo, occorre mantenere elevata la capacità di valutare criticamente le informazioni: non farsi confondere dall'autore-

volezza della fonte informativa ma incrociare le informazioni provenienti da fonti diverse, controllare la consistenza dei dati, giudicare la coerenza esterna e quella interna delle ricerche, controllare la qualità dei disegni di studio".

Federica Zanetto ha poi riferito più nei dettagli l'esperienza dei tre gruppi di lavoro. In sostanza ecco come si è strutturato il percorso.

L'analisi guidata di revisioni sistematiche e metanalisi, RCT e di studi di coorte, con materiale di supporto fornito dalla redazione della Newsletter, si è svolta nelle singole realtà locali con 6 incontri a cadenza mensile. Un tutor locale ha guidato il percorso di lettura e la compilazione della griglia di valutazione, garantendo il supporto teorico, con la possibilità di riferirsi di volta in volta alla redazione della Newsletter per suggerimenti. È stata predisposta inoltre una pagina dell'area "Formazione" del sito ACP (www.acp.it), per la raccolta del materiale di lettura e di approfondimento utilizzato nel percorso. Luca Ronfani ha condotto un'interessante analisi dei punti di forza e delle criticità di natura metodologica e organizzativa proprie di un percorso di sorveglianza attiva della letteratura, anche alla luce dell'esperienza ormai consolidata con il gruppo di pediatri impegnato nella realizzazione della Newsletter.

La redazione della Newsletter seleziona gli articoli con la sorveglianza sistematica degli indici di 9 riviste: 4 riguardanti la medicina generale, 5 pediatriche. A ogni pediatra vengono affidati due indici, da passare in rassegna a ogni uscita della rivista. I lavori vengono letti in maniera approfondita, valutati rispetto alla qualità metodologica, presentati e discussi nel gruppo nel corso di una riunione mensile. Quelli ritenuti metodologicamente corretti e rilevanti dal punto di vista culturale o per la loro trasferibilità nella pratica quotidiana vengono segnalati nella Newsletter. Comprensibilità, qualità e coerenza dei riassunti sono garantiti dal confronto con il

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

il punto su

commento agli stessi articoli presente in altri servizi di sorveglianza della letteratura (in tal senso viene effettuata dalla redazione una revisione periodica di *BMJ update*).

Questo stesso tipo di percorso è stato proposto ai pediatri di Milano, Verona e Vicenza, che proveranno a cimentarsi con indici e riviste, seguendo delle tappe condivise, con l'obiettivo di rendere la Newsletter sempre più simile a una rivista "partecipata" di letteratura secondaria. In un momento successivo si aggiungerà il contributo degli altri gruppi locali ACP interessati, ora impegnati nella fase propeudeutica di miglioramento delle capacità di selezione, reperimento e valutazione critica di articoli di interesse per il pediatra, con il supporto e la supervisione della redazione della Newsletter. Roberto Buzzetti è intervenuto proponendo una riflessione sulle attuali modalità di accesso alla conoscenza in medicina e sull'opportunità che sia un gruppo di pediatri a cimentarsi nella consultazione di informazioni evidence-based.

Con un interessante accostamento di revisioni sistematiche e linee guida, oggi sempre meno parziali e tendenziose, a nuovi "generi letterari" nell'ambito della letteratura scientifica, Buzzetti ha ricordato ai partecipanti all'incontro "le cose che contano" nell'esercizio di interpretazione critica che li vedrà impegnati: il disegno dello studio e la qualità metodologica con cui viene condotto, la coerenza e validità intrinseca del disegno di studio, la *directness* (quesito clinico di partenza estendibile alla realtà dei propri pazienti), la rilevanza e trasferibilità dei risultati nella propria pratica quotidiana, l'onestà e l'aderenza alla verità. Ha infine sottolineato l'apporto di oggettività e metodicità offerto da questo approccio metodologico alla letteratura, ma anche la maggiore consapevolezza nelle decisioni cliniche che ne può derivare, operando una sintesi corretta ed equilibrata fra riscontri della letteratura criticamente valutati, la propria esperienza clinica e le esigenze e preferenze del paziente.

Una serie di stimoli e sollecitazioni impegnative, ma ancora una volta rilevanti, con cui i gruppi locali coinvolti dovranno misurarsi per arrivare a creare una "rete" ACP efficace e partecipata per la sorveglianza della letteratura, come è stato detto al congresso ACP di Napoli.

Esperienza in una UO di Pediatria

La seconda esperienza riguarda il trasferimento alla pratica delle evidenze tratte dalla letteratura di un gruppo di pediatri ospedalieri che operano nella Provincia di Gorizia, in Friuli Venezia Giulia. La distribuzione in due aree di intervento (i due Presidi ospedalieri di Monfalcone e Gorizia) rende le occasioni di scambio reciproco e di aggiornamento complicate da esigenze di servizio ben note a tutti coloro che si trovano a operare in situazioni simili, comuni alla Pediatria degli ospedali di rete. La Newsletter pediatrica è sembrata una occasione molto attraente di confronto, aggiornamento, revisione di interventi routinari.

È stata strutturata una serie di incontri quindicinali presso la sede di Monfalcone, cui partecipano i pediatri in servizio presso le due sedi operative e a cui vengono invitati i pediatri di famiglia della provincia. Ciascun incontro ha una durata di 2 ore e verte su un numero della Newsletter che viene considerato letto. Sono passati in rassegna e discussi i temi presentati nel bollettino con l'obiettivo di identificare i contenuti di immediata ricaduta pratica o di interesse culturale. Questi vengono poi commentati a "braccio" discutendo il possibile trasferimento dei risultati nella pratica quotidiana.

Si è deciso di realizzare un primo periodo di prova, iniziato nel mese di febbraio 2005 e che si sta ora concludendo. In questa prima fase si è cercato di mettere in piedi la routine di incontri e ci si è concentrati sulla partecipazione del personale dei due reparti ospedalieri. L'iniziativa è stata, comunque, segnalata ai pediatri di famiglia, e dall'autunno 2005 si avrà il loro coinvolgimento formale.

La discussione sui diversi temi è stata affrontata con il seguente metodo:

a) discussione su comportamenti clinici di fronte a un determinato problema (es. cosa fa ciascuno di fronte a un bambino con bronchiolite? A casa? In ospedale? Grave? Lieve?); in caso di difformità di azione, analisi della letteratura e confronto con i comportamenti (es. è opportuno smettere di fare l'aerosol con l'adrenalina? È sufficiente la letteratura riportata sulla Newsletter?);

b) in caso di differenze di comportamento clinico (tra ospedalieri e pediatri di famiglia) viene ricercata la motivazione di scelte diverse dal consenso di letteratura (es. qual è il comportamento di ciascuno di

fronte a un bambino con otalgia o con sospetta otite media acuta? Perché non si assume un atteggiamento generale di vigile attesa per 48-72 ore, come suggerito ormai da molti anni dalla letteratura per i casi di otite media acuta non complicata?). L'uniformità di comportamento tra i professionisti che operano nella stessa area – ospedale e Pediatria di base – porterebbe anche a una riduzione del disorientamento nella popolazione legato a proposte di trattamento molto eterogenee per problemi frequenti.

Sono stati dibattuti 46 temi su 90 recensioni analizzate, considerati di interesse per il gruppo ai fini della revisione del comportamento clinico, o di significato culturale utile. Sono state discusse 24 recensioni riguardanti problemi emergenti anche in ambito socio-sanitario (obesità, violenza, disturbi del comportamento) che si vedono poco in ospedale, e di fronte ai quali si è sicuramente poco preparati.

Sono stati modificati 4 protocolli di comportamento clinico (bronchiolite, otite media acuta, l'uso del distanziatore nell'asma, algoritmo del trauma cranico minore).

È stata elaborata una registrazione dei commenti da sottoporre a coloro che preparano la Newsletter, quale feed-back sull'utilità di questo strumento. La lettura della Newsletter ha inoltre permesso di identificare le aree carenti dal punto di vista informativo presenti nella nostra zona generando ipotesi di ricerca (es. prevalenza di obesità nei ragazzi dai 6 ai 10 anni nell'Isontino). La collaborazione con i pediatri di famiglia può consentire di avviare progetti di intervento specifico.

Nel momento in cui gli incontri sono diventati un appuntamento stabile dell'attività di reparto, si è proposto l'accreditamento ECM come evento di formazione sul campo.

Si è trattato di un possibile utilizzo pratico della Newsletter pediatrica che va oltre la semplice lettura individuale. Esso ha consentito l'avvio di una routine di discussione in gruppo delle pratiche cliniche e ha creato un'occasione di revisione di protocolli di reparto e di confronto tra pediatri ospedalieri e pediatri di famiglia. Potrebbe rappresentare un modello stabile per la revisione continua della nostra pratica professionale e l'integrazione culturale tra ospedale e territorio. Si tratta di una forma di aggiornamento semplice, fattibile in moltissime realtà italiane, sostenibile e poco costosa. ♦

Beta-talassemia, anemia mediterranea o microcitemia: cosa si deve sapere

Aldo Filosa, Paolo Siani, Leonilde Pagano, Luciano Prossomariti, Laura Zeuli, Antonietta Di Martino
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale A. Cardarelli, Napoli

Che cos'è la talassemia?

Il termine talassemia (anemia mediterranea o anemia microcitica) definisce un gruppo eterogeneo di anemie ereditarie, causate da un'alterazione dei geni che regolano la produzione dell'emoglobina.

L'emoglobina è una proteina, contenuta nei globuli rossi, che ha la funzione di trasportare l'ossigeno alle cellule del corpo e di eliminare l'anidride carbonica.

Nella talassemia la mancata produzione di emoglobina normale determina una precoce distruzione dei globuli rossi.

Come individuare il portatore sano?

Facendo gli esami ematologici di primo livello (screening per talassemia) in Centri qualificati.

In particolare eseguendo:

- ▶ l'emocromo
- ▶ il dosaggio Hb A2
- ▶ il dosaggio Hb F
- ▶ la ricerca delle emoglobine anomale
- ▶ le resistenze osmotiche
- ▶ la sideremia
- ▶ la ferritinemia.

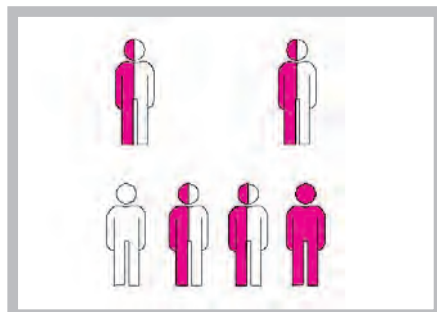
In tal modo si può svelare lo stato di portatore sano di talassemia.

Essere portatore sano significa che uno dei due geni che controllano la produzione dell'emoglobina è difettoso; poiché, però, l'altro gene funziona bene, il portatore è una persona sana.

In caso di matrimonio?

Quando un figlio viene concepito, riceve i geni da ciascuno dei due genitori: se i genitori sono entrambi portatori di talassemia (coppia a rischio), può ricevere da ciascuno di loro o il gene normale o quello difettoso (vedi figura).

- Se il figlio riceve i geni normali sarà normale (omino bianco; 25% di probabilità).
- Se riceve un gene normale e uno difettoso, sarà un portatore sano come i genitori (omino metà rosso e metà bianco; 50% di probabilità).



- Se riceve tutti e due i geni difettosi (omino rosso), avrà la talassemia perché non sarà capace di produrre emoglobina normale per i suoi globuli rossi (25% di probabilità).

È perciò importante che, in caso di sospetto, ognuno faccia gli esami di screening per conoscere se è un portatore sano di talassemia.

Cosa fare in caso di gravidanza in una coppia a rischio?

Se due portatori decidono di avere un figlio, devono sottoporsi alle indagini di secondo livello:

- estrazione del DNA
- analisi delle mutazioni del DNA

Gli esami sono indispensabili per identificare il proprio difetto molecolare che potrebbe essere trasmesso al figlio, e per ricevere l'indicazione alla diagnosi prenatale mediante una consulenza genetica. La diagnosi prenatale si effettua tra la 10^a-12^a settimana di gestazione con esame del DNA sui villi coriali.

Talassemia major: quali i sintomi?

I primi segni della malattia compaiono generalmente nel primo anno di vita. Il bambino presenta problemi di crescita, lievi deformazioni ossee e un aumento del volume del fegato e della milza.

Come si cura la talassemia?

Il bambino viene sottoposto periodicamente a trasfusioni di sangue, che però col tempo determinano un accumulo di ferro nell'organismo.

Che problemi dà l'accumulo di ferro?

- ▶ Cardiaci (cardiomiopatia, scompenso cardiaco, aritmie)
- ▶ Epatici (fibrosi, cirrosi, epatocarcinoma)
- ▶ Endocrini (assenza dello sviluppo puberale, ipotiroidismo, diabete, ipoparatiroidismo).

Come evitarli?

Prendendo delle medicine che favoriscono l'eliminazione del ferro (chelanti)

- *DESFERAL*: soluzione iniettata sottocute con un microinfusore per 10-12 ore al giorno.
- *FERRIPROX*: compresse da assumere 3 volte al giorno.

Con queste cure i bambini malati possono diventare adulti, lavorare, sposarsi e avere figli.

Esiste una cura definitiva?

Esiste. È il trapianto di midollo osseo, possibile però:

- o quando è disponibile un donatore consanguineo compatibile (fratello o sorella),
- o legato alla possibilità di trovare un donatore compatibile non consanguineo dalla banca internazionale di donatori di midollo osseo.

Il trapianto comporta un basso rischio di rigetto o di morte.

Quali prospettive future?

La possibilità di utilizzare nel prossimo futuro nuovi chelanti orali, tra i quali una nuova molecola, attualmente in fase di registrazione, che può essere assunta con estrema facilità (sciolta in acqua) una volta al giorno.

La terapia genica che potrà consentire di trapiantare nei pazienti talassemici cellule staminali, "corrette" geneticamente, in grado di produrre emoglobina normale.

A chi rivolgersi?

- ▶ Al pediatra ospedaliero e/o di famiglia per l'invio presso i Centri Qualificati
- ▶ Alle Associazioni regionali dei talassemici. ♦

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

informazioni per genitori