

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri

www.acp.it

I bambini e i giochi



marzo-aprile 2007 vol 14 n°2

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 2, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
March-April 2007; 14(2)

49 Editorial

The new medical ethics code in Italy: a step ahead
Michele Gangemi

50 Research

Compliance to preventive interventions in infancy among immigrants: a randomised trial
Tea Burmaz, Michela Villani, Adriano Cattaneo, et al.

Health and access to health services in immigrant mothers and children: a quantitative and qualitative analysis in the Cesena area, Emilia-Romagna, Italy
Elizabeth Baken, Antonella Bazzocchi, Nicoletta Bertozzi, et al.

61 Social Risk

Psychological growth of immigrant children
Marco Mazzetti

64 Public Health

Security in home environment: epidemiology of home accidents or of possible preventive interventions
Elena Cossu

67 Health Care System

Birth in Campania, Italy, in 2004: 7th report
Paolo Siani

70 Info

72 Tenstories

Somalia: Security vacuum compounding effects of drought
Stefania Manetti

73 Scenarios

Is there a pharmacologic therapy for sleep apnea syndrome?
Partecipanti al corso "La risoluzione di scenari clinici con il supporto della EBM come strumento di formazione continua per il pediatra"

75 A close-up on progress

Spirometry in office practice: methods and interpretations
Cesare Braggion, Maria Carli, Laura Menin, et al.

82 Learning from a case

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome Starting from complications
Alessandro Vigo, Alberto Braghiroli, Emanuela Malorgio, et al.

85 Vaccinacipi

Human Papillomavirus vaccine will arrive in Italy in Spring: in the meanwhile we will wash our hands
Luisella Grandori

86 Farmacipi

Nasal decongestants: take care of them! Danger of death!
Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, IRFMN, Milano

87 Informing parents

The growth of children and music

88 Born to read

90 Meeting Synopses

92 Film

93 Acp news

94 Books

95 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr*i*

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
Laura Reali
Paolo Siani
Francesca Siracusano
Federica Zanetto

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Luisella Grandori
Luigi Gualtieri
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

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: giancarlo.biasini@fastwebnet.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 "Bambini che giocano ai dadi", Bartolomé Esteban Murillo (1617-1682), olio su tela. Monaco, Alte Pinakothek.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. 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 (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare 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. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e 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; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. 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 caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) 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. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. 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.

Il nuovo Codice di deontologia medica: un passo avanti

Michele Gangemi
Presidente ACP

È stato approvato il 15 dicembre 2006 il nuovo Codice di deontologia medica (www.fnomceo.it). Sul Codice sono utili alcune riflessioni in stretta relazione al percorso culturale e politico dell'ACP.

Breve storia

Il primo Codice di deontologia medica risale al 1912. Occorre aspettare il 1954 prima di vedere la seconda edizione, nota come Codice Frugoni. Passano cioè 42 anni e due conflitti mondiali prima di arrivare alla prima revisione. Nel 1978, dopo vari passaggi, viene alla luce la terza edizione che sarà seguita nel 1989 dalla quarta edizione. Nel 1995 viene emessa la quinta edizione e nel 1998 si arriva alla sesta edizione, rimasta in vigore fino a oggi. Negli ultimi anni il Codice ha richiesto revisioni abbastanza ravvicinate. Ciò sottolinea la necessità che la professione medica stia faticosamente al passo con lo sviluppo e i cambiamenti della Società.

Quali novità essenziali

Il Codice 2006 è composto di 75 articoli e di due linee guida, dedicate al conflitto d'interesse e alla pubblicità dell'informazione sanitaria. L'ultima versione rinnova quella, già proiettata al futuro, del 1998, che recepiva parecchi spunti dalla Carta di Oviedo. In effetti l'articolo 17, nella versione del 1998 (Rispetto dei diritti del cittadino), è accompagnato da un commento che recita testualmente: "L'articolo in esame è, sostanzialmente, l'indice del mutamento, intervenuto nel rapporto medico-paziente, che è diventato prioritario, per una serie di ragioni...". Vi è chiara la presa d'atto della fine del rapporto paternalistico per cui il medico era autorizzato a decidere al posto del paziente o, come già si doveva dire, del cittadino.

In un precedente editoriale (Quaderni acp 2005;5:186) si era discusso della Carta di Firenze che prende una posizione molto netta rispetto alla comunicazione con il cittadino e alla formazione del personale sanitario in questo ambito.

Nel titolo III del nuovo Codice, dedicato ai Rapporti col cittadino, vengono ribaditi tali principi di alleanza terapeutica, anche se non si discutono i problemi di un'adeguata informazione/formazione.

Dal punto di vista dell'infanzia va anche sottolineato che, nell'articolo 38 (Autonomia del

cittadino e direttiva anticipata), si dice, per la prima volta: "Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà".

Nel mondo anglosassone questa prassi è già in vigore da tempo, ma è opinione diffusa che in Italia si sia in ritardo nel parlare e comunicare direttamente col bambino, quando l'età e il grado di maturazione lo consentano. Questa considerazione ha risvolti assai importanti, come si vedrà, anche nella sperimentazione del farmaco nell'età evolutiva.

Va segnalato anche che, per la prima volta, il Codice pone al medico la necessità e il dovere di collaborare alle politiche di prevenzione e di gestione dell'errore.

L'articolo 14 è molto esplicito in tal senso e credo che l'ACP, alla luce della sua storia, debba promuovere una riflessione seria su una formazione a partenza dall'errore. Dice Gandwande nel suo libro *Salvo Complicazioni*: "... Qualunque contromisura si cerchi di prendere, a volte i medici sbagliano. Non è ragionevole pretendere che raggiungano la perfezione. Ma è ragionevole chiedere almeno che ci provino".

Il Codice deontologico e l'ACP

Sembra utile soffermarsi su due punti che l'ACP come prima società scientifica italiana ha affrontato e con grande efficacia: i temi dell'ambiente e del conflitto d'interesse.

L'articolo 5 del Codice 2006 è dedicato alla Educazione alla salute e ai rapporti con l'ambiente: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse materiali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva".

Non è un caso che l'ACP abbia dedicato il suo ultimo Congresso nazionale, ad Asolo, alle tematiche dell'ambiente e della salute infantile. Tale percorso, iniziato sotto la spinta della presidenza di Giorgio Tamburlini, si è concre-

tizzato nel lavoro del gruppo, denominato "Pediatri per un mondo possibile". La raccolta bibliografica attuata sui principali temi e la messa a punto del materiale di formazione per pediatri e di informazione-sensibilizzazione di genitori e adolescenti, vanno proprio nel senso prefigurato dall'articolo 5. I gruppi locali, con il supporto logistico e finanziario delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, dovrebbero tradurre in concreto queste iniziative di formazione che probabilmente non rientrano nei bisogni percepiti, ma rappresentano, in realtà, una priorità assoluta.

Infine il grande tema del conflitto d'interesse, di cui in Italia si tende a non parlare fra i medici, che si concretizza in un'aggiornata linea guida per l'applicazione dell'articolo 30.

Ci si occupa del conflitto d'interesse in 3 campi: ricerca scientifica, aggiornamento e formazione-prescrizione dei farmaci. Si precisa che il medico deve dichiarare il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte in modo da consentire al destinatario una valutazione critica consapevole. E ciò in Italia non si fa, anche se si proclama che la trasparenza nei confronti del cittadino dovrebbe essere il fine di ogni medico e di ogni Associazione di categoria. Quali riviste adottano l'obbligo per gli Autori di dichiarare il conflitto di interessi? Perché l'ECM che doveva cambiare le regole del sistema accredita convegni prevalentemente turistici promossi da società scientifiche?

Il passo odierno è evidente. Nel precedente Codice l'articolo 73 diceva soltanto: "Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e private non può adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la pratica libero-professionale" e nell'articolo 28 si diceva che "ogni forma di comparaggio è vietata". Senza volere entrare qui nello specifico che i lettori di questa rivista conoscono perfettamente, sarà compito delle Società scientifiche fare in modo che negli iscritti si formi una capacità di applicazione del codice finora inusitata. Non per l'ACP il cui Codice supera di gran lunga i contenuti di quello FNOMCEO. Lo dice lo sforzo di organizzare gli ultimi due Congressi nazionali senza sponsor che hanno fatto seguito a quello di Taormina e a tutti quelli di Tabiano. E infine l'impresa di produrre *Quaderni* senza contributi dalla pubblicità. ♦

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

editoriale

Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato

Tea Burmaz*, Michela Villani*, Adriano Cattaneo*, Mariarosa Milinco**, Sofia Quintero Romero**, Rosa Bernal**

*Unità per la Ricerca sui Servizi sanitari e la Salute internazionale, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

**Centro per la Salute del Bambino, Trieste

Abstract

Compliance to preventive interventions in infancy among immigrants: a randomised trial

Objective To assess the effectiveness of trained cultural mediators in promoting, among immigrant mothers, four preventive interventions for their infants: immunization, breastfeeding, sleeping position, passive smoking exposure.

Methods 142 immigrant pregnant women in Trieste and Bologna, speaking Chinese, Serbian-Croatian, Arabian and Urdu, were randomized in two intervention groups: one receiving a booklet or home visits from trained cultural mediators and a control group exposed to routine health care. Quantitative data were collected at enrolment, soon after birth, and at three and six months after birth. Qualitative data were collected from a sub-group of 19 women through focus groups and in-depth interviews.

Results A considerable proportion of data was missed after birth (49%) and at six months (30%) for different reasons. Analysis of results, limited to data gathered at enrolment (98%) and at three months (87%), shows no difference in compliance with preventive interventions among the three study groups. There were, however, statistically significant differences among both linguistic groups and research sites. Multivariate analysis confirmed the lack of differences among groups, but could not isolate language and residence as variables associated with different health practices due to the homogeneity within linguistic groups and research sites. The qualitative analysis associated differences in health practices with cultural motivations that were specific for each linguistic group, but not with the three study groups.

Discussion The lack of a demonstrated effectiveness of a booklet or a home visit by cultural mediators could be due to different reasons. Some may be related with the design of these interventions, some to the limitations of the study, some with specific cultural elements within each linguistic group.

Quaderni acp 2007; 14(2): 50-55

Key words Cultural mediator. Preventive interventions. Infancy. Immigrant mothers

Obiettivo Valutare l'efficacia di mediatrici culturali formate nella promozione, presso madri immigrate, di quattro interventi preventivi per i figli: vaccinazioni, allattamento al seno, posizione nel sonno, esposizione a fumo passivo.

Metodi 142 gravide di quattro gruppi linguistici (cinese, serbo-croato, arabo e urdu) di Trieste e Bologna sono state randomizzate a due gruppi di intervento (consegna di un opuscolo o visite domiciliari da parte di mediatrici culturali formate) e a un gruppo di controllo (assistenza di routine). I dati quantitativi sono stati raccolti all'arruolamento, dopo il parto, al terzo e al sesto mese di vita. Dati qualitativi sono stati raccolti su un sottogruppo di 19 donne mediante "focus group" e interviste in profondità.

Risultati Una considerevole proporzione di dati è stata persa dopo il parto (49%) e al sesto mese (30%), per varie ragioni. L'analisi dei risultati, limitata ai dati raccolti all'arruolamento (98%) e al terzo mese (87%), non mostra sostanziali differenze tra i tre gruppi nell'adesione agli interventi preventivi. Vi sono invece differenze significative tra gruppi linguistici e tra le due città. L'analisi multivariata ha confermato la mancanza di differenze tra gruppi di intervento, ma non ha consentito di isolare la lingua e la residenza come variabili associate ai diversi comportamenti di salute a causa dell'omogeneità all'interno dei gruppi linguistici e nelle due città. L'analisi qualitativa ha permesso di correlare i diversi comportamenti di salute con motivazioni di origine culturale specifiche per ogni gruppo linguistico, ma non con l'appartenenza ai tre gruppi dello studio.

Conclusioni Molte ragioni possono essere la causa della mancata dimostrazione di efficacia dell'opuscolo o delle visite domiciliari da parte di mediatrici culturali formate. Alcune possono essere legate al disegno degli interventi proposti, altre ai limiti dello studio, altre a elementi culturali specifici di ogni gruppo linguistico.

Parole chiave Mediatore culturale. Interventi preventivi. Infanzia. Madri immigrate

Per corrispondenza:
Tea Burmaz
e-mail: burmaz@burlo.trieste.it

Introduzione

Molti studi condotti in Europa e negli Stati Uniti sottolineano le differenze tra la popolazione immigrata e autoctona per molti indicatori di salute materno-infantile, nelle informazioni e conoscenze delle donne e nell'accesso ai servizi sanitari [1-5]. Le differenze tra gli immigrati e gli autoctoni, in favore degli autoctoni, sono state evidenziate anche per l'allattamento al seno, le vaccinazioni, il fumo di sigaretta e la posizione nel sonno del bambino [6-10]. Uno studio condotto nel 2002 in Emilia-Romagna, pur mostrando tassi di allattamento al seno in generale più elevati tra le immigrate che tra le italiane, rivelava anche che queste ultime allattavano esclusivamente di più a 3 e 5 mesi [11]. Questo stesso studio mostrava anche un'importante differenza nell'informazione sulla posizione nel sonno del bambino e una differenza nella posizione supina a favore dei bambini italiani. Pochissimi sono gli studi sull'efficacia di interventi per diminuire queste disuguaglianze tra immigrati e autoctoni. I pochi esistenti concentrano l'attenzione soprattutto sull'allattamento al seno [12-14]. Una revisione Cochrane, tuttavia, conclude che ulteriori studi sono necessari per valutare l'efficacia del sostegno professionale e da parte di pari in comunità a bassa incidenza di allattamento al seno [15]. Per quanto ne sappiamo, il nostro è il primo studio randomizzato sull'efficacia di visite domiciliari da parte di mediatri culturali formate sull'adesione a diversi interventi preventivi.

Metodi

La ricerca è stata condotta a Trieste e a Bologna in collaborazione con l'AUSL di Bologna Sud-San Lazzaro e il Centro per le Donne e i Bambini Immigrati dell'AUSL Bologna Città. In base ai gruppi linguistici maggiormente rappresentati e alla disponibilità di mediatri culturali, sono state arruolate, al terzo trimestre di gravidanza e prima della 32^a settimana, tra novembre 2003 e febbraio 2005, donne di quattro gruppi linguistici: cinese, serbo-croato, arabo e urdu. A Trieste l'arruolamento è stato fatto pres-

so il servizio di ecografia dell'IRCCS Burlo Garofolo e attraverso i contatti delle mediatri culturali nelle loro comunità; a Bologna presso il consultorio familiare di San Lazzaro e il Centro per le Donne e i Bambini Immigrati. La dimensione del campione, compresa una perdita prevista del 20%, è stata stimata in base all'efficacia potenziale dell'intervento di promozione dell'allattamento al seno; sarebbero necessari 134 soggetti per identificare, con una precisione del 5% e una potenza del 90%, una differenza tra il 30% e il 50% nei tassi di allattamento esclusivo a tre mesi.

Dopo il consenso informato, l'arruolamento e la compilazione del primo questionario per la raccolta dati, le donne sono state randomizzate in uno dei tre gruppi previsti dallo studio. Per i due gruppi d'intervento, la randomizzazione è stata effettuata mediante minimizzazione (questo metodo permette di lavorare solo con 2 braccia) [16]. L'assegnazione ai gruppi d'intervento o controllo, invece, è stata fatta mediante randomizzazione semplice. Le donne del gruppo di controllo hanno avuto solo le cure di routine offerte dai rispettivi servizi sanitari. Le donne del primo gruppo d'intervento, oltre all'assistenza di routine, hanno ricevuto dagli operatori sanitari un opuscolo con informazioni standardizzate su allattamento al seno, vaccinazioni, astensione dal fumo e posizione nel sonno, tradotto nelle rispettive lingue. Le donne del secondo gruppo d'intervento, oltre all'assistenza di routine e all'opuscolo, hanno avuto cinque visite domiciliari da parte di mediatri culturali formate: alla 32^a e 36^a settimana di gestazione, e a 1, 3 e 6 settimane dopo il parto. Nel corso delle visite domiciliari, le mediatri culturali formate trasmettevano le stesse informazioni contenute nell'opuscolo, ma potevano completarle con altre spiegazioni e fornire sostegno individualizzato sugli stessi interventi preventivi e/o su eventuali problemi di accesso e uso dei servizi sanitari.

Le mediatri culturali erano state formate durante un corso di cinque giorni sui temi da affrontare nel corso delle visite

domiciliari e su alcune abilità di comunicazione. Il materiale scritto (opuscolo, questionari) è stato tradotto nelle quattro lingue previste. La raccolta dei dati quantitativi è stata effettuata al momento dell'arruolamento, dopo il parto e prima della dimissione dall'ospedale, al momento delle vaccinazioni o su appuntamento a circa 3 e 6 mesi dal parto. I dati sono stati immessi in un programma di EpiInfo mediante EpiData. Le analisi, univariata (chi quadrato e Fisher's exact test) e multivariata, sono state realizzate con Stata 7.

Per approfondire le ragioni dell'adesione o meno agli interventi preventivi proposti, terminata la raccolta dei dati quantitativi, è stato selezionato un sottogruppo di 19 donne per uno studio qualitativo. Queste donne sono state scelte in base alla loro disponibilità, ma in modo tale da rappresentare i diversi gruppi linguistici (7 serbo-croate, 2 arabe, 7 cinesi, 3 pakistane) e la provenienza (12 di Trieste, 7 di Bologna). Sono stati usati dei "focus group" (2 con donne serbo-croate, 1 con pakistane, 1 con maghrebine) e delle interviste in profondità (7 donne cinesi, 3 serbo-croate, 1 pakistana). Il "focus group" è stato scelto per esplorare argomenti predefiniti, usando la possibilità di interazione all'interno del gruppo; le interviste individuali per approfondire alcuni temi attraverso le esperienze personali, per superare i limiti del "focus group" e dare spazio alla capacità d'espressione del singolo [17-23].

Risultati quantitativi

Di 163 donne eleggibili per lo studio, 142 hanno partecipato alla raccolta dei dati. Sono stati considerati validi per l'analisi 139 (98%) questionari all'arruolamento, 73 (51%) dopo il parto, 123 (87%) a 3 mesi e 99 (70%) a 6 mesi. I motivi di queste perdite di dati sono disparati: parto fuori sede, mancato coordinamento della raccolta dati nelle maternità, trasferimenti ad altra città e ritorno al Paese d'origine. Inoltre, i dati di alcuni questionari erano incompleti, per cui sono stati considerati validi solo i questionari completi per le risposte principali sui quattro interventi preventivi.

Infine, il budget per le mediatrici culturali, che a volte dovevano spostarsi con mezzi pubblici e privati per raggiungere le donne loro assegnate, era molto limitato e non ha permesso di effettuare tutte le visite previste. Per tutti questi motivi l'analisi dei dati si è concentrata sulle risposte ai due questionari più numerosi, quello all'arruolamento e quello a tre mesi.

In totale, a Bologna, sono state arruolate 48 donne maghrebine, 11 pakistane e 28 cinesi; a Trieste, 45 serbo-croate e 10 cinesi. La **tabella 1** mostra alcune caratteristiche di queste donne. Il 99% era sposato o conviveva. Il 62% viveva in nuclei familiari di 2 o 3 persone. Sono state riscontrate alcune differenze significative tra gruppi linguistici:

- le cinesi erano le meno istruite, le serbo-croate le più istruite;
- le serbo-croate parlavano di più l'italiano, meno le maghrebine, quasi nulla le cinesi e le pakistane;
- le cinesi erano le più irregolari, in termini di permesso di soggiorno, seguite da maghrebine e serbo-croate, tutte regolari le pakistane;
- le cinesi e le maghrebine erano meno registrate presso un medico di famiglia;
- le cinesi lavoravano di più, meno le serbo-croate, nessuna delle pakistane; le cinesi, inoltre, tornavano al lavoro prima delle altre, dopo il parto;
- le pakistane e maghrebine avevano avuto più gravidanze;
- le pakistane avevano avuto più parti in casa, seguite da maghrebine e cinesi.

Su 75 donne con altri figli, il 93% aveva allattato al seno il figlio precedente, il 46% per sei mesi o più, il 10% per due mesi, il 31% meno di un mese. Il 93% delle donne ha fatto da 1 a 11 visite prenatali (58% al consultorio, 58% all'ospedale, 15% in ambulatorio privato). Le maghrebine e le cinesi di Bologna sono andate di più al consultorio, mentre le serbo-croate di Trieste hanno usato di più l'ospedale e l'ambulatorio privato ($p < 0.05$). Circa la metà delle donne è stata accompagnata da una mediatrice culturale, sempre o qualche volta, durante le visite prenatali; a Bologna quasi il 100%, a Trieste

TABELLA 1: ALCUNE CARATTERISTICHE SOCIALI E DEMOGRAFICHE DELLE DONNE IMMIGRATE

| Variabile | Valore | Variabile | Valore |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| <i>Età (anni)</i> | | <i>Arrivo in Italia (anno)</i> | |
| – minima | 18 | – minimo | 1986 |
| – massima | 45 | – massimo | 2004 |
| – media | 28 | – media | 2000 |
| <i>Istruzione (anni di scuola)</i> | | <i>Parla italiano</i> | |
| – minimo | 0 | – sì | 47% |
| – massimo | 19 | – no | 53% |
| – media | 9 | | |
| <i>Nucleo familiare (componenti)</i> | | <i>Permesso di soggiorno</i> | |
| – minimo | 1 | – irregolare | 10% |
| – massimo | 10 | – in via di regolarizzazione | 24% |
| – media | 3 | – regolare | 66% |
| <i>Con medico di famiglia</i> | | <i>Lavora</i> | |
| – sì | 86% | – sì | 41% |
| – no | 14% | – no | 59% |
| <i>Parità</i> | | <i>Almeno un aborto</i> | |
| – primipare | 30% | – spontaneo | 34% |
| – secondipare | 30% | – provocato | 23% |
| – da 3 a 9 gravidanze | 40% | | |
| <i>Parti precedenti</i> | | <i>Figli deceduti</i> | |
| – in casa (1-4) | 6% | – nati morti (1-2) | 7% |
| – con taglio cesareo (1-3) | 8% | – morti in seguito | 3% |

TABELLA 2: PERCENTUALI DI ADESIONE AI QUATTRO INTERVENTI PREVENTIVI PROPOSTI PER GRUPPO LINGUISTICO

| | Arabo N (%) | Serbo-croato N (%) | Cinese N (%) | Urdu N (%) | Totale N (%) |
|---|----------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Decisione di vaccinare (in gravidanza) | 40 (98) | 44 (98) | 34 (92) | 9 (7) | 127 (95) |
| Vaccinazione a 3 m (1 ^a dose) | 31 (91) | 40 (95) | 25 (74) | 10 (100) | 106 (88)* |
| Vaccinazione a 6 m (2 ^a dose) | 25 (78) | 38 (100) | 15 (83) | 5 (62) | 83 (86)* |
| Posizione nel sonno a 3 m: | | | | | |
| supina | 16 (50) | 24 (57) | 15 (46) | 5 (50) | 60 (51) |
| sul fianco | 13 (41) | 13 (31) | 6 (18) | 3 (30) | 35 (30) |
| prona | 3 (9) | 5 (12) | 12 (36) | 2 (20) | 22 (19) |
| Fumatrice in gravidanza | 4 (9) | 13 (29) | 3 (8) | 0 (0) | 20 (14)* |
| Convivente fumatore in gravid. | 20 (47) | 24 (53) | 19 (54) | 6 (60) | 69 (52) |
| Fumatrice a 3 m | 1 (3) | 14 (33) | 0 (0) | 0 (0) | 15 (12)* |
| Convivente fumatore a 3 m (in presenza del bambino) | 8 (25) | 5 (12) | 22 (69) | 2 (22) | 37 (32)* |
| Decisione di allattare (in gravidanza): | | | | | |
| esclusivo | 35 (83) | 41 (91) | 15 (43) | 6 (60) | 97 (73)* |
| misto | 6 (14) | 1 (2) | 4 (11) | 0 (0) | 11 (8)* |
| Allattamento a 3 m (qualsiasi) | 33 (92) | 26 (62) | 8 (24) | 9 (90) | 76 (62)* |
| Allattamento a 6 m (qualsiasi) | 25 (76) | 23 (61) | 5 (21) | 7 (88) | 60 (58)* |
| Uso di biberon a 3 m | 16 (50) | 25 (60) | 6 (18) | 4 (44) | 51 (44)* |
| Uso del ciuccio a 3 m | 20 (57) | 23 (55) | 16 (47) | 6 (60) | 65 (54) |

* differenze statisticamente significative (da $p < 0,05$ a $p < 0,0001$) all'analisi univariata e/o multivariata

il 3% ($p < 0,0001$). Durante le visite prenatali hanno parlato di:

- vaccinazioni nel 42% delle visite (9% a Trieste, 70% a Bologna; $p < 0,0001$);
- allattamento al seno nel 38% delle visite (22% a Trieste, 55% a Bologna; $p = 0,001$);
- fumo nel 35% delle visite, senza differenze tra Trieste e Bologna;
- posizione nel sonno nel 16% delle visite (9% a Trieste, 28% a Bologna; $p = 0,02$).

La **tabella 2** mostra la percentuale di adesione agli interventi preventivi proposti per gruppo linguistico. Quasi tutte le donne, durante la gravidanza, avevano deciso di vaccinare il figlio, il 3% di non vaccinarlo, il 2% era indeciso. A tre mesi, il 9% dei bambini non era ancora vaccinato e il 3% aveva fatto un vaccino diverso dall'esavalente, in quanto la madre era portatrice di HBV. A sei mesi, due bambini cinesi non avevano ancora avuto nessun vaccino, 11 avevano ricevuto solo la prima dose e i restanti anche la seconda dose. Tutti avevano fatto il vaccino esavalente. A tre mesi, circa un quinto dei bambini dormiva sulla pancia. In gravidanza fumavano soprattutto le donne serbo-croate, più di metà meno di 10 sigarette al giorno. Tra i conviventi, la maggioranza fumava più di 10 sigarette al giorno. A tre mesi, le donne serbo-croate continuavano a fumare, quasi tutte meno di 10 sigarette al giorno; solo una dichiarava di fumare in presenza del bambino. Erano il 32% le donne che dichiaravano di avere conviventi o altre persone in casa che fumavano davanti al bambino. Durante la gravidanza, l'81% delle donne aveva deciso di allattare al seno, in maniera esclusiva o mista; il 4% di non allattare; il 15% era indeciso. A tre mesi, il 62% dei bambini era allattato al seno, a sei mesi il 58%. La **tabella 3** mostra la prevalenza a tre mesi per tipo di allattamento e per gruppo linguistico. Sempre a tre mesi, il 12% dei bambini prendeva latte di latteria, più i maghrebini e i serbo-croati ($p < 0,0001$), l'8% prendeva altri alimenti complementari.

In nessuno dei risultati riportati qui sopra sono state riscontrate differenze tra i tre

TABELLA 3: PREVALENZA DEL TIPO DI ALLATTAMENTO A 3 MESI PER GRUPPO LINGUISTICO (TUTTE LE DIFFERENZE TRA GRUPPI LINGUISTICI SONO STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE, $P < 0,0001$)

| | Arabo N (%) | Serbo-croato N (%) | Cinese N (%) | Urdu N (%) | Totale N (%) |
|---------------|----------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Esclusivo | 8 (23) | 13 (31) | 3 (9) | 5 (50) | 29 (24) |
| Predominante | 3 (9) | 11 (26) | 1 (3) | 0 (0) | 15 (12) |
| Pieno | 11 (32) | 24 (57) | 4 (12) | 5 (50) | 43 (36) |
| Complementare | 20 (59) | 2 (5) | 4 (12) | 4 (40) | 30 (25) |
| Artificiale | 3 (9) | 16 (38) | 26 (76) | 31 (10) | 47 (39) |

gruppi dello studio. Ciò significa che nessuno dei due interventi, la distribuzione di un opuscolo e le visite domiciliari da parte di una mediatrice culturale formata, sembrano aver avuto un'efficacia superiore a quella dei servizi sanitari di routine. L'unica differenza tra i tre gruppi è stata rilevata nella posizione nel sonno a tre mesi. Dormiva supino il 64% dei bambini del 1° gruppo di intervento (opuscolo), il 51% di quelli del 2° gruppo (visite domiciliari) e il 31% dei bambini del gruppo di controllo, differenze che risultavano al limite della significatività all'analisi univariata.

L'analisi multivariata, che ha preso in considerazione anche l'appartenenza a diversi gruppi linguistici, ha confermato questa significatività statistica ($p = 0,01$). L'analisi multivariata è stata effettuata anche per tutte le altre variabili di esito, senza rilevare differenze significative se non per città di residenza e per gruppo linguistico. A causa dell'omogeneità di comportamento all'interno di queste due variabili, cioè della tendenza delle donne di una stessa città o dello stesso gruppo linguistico a comportarsi più o meno allo stesso modo, non è stato possibile mettere in evidenza l'importanza relativa di una di queste due variabili in termini di associazione con le variabili di esito. Per ragioni di spazio e di interesse per il lettore, abbiamo preferito mostrare soprattutto le differenze associate al gruppo linguistico; a volte tuttavia, come nel caso della differenza nel parlare di vaccinazioni durante le visite prenatali, ci è sembrato più logico evidenziare invece le differenze tra città di residenza.

Risultati qualitativi

Date le differenze riscontrate tra gruppi linguistici nell'analisi dei dati quantitativi, useremo questo criterio per presentare i risultati dell'analisi dei dati qualitativi. L'unico elemento che sembra essere in comune tra i quattro gruppi, in modo molto evidente, è rappresentato dalle vaccinazioni. Questo sembra essere il frutto di campagne d'informazione e sensibilizzazione molto simili tra loro pur nei diversi Paesi di origine. Di conseguenza, tutte le donne intervistate accettano e riconoscono le vaccinazioni come utili e le considerano obbligatorie, anche quando in Italia sono facoltative. Le donne del gruppo serbo-croato si lamentano di non essere adeguatamente seguite e di non ricevere consigli, anche quelle assegnate a una mediatrice culturale formata. Nei "focus group" e nelle interviste si delinea un senso di disorientamento rispetto alle informazioni ricevute, troppe e contraddittorie: da una parte i medici italiani, gli opuscoli e le mediatrici culturali formate, dall'altra i medici serbi, le mamme e le suocere. Dalle interviste emergono due dati particolarmente interessanti: il rapporto con le istituzioni e la figura della suocera. Per quanto riguarda il rapporto con le istituzioni, nella fattispecie con l'ospedale, le donne si lamentano in generale di ricevere poco sostegno e informazioni. Affermano di passare pochi giorni in ospedale dopo il parto e non attribuiscono la stessa autorità ad altre figure (mediatrici culturali formate) o ad altri luoghi (consultori familiari). La maggior parte di queste donne proviene da zone rurali della Serbia, dove i consultori non esisto-

no e l'ospedale mantiene tuttora una funzione centrale. Per quanto concerne l'influenza esercitata dalla suocera sulle scelte relative alla cura del bambino, molte giovani coppie vivono assieme ai genitori del marito, formando un nucleo familiare allargato. Di conseguenza, vi sono spesso una presenza continua e un'influenza molto forte della suocera nella sfera decisionale, che determinano e indirizzano i comportamenti di cura da adottare nei confronti del bambino.

Tra le donne della comunità cinese emerge una differenza tra Trieste e Bologna. Il primo gruppo appartiene a una comunità molto chiusa dove le donne non fissano nemmeno un appuntamento dal ginecologo da sole: tutto passa per la mediatrice culturale. Diversa è la situazione a Bologna, dove le donne si rivolgono da sole all'ambulatorio per le donne straniere e al consultorio familiare. La tradizione culturale cinese, tuttavia, è molto forte, e anche le donne più integrate sono molto legate ad alcuni aspetti della loro cultura, in particolare alla medicina cinese. Dalle interviste emerge che le donne cinesi considerano il latte materno un elemento nutritivo equilibrato secondo il principio yin-yang, quindi migliore del latte artificiale. Ma i risultati quantitativi mostrano il contrario, ossia che le donne cinesi allattano poco e smettono presto. La causa sembra essere un fattore puramente socio-economico: la maggior parte di queste donne lavora in attività commerciali assieme al marito e non può assentarsi dal lavoro per troppo tempo, dovendo riprendere subito dopo il parto (dopo due mesi circa). Per il fatto che non riescono ad accudire il bambino (lavorano in media 12 ore al giorno), molte coppie preferiscono mandarlo in Cina dai nonni, in genere paterni, per poi riprenderlo con sé in Italia all'età di circa due anni. Per quanto riguarda la posizione del bambino nel sonno, tutte le donne intervistate sostengono di mettere il bambino sulla schiena. Interessante il motivo che allegano: la scelta si riferisce a un canone puramente estetico e non a un precetto medico, in quanto considerano più bella una testa leggermente piatta nella parte posteriore.

Il gruppo delle donne pakistane rappresenta una comunità molto religiosa, abbastanza chiusa e legata alle proprie tradizioni. Queste donne non lavorano e non parlano l'italiano; fanno riferimento alla mediatrice linguistico-culturale pakistana, che riveste un ruolo e un'autorità decisamente rilevanti all'interno del gruppo. Le scelte relative all'adozione di un comportamento di cura o prevenzione rispetto a un altro sono determinate da diversi fattori; i principali sono la religione e la tradizione. Per esempio, per quanto riguarda l'allattamento al seno, queste donne allattano fino a due anni perché è un precetto di Maometto ed è indicato nel Corano. I bambini sono messi a dormire sulla schiena perché le loro mamme e le loro nonne (tradizione) dicono che fa bene per formare la testa, ossia una bella testa leggermente piatta dietro e simmetrica ai lati.

È difficile delineare un tracciato preciso per il gruppo delle donne maghrebine perché i dati a disposizione sono pochi. Si può dire che questo gruppo non si presenta come una comunità, in quanto al loro interno ci sono donne di diverse nazionalità, anche se la maggioranza è marocchina, con differenti usi e costumi. L'elemento che fa da collante è certamente la religione ed esiste sicuramente una rete informale molto forte che lega queste donne alla famiglia d'origine o a quella del marito. Per l'allattamento al seno, anche queste donne fanno riferimento al Corano e in genere allattano molto a lungo.

Discussione

Abbiamo riscontrato differenze significative nell'adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra i gruppi linguistici e le due città coinvolte nel nostro studio. Non abbiamo però riscontrato differenze tra i gruppi di intervento e di controllo, tranne nel caso della posizione nel sonno. Purtroppo non è possibile confrontare i nostri risultati con quelli prodotti da altri studi sull'efficacia di mediatrici culturali formate. Un'attenta ricerca bibliografica non ha prodotto alcun risultato, con l'eccezione di uno studio condotto in Germania. Questo riporta i risultati posi-

tivi di una campagna di vaccinazioni indirizzata ai figli degli immigrati che, dopo tanti insuccessi, è riuscita a migliorare i tassi di vaccinazione con l'uso di "persone chiave", appartenenti alla stessa comunità di immigrati e appositamente formate [24].

Sebbene l'uso di mediatrici culturali formate non si sia dimostrato efficace nel nostro studio, non possiamo affermare che debba essere considerato definitivamente inefficace. Il nostro studio ha, infatti, dei limiti. Potrebbe esserci un errore di tipo II, cioè una dimensione del campione insufficiente a identificare vere differenze tra i gruppi, ammesso che esistano. Vi è poi la perdita di dati, che non ci ha permesso di usare quelli raccolti dopo il parto e ha limitato la nostra analisi su quelli del sesto mese. Avevamo purtroppo sottostimato le difficoltà di organizzare uno studio randomizzato con una popolazione che per sua natura (lingua, mobilità, status legale) pone dei problemi. I risultati, inoltre, non sono generalizzabili, sia per la diversa composizione linguistica della popolazione immigrata nelle diverse aree geografiche italiane, sia per la diversa organizzazione dell'assistenza sanitaria. Non possiamo poi escludere di aver commesso degli errori nella selezione, nella formazione e nell'assegnazione dei compiti alle mediatrici culturali. A questo proposito, si potrebbe aprire una riflessione sul loro ruolo e la loro figura. Nel discutere, infatti, sulle possibili ragioni della loro inefficacia ci siamo posti alcune domande.

Le mediatrici culturali formate non sono state prese in considerazione dalle donne perché non sono né operatrici sanitarie né "peer counselors"? Quale ruolo era loro riconosciuto? Quale competenza? Le donne oggetto di studio, per qualche motivo, non si fidavano di parlare dei problemi riguardanti la salute dei loro figli con le mediatrici culturali?

Le mediatrici culturali selezionate per questo studio non sono state in grado di comunicare con le donne, pur condividendone la lingua? Riuscivano a dare ascolto alle pratiche tradizionali, a non giudicare e a offrire dei percorsi alternativi senza imposizioni? Essendo in Italia

da qualche tempo, si sono già acculturate, perdendo la capacità di comunicare da pari con le loro connazionali? Quindi, c'era un problema di potere tra di loro che rendeva difficile il passo dell'informazione? O è cambiata la cultura nel Paese di origine, per cui le donne recentemente immigrate hanno una cultura diversa da quella delle mediatrici culturali uscite dal Paese da più tempo?

La formazione delle mediatrici culturali, il loro numero in relazione alle donne assistite e lo schema delle visite domiciliari da noi adottato sono sufficienti e adeguati, in termini sia quantitativi sia qualitativi, rispetto ai compiti attesi?

I servizi sanitari funzionano già in maniera soddisfacente, per lo meno nelle due città del nostro studio? Per questa ragione ci si può aspettare che le mediatrici culturali formate non abbiano aggiunto alcun plusvalore?

Tradizioni e situazioni familiari hanno un peso maggiore rispetto a quanto raccomandato e consigliato da mediatrici culturali formate? È possibile per le mediatrici culturali, e in che modo, penetrare efficacemente all'interno di questa forte rete informale?

Queste riflessioni ci spingono a ipotizzare cosa avremmo potuto ottenere se al posto di mediatrici culturali formate (con esperienze sul campo disparate, età diverse, esperienze di maternità o meno) avessimo formato delle mamme come "peer counselors", in modo da attivare un aiuto mamma-a-mamma, più paritario. Allo stesso modo, possiamo ipotizzare che, se le mediatrici culturali formate avessero avuto un ruolo più decisivo in ospedale nei primissimi giorni dopo il parto, forse i loro consigli e il loro sostegno sarebbero stati più utili ed efficaci. Sono tutte domande alle quali, purtroppo, non possiamo rispondere.

Infine, pur non essendo tra gli obiettivi del nostro studio, è interessante analizzare le differenze tra i dati da noi rilevati e quelli della popolazione generale del Friuli-Venezia Giulia (93% italiana), rilevati nel 2002 dal "Progetto 6+1" [25]. Il tasso di allattamento al seno esclusivo a circa tre mesi era del 60%, rispetto al 24% del nostro studio. La posizione

supina alla stessa età era del 62%, rispetto al 51% del nostro studio. Il 9% delle donne in Friuli-Venezia Giulia fumava in gravidanza e il 10% quando il bambino aveva 3 mesi; nel nostro studio le percentuali sono del 14% e 12%, rispettivamente. I conviventi, che fumavano in casa, erano il 7%, il 32% nel nostro studio. Non vi sono invece grosse differenze per quanto riguarda le vaccinazioni. Questa comparazione sembra confermare l'importanza di interventi efficaci nel diminuire queste disuguaglianze. Ci sembra inutile sottolineare la necessità di ulteriori ricerche per individuare tali interventi. ♦

Vedi anche gli articoli a pag. 56 e 61.

Ringraziamenti

Vorremmo ringraziare le numerosissime persone che hanno collaborato alla realizzazione dello studio a Trieste e Bologna; in particolare, Maria Giovanna Caccialupi, Paola Lenzi e Simona di Mario per il coordinamento delle attività a Bologna, e le mediatrici culturali Nadia El Mouahhid, Misbah Farouq, Siok Hoe Koh, Fatma Majmou, Houda Serghini, Simona Sgarzi, Iris Tekovic, Tatjana Tomi.

Bibliografia

- (1) Gates-Williams J, Jackson NM, Jenkins-Monroe V, et al. The business of preventing African-American infant mortality, in cross-cultural medicine-a decade later. *West J Med* 1992; 157:350-6.
- (2) Shulpen TWJ, van Steenberg JE, van Driel HF. Influences of ethnicity on perinatal death and child mortality between different ethnic groups in the Netherlands. *Arch Dis Child* 2001;84:222-6.
- (3) Dejin-Karlsson E, Ostergren PO. Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. *Scand J Public Health* 2004; 32:442-9.
- (4) Bornstein MH, Cote LR. Who is sitting across from me? Immigrant mothers' knowledge of parenting and children's development. *Pediatrics* 2004;114:e557-64.
- (5) Hubbel AF, Waitzkin H, Mishra SI, et al. Access to medical care for documented and undocumented Latinos in a southern California county. *West J Med* 1991;154:414-7.
- (6) Evans N, Walpole IR, Qureshi MU, et al. Lack of breastfeeding and early weaning in infants of Asian immigrants to Wolverhampton. *Arch Dis Child* 1976;51:608-12.
- (7) Dennis CLRN. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *JOGNN* 2002;31:12-32.
- (8) Galea S, Sisco S, Vlahov D. Reducing disparities in vaccination rates between different racial/ethnic and socio-economic groups: the potential of community-based multilevel interventions. *J Amb Care Management* 2005;28:49-59.

(9) Sexton K, Adgate JL, Church TR, et al. Children's exposure to environmental tobacco smoke: using diverse exposure metrics to document ethnic/racial differences. *Environ Health Perspect* 2004;112:392-7.

(10) Schlaud M, Eberhard C, Trumann B, et al. Prevalence and determinants of prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. *Am J Epidemiol* 1999;150:51-7.

(11) Cuoghi C, Ronfani L. Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia Romagna, 1999-2002 (dati non ancora pubblicati).

(12) Anderson AK, Damio G, Young S, et al. A randomised trial assessing the efficacy of peer counselling on exclusive breastfeeding in a predominantly latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836-41.

(13) Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counselling in a low-income, predominantly latina population: a randomised controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897-902.

(14) McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Public Health Med* 2000;22:138-45.

(15) Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software, 2006.*

(16) Kenjo Y, Antoku Y, Akazawa K, et al. An easily customized, random allocation system using the minimization method for multi-institutional clinical trials. *Comput Methods Programs Biomed* 2000;62:45-9.

(17) Scrimshaw S, Hurtado H. *Rapid Assessment Procedures for nutrition and primary health care.* Washington DC: Library of Congress, 1987.

(18) Cardano M. *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali.* Roma: Carocci, 2003.

(19) Bichi R. *L'intervista biografica: una proposta metodologica.* Milano: Vita e Pensiero, 2002.

(20) Dawson S, Manderson L, Tallo VL. *A manual for the use of focus groups.* Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1993.

(21) Zammuner VL. *Il focus group.* Bologna: Il Mulino, 2003.

(22) Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. *I focus group nella ricerca sociale.* Gardolo (TN): Erickson, 2002.

(23) Fabietti U. *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione.* Roma: Laterza, 1999.

(24) Pallasch G, Salman R, Hartwig C. [Improvement of protection given by vaccination for socially underprivileged groups on the basis of "key persons approach": results of an intervention based on cultural and language aspects for children of immigrants in Atlander Viertel provided by the health department of State.] *Gesundheitswesen* 2005; 67:33-8.

(25) Ronfani L, Tamburini G. Progetto 6+1: valutazione dell'efficacia dell'informazione per la promozione della salute perinatale e infantile. www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm

La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi

Analisi quali-quantitativa nel territorio cesenate

Elizabeth Baken*, Antonella Bazzocchi*, Nicoletta Bertozzi*, Carola Celeste**, Rabith Chattat**, Valentina D'Augello**, Linda Marchetti**, Mauro Palazzi*, Elena Prati***, Chiara Reali***, Cristina Ranieri**, Francesca Righi*, Elma Sukaj**, Patrizia Vitali*
 * AUSL Cesena; **Facoltà di Psicologia di Cesena, Università di Bologna; ***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

Abstract

Health and access to health services in immigrant mothers and children: a quantitative and qualitative analysis in the Cesena area, Emilia Romagna, Italy

Objective In order to achieve useful data for improving services and interventions for immigrants, an investigation regarding access to health services for immigrant children and women was conducted.

Material and methods A quantitative research on health services' activity data for immigrant children and women was integrated with a qualitative research through focus groups with immigrants, health professionals and cultural mediators.

Results In respect to Italians, under age immigrants have more accesses to emergency health services and more hospital admissions. Immigrant women have more hospital admissions for pregnancies or labour, but less accesses to preventive prenatal care. Language and logistics problems together with family loneliness are responsible of a non optimal use of basic health services, of a difficult home management of most cases and of a greater disease burden for under age immigrants.

Discussion Most problems are mainly due to socio economic factors and therefore need a multidisciplinary approach in order to improve home conditions, social integration and the ability to benefit from health services.

Quaderni acp 2007; 14(2): 56-60

Key words Immigrants. Public health. Maternal-child health. Health services

Obiettivo È stata condotta un'indagine sul ricorso ai servizi sanitari per i minori e le donne straniere, per acquisire elementi utili a migliorare l'organizzazione dei Servizi e di interventi per la popolazione immigrata.

Materiali e metodi Un'analisi quantitativa sui dati di attività dei servizi sanitari è stata integrata con una ricerca qualitativa realizzata attraverso focus groups con immigrati, operatori sanitari e mediatori culturali.

Risultati I minori stranieri accedono al PS e sono ricoverati più spesso degli italiani. Le donne straniere sono ricoverate più spesso delle italiane per gravidanze/parti, ma accedono meno alle cure prenatali. Problemi di lingua, informazione, logistica, solitudine delle famiglie produrrebbero utilizzo non ottimale dei servizi di base, difficile gestione domiciliare dei casi e maggior carico di malattia per i minori stranieri.

Discussione I problemi evidenziati sono legati soprattutto a fattori socio-economici e richiedono un approccio intersettoriale per migliorare le condizioni abitative, l'integrazione sociale, la capacità di fruizione dei servizi sanitari.

Parole chiave Immigrati. Salute pubblica. Salute materno-infantile. Servizi sanitari

Obiettivi

L'obiettivo del presente lavoro è quello di studiare nel contesto del Comprensorio cesenate i bisogni di salute, la domanda di assistenza ospedaliera e l'accesso ai Servizi sanitari da parte degli immigrati. Il fine della ricerca è quello di acquisire elementi di conoscenza utili per miglio-

rare l'organizzazione dei Servizi e la programmazione di interventi rivolti in particolare alla fascia di popolazione materno-infantile.

Metodi

Nel presente lavoro il termine "immigrato" si riferisce a persone con cittadinanza

straniera, indipendentemente dal fatto che siano nate in Italia o all'estero, a esclusione dei sammarinesi, che sono stati considerati italiani. Per le leggi vigenti i minori acquisiscono la cittadinanza dei genitori, per cui sono stranieri quelli con entrambi i genitori stranieri [1].

Sono stati utilizzati metodi quantitativi e qualitativi che hanno permesso di far emergere e successivamente descrivere alcuni aspetti dei bisogni di salute delle persone straniere e del loro rapporto coi Servizi di assistenza e prevenzione.

L'analisi quantitativa è stata condotta in particolare sui dati delle Anagrafi Comunali, delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dell'archivio informatizzato del Pronto Soccorso (ricoveri e accessi al PS avvenuti nelle strutture dell'Ausl di Cesena nel corso del triennio 2002-2004 a carico di persone residenti nel territorio). I tassi medi annui di ospedalizzazione e di accesso al PS sono stati calcolati utilizzando come popolazione di riferimento quella dei residenti iscritti in Anagrafe Sanitaria al 31/12/2003 e facendo riferimento alla Classificazione Internazionale delle Malattie ICD IX-CM e agli aggregati clinici di codici ACC [2-3].

Sui dati dei Certificati di Assistenza al Parto compilati in Emilia-Romagna nel 2003 è stata effettuata un'analisi multivariata dell'Odds Ratio di accesso inadeguato alle cure prenatali per alcune caratteristiche della madre: cittadinanza straniera e continente di provenienza, età, condizione lavorativa, parità, livello d'istruzione, tipo di Servizio utilizzato (pubblico o privato).

L'accesso inadeguato è stato definito in base agli indicatori suggeriti dall'OMS (cioè aver effettuato la prima visita oltre la tredicesima settimana di gestazione e

Per corrispondenza:
 Mauro Palazzi
 e-mail: palazzi@ausl-cesena.emr.it

ricerca

aver effettuato meno di 4 visite durante tutto il corso della gravidanza) [4].

Per sondare aspetti che sfuggono al solo approccio quantitativo e raccogliere informazioni direttamente dalle persone coinvolte nei problemi rilevati, è stata avviata, nell'ambito di una collaborazione tra l'Ausl di Cesena e la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, una ricerca qualitativa utilizzando come strumento di indagine il metodo dei "focus groups" [5]. Sono stati incontrati 4 gruppi di immigrati, 3 di operatori dei Servizi sanitari e 2 di mediatori culturali, per un totale di 103 persone coinvolte. Ai partecipanti sono stati presentati i problemi di accesso ai servizi rilevati attraverso i dati, soprattutto nell'ambito materno-infantile, e si è chiesto di discutere in gruppo quale fosse la percezione di tali problemi, quali fossero le possibili cause e possibili strategie di intervento. Gli elementi emersi nel corso dell'indagine sono stati analizzati e sintetizzati dal gruppo di ricercatori.

Risultati

Dati socio-demografici

Tra il 1998 e il 2005 il peso della componente straniera si è quintuplicato. Al 31/12/2005 tra i 195.693 residenti del territorio cesenate si contavano 11.548 stranieri, il 5,9% della popolazione complessiva. Tra i 105 Paesi di provenienza i più rappresentati sono Albania (21,3% del totale) e Marocco (16,2%). Seguono Bulgaria (7,7%), Romania (5,8%), Tunisia (5,6%), Cina (5,5%). La popolazione immigrata è giovane: prevalgono le persone in età lavorativa, sia uomini (53%) che donne (47%), e cresce la presenza di minori (22,7% nel 2006), segno del carattere di stabilità che il fenomeno migratorio sta acquisendo.

Nell'anno scolastico 2005-2006 gli stranieri iscritti alle scuole di ogni ordine e grado del comprensorio cesenate sono stati 1992, pari al 7,5% della popolazione scolastica complessiva [6]. I figli di immigrati si orientano di più verso le scuole professionali (40%) rispetto agli italiani che le scelgono nel 20%. Tra gli stranieri si registra una più alta percentuale di bocciature, e la differenza si fa più ampia al crescere del grado scolastico [7].

Ricoveri ospedalieri e accessi al Pronto Soccorso

I ricoveri di immigrati nel periodo 2002-2004 sono stati 3775, pari al 4% del totale. Il 33% dei ricoveri degli stranieri è avvenuto a carico di persone minorenni (19% bambini con meno di un anno e 14% tra 1 e 17 anni).

Escluse le "nascite fisiologiche" i minorenni stranieri risultano ricoverati più spesso degli italiani: 150 casi medi annui per 1000 (IC 95%: 139-160) vs 83 (IC 95%: 82-85). Le patologie perinatali rappresentano le diagnosi più frequenti nel primo anno di vita e provocano 154 ricoveri medi annui per 1000 tra gli stranieri (IC 95%: 121-187) vs 102 tra gli italiani (IC 95%: 93-112). Seguono le patologie delle vie respiratorie superiori: 152 (IC 95%: 120-185) vs 73 (IC 95%: 65-81), e i disturbi elettrolitici, metabolici, nutrizionali: 74 (IC 95%: 52-97) vs 33 (IC 95%: 27-38) (figura 1).

Tra 1 e 17 anni i ricoveri più numerosi sono quelli per disturbi idroelettrolitici, 3 volte più frequenti tra i figli di immigrati piuttosto che tra gli italiani con in media 13 casi all'anno per 1000 (IC 95%: 9,5-15,7) vs 4 (IC 95%: 3,5-4,4). Quelli per asma sono 4 volte più frequenti: 8 (5,3-10,2) vs 2 (1,6-2,3). Quelli per altre infezioni e malattie delle vie respiratorie superiori sono più che doppi: 11 (8,4-14,3) vs 5 (4,8-5,9), così come quelli per

traumatismi superficiali e contusioni: 5 (3,4-7,5) vs 2 (2,0-2,6). Le minorenni straniere sono ricoverate otto volte più spesso delle coetanee italiane per gravidanza, con 3,2 casi all'anno per 1000 (1,2-5,7) vs 0,4 (0,2-0,6) e aborto volontario (2,7 vs 0,35 con IC 95%: 0,7-4,7 vs 0,2-0,5) (figura 2).

Gli accessi al PS di residenti stranieri sono stati 11.246, pari al 7% del totale. Il 25% degli accessi di stranieri è stato a carico di minorenni (5% con meno di 1 anno e 20% tra 1 e 17 anni).

I tassi di accesso al PS più elevati si sono registrati per i bambini nel primo anno di vita, con 1071 accessi medi annui per 1000 residenti (IC 95%: 984-1157) vs 746 degli italiani (721-770), mentre tra 1 e 17 anni gli accessi sono stati in media 454 all'anno per 1000 (435-473) vs 301 degli italiani (297-305). Il 71% degli accessi di minori stranieri è dovuto a condizioni genericamente indicate come "malattia" (vs 49% dei minori italiani), per un numero medio di 354 all'anno per 1000 (IC 95%: 339-370), più del doppio rispetto agli italiani (155, IC 95%: 152-158). Seguono gli accessi per trauma accidentale, meno frequenti per gli stranieri (80 vs 94, IC 95%: 72-87 vs 92-96), e quelli per incidente stradale (14, IC 95%: 11-17, vs 12, IC 95%: 11-13).

In base all'analisi dei codici di accesso dei minori, sembra che gli stranieri uti-

FIGURA 1: RICOVERI NELL'AUSL DI CESENA. TASSI MEDI ANNUALI DI OSPEDALIZZAZIONE PER LE PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI TRA I RESIDENTI CON MENO DI UN ANNO, ESCLUSI I NATI VIVI SANI. ANNI 2002-2004

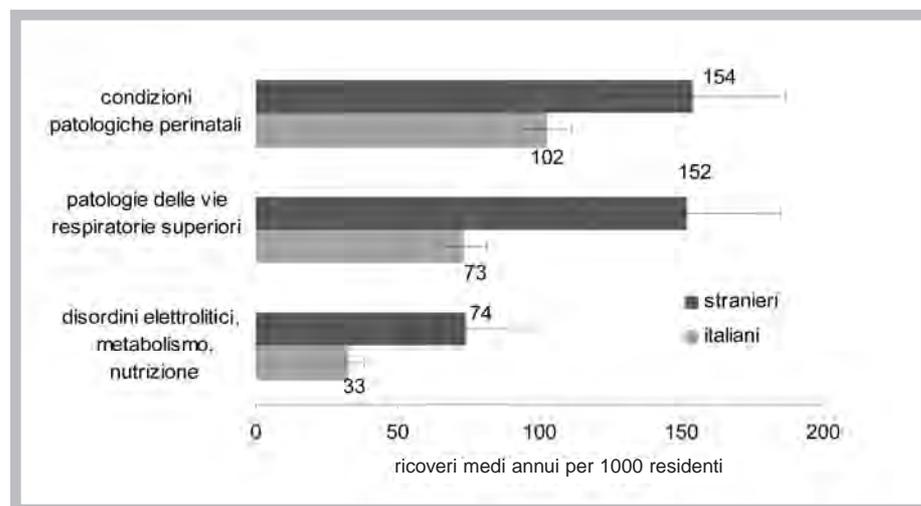
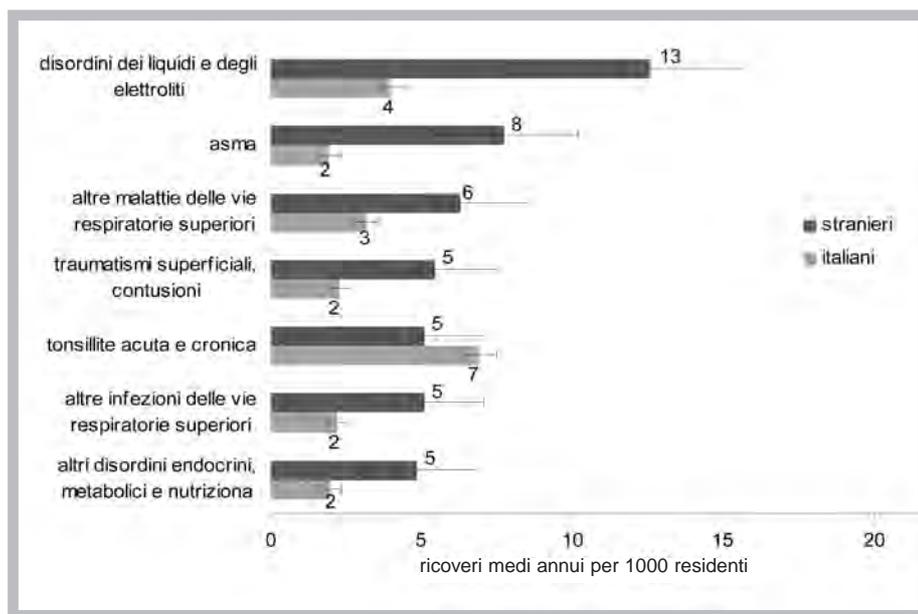


FIGURA 2: RICOVERI NELL'AUSL DI CESENA. TASSI MEDI ANNUI DI OSPEDALIZZAZIONE PER LE PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI TRA I RESIDENTI CON ETÀ TRA I E 17 ANNI. ANNI 2002-2004



lizzano il PS per condizioni d'urgenza non molto diverse da quelle degli italiani. I codici colore assegnati all'ingresso sono infatti "bianchi" (indicativi, cioè, di situazioni non urgenti) nel 7% dei casi sia per gli stranieri che per gli italiani, e sono praticamente gli stessi anche per gli altri codici di gravità.

Una volta entrati al Pronto Soccorso, i figli di immigrati hanno però maggior probabilità di essere ricoverati rispetto agli italiani (23% dei casi vs 19%), in particolare se si considerano quelli con cittadinanza di Paesi dell'Africa nera (32%), dell'Asia e del Medio Oriente (30%), del Nord Africa (26%). Oltre a un maggior carico di malattia, questo quadro induce a considerare il ruolo di altri fattori come l'atteggiamento degli operatori, che potrebbero effettuare scelte cautelative di fronte a situazioni in cui la gestione domiciliare dei casi è difficoltosa.

La distribuzione degli accessi degli immigrati nelle diverse ore del giorno mostra un andamento abbastanza sovrapponibile a quello degli italiani, ma con una più spiccata tendenza all'afflusso nelle ore serali post-lavorative (dalle 19 alle 24 e oltre), in particolare per quanto riguarda i bambini con meno di un anno.

Le donne straniere tra 18 e 49 anni sono ricoverate più spesso delle italiane e soprattutto per condizioni correlate alla sfera riproduttiva. Il tasso di ospedalizzazione per gravidanza e/o parto delle donne immigrate, infatti, è più che doppio rispetto alle italiane nella fascia d'età 18-34 anni (167 vs 76 casi medi annui per 1000; IC 95%: 156-178 vs 74-78), e una volta e mezzo più elevato nella fascia 35-49 anni (40 vs 28 casi medi annui per 1000; IC 95%: 33-47 vs 26-29). Tra 18 e 34 anni il tasso di ospedalizzazione per aborto volontario è 7 volte più elevato per le straniere (29 vs 4 casi medi annui per 1000; IC 95%: 25-34 vs 3,7-4,8) e tra 35 e 49 anni è 6 volte più elevato (14 vs 2,3 casi medi annui per 1000; IC 95%: 10-18 vs 1,9-2,7).

Assistenza prenatale

Il tasso di fecondità delle donne straniere è più elevato di quello delle italiane e la fetta più consistente della richiesta di assistenza sanitaria di tutta la popolazione straniera nel suo complesso è legata ai bisogni della maternità. Hanno quindi un peso particolare i problemi di accesso alle cure prenatali che emergono dall'analisi dei Certificati di Assistenza al Parto.

A fronte della tendenza di molte donne italiane a ricorrere in maniera eccessiva a cure e accertamenti medici nel corso della gravidanza, le donne straniere si rivolgono ai Servizi di assistenza prenatale con maggior ritardo ed effettuano troppo spesso un numero inadeguato di visite, con conseguenti rischi per la loro salute e per quella dei loro bambini, come risulta evidente dalle analisi riportate in *tabella 1*. I risultati dell'analisi condotta utilizzando come indicatore di accesso inadeguato l'aver effettuato meno di 4 visite nel corso della gravidanza sono sovrapponibili e lo studio sui CEDAP del 2004 condotto dal gruppo di studio regionale conferma il maggior rischio di cure prenatali inadeguate per le gravide straniere [8].

Analisi qualitativa dei problemi

Ciò che emerge dall'analisi dei suddetti dati lascia aperta una serie di interrogativi rispetto alle ragioni che portano all'elevata frequenza di ricoveri e accessi al Pronto Soccorso per i figli di immigrati, e al difficile accesso all'assistenza prenatale.

Questi problemi dipendono da dinamiche complesse che per gran parte sfuggono al solo studio quantitativo dei dati di attività, ma che è necessario conoscere al fine di ottimizzare gli sforzi e mettere in atto interventi concreti ed efficaci per migliorare la situazione.

Da una lettura trasversale dei vari temi affrontati nei "focus group" emerge che immigrati, operatori e mediatori culturali condividono la loro opinione riguardo ad alcuni ostacoli comuni a tutti gli stranieri indipendentemente dalla provenienza, e correlati soprattutto a fattori di tipo socio-economico. Si tratta in particolare di:

- problemi di comunicazione dovuti alla lingua;
- scarsa informazione sui Servizi in Italia e permanenza dell'immagine di quelli dei propri Paesi;
- difficoltà logistiche: trasporti, orari di apertura servizi (incompatibili con gli orari di lavoro propri, dei propri mariti o delle persone accompagnatrici);
- scarsa o assente rete di supporto familiare, che si accompagna anche a un forte vissuto di solitudine da parte delle donne;

TABELLA 1: INDICATORI DI ACCESSO INADEGUATO (AVER EFFETTUATO LA PRIMA VISITA DOPO LA TREDICESIMA SETTIMANA DI GESTAZIONE). OR E RELATIVI IC (95%) PER CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE, REGIONE EMILIA-ROMAGNA. ANNO 2003

| Variabile | Fattore di rischio | OR agg | IC 95% |
|-------------------------------------|--|--------|----------|
| <i>Cittadinanza della madre</i> | Italiana | | |
| | Straniera dall'Asia | 3,4 | 2,8-4,1 |
| | Straniera dall'Europa | | |
| | Centro Orientale | 3,0 | 2,6-3,6 |
| | Straniera dall'America | 2,9 | 2,1-4,0 |
| | Straniera dall'Africa | 2,5 | 2,1-2,9 |
| | Straniera dell'UE (15) | 1,7 | 1,0-3,0 |
| | Straniera dall'Oceania | 0,6 | 0,2-12,9 |
| <i>Servizio prevalente</i> | Privato | | |
| | Nessuno | 2,5 | 1,6-3,9 |
| | Ambulatorio ospedaliero | 2,2 | 1,8-2,7 |
| | Consultorio pubblico | 2,0 | 1,7-2,3 |
| <i>Età della madre</i> | Superiore a 20 anni | | |
| | Inferiore a 20 anni | 2,1 | 1,5-3,0 |
| <i>Condizione lavorativa madre</i> | Occupata | | |
| | Disoccupata/In cerca di prima occupazione | 1,8 | 1,5-2,2 |
| | Condizione di casalinga | 1,7 | 1,5-1,9 |
| <i>Titolo di studio della madre</i> | Elevato (Laurea o Diploma M. Sup.) | | |
| | Basso (Dipl. M. Inf./Lic. Elem./Nessun titolo) | 1,4 | 1,3-1,6 |
| | | | |
| <i>Parità</i> | Primipara | | |
| | Pluripara | 1,3 | 1,2-1,4 |

- abitazioni insalubri;
- disegualanze sociali che si trasferiscono anche nel nuovo Paese (livello di scolarizzazione, provenienza da aree rurali o urbane, risorse economiche ecc.).

Sono emersi, inoltre, alcuni problemi specifici per alcune aree di provenienza:

- Magreb: scarsa autonomia e dipendenza della donna dal marito;
- Cina: contraccezione e interruzioni volontarie di gravidanza, scambi di identità, autotattamento, chiusura della comunità.

Sono stati messi in evidenza anche alcuni problemi specifici degli operatori:

- frustrazione per il poco tempo disponibile e per la scarsa formazione alla relazione interculturale;
- rapporto con il mediatore o il marito della donna, visti a volte come ostacolo alla relazione;

- pregiudizi e stereotipi verso alcune etnie;
- tendenza ad attribuire tutti i problemi alle differenze culturali e sottostima di problemi di contesto, legati cioè alla condizione di persona che si trova in stato di necessità, in un sistema spesso poco conosciuto, a volte con scarsi strumenti linguistici a disposizione e senza sostegno familiare o sociale.

Discussione

Complessivamente gli stranieri costituiscono una fascia di popolazione giovane e sana, per la quale sono sempre più rilevanti i bisogni relativi alla salute riproduttiva e all'infanzia, che si affiancano e si sovrappongono a quelli legati a frequenti difficoltà socio-economiche, in particolare a condizioni di vita e lavoro precarie oltre che a un difficile utilizzo dei Servizi.

L'elevata frequenza di ricoveri tra i figli di immigrati, il tipo di patologie riscontrate, la frequenza e le modalità di accesso al PS potrebbero essere riconducibili a vari fattori:

- maggior esposizione a fattori di rischio in ambienti di vita insalubri (case umide, fredde, con scarsa ventilazione naturale, con presenza di fumi, sovraffollate), a problemi di igiene degli alimenti e a comportamenti nutrizionali non adeguati;
- difficoltoso o ritardato accesso ai Servizi sanitari di base, per problemi di informazione sull'esistenza di Servizi disponibili e gratuiti o per problemi di altra natura (orari, trasporti, comprensione linguistica);
- ricorso preferenziale all'ospedale quale luogo di cura più compatibile con le esigenze e le aspettative delle famiglie immigrate;
- difficoltà nella gestione domiciliare dei casi, legate alla mancanza di una rete di sostegno prossimale alla famiglia, alla faticosa comunicazione con gli operatori sanitari e al difficile inserimento nei percorsi di assistenza di base.

L'elevato numero di ricoveri per aborto volontario registrato per le donne immigrate va letto anche in relazione ad abitudini "importate" dai Paesi di provenienza, in alcuni dei quali è utilizzato come metodo di controllo delle nascite. Il fenomeno tuttavia rappresenta un problema di salute, soprattutto nel caso delle minorenni, per le quali sarebbe opportuno migliorare la conoscenza dei Servizi, e in particolare del Consultorio, e incentivare le iniziative di educazione sessuale e alla contraccezione.

La maggior parte dei problemi evidenziati sembra legata a situazioni di deprivazione economica, sociale e relazionale, e la risposta richiede un intervento intersettoriale da parte di più attori sociali volto al miglioramento delle condizioni abitative, di lavoro e più in generale di vita; al miglioramento dell'integrazione sociale e della capacità di fruizione dei servizi disponibili anche attraverso la realizzazione di iniziative di educazione e formazione. La necessità di migliorare

l'accesso ai Servizi richiede una risposta molto concreta, che preveda una riorganizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali oltre che un "investimento formativo" sugli operatori per accrescere e sostenere la loro capacità di relazione interculturale e di rispondere ai bisogni di questa nuova fetta di popolazione. ♦

Vedi anche gli articoli a pag. 50 e 61.

Conflitto d'interessi

Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi conflitto d'interessi nella conduzione ed elaborazione della ricerca.

Bibliografia

- (1) http://www.esteri.it/ita/5_30_208_318.asp (31/01/2007).
- (2) Ministero della Sanità. Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana dell'ICD-9-CM (International Classification of Diseases - 9 th revision - Clinical Modification) -1997.
- (3) http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezUtility.jsp?id=82&label=ut_fil (31/01/2007).
- (4) WHO Antenatal Care Randomized Trial. Manual for the Implementation of the New Model Villar J, Bergsjø P. 2001. http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html (31/01/2007).
- (5) Migliardi A. La tecnica dei focus groups: principi teorici e suggerimenti operativi. DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Salute. Regione Piemonte. Ottobre 2004. <http://www.dors.it/alleg//focusgroup.pdf> (31/01/2007)
- (6) Osservatorio sul Welfare locale - Report provinciale sull'analisi dei dati - L'immigrazione nella Provincia di Forlì-Cesena: un'analisi dei dati al 31/12/2005.
- (7) Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. "Alunni con cittadinanza non italiana Anno scolastico 2004/2005". http://www.istruzione.it/mpi/pubblicazioni/2005/nonita_05.shtml (31/01/2007).
- (8) La Nascita in Emilia-Romagna. 2° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP); http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2004.pdf (21/11/2006).

"Gli Argonauti VIII" - In viaggio per Itaca

Incontro dei pediatri delle Regioni meridionali
PARCO HORCYNUS ORCA, CAPO PELORO, MESSINA, 4-6 MAGGIO 2007

Venerdì 4 maggio - I GIARDINI DI GIANO

- 9.00 *Benvenuto ai congressisti*
9.30 *Letture "La promozione della salute del bambino: da Nati per Leggere alla responsabilità sociale dei territori"* (Gaetano Giunta)
- 10.30 **BAMBINI E FARMACI**
Moderatore: Maurizio Bonati
Patologia da farmaci. Risultati di un progetto pilota di una rete di sorveglianza (Achille Caputi)
Prescrizione per DCI: un anno dopo... (Sergio Conti Nibali)
- 11.45 *Il caso clinico* (presenta il caso Maria Grazia Saccà. Discussant Antonino Tedeschi)
- 12.00 **PEDIATRIA SENZA DOLORE**
Moderatore: Letterio Santamaria
Le esperienze e le proposte: dalla gestione ambulatoriale alle procedure strumentali ospedaliere (Egidio Barbi, Luciano De Seta)
- 14.30-19.00 **CORSI DI FORMAZIONE (*)**
20.30 *Cena di benvenuto (danze e balli)*

Sabato 5 maggio - I GIARDINI DI GIANO

- 8.30 **DALLA BUONA PRATICA CLINICA ALLA RIORGANIZZAZIONE DELLA PEDIATRIA**
Moderatore: Giancarlo Biasini
L'esperienza di Napoli (Paolo Siani)
L'esperienza di Catania (Alberto Fischer)
La proposta di riorganizzazione dei servizi in una Regione del Nord (Dino Faraguna)
La riorganizzazione dei servizi in una Regione del Sud (Franco Aiello)
L'accreditamento d'area (Nicola D'Andrea)
- 11,00 *Ossitocina e attaccamento* (Annamaria Moschetti)
11,40 *La storia raccontata da una mamma* (Gabriella Giacobbe)
12,15 *Sintomi banali e malattie serie* (Alessandro Ventura)
14,30-19,00 **CORSI DI FORMAZIONE (*)**

Domenica 6 maggio - I GIARDINI DI GIANO

- 9,30 **LE DISUGUAGLIANZE NEI "SUD"**
Moderatore: Maurizio Bonati
L'esperienza di un pediatra con i bambini invisibili (Antonio Pollicino)
L'esperienza di un PDF in un quartiere a rischio (Angelo Spataro)
L'esperienza di una specializzanda nei PVS (Grazia Scibilla)
L'esperienza di un veterano nei PVS (Franco Panizon)
Oltre la medicina (Tonino Perna)
- 11,30 *Il caso clinico* (presenta il caso Giuseppe Primavera. Discussant Antonino Tedeschi)
- 11,45 *Nati per Leggere a Messina* (Antonino Contiguglia)
12,00 *Lavori in corso* (Giuseppe Magazzù)
13,00 **CHIUSURA**
14,30 *Scalata sul Pilone di Capo Peloro*

(*) Corsi di Formazione (Venerdì 4 e Sabato 5 maggio, Parco Horcynus Orca, ore 14,30-19,00)

- Farmacovigilanza e progetto FarmaPed* (Francesco Salvo)
Allattamento al seno (Rosellina Cosentino)
I problemi di crescita e di sviluppo (Concetta Sferlazzas, Teresa Arrigo)
Pediatria senza dolore (Egidio Barbi, Luisa Gitto)
In viaggio verso "Sud": le disuguaglianze nella salute (Maurizio Bonati)
Gestione del disabile-cronico (Giuseppe La Gamba, Antonino Tedeschi)
Casi clinici (Alessandro Ventura, Caterina Ruggeri)
La pratica dell'EBM per la soluzione dei casi clinici (Maria Francesca Siracusano)
"Nati per Leggere" (Stefania Manetti)

Segreteria organizzativa:

Sunmeetings snc; Via XXVII Luglio, 1 - 98123 Messina
tel. 0902929379; mobile 3497713672;
fax 0906570803; e-mail: info@sunmeetings.com



ACP

La crescita psicologica dei bambini stranieri

Marco Mazzetti

Responsabile Servizi psichiatrici Caritas, Roma

Relazione svolta al XVIII Congresso ACP (Asolo, 19-21 ottobre 2006)

Abstract

Psychological growth of immigrant children

Growing among two different cultures can be an opportunity for immigrant children, even if, depending on their social background, difficulties can occur. There are different situations depending essentially on children's origin: whether they are born in Italy, if they have come with their parents or sometime after, or if their parents are undocumented immigrants. In order to take advantage of this cultural enrichment coming from living within two different culture, each situation is evaluated, so as the best way to promote immigrant children's psychological well being.

Quaderni acp 2007; 14(2): 61-63

Key words Immigrant children. Migrant. Migrant's psychological growth

La crescita fra due culture per i bambini immigrati è una opportunità che non sempre essi riescono a cogliere per la presenza di alcune difficoltà inerenti alla situazione sociale in cui i bambini vivono e alle dinamiche legate a questa crescita fra due culture. Le difficoltà sono diverse a seconda che si tratti di bambini nati in Italia, di bambini immigrati con i genitori, di bambini venuti successivamente in Italia, di figli di genitori irregolari, di figli di rifugiati, di orfani. Vengono discusse le situazioni caratteristiche per ognuna di queste categorie e le modalità per promuovere il benessere psicologico dei bambini stranieri perché possano approfittare della ricchezza insita nell'essere figli di due culture.

Parole chiave Bambini stranieri. Migranti. Crescita psicologica dei migranti

Crescere tra due culture, come avviene per i figli di immigrati nel nostro Paese, costituisce una eccellente opportunità: impadronirsi di una doppia ricchezza, quella di due mondi che possono rendersi fertili a vicenda.

Perché questa opportunità possa venire colta, è necessario che i piccoli di origine straniera trovino le condizioni per superare alcune difficoltà.

Alcuni di questi ostacoli dipendono:

1. dalla situazione sociale e migratoria in cui si trovano i bambini.

Altri ostacoli:

2. da specifiche dinamiche legate proprio al crescere tra due culture.

Per comodità di esposizione è utile mantenere distinti questi due campi, pur ricordando che essi si intersecano tra di loro e si influenzano a vicenda, per cui sarà la risultante di questi incontri, insieme alle caratteristiche individuali, a determinare le vicissitudini della crescita psicologica.

Le situazioni sociali e migratorie

Sia per la situazione sociale che per quella migratoria, i piccoli si possono trovare

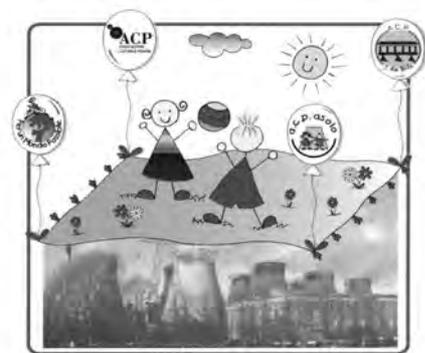
in situazioni assai differenziate. È utile tenerlo presente, perché a diverse condizioni si accompagnano fattori favorevoli o ostacolanti la crescita psicologica. Quella che segue è una lista di queste possibili condizioni.

Bambini nati in Italia da genitori con regolare permesso di soggiorno

È senz'altro la condizione più favorevole. I piccoli crescono, sostanzialmente, come bambini italiani: imparano facilmente la lingua e la loro socializzazione viene agevolata fin dai primi anni di vita. Non conoscono traumi da separazione e da dislocazione nello spazio. Le loro eventuali difficoltà possono far capo essenzialmente alla gestione delle dinamiche interculturali che si vedranno più avanti.

Bambini immigrati con i genitori

Si tratta di piccoli che conoscono il trauma di una separazione dal loro mondo di origine. Conoscono un "prima" e un "dopo" che devono connettere, e questo non è agevole, soprattutto se l'evento migratorio avviene quando sono grandi-



celli. In questo caso attraversano un trauma doloroso, fatto di separazione da persone care, dal contesto in cui sono cresciuti, per essere innestati in un ambiente nuovo, nei cui confronti spesso sperimentano una sensazione di profonda estraneità. Essi non sono sostenuti dalle intense motivazioni che hanno spinto i loro genitori a migrare; lo subiscono passivamente, e non di rado lo percepiscono come una violenza. Possono incolpare di questa violenza i genitori e determinare conflitti familiari, tanto più difficili da gestire quanto meno i genitori sono consapevoli di quanto sta avvenendo.

Bambini immigrati a distanza di tempo dai genitori

Se la distanza temporale tra la migrazione dei grandi e dei piccoli è minima, non si creano situazioni di particolare disagio. Accade talora, in particolare con alcuni gruppi etnici, che i piccoli, non di rado nati in Italia, vengano lasciati (o mandati) a crescere nel Paese d'origine e si ricongiungano ai genitori solo dopo molti anni di separazione. Questi piccoli subiscono un trauma iniziale non indifferente, come è quello della separazione dalla mamma magari a soli 6 mesi di vita, in un momento decisivo per costruire una efficace relazione di attaccamento. A questo si aggiunge, a sette o otto anni, un'ulteriore separazione vissuta in modo anche più drammatico. Non conoscono solo lo stress da transculturazione, ma vengono strappati da una famiglia che li ha cresciuti e in cui ci sono due "genitori affettivi" (spesso i nonni che sono il vero papà e la vera mamma dei piccoli), per essere "adottati" dai loro genitori biologici che, sul piano affettivo, possono essere dei perfetti sconosciuti. È una situazione ad altissimo rischio: è come creare artificialmente dei piccoli orfani, che vengono poi forzatamente adottati. Quasi tutti i bambini che fanno questo percorso incontrano una sofferenza profonda e un conseguente disagio psicologico. È difficile pensare, per

Per corrispondenza:

Marco Mazzetti

e-mail: marcomazzetti.at@libero.it

rischio sociale

un piccolo, a una violenza maggiore di quella di venire separato dai propri “veri” genitori, per venire affidato a un’altra coppia. Il migliore intervento, in questi casi, è fare in modo di prevenire queste separazioni: obiettivo per nulla facile se non accompagnato da interventi di tipo sociale, con la predisposizione di una rete assistenziale in grado di aiutare famiglie in condizioni di equilibrio socio-economico precario a tenere con sé i propri bambini.

Bambini di genitori irregolari

Non sono molti, fortunatamente, perché in genere la presenza di bambini nelle famiglie immigrate avviene dopo che c’è stato un buon radicamento sociale, con l’ottenimento del permesso di soggiorno e di una condizione lavorativa relativamente stabile. Ci sono, tuttavia, bambini con genitori irregolari. Una situazione accentratasi da quando recenti interventi legislativi hanno reso più complesso il mantenimento del permesso di soggiorno, ottenendo l’effetto di spingere non pochi nuclei familiari dalla regolarità alla precarietà dell’assenza di diritti. Questa condizione si accompagna a situazioni di emarginazione socio-economica (povertà, precarietà abitativa, genitori in condizioni di stress), che costituiscono un rischio per la salute psicologica dei piccoli.

Figli di rifugiati

Il rischio, per questi bambini, è di vivere con genitori molto provati sul piano psicologico. I rifugiati spesso sono stati vittime di violenze, a volte di torture, che possono avere danneggiato il loro equilibrio psichico e quindi la loro capacità di occuparsi efficacemente dei piccoli.

Orfani

La perdita dei genitori è sempre una situazione gravissima, ma per i figli di immigrati può essere ancora più catastrofica che per un piccolo italiano. Nella maggior parte dei casi, le famiglie di origine straniera sono nucleari, mancano di relazioni familiari allargate, e i piccoli hanno meno possibilità di trovare figure genitoriali vicarianti (nonni, zii) che possano aiutarli a superare l’evento luttuoso. L’equilibrio fragile su cui si reggono le famiglie di immigrati può venire messo in crisi, per le stesse ragioni, anche senza

arrivare alla morte di un genitore: una malattia o un infortunio conducono l’intero gruppo a serie difficoltà.

Esistono poi altre condizioni, che non rientrano strettamente nel tema di queste pagine, ma che occorre citare per completezza.

- ▶ I *bambini stranieri adottati* sfuggono all’osservazione di chi si occupa di famiglie immigrate, perché vengono immediatamente rubricati come italiani, ma spesso soffrono di problemi non dissimili da quelli dei figli di immigrati (stress da transculturazione ecc.), che si vanno ad aggiungere a diversi livelli di sofferenza psichica legati alla loro storia di vita che li ha condotti alla condizione di adattabilità.
- ▶ I *bambini nomadi*, spesso con cittadinanza italiana, costituiscono un gruppo sui generis, di solito con gravi problemi per quanto riguarda la prevenzione e l’assistenza medica e sociale, anche se con un buon grado di integrazione all’interno della propria comunità.
- ▶ I cosiddetti “*minori non accompagnati*”, giovani adolescenti che hanno tentato l’avventura migratoria per conto proprio, talora in contatto con le organizzazioni criminali, e che si trovano a fronteggiare una notevole complessità non solo di natura giuridica ma anche per quanto riguarda le dinamiche psicologiche, non ultima quella di percepire se stessi come adulti mentre la società italiana li considera ancora, a tutti gli effetti, poco più che bambini.

Le dinamiche della crescita tra due culture

Le condizioni economico-sociali e migratorie influiscono, dunque, con il benessere psicologico dei piccoli stranieri. Esistono, poi, situazioni che hanno più specificatamente a che vedere con il crescere tra due mondi. È chiaro che più le condizioni di base sono favorevoli, più è agevole, per i piccoli, imboccare un processo virtuoso che li porti a un’efficace doppia integrazione, sia con la realtà italiana che con i riferimenti culturali della famiglia di origine, realizzando così una situazione di doppia cittadinanza culturale. Ogni bambino straniero, in Italia, si trova a dover mediare tra due sistemi di riferimento differenti: quello familiare e quello della

società che lo circonda, come la scuola e gli amici. La grande maggioranza, in particolare quelli che hanno avuto la fortuna di nascere e di crescere fin da piccolissimi in Italia, ci riescono piuttosto bene. I loro genitori, in genere, sanno essere un sostegno che li aiuta nell’integrazione in Italia, senza che questo costituisca una rinuncia al patrimonio culturale familiare. In generale, genitori integrati allevano figli integrati. E con la parola “integrazione” si intende prima di tutto una condizione psicologica: la capacità di armonizzare in sé la propria doppia appartenenza, al proprio mondo di origine e a quello in cui ci si è impiantati. L’integrazione sociale è di regola la naturale conseguenza dell’integrazione psicologica.

Tuttavia, a volte accade che le cose non vadano così bene: i genitori, specie se non si sentono bene nella nuova patria, si spaventano nel vedere i figli crescere come italiani, e temono di perderli. Se hanno vissuti conflittuali nei confronti della società, se non si sentono integrati, il vedere i figli che non parlano la lingua madre e che tendono a comportarsi come italiani, dà loro la sensazione che i piccoli “passino al nemico”. Più o meno consapevolmente, danno messaggi che sono proibizioni a “diventare italiani”; cosa piuttosto imbarazzante per dei piccoli che in Italia sono nati e cresciuti, che spesso non conoscono altro Paese. Non essere italiani, per loro, significa non essere nient’altro. Tanto più che dall’ambiente sociale circostante possono cogliere un messaggio opposto: che non va bene essere stranieri, che ciò significa essere poveri, deboli, “arretrati”, in qualche modo di serie B; e che non devono essere della cultura di origine della loro famiglia, se vogliono essere accettati. Il piccolo è in grave imbarazzo: se non posso essere italiano (papà e mamma non vogliono) e nemmeno albanese (perché a scuola è considerato spregevole), cosa sono io? Il pericolo è di sentire di non avere un “posto”, di essere una sorta di apolide.

La situazione può essere aggravata dall’imposizione, da parte, della famiglia, di alcune pratiche tradizionali particolarmente lesive per ribadire l’appartenenza del piccolo al loro mondo: si pensi alle mutilazioni genitali femminili, ma anche alla circoncisione, quando viene effettuata, come spesso accade, senza le dovute

accortezze. Una bambina somala, cui venga praticata l'infibulazione in Somalia, da un lato subisce una menomazione fisica dolorosissima, dall'altro l'intervento ha, però, una funzione integrativa dal punto di vista sociale, in un mondo dove la quasi totalità delle donne è sottoposta alla stessa pratica. Se la piccola venisse mutilata in Italia, oltre al danno fisico, riceverebbe un marchio di estraneità alla realtà locale. Ciò che può essere integrante nel Paese di origine risulta gravemente emarginante in terra di migrazione. A volte le tensioni familiari raggiungono l'apice durante l'adolescenza. Bambini cresciuti in Italia diventano adolescenti italiani e adottano i comportamenti tipici di quell'età nel nostro Paese come l'identificazione con il gruppo o i comportamenti oppositivi verso la famiglia. Il modo con cui si attraversa questa fase della vita nel mondo occidentale non ha, però, le stesse dinamiche sociali e psicologiche della terra d'origine. I genitori che vengono da mondi in cui la prima regola, anche in adolescenza, è il rispetto dei genitori e degli anziani possono rimanere sbalorditi di fronte alle ribellioni dei figli che noi consideriamo, per quanto seccanti, del tutto fisiologiche. Questo può essere devastante e dare la sensazione che i figli siano definitivamente perduti.

Promuovere il benessere psicologico dei piccoli di origine straniera

Si può ora tentare di fornire qualche spunto per un'azione preventiva.

Prima di tutto preme ripetere che la grande maggioranza dei piccoli figli di immigrati nel nostro Paese cresce molto bene, sa evitare gli ostacoli sul suo cammino, e sa approfittare della condizione di biculturalità. La loro può essere una condizione fortunata e preziosa, e le cose più preziose richiedono più impegno per essere raggiunte. Essi, in genere, ce la fanno. Ma molti hanno bisogno di essere aiutati. Il primo tipo di aiuto sta nell'identificare e seguire con occhio attento i piccoli a rischio. Per questo, nella parte iniziale, sono state tratteggiate alcune condizioni sociali differenti, che si associano a diverso rischio per il benessere psichico.

► Il primo aiuto sta nel riconoscere i piccoli in condizione di maggior svantaggio, cogliere i primi segnali di disagio

e poter quindi intervenire con loro e con le famiglie, per avviare dei percorsi psico-sociali, psicopedagogici e, quando è il caso, anche psicoterapeutici, per garantirne la tutela.

► Il secondo aiuto è di tipo sociale: favorire l'integrazione degli immigrati nel nostro contesto sociale. Infatti, più le famiglie immigrate si sentono ben accolte a tutti i livelli (economico, sociale, abitativo, relazionale), minori saranno le tensioni tra famiglia e società, di cui i più piccoli possono essere le vittime principali. Qui sono in causa in primo luogo gli interventi legislativi e amministrativi, ma anche una diffusione della cultura dell'accoglienza tra tutti i cittadini italiani; che non è così carente come potrebbe sembrare da certi messaggi dei mezzi di comunicazione.

► La terza strategia di aiuto è di tipo psicopedagogico: i piccoli stranieri hanno bisogno di essere aiutati a far crescere in loro un senso di doppia appartenenza: essere italiani e, al tempo stesso, appartenere alla cultura della famiglia di origine. È questo il vero segreto dell'integrazione.

Da questo punto di vista i luoghi principali per un'azione di aiuto efficace sono quelli della socializzazione: la scuola, innanzi tutto, ma anche palestre, piscine e centri sportivi, luoghi di aggregazione, oratori ecc.

Può essere utile resistere alla tentazione, pur lodevole, di intervenire sul singolo bambino. Interventi pedagogici fatti in una scuola dove c'è un solo bambino straniero, per fargli parlare del suo Paese, possono essere controproducenti, perché sottolineano la diversità del piccolo rispetto ai suoi compagni, e non è ciò di cui egli ha bisogno. Diverso è ovviamente il caso di una classe in cui molti siano i bambini di origine non italiana: in questo caso è utile un lavoro sulle specificità di ognuno, inserendo in queste attività anche i compagni italiani che spesso vengono da altre regioni o città. Questo può divenire occasione per una valorizzazione delle diversità tramite una condivisione delle stesse: "ognuno di noi ha qualcosa di specifico che condivide con gli altri". In un lavoro di educazione alla multiculturalità effettuato su un piano più generale (che

non significa però astratto) ogni piccolo impara a conoscere e ad apprezzare la ricchezza della diversità: in questo modo il bambino straniero può ricevere una sorta di "permesso" a non rinunciare alle sue radici, ma a valorizzarle e considerarle preziose. Parallelamente è utile promuovere un senso di appartenenza alla realtà locale, per cui i piccoli di origine non italiana hanno bisogno di sentirsi considerati "italiani" a tutti gli effetti, e a progettarsi un futuro qui, dove vivono ora e dove, con ogni probabilità, rimarranno per sempre. Senza addentrarsi nel territorio della pedagogia, per promuovere la crescita sana dei piccoli di origine straniera in Italia, sembra più opportuno rifarsi agli interventi psico-sociali, e quindi pedagogico-educativi, piuttosto che psicoterapeutici. Questi ultimi vanno limitati a casi veramente selezionati e di comprovato malessere, per evitare di diffondere il pregiudizio che essere stranieri significhi in qualche modo essere portatori di una sorta di handicap.

Al contrario, come si è detto, essere stranieri in Italia va considerata, innanzi tutto, una preziosa opportunità, che può essere valorizzata soprattutto con aiuti di tipo educativo. Per fortuna, nel nostro Paese esistono ormai molti studi e molte ricerche in questo settore, che costituiscono un aiuto consistente per chi desideri affrontare questa sfida affascinante. Una sfida che, come è opinione diffusa tra tutti coloro che l'hanno raccolta, arricchisce in primo luogo gli operatori, aprendo nuove prospettive e suggerendo strade per nuove e coinvolgenti esplorazioni, ricordando ogni giorno che anche noi siamo in qualche modo migranti, in territori nuovi della nostra professione. ♦

Vedi anche gli articoli a pag. 50 e 56.

Bibliografia essenziale

- Favaro G. Bambine e bambini di qui e d'altrove. Milano: Ed. Guerini, 1998.
 Favaro G, Napoli M. Come un pesce fuor d'acqua. Milano: Guerini e associati, 2002.
 Frigo M. Ragazzi che migrano: tra rifiuto e idealizzazione. Quaderni di psicologia, Analisi Transazionale e scienze umane, 1999; nn. 27-28.
 Mazzetti M. Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. Torino: L'Harmattan Italia Editrice, 1996.
 Mazzetti M. La crescita psicologica del bambino straniero. In: Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore, 2003.

La sicurezza in ambiente domestico: epidemiologia degli incidenti e possibilità di interventi di prevenzione

Elena Cossu

Esperta in processi formativi, Docente Istituto CFP IAL "Lino Tosoni", Villafranca (Verona)

Abstract

Security in home environment: epidemiology of home accidents or of possible preventive interventions

Every year 3 millions Italians are victims of home accidents, about 4500 die for this reason. At least 68,000 accidents involve preschool children, who are therefore among the main victims. Nevertheless this phenomenon is often underestimated: there seems to be a lack of adequate training and information regarding a proper "safety culture". For these reasons some initiatives have been undertaken based mainly on national and local analysis and on a survey administered to about 4000 families living in Verona, Italy. The survey was submitted to preschool aged children through their parents and school, and to elementary school children through a class game. About 16 second and third grade classes of 9 school districts in Verona were involved, with the collaboration of paediatricians. The game was appreciated and should have a greater diffusion.

Quaderni acp 2007; 14(2): 64-66

Key words Home accidents. Prevention. Safety

3 milioni di italiani subiscono annualmente un incidente domestico, mentre circa 4500 sono i casi di decesso. Specialmente in età prescolare, i bambini si trovano tra i gruppi di popolazione maggiormente colpiti: almeno 68.000 eventi, infatti, coinvolgono un bambino. Il fenomeno, però, viene spesso sottovalutato: sembra mancare un'adeguata formazione e non sembra ancora nata una vera e propria "cultura alla sicurezza". Sulla base di un'attenta analisi, rivolta a indagini nazionali e locali, e di un questionario somministrato a 4000 famiglie veronesi, hanno preso corpo alcune iniziative; esse sono state proposte sia a bambini di età compresa tra 1 e 5 anni, attraverso la mediazione dei genitori e della scuola dell'infanzia, sia a bambini della scuola primaria; in quest'ultimo caso, ciò si è realizzato attraverso un gioco che ha finora coinvolto 16 classi seconde e terze di 9 complessi scolastici dislocati sul territorio veronese, e che sembra meritare ulteriore diffusione, anche grazie alla preziosa collaborazione dei pediatri.

Parole chiave Incidenti domestici. Prevenzione. Sicurezza

Siamo abituati a considerare la casa un ambiente confortevole, tale da donare benessere e sicurezza tanto agli adulti quanto ai bambini. In realtà, a livello europeo, quasi 20 milioni di persone subiscono, ogni anno, un Incidente Domestico (ID): più di 5 milioni sono i casi di ricovero ospedaliero, e si possono contare 56 mila decessi [1]. In Italia, sono circa 3 milioni i casi in cui, nelle abitazioni o nelle relative pertinenze, indipendentemente dalla volontà umana, viene compromessa, temporaneamente o definitivamente, la salute della popolazione [2]. Circa metà dei colpiti da ID

necessita dell'intervento del Pronto Soccorso, e 130.000 del ricovero. La mortalità è, invece, valutabile in 4500 casi annui: l'incidenza è simile a quella osservata a livello internazionale. I gruppi di popolazione maggiormente colpiti sono, oltre alle donne adulte e agli anziani, i bambini in età prescolare, tra i quali si registrano 68.000 casi annui [3]. L'età più a rischio è intorno ai 3-4 anni, età nella quale il bimbo ha raggiunto una certa autonomia di movimento, ma non ha strumenti cognitivi tali da permettergli di evitare i pericoli. La curva che mette in evidenza, invece, i ricoveri in

rapporto all'età [4] evidenzia quanto siano maggiormente coinvolti bambini in età prescolare e gli anziani con più di 65 anni (figura 1).

È certo che le famiglie si rivolgono più facilmente alle strutture ospedaliere di Pronto Soccorso quando la persona coinvolta in un ID è un bambino piuttosto che un adolescente, un adulto o un anziano, a causa di un atteggiamento maggiormente apprensivo da parte dei genitori nei confronti dei bambini stessi [5] (tabella 1).

Il luogo in cui gli incidenti accadono più frequentemente è la cucina; le scale e il bagno, però, appaiono come luoghi particolarmente pericolosi per l'elevato numero di infortuni, a fronte di un tempo molto più ridotto di esposizione al rischio. Nei bambini le cadute rappresentano il 58% degli ID e avvengono per il 39% dal letto, da fasciatoio o dal seggiolone, e per il 24% dalle scale [6]. Seguono le ferite (26%) causate da oggetti lasciati alla loro portata, ma anche da packaging o da giocattoli non idonei; vi sono poi i casi di ustione (11%) e di schiacciamento (5%) (figura 2).

L'analisi delle cause di mortalità, rilevate presso le strutture ospedaliere, confermano che la caduta rappresenta la causa più frequente e grave di trauma, anche letale [7]. Come rileva l'OMS, nei Paesi sviluppati gli ID rappresentano la prima causa di morte nei bambini tra 0 e 4 anni: in particolare, per trauma cranico e per fratture degli arti inferiori [8]. Numerosi anche i casi di avvelenamento per ingestione di sostanze tossiche e nocive, di soffocamento per presenza di corpi estranei e di folgorazione. Speciale attenzione andrebbe dedicata, da parte dei genitori, a prodotti potenzialmente tossici come detersivi e candeggianti, che possono risultare irritanti per la pelle e le mucose o allergizzanti. I disgorganti, sono, invece, corrosivi e tossici per via generale, mentre gli smacchiatori che contengono trichloroetilene sono nocivi per inalazione.

Per corrispondenza:
Elena Cossu
e-mail: elenacossu@libero.it

salute pubblica

FIGURA 1: RICOVERI PER INCIDENTE DOMESTICO, PER SESSO ED ETÀ

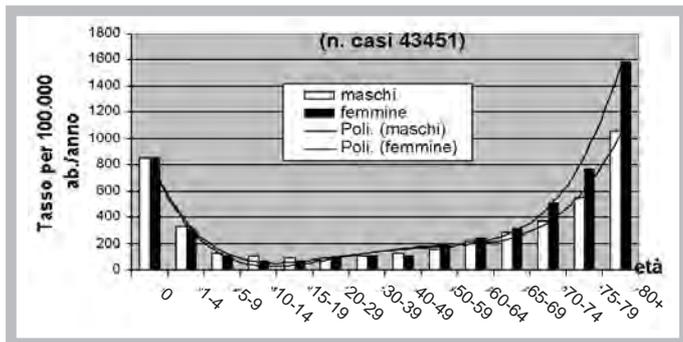
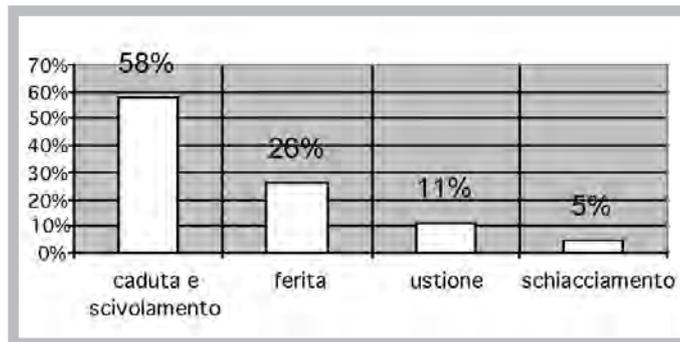


FIGURA 2: TIPO DI INCIDENTE NEI BAMBINI



zione e ingestione [9]. A volte, poi, il pericolo è aumentato dalla mescolanza di sostanze diverse, come l'ipoclorito di sodio (varechina) che, se usato con l'acido cloridrico (acido muriatico), produce cloro e soda caustica; il cloro è un gas altamente irritante e in grado di determinare potenzialmente edema polmonare. Alcune piante ornamentali possono, invece, risultare pericolose per ingestione o produrre dermatiti da contatto (edera, crisantemi ecc.).

Una esperienza

Per chiarire quanto le abitazioni dove vivono i bambini siano sicure e quali regole di comportamento vengano trasferite ai più piccoli, sono stati divulgati, tra marzo e aprile 2006, 4000 questionari rivolti alle famiglie e ai nonni di bambini frequentanti 9 complessi scolastici dislocati sul territorio veronese. L'indagine ha anche sondato ulteriormente la possibilità di rendere obbligatoria una assicurazione per gli ID da estendere a tutta la famiglia, ottenendo un elevato consenso anche nei confronti dei più piccoli. Il questionario è stato rivolto anche ai nonni perché, come è emerso, essi accolgono presso la propria abitazione i nipoti (in media 13 volte al mese).

L'analisi dei dati ha messo in luce, per esempio, che il dispositivo di sicurezza meno presente è il rilevatore di fughe di gas *, dichiarato mancante dal 75% delle famiglie: il rilevatore non è tra gli strumenti obbligatori, ma è sicuramente molto utile soprattutto là dove manchi la termocoppia ** dichiarata mancante in

1/3 delle famiglie. Il 73% delle famiglie e il 60% dei nonni hanno anche dichiarato l'assenza, sui gradini delle scale, di materiale antiscivolo, pur affermando la presenza, in più del 30% dei casi, di tappeti sui quali facilmente si inciampa o si scivola: tutte mancanze che rendono la casa pericolosa soprattutto per i più piccoli. I comportamenti pericolosi messi in atto dagli adulti vengono facilmente imitati dai bambini: il mancato uso dei guanti nel 70% dei casi durante operazioni di bricolage e nel 50% dei casi durante la manipolazione di detersivi o nei lavori di giardinaggio non sono esempi di buon comportamento. Il 60% dei nonni conserva i farmaci che utilizza alla portata dei bambini: se da una parte ciò serve a evitare dimenticanze o a reperirli velocemente in caso di urgente necessità, è pur vero che essi possono diventare un'attraente "caramella" per i più piccoli.

Molti bambini rischiano l'ingestione perché, nella loro abitazione, i medicinali sono alla loro portata nel 20% dei casi. Infine, più del 10% delle famiglie ha dichiarato di non possedere un impianto elettrico a norma della legge 46/90: in tali abitazioni, dunque, mancano l'interruttore differenziale e la messa a terra [10]. Le famiglie in cui la mamma lavora a tempo pieno vivono in abitazioni più a norma rispetto a quelle in cui la mamma è casalinga: queste ultime dichiarano la mancanza di tali dispositivi in circa il 20% delle abitazioni e, con una percentuale simile, affermano la presenza di fili sporgenti o di prolunghe sui pavimenti. Riassumendo: l'analisi dei dati ha messo

in evidenza che i bambini non sempre vivono in case strutturalmente sicure, e che i comportamenti dei familiari possono risultare pericolosi per la loro incolumità nell'ambiente domestico. Gli incidenti avvengono con maggior frequenza nelle famiglie con un unico genitore ($p < 0,05$); il 56,4% avviene in presenza dei genitori; il 16% in presenza di fratelli o amici [5]. Un ID sembra risultare meno probabile se in casa vi sono i nonni o la baby sitter (0,5%). Per ben il 72,5% dei casi, comunque, l'ID si verifica in presenza di un adulto (tabella 2).

TABELLA 2: DISTRIBUZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI AVVENUTI AI BAMBINI IN PRESENZA DI ALTRE PERSONE

| Adulto presente | % |
|------------------|--------------|
| Genitori | 56,4 |
| Fratelli o amici | 16,0 |
| Nonni | 15,6 |
| Nessuno | 11,5 |
| Baby sitter | 0,5 |
| Totale | 100,0 |

La curiosità e la minore percezione del pericolo rendono i bambini più a rischio di altre fasce di età: la semplice presenza di un adulto in casa non sembra sufficiente a garantirne la sicurezza. Risulta, invece, importante la stretta sorveglianza dei più piccoli, che non andrebbero mai lasciati soli su fasciatoi, seggioloni, tavoli o divani, ma anche la possibilità di fornire alle famiglie e ai bambini più grandi strumenti che accrescano la "cultura alla sicurezza". In linea con il Piano di Prevenzione Nazionale 2005-2007, sono stati progettati e realizzati degli strumenti di formazione adatti al modo di percepire la realtà nelle varie fasce di età infantile: un gioco da utilizzare nella scuola primaria; e una particolare fiaba-gioco da leggere, per i bambini di età compresa tra 1 e 5 anni, assieme ai genitori o alle insegnanti.

Entrambi gli strumenti nascono da un attento studio delle ricerche in campo psicologico e sociale e di Autori come Isaacs, Piaget, Bruner, Erikson, Winni-

TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DEI TRATTAMENTI MEDICI RICHIESTI DOPO L'INCIDENTE

| Trattamenti post ID | Bambini | Adulti | Anziani |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pronto Soccorso | 43,6% | 18,7% | 33,1% |
| Pronto Soccorso con ricovero | 25,6% | 2,5% | 34,6% |
| Medico di famiglia | 1,9% | 2,7% | 6,4% |
| Medicazione domestica | 19,1% | 46,8% | 8,1% |
| Nessuna medicazione | 9,9% | 28,9% | 17,8% |
| Totale | 100% | 100% | 100% |

cot, Moren, Ellis. Tutti gli Autori concordano sul fatto che il gioco costituisca il punto di partenza per un armonioso sviluppo cognitivo e relazionale del bambino, perché favorisce l'interesse per le cose, la ricerca diretta dei perché, e non ha bisogno di punizioni o premi per ottenere motivazione. In più, i bambini apprendono meglio attraverso la partecipazione diretta e attiva: ecco perché si è pensato di proporre un gioco da eseguire contemporaneamente con tutta la classe per la scuola primaria, e una fiaba, invece, per i più piccoli, strutturata in modo tale da renderli protagonisti.

Il gioco nella scuola primaria è stato proposto in 16 classi seconde e terze nel territorio veronese. A gruppi di 3, gli allievi hanno tratto il dado e seguito un percorso: all'inizio, i bambini si sono mossi in una casa poco sicura, per poi acquisire competenze e capacità attentiva nella casa sicura del piccolo Arturo, presentato come un compagno che da grande vuole diventare un poliziotto e che per ora "scova" i pericoli nella propria abitazione. Nella prima parte del gioco, come afferma Isaacs, si è evocato il *passato per migliorare la capacità di prospettare il futuro, sviluppando le conseguenze dei "se"* [11]. I bimbi, quindi, quando entravano, per esempio, nella casella "ho toccato una lampadina accesa o spenta da poco", erano stimolati a "vivere mentalmente" ciò che avrebbero potuto provare, e di conseguenza a spostarsi nella casella "mi sono scottato". Il passaggio dai disegni alla realtà abitativa è stato sempre incoraggiato da chi ha condotto il gioco. Come scrivono la Smilansky o la Tough, i bambini lasciati da soli a giocare dopo un po' non fanno progressi [12-13]. L'insegnante deve, perciò, stimolare l'osservazione, la discussione, e favorire l'incontro tra simbolico e reale, aiutando il bambino a esprimere con le parole i propri vissuti emotivi: come scrive Morin, l'emozione fa parte del processo di conoscenza e gioca un ruolo fondamentale nell'apprendimento [14]. Durante lo svolgimento del gioco sono stati valutati i progressi sviluppati lungo il percorso ed è stata proposta, alla fine, una verifica a tutti i 325 partecipanti; un'altra verifica è stata consegnata dalle insegnanti a distanza di 15 giorni. Dall'analisi dei dati si può concludere che il momento ludico ha ottenuto ottimi risultati in termini di livello di competenza acquisito. È stato, poi, consegnato a ogni

bambino l'attestato di "poliziotto di casa", che è divenuto un riconoscimento utile per sottolineare l'importanza di continuare a rimanere vigile nella propria abitazione, fungendo eventualmente da veicolo per comportamenti più sicuri da parte di tutta la famiglia. Sono stati forniti alle insegnanti anche dei moduli per implementare le conoscenze raggiunte dai bambini. Il modulo di italiano ha permesso di continuare a lavorare sulle emozioni, quello di storia sulle parole del tempo, quello di geografia ha sviluppato la capacità attentiva, quello di immagine favorito il passaggio dall'immagine disegnata alla realtà abitativa e quello di inglese ha permesso di soffermarsi su alcune parole chiave. Con il modulo di geometria, infine, i bimbi hanno costruito un cubo da portare a casa per ricordarsi dell'attività svolta e magari inventare un altro gioco. Ai bambini da 1 a 5 anni e ai loro genitori è stata, invece, dedicata una fiaba speciale, un momento di crescita e partecipazione attiva dedicato proprio alla fascia di età più a rischio di ID gravi. Qui il bambino poteva lanciare il cubo contenuto nel libretto e ascoltare dai genitori o dalle insegnanti il racconto corrispondente alla stanza designata dall'esito del suo stesso lancio. Per maggiori informazioni sul gioco, rivolgersi all'Autore.

E i pediatri?

L'uso di tali strumenti, opportunamente modificati, può essere favorito anche dai pediatri durante i colloqui con i genitori. Essi potrebbero, per esempio, affiancarli all'esposizione del classico decalogo delle regole di comportamento (come l'uso di lettini con sponde alte e sbarre attraverso le quali non passi la testa del piccolo, cancellotti per le scale, la custodia in armadi chiusi di detersivi e medicine e la protezione per le prese di corrente). Particolare attenzione andrebbe dedicata alla cucina, sia nei riguardi degli elettrodomestici (ferro da stiro, robot da cucina, coltelli elettrici, tritatutto ecc.), spesso lasciati connessi alla rete elettrica e incustoditi quando non utilizzati, sia nei confronti di piccoli utensili e fornelli. In quest'ultimo caso, le pentole andrebbero sempre rivolte con i manici sul piano della cucina e controllate costantemente. Uno sterile decalogo non è però sufficiente: già Epitteto nel I secolo d. C. scriveva che *gli uomini sono agi-*

tati e turbati non dalle cose, ma dalle opinioni che essi hanno delle cose, mentre Ellis ci rammenta che dobbiamo ricordare oppure immaginare di aver fatto qualcosa per poter stabilire se essa è positiva o negativa per noi [15-16]. In questa attività di sensibilizzazione, la preziosa collaborazione dei pediatri potrà favorevolmente incidere sul ridurre, nelle nuove generazioni, il fenomeno degli incidenti domestici. ♦

* Dispositivo che blocca mediante una elettrovalvola, il gas a monte dell'abitazione qualora il sensore, posizionato in una stanza, rilevi la presenza di gas incombusto.

** Dispositivo che blocca la fuoriuscita del gas dal fornello qualora la fiamma si spenga accidentalmente.

Bibliografia

- (1) http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/incidenti_domestici.asp
- (2) Pitidis A, et al. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia, versione italiana, documento ISS, 05/AMPP/AC/624, novembre 2005, p. 2.
- (3) Indagine Multiscopo. Aspetti della vita quotidiana. ISTAT, 1999.
- (4) Pitidis A, et al. Op. cit. pp. 6-7.
- (5) Majori S, Bonizzato G, Signorelli D, et al. Epidemiology and prevention of domestic injuries among children in the Verona area (North-East Italy), *Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità* 2002;6:495-502.
- (6) Ibidem.
- (7) Pitidis A, et al. Op. cit., pp.15-18.
- (8) http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/veneto/Veneto-incidenti%20domestici.pdf
- (9) Corrao CRN, Durante C, Federici F, et al. Infortuni e ambiente domestico, *Difesa Sociale* 2000;1-2:67-92.
- (10) Legge 5 marzo 1990, n. 46: Norme per la sicurezza impianti. G.U. 12-3-1990, n. 59.
- (11) Isaacs S. *Intellectual Growth in Young Children*. Londra: Routledge and Kegan Paul, 1930 (tr. it. *Lo sviluppo intellettuale nei bambini*. Firenze: La Nuova Italia, 1968). In: Manning K, Sharp A. Il gioco nell'apprendimento, come interpretarlo e renderlo produttivo nella scuola dell'infanzia e primaria, tr. it., Emme Edizioni 1979, pp. 13-14.
- (12) Smilansky S. The Effects of Sociodramatic Play on Disadvantaged Preschool Children, Wiley J. 1968. In: Manning K, Sharp AS. Il gioco nell'apprendimento, tr. it, op. cit., p. 18.
- (13) Tough J. Listening to Children Talking. Londra: Ward Lock Educational, 1967. In: Manning K, Sharp A. Il gioco nell'apprendimento, tr. it., op. cit., pp. 18-19.
- (14) Moren E. La conoscenza della conoscenza. Milano: Feltrinelli, 1989, p. 106.
- (15) Contini M. Per una pedagogia delle emozioni. *La Nuova Italia*, 2002, p.71.
- (16) Arnold MB. Emozioni e personalità. In: Ellis A, Ragione ed emozione in psicoterapia. Roma: Astrolabio, 1989, p. 47.

Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto

Paolo Siani

UOC di Pediatria, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Abstract

Birth in Campania in 2004: 7th report

There are still some difficulties for births in Campania: a high percentage of Cesarean births, a high number of private but provisioned structures (where there is a higher percentage of Cesarean births), a higher percentage of births from under age women in respect to other Italian Regions (Lazio, Emilia-Romagna), a too many ultrasonography exams in contrast with a very low number of these exams in low income women. There are still a low percentage of prenatal invasive exams in respect to the Northern Italian Regions, an increment of birth mortality rate and a reduction of low birth weight infants, of perinatal and infant mortality rates, and of maternal mortality rates during the gestational period and at birth. These improvements are mainly due to the favourable changes of social conditions in the female population. Big problems in organization and management are responsible of inadequate health care if compared to national data. As in other Southern Regions health care costs, at the moment without control, should be contained.

Quaderni acp 2007; 14(2): 67-69

Key words Birth. Cesarean birth. Certificates for birth assistance

Il percorso nascita, in Campania, presenta ancora alcune difficoltà: un numero troppo elevato di tagli cesarei, un numero elevato di strutture convenzionate (che hanno una percentuale più alta di tagli cesarei rispetto a quelle pubbliche), una percentuale di nascite da minorenni leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna), un numero troppo elevato di ecografie e d'altra parte una quota non piccola di madri in stato di disagio sociale che non ne effettuano neppure una, un numero ancora basso di indagini prenatali invasive rispetto alle Regioni del Nord, un incremento del tasso di nati-mortalità e una diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto. Miglioramenti, questi ultimi, dovuti, in larga parte, al cambiamento favorevole delle condizioni sociali della popolazione femminile. Esistono evidentemente problemi organizzativi e di gestione che andrebbero affrontati e risolti per offrire un'assistenza adeguata alle medie nazionali al bambino e alla sua mamma e per contenere la spesa sanitaria ormai fuori controllo come in altre Regioni del Sud.

Parole chiave Nascita. Taglio cesareo. Certificati di assistenza al parto

Il settimo rapporto sulla natalità in Campania concernente l'anno 2004, realizzato dall'Università "Federico II" e dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania a cura di Maria Triassi, Roberta Arsieri, Maurizio Saporito e Nello Pugliese, pone l'accento su alcune "peculiarità" del percorso nascita in Campania, di cui non si può continuare a non tener conto e che meriterebbe un'attenta riflessione tra operatori sanitari e amministratori per adeguare la Regione Campania agli standard nazionali.

Sarebbe auspicabile un tavolo di lavoro e

di confronto in cui, partendo dai dati esistenti (che stiamo per illustrare per sommi capi in questo articolo), si cerchino soluzioni condivise e durature che sappiano, da un lato, offrire assistenza adeguata alle donne e ai bambini e, dall'altro, razionalizzare la spesa. Ci sembra un intervento urgente a cui gli operatori sanitari non possono sottrarsi e che anzi dovrebbero auspicare e forse essere in prima fila per l'organizzazione.

Ecco i principali nodi che emergono dal rapporto.

Un numero troppo elevato di tagli cesa-

rei, un numero elevato di strutture convenzionate (che hanno una percentuale più alta di tagli cesarei rispetto a quelle pubbliche), una percentuale di nascite da minorenni leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna), un numero troppo elevato di ecografie e d'altra parte una quota non piccola di madri in stato di disagio sociale che non ne effettuano neppure una, un numero ancora basso di indagini prenatali invasive rispetto alle Regioni del Nord, un incremento del tasso di nati-mortalità e una diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto. Miglioramenti, questi ultimi, dovuti in larga parte al cambiamento favorevole delle condizioni sociali della popolazione femminile.

Nel 2004, su un totale di 89 Centri Nascita della Regione Campania (48 pubblici, 40 privati, di cui 37 convenzionati), 88 hanno regolarmente notificato i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP). Sono stati analizzati quindi 61.311 CedAP su 65.102 nati da madri residenti in Regione (dato ISTAT), con un miglioramento della copertura da 88,8% del 2003 a 94,2% del 2004 (tabella 1).

Dal 1999 al 2004 si è verificato un miglioramento del livello di istruzione materno in Campania e si è ridotta la percentuale di nati da madri con istruzione elementare e con diploma di scuola media inferiore, mentre sono aumentati i nati da diplomate e da laureate. Il livello di istruzione dei padri, invece, è sovrapponibile a quello delle madri.

Ciò ha contribuito ai mutamenti positivi degli esiti perinatali (diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto) a dimostrazione che gli interventi sociali migliorano sensibilmente la salute della popolazione.

È, invece, stabile il disagio sociale documentato dalle percentuali di madri e

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

organizzazione sanitaria

TABELLA 1: ANALISI DEI CEDAP

| | |
|---|----------------|
| CedAP analizzati | 61.311 (94,2%) |
| Madri con età inferiore a 20 anni | 832 (3%) |
| Nati da genitori entrambi con età inferiore a 20 anni | 225 (0,45%) |
| Nati da madre straniera | 2617 (4,1%) |
| Taglio cesareo | 60,7% |
| N. medio di ecografie per italiane | 5,7 |
| N. medio di ecografie per straniere | 4,8 |
| Indagini prenatali invasive: prelievo villi coriali | 153 |
| fetoscopie/funicolocentesi | 159 |
| amniocentesi | 5976 |
| Nati da procreazione assistita | 466 (0,9%) |

padri non occupati. I nati da madri di età inferiore a 20 anni sono 1832, il 3% del totale. Un terzo di questi ha la madre minorenni. I nati da genitori entrambi di età inferiore a 20 anni sono 225 (0,4%): di questi 25 hanno ambedue i genitori minorenni; 288 nati da minorenni hanno il padre di età uguale o superiore a 30 anni. La disaggregazione per ASL conferma, rispetto agli anni precedenti, la presenza di un eccesso di nati da madre adolescente nelle ASL Na1, Na3 e Na5, nelle quali sono più alte anche le percentuali di nati da minorenni.

L'età media al parto è 29,7 anni per le madri e 33,1 per i padri; l'età media al primo figlio è 28,1 anni per le madri, 31,4 per i padri. La percentuale di nascite da minorenni è leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna) e il tasso di Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) è pari al 6% per le ragazze di età inferiore a 20 anni. Questi due dati evidenziano carenze nella prevenzione delle nascite indesiderate.

I nati da madre straniera sono 2617, pari al 4,1% di tutti i nati in Regione, quelli da madri provenienti da Paesi ad alto flusso migratorio sono 2362, il 3,7% dei nati in Campania. La maggioranza delle immigrate proviene da Paesi del continente europeo, in particolare dall'Ucraina e dalla Polonia.

Su 1924 nati da coppie in cui almeno uno dei genitori non è italiano, il 51,7% ha madre immigrata e padre italiano, l'8,4% ha il padre immigrato e la madre italiana e il 39,9% ha ambedue i genitori immigrati.

Tra le straniere è maggiore la quota di madri di età tra i 20 e i 34 anni, di madri con bassa scolarità e di nubili. Inoltre, rispetto alle italiane, le immigrate presentano maggiori percentuali di inizio tardivo delle cure, sono sottoposte a un numero inferiore di ecografie (media: 4,8 per le straniere contro 6,4 per le italiane), partoriscono più frequentemente in strutture pubbliche e sono sottoposte più raramente al taglio cesareo. Tra i nati da straniere vi è una maggiore proporzione di prematuri e di nati morti.

La presenza di un numero elevato di strutture private che operano nel settore ostetrico è una caratteristica della Campania: le strutture private attive in questo settore sono il 46,6% del totale e assistono il 45,7% dei nati, mentre a livello nazionale sono il 23% del totale e assistono il 12% dei neonati (dati nazionali CedAP 2003).

Le strutture pubbliche assistono un numero di neonati lievemente superiore a quello delle Case di Cura private, e i due tipi di strutture si differenziano anche per le caratteristiche della popolazione assistita. Nelle strutture pubbliche è maggiore la frequenza di nati da madre con bassa scolarità e da madre immigrata.

La proporzione di nati di basso peso e pretermine è più elevata nelle strutture pubbliche, e solo i nati di podice sono in proporzione lievemente maggiore nelle Case di Cura private. La maggiore proporzione di nati morti nelle strutture pubbliche è associata alla concentrazione di gravide a rischio. Le strutture private assistono una proporzione di nati di peso

molto basso significativamente inferiore rispetto alle strutture pubbliche (0,4% nelle private contro 1,2% nelle pubbliche) ed effettuano il cesareo con frequenza maggiore (70% nelle private contro 50,5% nelle pubbliche).

Le strutture pubbliche e private dotate di Terapia Intensiva (TIN) presentano una proporzione di neonati di peso inferiore a 1,5 kg nettamente maggiore (2,1% nelle strutture dotate di TIN contro 0,3% in quelle che ne sono prive).

Le strutture prive di TIN mostrano una proporzione inaspettatamente alta di cesarei rispetto a quelle in cui sono concentrate le donne a rischio ostetrico. Le Case di Cura private assistono una popolazione ostetrica caratterizzata da un livello di rischio ridotto rispetto agli ospedali pubblici, ma l'incremento della proporzione di tagli cesarei è stato particolarmente marcato in queste strutture.

Rispetto al 2002 le strutture pubbliche sono passate da una proporzione di tagli cesarei del 49,3% a 50,5%, le private da 65,3% a 70%.

La proporzione di tagli cesarei varia da un minimo di 39,6% per Benevento a un massimo di 68,1% per l'ASL Na2, con una media regionale di 60,7%.

Il taglio cesareo è il tipo di parto più utilizzato tra le 32 e le 38 settimane di età gestazionale e raggiunge la frequenza massima a 38 settimane. Complessivamente il 94,5% dei cesarei è effettuato in neonati a termine tra 37 e 42 settimane, e la maggioranza è rappresentata da interventi di elezione.

Il 65% dei tagli cesarei è effettuato fuori travaglio in gestanti a termine.

Nelle situazioni di rischio fetale (prematrità, basso peso, presentazione anomala) la frequenza del cesareo presenta una significativa differenza rispetto alle condizioni fisiologiche, in cui, tuttavia, il cesareo ha sempre frequenze superiori al 50%. La frequenza del cesareo è maggiore nei primogeniti, in tutte le classi di età materna, tranne che al di sotto dei 20 anni. Il taglio cesareo è effettuato con una frequenza nettamente maggiore nelle donne italiane rispetto alle straniere e nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche.

I dati dimostrano che l'incremento del

taglio cesareo riguarda soprattutto gravidanze a basso rischio. Infatti nelle due strutture private di terzo livello della Regione, cui afferisce una popolazione di gravide a maggior rischio ostetrico, la proporzione di cesarei è tra le più basse in assoluto.

Nel 51,3% la prima visita avviene tra 8 e 11 settimane di gestazione, nel 26,5% entro l'ottava, nel 22,1% oltre l'undicesima. Le maggiori percentuali di inizio tardivo delle cure prenatali si riscontrano nelle ASL Na1, Na2 e Na5, così come negli anni passati. L'inizio tardivo delle cure è più frequente nelle madri con i più bassi livelli di istruzione (23,9% in quelle con scolarità a 8 anni, contro il 20,5% per i livelli superiori) e nelle immigrate (32,4% contro il 21,3% delle italiane).

Il numero medio di ecografie è 5,7 per le italiane e 4,8 per le immigrate. Nella metà dei casi sono state effettuate più di 6 ecografie (secondo tutte le linee guida internazionali così come quelle della Regione Campania nell'assistenza alle gravide a basso rischio sono sufficienti tre ecografie).

Il 97,1% delle gravide effettua l'ecografia dopo la 22ª settimana di gestazione.

A fronte di tale inutile e costosa medicalizzazione, va segnalato che circa 12.000 donne (12%) iniziano a controllarsi dopo l'11ª settimana di gestazione, 3000 (6%) effettuano la prima visita addirittura dopo la 15ª settimana e un piccolo gruppo di circa 300 riceve uno o nessun controllo ecografico. Si tratta di gestanti con basso livello di istruzione e/o immigrate, il cui accesso alle cure prenatali può essere facilitato soltanto da offerte attive. Sono state notificate, col CedAP, 6288 indagini prenatali invasive, di cui 153 prelievi dai villi coriali, 159 fetoscopie/funicolocentesi e 5976 amniocentesi. Globalmente, in Campania, il ricorso all'amniocentesi (10,4%) è più contenuto rispetto a quanto rilevato in Italia (18% nel 2002). La distribuzione per età materna evidenzia una sottoutilizzazione per le donne di età superiore a 34 anni. L'amniocentesi, infatti, è stata eseguita nel 27,8% dalle ultratrentaquattrenni e nel 6,4% dalle donne di età inferiore a 35 anni. In Campania nel 2003 si è sottoposto ad amniocentesi il 9% delle gravide,

contro il 17,4% dell'Italia. Questa percentuale nel 2004 è salita al 10,4% e il dato potrebbe essere preoccupante, soprattutto per l'alto numero di donne in età a rischio che non hanno praticato l'esame.

Nel 2004 i nati da Procreazione Assistita (PMA) sono stati 466, lo 0,9% di tutti i nati, di cui circa la metà sono gemelli. In questo gruppo di neonati, i prematuri sono il 40,2%, i nati con peso molto basso l'11% e quelli con peso moderatamente basso il 40%. La percentuale dei PMA è analoga a quelle di altre aree, ma il tasso di gemellarità, molto più alto rispetto a quello di altre Regioni, induce ad approfondire le cause di questa differenza. La percentuale di nati morti, di prematuri e di nati di basso peso tra i gemelli da PMA è elevata, a conferma del maggior rischio neonatale collegato alle procedure di fecondazione assistita e all'impianto di più embrioni.

I primogeniti sono il 48,3% e l'ordine superiore a 3 è pari al 3,3%.

Nel 2004 i nati morti sono stati 271 con un tasso di nati-mortalità del 4,47‰, in incremento rispetto agli anni precedenti. Dopo il decremento registrato tra il 1981 e il 1996, è seguita una fase di stabilizzazione e negli ultimi dieci anni i tassi di nati-mortalità oscillano intorno al 4%. I tassi di nati-mortalità aggregati per provincia di residenza materna non evidenziano aree a maggiore rischio. I tassi di nati-mortalità per alcuni fattori di rischio fetali e materni più alti sono associati, come nel passato, a fattori di rischio fetali, quali la gemellarità, la prematurità e il basso peso. Tra i fattori di rischio socio-demografici si conferma quello legato alle età estreme. I tassi di nati-mortalità nei nati da madri straniere e nelle nubi sono significativamente più elevati, mentre non emerge un rischio maggiore nelle madri con bassa scolarità. Da circa dieci anni i tassi di nati-mortalità rimangono costanti, pur non avendo raggiunto i livelli relativamente incompressibili delle Regioni settentrionali.

I nati pretermine costituiscono il 6,3% dei nati, senza differenze significative tra le province campane. Rispetto al 2003 si è avuto un incremento nelle tre province a maggiore natalità.

I nati da parti plurimi sono il 3,2% del totale, a conferma della tendenza all'incremento iniziata in Campania nel 2002. Questa proporzione è più elevata di quella segnalata per l'Italia dai dati CedAP 2002 (1,6%). L'incremento è in parte attribuibile al maggior numero di PMA, dato che l'11,5% dei gemelli proviene da una PMA, il 47,5% dei gemelli è pretermine, il 6,3% è nato prima della 32ª settimana, il 56,3% dei gemelli ha peso inferiore a 2500 g, il 7,5% ha peso inferiore a 1500 g, l'89,8% dei gemelli è nato con un taglio cesareo; solo nelle età gestazionali molto basse (< 28 settimane) è prevalente invece il parto vaginale. Il peso medio dei maschi è 3246 ± 515 g., quello delle femmine 3.113 ± 490 g. La proporzione di nati di peso inferiore a 2500 g (LBW) è 6,9% sovrapponibile al 6,8% del 2003. I neonati di peso inferiore a 1500 g (VLBW) sono 505, pari a 0,82% dei nati. La differenza rispetto allo 0,7% del 2003 non è significativa (IC 95%: 0,75-0,90). I VLBW nati vivi sono gemelli nel 30,3% dei casi e nel 33,9% presentano un peso inferiore a 1000 grammi.

La condizione di disoccupazione del padre, lo stato civile nubile, il basso livello di istruzione della madre restano significativi fattori di rischio per basso peso.

A differenza del 2003 sono risultati fattori di rischio anche lo stato di disoccupazione materna, la giovane età materna e il ritardo nell'inizio di cure prenatali, mentre non è emerso un incremento del rischio per le madri di nazionalità straniera. ♦

Il rapporto in versione integrale può essere scaricato dal sito della Regione Campania: www.regione.campania.it/portal/media-type, o sul sito del Gruppo di Studio di Gastroenterologia e Nutrizione Neonatale: www.gastroneo.it.

info: notizie

L'articolo dell'anno 2006

Nel 2006 sono stati indicizzati su *PubMed* 700.000 articoli. Una commissione di *Lancet* ha cercato di individuare "The paper of the year". Sono stati scelti in primis 23 articoli; 15 sono stati abbandonati al primo round di votazione; ne sono rimasti 8, poi solo 5. Erano tutti clinical trials. Due riguardavano l'uso del *ranibizumab* per la degenerazione maculare, uno l'efficacia del vaccino contro il papillomavirus tipo 16 e 18, due l'efficacia del vaccino antirotavirus. Alla fine la vittoria è andata a questi ultimi due articoli. La motivazione: i vaccini alla lunga potrebbero portare benefici consistenti nella salute globale. Gli articoli vincitori sono: Ruiz Palacios GM, et al. *N Engl J Med* 2006;354:11-22; Vesikari T, et al. *N Engl J Med* 2006;354:23-33. (*Lancet* 2007;369:91)

Altri due ospedali nominati "Ospedale amico dei bambini"

Il Presidio Ospedaliero del Mugello in Borgo San Lorenzo (Firenze) ha ricevuto dall'UNICEF il riconoscimento internazionale di "Ospedale amico dei bambini". "Se in Toscana gli ospedali 'Amici dei bambini' crescono - commenta con soddisfazione l'assessore regionale per il diritto alla salute Enrico Rossi - tutta la Toscana cresce con loro". Nel 2004 la Regione Toscana ha stipulato con l'UNICEF un protocollo d'intesa con il quale ha assunto formalmente l'impegno a migliorare i servizi dedicati alla maternità e all'infanzia, favorendo il riconoscimento di Ospedali e Territori "Amici dei bambini". Questo programma, coordinato dall'Osservatorio regionale per la promozione dell'allattamento al seno, vede la Toscana anche protagonista per l'Italia di un progetto dell'Unione Europea, che coinvolge complessivamente 8 Paesi, volto a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno. Anche il Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento (PN) ha raggiunto gli standard validi per il riconoscimento internazionale promosso da UNICEF e OMS per essere "Ospedale amico dei bambini". San Vito al Tagliamento è il secondo ospedale nella regione Friuli-Venezia Giulia che lo ottiene.

Crescono così gli ospedali italiani riconosciuti: Pordenone, Bassano del Grappa, Soave-San Bonifacio, Merano, Montepulciano, Casa di Cura "La Madonnina" di Bari, Bressanone, Vipiteno, Casa di Cura "Santa Famiglia" di Roma e Viterbo,

Osimo, San Vito al Tagliamento e Borgo San Lorenzo. In massima parte quindi ospedali relativamente piccoli.

Nuovo accordo sindacale in Toscana: più reperibilità telefonica

FIMP e CIPE hanno firmato l'accordo regionale con la Regione Toscana. Viene aumentata di due ore la reperibilità telefonica tra le 10 e le 19. Se riuniti in associazione, i medici sono tenuti a garantire un'apertura degli ambulatori più ampia dell'attuale. È stata prevista una regolamentazione delle visite domiciliari, da richiedersi entro le ore 10 per il giorno stesso ed entro le ore 12 per il giorno successivo. Per le domiciliari è stata elaborata una casistica comprendente non solo condizioni cliniche (lattanti febbrili) ma anche condizioni di disagio socio-familiare. (*Il Sole 24 ORE Sanità*, 23-29 gennaio 2007)

Outsourcing: niente di buono

Una valutazione delle esternalizzazioni dei Servizi, sempre più diffusi, da parte delle ASL (Rapporto OASI-Cergas 2006) porta a conclusioni molto pessimistiche. Non sembra vero che l'outsourcing comporti risparmi, ma è certo che la qualità dei Servizi è peggiore di quelli gestiti direttamente dalle ASL. Il solo vantaggio sembra quello di sfuggire ai blocchi sulle assunzioni di personale, decretati dalle varie Finanziarie! (*Il Sole 24 ORE Sanità*, 9-15 gennaio 2007).

Tossicità del paracetamolo in adulti

La dose massima consigliata di paracetamolo per adulti è di 4 g al giorno. In una ricerca sulla tossicità del farmaco in 145 volontari sani si è trovato che più di un terzo dei trattati con questa dose aveva un valore di alanina-amino-transferasi almeno 3 volte più alto rispetto al gruppo placebo. Nel 27% i valori erano più alti di otto volte (*JAMA* 2006;296:87-93). Sebbene i dati debbano essere confermati, essi sollevano un problema sulla tollerabilità delle dosi raccomandate di paracetamolo, anche se altre alternative possono essere ancora più pericolose. (*Lancet* 2006;368:2195)

Minimeeting: pranzi tassati

Le spese per pranzi e cene nei minimeeting organizzati direttamente dagli informatori

delle industrie farmaceutiche si configurano come spese di pubblicità rivolte alla pubblicizzazione delle attività della ditta e non alla informazione scientifica. Non sono omologabili - come le ditte vorrebbero - all'attività dei congressi scientifici dove presenziano relatori qualificati. Queste spese non sono interamente deducibili dal reddito di impresa come le spese per i congressi. Così ha deciso la Cassazione.

Stranieri temporaneamente presenti (STP)

"Missione Italia" è un progetto di Medici Senza Frontiere (MSF), attivo dal 1999, nato per fornire assistenza sanitaria e legale agli stranieri temporaneamente presenti, ai richiedenti asilo e ai rifugiati che si trovano nel nostro Paese. MSF gestisce più di 400 progetti, attivi in oltre 70 Paesi: negli ultimi anni è diventato sempre più evidente che le stesse persone fragili che vengono curate e assistite a migliaia di chilometri di distanza si trovano anche qui, in Italia, spesso in condizioni di precarietà e bisogno.

Disuguaglianze: le pandemie uccidono i poveri

Una eventuale pandemia influenzale sarebbe un disastro per le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo. La pandemia spagnola del 1918-20 portò a un eccesso di mortalità di 30 volte rispetto all'atteso.

Una estrapolazione su quei dati sulla popolazione mondiale del 2004 indica una stima di 62 milioni di morti (range al 10° e 95° percentile: 51-81 milioni). Il 96% (IC 95%: 95-98) di questi decessi si avrebbe nei Paesi in via di sviluppo e solo il 4% nei Paesi ricchi. (*Lancet* 2006;368:2211)

Disuguaglianze: gli incidenti uccidono i poveri

Incidenti e cause violente determinano il 9% delle morti e il 14% dei problemi di salute nella Regione Europea dell'OMS. I Paesi più poveri* della Regione hanno probabilità di morire per incidenti di 3,6 volte maggiori rispetto ai Paesi ricchi. La differenza più elevata si riscontra nelle morti per avvelenamenti (rapporto 16,97), nella violenza interpersonale (13,80) e nell'annegamento (9,20); la differenza minore negli incidenti da traffico anche in relazione alla differenza di motorizzazione fra Paesi

sulla salute

poveri e ricchi. I tassi di mortalità sono assai più bassi nei Paesi della UE (45/100.000 nel 2003 e in continua discesa) rispetto a quelli della Regione Europea dell'OMS (98/100.000 nel 2003) e del complesso dei nuovi Stati indipendenti della Regione, che sono riportati in corsivo nella nota (170/100.000). (Lancet 2006;368:2243)

* Paesi della Regione Europea dell'OMS con basso e medio reddito: Albania, *Armenia, Azeibargian, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Repubblica ceca, Estonia, Georgia, Ungheria, Kazakistan, Lituania, Polonia, Moldavia, Romania, Russia, Serbia-Montenegro, Slovacchia, Tagiskistan, Turchia, Ucraina, Uzbekistan.*

Paesi della Regione Europea dell'OMS con alto reddito: Andorra, Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Lussemburgo, Malta, Monaco, Olanda, Norvegia, Portogallo, S. Marino, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, UK.

Ancora sui lattini

In una lettera inviata al Ministro della Salute e all'Antitrust, l'Istituto "Mario Negri" sottolinea alcuni dati che ci piace riprendere.

1. È vero che circa il 95% dei neonati al momento della dimissione dall'ospedale è allattato al seno, ma solo il 30% lo è ancora a sei mesi di vita: un tasso lontano da quello indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da quello raggiunto in altre nazioni europee (per esempio, i Paesi nordici).

2. In tale contesto almeno il 70% dei nati (circa 400.000 neonati) utilizza ogni anno sostituti del latte materno di tipo UNO (lattini di partenza o starting).

3. Le Regioni con il maggior tasso di maternità (Campania, Sicilia, Puglia, Calabria) sono quelle con il più basso tasso di allattamento esclusivo al seno (38-58%): dove si nasce di più si allatta di meno.

4. Una recente (novembre 2006) rilevazione dei prezzi al pubblico di alcuni sostituti del latte materno (all'interno del monitoraggio iniziato nel 1998 e a cui *Quaderni acp* ha dato ampio risalto) ha registrato una diminuzione dei prezzi dei lattini di tipo UNO del 18-44% nella grande distribuzione e del 15-44% nelle farmacie se confrontati a quelli del settembre 2004. I prezzi, però, con la sola eccezione di due prodotti, sono ancora lontani da quelli europei per lo stesso latte, marca e confezione.

5. Il mercato italiano continua a essere insolito: con una decina di aziende che commercializzano oltre 150 formulazioni di latte con un centinaio di nomi commerciali e un ampio intervallo di pezzatura e

prezzo. Il profilo emergente è identico a quello del passato: alcuni lattini sono venduti solo nella grande distribuzione, altri solo in farmacia (la maggioranza), alcuni in entrambi i punti vendita (ma a maggior costo in farmacia). Ci sono casi estremi: lattini acquistati in farmacia i cui prezzi variano da 11 a 26,67 euro/kg e che in Germania costano 10,60 euro/kg.

6. Non ci sono tuttora evidenze scientifiche (nessuno studio è mai stato condotto in proposito) che documentino che i neonati italiani abbiano lattini più costosi perché superiori di qualità e crescano quindi meglio dei coetanei "normali" tedeschi.

7. Una famiglia italiana, oggi, può spendere dai 111 ai 315 euro nei primi cinque mesi di vita del proprio figlio solo per l'acquisto di un latte in polvere equivalente, ma di marca diversa, a seconda dell'indicazione ricevuta dal medico.

"Mente Viva" con poco omega 3

È in commercio lo yogurt *Mente Viva* arricchito di omega 3. Sul fondo della etichetta l'immagine di Einstein garantisce "Mente e Memoria". Secondo *Altroconsumo* (gennaio 2007, p. 7) nella bottiglia di yogurt da 100 g ci sono 50 mg di DHA (acido docosanoico della famiglia degli omega 3), una quantità trascurabile se si pensa che 100 g di tonno fresco ne contengono 2150.

Oltretutto, sulla base del regolamento europeo 258/97, l'uso di alimenti a contenuto arricchito di DHA non è autorizzato per le bevande a base di latte o latticini.

Una curiosa contesa fra un Autore e una rivista

Peter G. Gotzsche, studioso danese, invia a una rivista (*European Journal of Cancer*) una revisione sistematica sullo screening del tumore del seno. L'articolo mette in discussione l'utilità dello screening, alla base del quale sta un trial del 1985 che l'Autore giudica strumentale per la introduzione dello screening. L'articolo subisce il processo di peer review e compare il 9 marzo nel sito web della rivista, nella sezione *articles-in-press*. Quindi è da ritenersi accettato.

Tre settimane più tardi il Direttore della rivista informa Gotzsche che la rivista ha ricevuto commenti sfavorevoli e quindi l'articolo deve essere rimosso dal sito in attesa di chiarimenti. I commenti non vengono inviati all'Autore, al quale vengono chiesti alcuni chiarimenti e proposte di mo-

difiche. Prima anomalia perché – come sanno i collaboratori di *Quaderni acp* – quella citata è una procedura inusuale per una rivista **dopo** l'accettazione e pubblicazione, sia pure online, di un articolo.

L'Autore invia un testo nel complesso poco modificato; modifica una frase che poteva essere interpretata nel senso che gli Autori dell'articolo del 1985 avevano alterato liberamente i dati del trial. Questo secondo testo viene trasmesso ai referee, e ciò è del tutto anomalo per un articolo già pubblicato al quale evidentemente i referee hanno già dato l'OK. Terza anomalia: l'articolo viene definitivamente tolto dal sito senza che il secondo parere dei referee sia stato comunicato all'Autore. Tutto questo percorso è in contrasto con l'*International Committee of Medical Journal Editors (ICMJ)* che sancisce che, in nessun caso, una rivista può rimuovere un articolo già pubblicato dal suo archivio o dal suo sito. Se un articolo necessita di correzioni dopo la sua pubblicazione, si deve darne una spiegazione documentata quanto prima in una pagina chiaramente citabile nella bibliografia, in modo che possano essere citati l'articolo e le correzioni apportate alle conclusioni del medesimo (Lancet 2006;368:1853). Cosa sarà veramente successo nella redazione della rivista?

Studenti in medicina e salute globale

"Solo studenti pienamente informati, capaci di indirizzare correttamente nel mondo i determinanti della salute globale possono diventare veri leader della tutela della salute". Così un editoriale (Lancet 2006; 368:103) presenta la "International Federation of Medical Students' Association" (FIMSA), che è una rete di associazioni studentesche interessate ai "Global Health Issues", a congresso a Londra nell'estate scorsa. Complessivamente la FIMSA annovera 700.000 studenti in 90 Paesi. La sezione inglese della FIMSA è particolarmente attiva.

Il tema della riunione era "Poverty and Health in the New Millennium". L'apertura è stata fatta da Richard Horton, direttore di *Lancet*, che ha esposto i principali temi della salute nel mondo. Altri temi, di solito assenti nei curricula scolastici: il Millennium Development Goal 8; i determinanti della salute. Anche in Italia esiste una sezione italiana della FIMSA (<http://ifmsa.net>). È il Sism (www.sism.org). Presidente è Andrea Labruto.

10 Stories the world should hear more about



Somalia: in drastico aumento gli effetti della carestia

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 definite "10 storie di cui si dovrebbe parlare". La storia di oggi riguarda ancora la Somalia, già trattata nel 2005 e nel 2006 in questa rubrica

Nell'elenco delle *Ten Stories* del 2005 già si era affrontata la delicata questione della Somalia, in particolare di quella parte della popolazione, circa 400.000 persone (IDPS: Internally Displaced Persons) che, a causa di conflitti e carestie nel corso degli ultimi anni, si era spostata verso i grandi centri urbani. A questa parte della popolazione, attraverso le agenzie dell'ONU, si era cercato di dare protezione e assistenza, considerando anche la cospicua presenza di donne e bambini.

Nell'elenco delle *Ten Stories* del 2006 si parla di nuovo della Somalia e della terribile carestia verificatasi in una situazione di grandissima precarietà e instabilità politica e umanitaria. Sullo sfondo di un fragile processo di costruzione di pace e un incoraggiante progetto di riconciliazione, la mancanza di sicurezza presente in molte parti della Nazione offre sempre maggiori sfide sul fronte umanitario mentre la Somalia combatte contro gli effetti della peggiore carestia degli ultimi decenni.

La storia

Mentre tutte le agenzie di aiuti dell'ONU sono in allerta per il Corno d'Africa, dove circa 8 milioni di persone sono in grave pericolo per una carestia devastante, la situazione in una di queste Nazioni, la Somalia, desta particolari preoccupazioni e bisogno urgente di attenzione. Nonostante i recenti progressi verso la ricostruzione di un governo centrale, l'insicurezza persistente rende molto difficile combattere gli effetti di questa carestia. Tutto ciò complica ulteriormente il processo di riconciliazione politica, lasciando la Somalia particolarmente vulnerabile a nuove destabilizzazioni. I due elementi – il processo politico di pace da una parte e la precaria situazione umanitaria dall'altra – sono due momenti differenti ma collegati, dice Chri-

stian Balslev-Olesen, Coordinatore umanitario dell'ONU per la Somalia.

Il Paese sta attraversando la più grande emergenza del decennio legata alla carestia. In marzo, il Consiglio di Sicurezza dell'ONU ha espresso preoccupazione per "la grande insicurezza alimentare e la grave difficoltà nel sostentamento di questa popolazione", spingendo tutti i leader somali ad assicurare completamente tutti gli accessi umanitari e le garanzie per la sicurezza degli operatori stessi.

Ad oggi circa 2,1 milioni di Somali dipendono completamente dagli aiuti internazionali. Non sorprende quindi che la gran parte del recente appello umanitario dell'ONU a favore del Corno d'Africa – circa \$ 327 milioni su un totale di \$ 42 – sia destinato alla Somalia. Gli operatori umanitari, tuttavia, si trovano spesso di fronte a difficoltà particolari nel raggiungere tutti coloro che hanno bisogno di aiuto, poiché essi cercano di dare assistenza in situazioni di minacce costanti, piraterie, blocchi stradali e sequestri. Senza aiuti, le zone aride del Sud potrebbero dover fronteggiare circa 10.000-12.000 morti al mese, mentre circa l'80% del bestiame morirebbe. Come riferisce un recente report dell'ONU, con il diminuire delle risorse alimentari, la necessità di aiuto esterno aumenta, la competizione per queste così scarse risorse aumenterà portando a un aumento delle lotte inter e intra-clan, a rapimenti, saccheggi, estorsioni e richieste di "quote per la protezione".

Il contesto

Diversi anni senza piogge hanno particolarmente danneggiato la pastorizia e le comunità agricole, costrette a coprire lunghe distanze alla ricerca di un terreno da pascolo. Nel frattempo, la riduzione della produzione agricola ha portato a un drammatico incremento del

prezzo delle derrate alimentari, in particolare dei cereali.

Quei 2,1 milioni di persone, che dipendono dagli aiuti, rappresentano il 25% della popolazione e includono anche i 400.000 IDPS, molti dei quali ad alto rischio di morte o malnutrizione. In alcune aree le famiglie spendono il 70-80% del poco denaro in loro possesso solo per acquistare acqua potabile.

Ci sono circa 1000 operatori provenienti da agenzie nazionali e internazionali che lavorano nella Nazione. Tuttavia non c'è personale proveniente da agenzie internazionali nelle città principali di Mogadiscio e Kismayu.

L'80% delle scuole, che si trovano nei territori colpiti dalla carestia, è chiuso, in una Nazione dove normalmente solo il 20% dei bambini ha accesso all'istruzione.

La sicurezza rimane la sfida più grande nel processo di pace somalo. Continua a impattare sull'atroce situazione umanitaria, peggiorata dalla carestia regionale. Il Governo di Transizione Federale (TFG) ha fatto considerevoli progressi nel superamento delle differenze tra le fazioni somale, tuttavia il fragile processo di pace è soggetto a svariate sfide che potrebbero scuoterlo. I recenti scontri a Mogadiscio hanno ulteriormente peggiorato le tensioni, così come la presenza di milizia armata nei pressi di Baidoa, sede temporanea del governo. Il bisogno di accantonare questi gruppi e di provvedere al loro approvvigionamento di cibo, acqua e protezione, attraverso gli aiuti di donatori, è una richiesta fatta dai leader somali e dal TFG.

Per ulteriori informazioni:
United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA):
Amanda di Lorenzo, Tel: +254 734 210 102.
E-mail: Amanda.di.Lorenzo@undp.org
oppure: dilorenzoa@un.org ♦

Ulteriori informazioni:

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

tenstories

Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne?

Partecipanti al corso "La risoluzione di scenari clinici con il supporto della EBM come strumento di formazione continua per il pediatra"*

Abstract

Is there a pharmacologic therapy for sleep apnea syndrome?

Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) is a sleep disorder occurring in about 1-4 children between 3 and 6 years of age. In order to evaluate the efficacy of pharmacologic treatments a bibliographic search was conducted. Fluticasone and azytromicin can reduce the recurrence of nocturnal apnea-hypopneas, but cannot reduce the incidence of adenoidectomies and tonsillectomies.

Quaderni acp 2007; 14(2): 73-74

Key words Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS). Adenoidectomy. Antibiotics. Intranasal fluticasone. Azytromicin

La Sindrome delle Apnee Notturne (OSAS) è un disturbo del sonno che interessa l'1-4% dei bambini tra i 3 e i 6 anni di età. È stata condotta una ricerca bibliografica allo scopo di valutare l'efficacia dei trattamenti farmacologici. Il fluticasone e l'azitromicina riducono la frequenza di episodi di apnee-ipopnee notturne, ma non sono efficaci nell'evitare il ricorso all'adenotonsillectomia.

Parole chiave Sindrome delle apnee notturne (OSAS). Adenotonsillectomia. Antibiotici. Fluticasone. Azitromicina

Scenario clinico

Sergio, 4 anni e 1/2, viene in ambulatorio perché russa dall'età di 2 anni e da circa 3 mesi, durante il sonno, "smette di respirare e si agita molto". I genitori sono molto preoccupati e, avendo letto che la principale causa di tali sintomi è l'ipertrofia adenotonsillare, mi chiedono se sia possibile sottoporre Sergio a un trattamento farmacologico che possa evitare l'intervento di adenotonsillectomia.

Background

La OSAS è un disturbo del sonno caratterizzato da episodi di totale-parziale

ostruzione delle prime vie aeree durante il riposo notturno. La OSAS rappresenta una fetta dei disordini del sonno che interessa una percentuale di bambini tra i 3 e i 6 anni compresa tra lo 0,7% e il 4%. La sindrome è stata trattata in dettaglio, nel 2006, su questa rivista [1].

Tale sindrome comporta un'ipossia notturna con frammentazione del sonno che, se non trattata, può provocare, tra l'altro, alterazioni della crescita e deficit cognitivi. L'adenotonsillectomia è il trattamento proposto in questi casi dalle linee guida, anche se una revisione sistematica della Cochrane conclude che non ci sono

studi di qualità soddisfacente a supporto di questo approccio [2-3].

L'adenotonsillectomia, però, se risolve i disturbi nella maggior parte dei pazienti, può comportare delle complicanze quali: complicazioni anestesologiche legate a depressione respiratoria dovuta alle sostanze usate per l'anestesia, disidratazione, compromissione della funzionalità respiratoria post-operatoria per l'edema delle alte vie respiratorie, aumento delle secrezioni, infine edema polmonare post-ostriuttivo e morte legata all'intervento.

L'incidenza delle complicazioni respiratorie post-operatorie è compresa tra il 16 e il 27%. Le complicazioni a lungo termine includono: incompetenza del velo-pendulo e stenosi nasofaringea. Per dare una risposta ai genitori di Sergio ci chiediamo se esistano terapie farmacologiche alternative a quella chirurgica, efficaci nel ridurre l'ipertrofia adenotonsillare e le apnee notturne.

La domanda

In un bambino con OSAS [POPOLAZIONE], la terapia farmacologica [INTERVENTO] può ridurre il numero di apnee notturne [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Abbiamo innanzitutto condotto la ricerca su fonti di letteratura secondaria quali la *Cochrane Library* utilizzando il termine

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DEGLI STUDI

| Studio | Popolazione | Farmaci | Durata | Outcome |
|--|-----------------------------|--|--|---|
| Don et al., 2005 Setting: ORL Children's Hospital Los Angeles (USA) | 22 bambini età 2-12 anni | 11 bambini Azitromicina (12 mg/kg/die nei giorni: 1-5; 11-15; 21-25). 11 bambini Placebo | 1 mese di trattamento seguito da un follow-up di 6 mesi (visita mensile) | Miglioramento indice Apnea ostruttiva-ipoapnea prima (basale) e dopo 2 settimane dalla fine |
| Brouillette et al., 2001 Setting: ORL Children's Hospital Montreal (Canada) | 25 bambini età 1-10 anni | 13 bambini Fluticasone (50 mcg per narice, 2 volte/die per la 1 ^a sett.; 1/die per le successive 5 sett.). 12 bambini Placebo | 6 settimane di trattamento seguito da un follow-up non ben definito per i 6 mesi successivi | Miglioramento indice Apnea ostruttiva-ipoapnea confrontato prima (basale) e dopo 6 settimane di trattamento |

Per corrispondenza:
Maria Francesca Siracusano
e-mail: marsirac@tin.it

TABELLA 2: RISULTATI DEGLI STUDI

| Studio | Outcome | EER | CER | ABI | NNT |
|--------------------|----------------------------------|----------------|---------------|----------------------------|-----------------------|
| Don et al. | Riduzione AHI | 9/11 81,8% | 4/11 36,4% | 45,5% (IC: 7,2%-83,7%) | 2,2 (IC: 1,2-13,8) |
| | Evitamento intervento chirurgico | 3/11 27,3% | 1/11 9,1% | 18,2% (IC: -14,7%-51%) | 5,5 (n.a.) |
| Brouillette et al. | Riduzione AHI | 12/13 92,3% | 6/12 50% | 42,3% (IC: 9,1%-75,5%) | 2,4 (1,3-10,9) |
| | Evitamento intervento chirurgico | 7/13 53,8% | 3/12 25,0% | 28,8% (IC: -9,2%-66,9%) | 3,5 (n.a.) |

n.a. = non applicabile

Glossario

AHI: indice apnea ostruttiva/ipopnea

IC: intervallo di confidenza

Event Rate (ER): proporzione di pazienti di un gruppo nel quale si osserva un evento

Experimental Event Rate (EER): eventi presenti nel gruppo sperimentale

Control Event Rate (CER): eventi presenti nel gruppo controllo (sono espressi in percentuale)

Absolute Benefit Increase (ABI): differenza aritmetica tra gli eventi, espressi in percentuale, presenti nel gruppo sperimentale e nel gruppo controllo

Number Needed to Treat (NNT): numero di pazienti da trattare per osservare un beneficio. Lo si ottiene con il calcolo $1/ABI$.

“Sleep Apnea, Obstructive”. Sono stati trovati 7 articoli, di cui 2 pertinenti: una revisione sull’adenotonsillectomia e il protocollo di studio sull’ossigeno-terapia nella OSAS (2). Dopo aver verificato nel browser MeSH di PubMed l’esistenza dei termini *Child; Sleep Apnea, Obstructive; Drug Therapy*, abbiamo utilizzato la stringa di ricerca: “*Child*” [MeSH] AND “*Sleep Apnea, Obstructive/drug therapy*” [MeSH]. Limitando la ricerca per *Randomized Controlled Trials* si ottengono 8 articoli, 2 dei quali pertinenti [4-5].

Risultati

La *tabella 1* riassume le caratteristiche degli studi di Don, et al. [4] e di Brouillette, et al. [5]. In entrambi si osserva una riduzione dell’indice apnea ostruttiva-ipopnea (AHI) rispetto al basale (outcome principale); il fluticasone ha mostrato nel confronto con il placebo una differenza statisticamente significativa ($-5,0 \pm 1,0$ vs $2,2 \pm 3,3$;

$p=0,04$); non vi è, invece, per l’azitromicina confrontata con il placebo ($-0,97 \pm 2,09$ vs $3,41 \pm 3,01$). La risposta alla terapia calcolata come percentuale di pazienti con riduzione dell’AHI è maggiore nei trattati con i farmaci (*tabella 2*): 82% con azitromicina vs 36% con placebo (non significativo), e 92% con fluticasone vs 50% con placebo ($p=0,03$). È necessario trattare 2 pazienti con i farmaci per avere un beneficio in più rispetto al placebo: l’NNT calcolato risulta uguale a 2,2 (IC 95%: 1,2-13,8) per l’azitromicina e 2,4 (IC 95%: 1,3-10,9) per il fluticasone. Valutando, però, un endpoint più rilevante dal punto di vista clinico come quello di evitare l’intervento chirurgico, che è quello che ci interessa per il futuro di Sergio, non si osservano differenze statisticamente significative per nessuno dei due trattamenti sperimentali.

Conclusioni

In base ai risultati degli studi, l’impiego

della terapia antibiotica nelle OSAS, come alternativa alla terapia chirurgica, non è documentato da evidenze di efficacia.

Il fluticasone per via intranasale riduce in maniera statisticamente significativa gli episodi di apnee-ipopnee notturne, suggerendo che i corticosteroidi topici possono migliorare l’apnea ostruttiva in età pediatrica. Il fatto che lo studio sia stato interrotto prematuramente inficia, però, l’attendibilità dei risultati. Ma, soprattutto, non sono stati osservati benefici nell’evitare l’intervento chirurgico. I corticosteroidi inalatori potrebbero essere presi in considerazione come trattamento farmacologico nei pazienti con ostruzione modesta che non richiede l’intervento chirurgico per ridurre il numero di episodi notturni. Sottolineiamo, infine, che entrambi gli studi sono stati condotti in un numero limitato di pazienti e sono pertanto necessari studi più ampi. ♦

* Sandro Bianchi, Miriana Callegari, Elena Cama, Roberta Ciambra, Pasquale Causa, Isodiana Crupi, Giuseppe De Caro, Paolo Fiammengo, Giuseppe Liotta, Stefania Manetti, Federico Marolla, Luisa Marolla, Gianfranco Mazzarella, Manuela Pasini, Salvatore Pellegrino, Ivo Picotto, Franco Raimo, Antonella Stazzoni, Laura Reali, Mara Tommasi, Giacomo Toffol, Michele Valente, Margherita Zanellato, Luisa Zuccolo, Sergio Conti Nibali, Maria Francesca Siracusano, Antonio Clavenna.

Vedi anche l’articolo a pag. 82.

Bibliografia

- (1) Vigo A, Braghieroli A, Malorgio E, et al. OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quaderni acp 2006;13:130-4.
- (2) American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Pediatrics 2002;109:704-12.
- (3) Lim J, McKean M. Adenotonsillectomy for obstructive sleep apnoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No. CD003136. DOI:10.1002/14651858. CD03136.
- (4) Don DM, Goldstein NA, et al. Antimicrobial therapy for children with adenotonsillar hypertrophy and obstructive sleep apnea: a prospective randomized trial comparing azithromycin vs placebo. Otolaryngol Head Neck Surg 2005;133:562-8.
- (5) Brouillette RT, Manoukian JJ, et al. Efficacy of fluticasone nasal spray for pediatric obstructive sleep apnea. J Pediatr 2001;138:838-44.

La spirometria in ambulatorio: metodo e interpretazione

Cesare Braggion*, Maria Carli**, Laura Menin*, Antonella Borruso*, Erika Fedrigo**

*Centro Fibrosi Cistica della Regione Veneto

**UO di Pediatria, Ospedale Civile Maggiore, Azienda Ospedaliera di Verona

Abstract

Spirometry in office practice: methods and interpretations

Spirometry is a sensitive measure of airflow limitation: it is useful both in diagnosis and monitoring of asthma as in other chronic lung diseases, but it is underestimated in primary care. In fact, spirometry should be feasible in primary care practices so that children at risk for progressive loss of lung function can be identified and their therapy intensified. Important information is provided by lung function tests regarding disease severity and therapy response. The purpose of this review is to give primary care paediatricians a practical approach in order to achieve an optimal test performance, adherence to standard acceptability and repeatability criteria, and accurate interpretation of spirometry. A better definition of the natural history of respiratory tract diseases in children can be achieved through a greater use of office spirometry.

Quaderni acp 2007; 14(2): 75-80

Key words Office spirometry. Respiratory tract diseases in children. Asthma

La spirometria è una misura sensibile della limitazione dei flussi, utile sia nella diagnosi che nel monitoraggio dell'asma e di altre malattie croniche polmonari ma è sottoutilizzata nelle cure di primo livello, erogate dai pediatri di famiglia. Idealmente la spirometria dovrebbe essere eseguibile negli ambulatori allo scopo di identificare i bambini a rischio di perdita di funzione polmonare, ai quali intensificare la terapia. I test di funzione polmonare forniscono importanti informazioni sulla severità della malattia di base e la risposta alla terapia. Lo scopo di questo articolo è di presentare ai pediatri di famiglia una sintesi sull'ottimale prestazione durante l'esecuzione della spirometria, sui criteri di standardizzazione della misura (accettabilità e riproducibilità) e sulla sua accurata interpretazione. Una più diffusa applicazione della spirometria in ambulatorio permetterà una migliore definizione della storia naturale delle malattie delle vie aeree inferiori nei bambini.

Parole chiave Spirometria ambulatoriale. Malattie respiratorie dell'infanzia. Asma

Introduzione

La spirometria è la misura del massimo volume di aria mobilizzabile con un atto respiratorio e perciò "fotografa" le riserve del sistema respiratorio. Se si richiede di forzare e accelerare al massimo il riempimento e lo svuotamento dei polmoni, si stimola il sistema respiratorio nelle sue principali componenti meccaniche: forza dei muscoli inspiratori ed espiratori, elasticità di polmoni e gabbia toracica e pervietà delle vie aeree. La spirometria consente, perciò, di testare la meccanica del sistema respiratorio, evidenziando se prevale un problema di pervietà delle vie aeree (difetto ostruttivo) oppure se prevale un problema di forza dei muscoli respiratori, di elasticità del siste-

ma o di importante perdita di volumi (difetto restrittivo).

Oltre che per il suo potenziale diagnostico, la spirometria è entrata nella pratica clinica quotidiana, poiché essa è una misura accurata, di semplice esecuzione e interpretazione, non invasiva e relativamente poco costosa [1-3]. Essa è eseguibile a tutte le età, dalla nascita fino all'età senile. Studi recenti hanno dimostrato l'eseguibilità della misura anche in età prescolare: un accordo sui criteri minimi di standardizzazione renderà possibile la raccolta di valori normali di riferimento, necessari per l'interpretazione della spirometria in questa fascia di età [4-6]. Una espirazione forzata può essere prodotta nel neonato e lattante utilizzan-

do un giubbotto gonfiabile, che comprime il torace e l'addome: la necessità di sedazione, la complessità e i costi della strumentazione, la difficoltà a raccogliere valori normali di riferimento ne hanno limitato finora l'impiego nella pratica clinica [7].

I progressi tecnologici hanno contribuito a costruire una vasta gamma di spirometri, da quelli più semplici e portatili a quelli più complessi e sofisticati. Per quanto riguarda l'"office spirometry" sono stati impiegati sia strumenti portatili, più simili per prestazione a quelli di laboratorio, sia strumenti che sono stati semplificati nelle operazioni da eseguire e nei parametri misurati [8-9]. La spirometria ambulatoriale può avere un ruolo sempre più importante nella gestione di alcune malattie respiratorie croniche dell'infanzia, come l'asma, anche in considerazione delle limitazioni emerse dalla misura domiciliare del picco di flusso espiratorio (PEFR) [1-3-10]. Non è ancora noto, infatti, il ruolo preciso del monitoraggio domiciliare del PEFR sulla prognosi dell'asma, mentre è emerso che l'aderenza a questa misura diventa scarsa quando essa è prolungata nel tempo, specie nelle condizioni di asma lieve o moderato stabili [10].

In questo articolo si farà riferimento prevalentemente agli aspetti metodologici della spirometria ambulatoriale in età pediatrica.

Manovre, segnali e strumenti

Con la spirometria ambulatoriale è sufficiente eseguire la manovra di espirazione forzata: essa consiste in una rapida e massima inspirazione, seguita da una espirazione massima e forzata. Con questa manovra si misurano il massimo volume di aria espirato forzatamente, la capacità vitale forzata (CVF), e diversi altri parametri, fra i quali il principale è

Per corrispondenza:
 Cesare Braggion
 e-mail: ebraggion@qubisoft.it

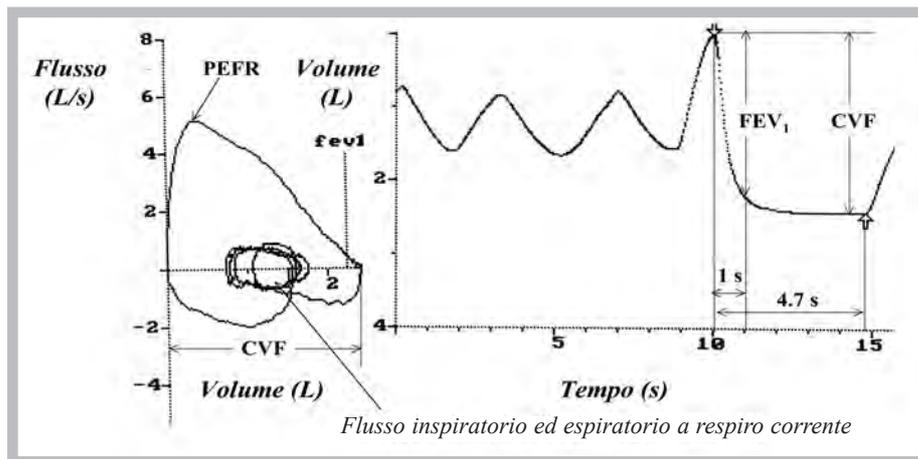
aggiornamento avanzato

il volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV_1). La rapidità dell'inspirazione e l'assenza di apnea post-irritazione consentono di ottenere flussi e volumi espiratori maggiori [1-12]. L'inspirazione massima può iniziare dopo la fine di una espirazione a respiro corrente (capacità funzionale residua = CFR) o, se il bambino è un po' allenato, dopo uno svuotamento massimo. La misura della capacità vitale lenta (CV) non rientra nella spirometria ambulatoriale.

Se consideriamo gli strumenti portatili, che il mercato oggi mette a disposizione, e l'esperienza acquisita con la strumentazione, il pediatra può orientare la sua scelta su un misuratore a turbina o un pneumotacografo [1-3]. Altri sensori di flusso, come quelli a ultrasuoni, sono interessanti ma hanno una minor esperienza sul campo [11]. Tutti questi sensori misurano il flusso inspiratorio ed espiratorio in litri/secondo. Il computer trasforma il segnale di flusso in segnale di volume (flusso = volume/tempo; volume = flusso x tempo) e ciò consente di monitorare le manovre inspiratorie ed espiratorie sia come andamento del flusso nel tempo che come andamento del volume nel tempo. Se i segnali di flusso e volume sono plottati contemporaneamente, rispettivamente sull'asse y e x, si ottiene la curva flusso-volume dell'espirazione forzata (MEFV) (figura 1), che rappresenta la migliore "fotografia" del funzionamento del sistema respiratorio [1-3].

Uno strumento è accurato quando la sua misura è molto vicina al "vero". Se una siringa di precisione di 3 litri rappresenta il "vero", lo spirometro è accurato se, collegato alla siringa, misura un volume molto vicino a 3 litri. Uno strumento è preciso quando la misura ripetuta nel tempo non varia di molto. Mentre la spirometria diagnostica di laboratorio deve avere una accuratezza e una precisione per la misura di CVF e FEV_1 rispettivamente del 3% (50 ml) e del 3% (50 ml), per gli strumenti di monitoraggio i limiti diventano rispettivamente del 5% (100 ml) e del 3% (50 ml) [3]. Oggi anche le turbine e i sensori di flusso ad ultrasuoni sono sufficientemente accurati [8-11]. Sugeriamo che il pediatra verifichi nel suo ambulatorio con una siringa da 3 L l'accuratezza (la differenza massima tra volume della siringa e il volume misura-

FIGURA 1: CURVA FLUSSO-VOLUME E TRACCIATO VOLUME-TEMPO



A sinistra è mostrata la curva flusso-volume, a destra il tracciato volume-tempo di una espirazione forzata, prodotta da una bambina sana di 10 anni. Nella curva flusso-volume sono rappresentati anche i flussi a volume corrente e i flussi inspiratori, che precedono l'espirazione forzata. Osservando la curva flusso-volume, è riconoscibile al suo inizio un picco del flusso espiratorio (PEFR: 5,12 L/s) e successivamente una riduzione graduale del flusso: il suo aspetto è perciò triangolare. Il volume massimo espirato forzatamente, letto sull'asse x della curva, è la capacità vitale forzata (CVF: 2,43 L).

Il tracciato volume-tempo mostra che nel primo secondo viene espulso quasi il 90% del massimo volume espirato (CVF). L'espirazione forzata dura 4,7 sec., ma è riconoscibile un plateau finale del segnale di volume ben maggiore di 1 secondo. Nella figura sono indicati il volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV_1 : 2,26 L) e il massimo volume espirato durante la manovra (CVF: 2,43 L).

to deve essere di 50-100 ml) e la precisione (la differenza massima tra volume della siringa e volume misurato non deve variare nel tempo più di 50 ml) dello strumento. Questa verifica, da eseguire prima della misura, dà tranquillità sull'efficienza dello spirometro a disposizione.

Gli spirometri ambulatoriali sono a circuito aperto e solo l'espirazione avviene nello strumento, mentre la fase inspiratoria avviene senza contatto con lo spirometro. Per tale ragione l'uso di boccagli mono-paziente rappresenta l'unica misura per il controllo delle infezioni crociate [9]. Solo nel caso di bambini con infezione polmonare cronica accertata (bacilli tubercolari o altri patogeni) è prudente usare anche filtri antibatterici. Turbina o pneumotacografo devono essere periodicamente lavati e disinfettati secondo le raccomandazioni della casa produttrice.

La qualità della spirometria

L'esecuzione di manovre massimali deve essere valutata con precisi e definiti criteri, per assicurarsi che lo sforzo sia stato effettivamente massimale: per la spirometria si fa riferimento a precisi criteri di accettabilità e di riproducibilità delle curve MEFV ottenute (tabella 1) [1-3]. Ai primi approcci del bambino con la spirometria suggeriamo di far prendere confidenza con lo stringinaso e il boccaglio, che deve essere mantenuto appoggiato sopra la lingua. Si possono, quindi, mostrare e provare insieme l'inspirazio-

ne massima e l'espirazione forzata. Alcuni strumenti sono dotati di un software che presenta al bambino un'animazione (soffiare le candeline o il gioco del bowling), che incentiva la rapidità e la forza dell'inizio dell'espirazione. Occorre tener conto che questi incentivi sono finalizzati a ottenere un appropriato picco di flusso espiratorio, e non a prolungare lo sforzo espiratorio [13-15]. Non sono perciò indispensabili e possono essere utilizzati solo nella prima parte dell'addestramento. Dopo che il bambino ha interiorizzato che l'espirazione deve essere a inizio rapido e che l'aria deve essere forzata a uscire con uno sforzo massimo, si richiede di prolungare gradualmente l'espirazione da 1 a 2-3 secondi e poi ad almeno 6 secondi (figura 2 e tabella 1). Per valutare se l'avvio dell'espirazione forzata è avvenuto rapidamente e senza esitazioni si considera la curva MEFV: la manovra è accettabile se il PEFR è ben riconoscibile, con aspetto appuntito e non arrotondato, e se è stato raggiunto entro il primo 30% del volume espirato (figura 1 e 2, tabella 1). Con la spirometria diagnostica di laboratorio è possibile valutare con maggiore precisione l'avvio dell'espirazione [16] (tabella 1).

Occorre assicurarsi che il software dello strumento tenga conto dei criteri di accettabilità e di riproducibilità più importanti e perciò fornisca durante l'esecuzione dell'espirazione forzata o al suo termine dei messaggi esplicativi e incentivanti (tabella 1). È importante che sia nota almeno la durata dell'espirazione

TABELLA 1: LA "QUALITÀ" DELLA SPIROMETRIA. I CRITERI DI ACCETTABILITÀ E DI RIPRODUCIBILITÀ*

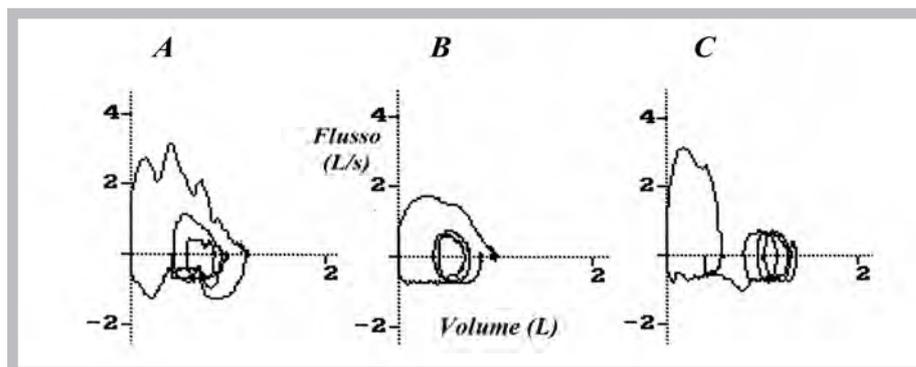
| | Primi tentativi e 3-6 anni | Addestramento e 6-8 anni | Ben collaboranti |
|---|---|----------------------------------|--|
| <i>Inspirio massimo</i> | > volume corrente | Prima IC, poi ICV** | Idem** - Rapido, no apnea |
| <i>Inizio espirio</i> | PEFR riconoscibile non arrotondato (VER <12.5% CVF**) | Idem rPEFR <120 msec**) | Idem (VER <5% CVF** rPEFR <80 msec**) |
| Criteri di accettabilità | | | |
| <i>Durata espirio</i> | 1 sec | 2-3 sec | Ameno 6 sec [#] |
| <i>Artefatti</i> | No | No | No |
| <i>Numero minimo di curve accettabili</i> | 2 (seduta: max 15 min) | 2 | 3 |
| Criteri di riproducibilità | No | 10% FEV ₁ (200 ml) | 5% FEV ₁ e CVF (100 ml) |
| Curva migliore*** | PEFR maggiore | PEFR e FEV ₁ maggiori | (FEV ₁ + CVF) maggiore |

* Sono stati considerati i criteri ATS ed ERS e, per l'età prescolare, si è tenuto conto dell'esperienza personale e dei dati di letteratura; i criteri di accettabilità sono presentati con una gradualità di obiettivi da raggiungere, sulla base della collaborazione del bambino [1-3]. Gli artefatti sono: presenza di tosse, chiusura o semichiusura della glottide, fine anticipata del segnale, sforzo variabile, perdite dal boccaglio o ostruzione del boccaglio con la lingua.

** Sono riportati i criteri di accettabilità ottenibili e verificabili con la spirometria diagnostica di laboratorio. #: nel tracciato volume-tempo deve riconoscersi un plateau di almeno 1 secondo. *** Da questa curva vengono ricavati i valori del PEFR e i parametri di flusso (vedi interpretazione); CPT: capacità polmonare totale; IC: capacità inspiratoria, cioè la massima inspirazione ottenuta a partire dalla fine espirazione del respiro corrente; ICV: capacità vitale inspiratoria, cioè la massima inspirazione ottenuta dopo uno svuotamento massimo; PEFR: picco di flusso espiratorio; rPEFR: ritardo del PEFR; VER: volume di estrapolazione retrograda, cioè il volume estrapolato se l'avvio dell'espirazione avviene con esitazione; FEV₁: volume espiratorio forzato nel primo secondo; CVF: capacità vitale forzata.

forzata e la durata del plateau finale del segnale di volume, che deve essere di almeno 1 secondo (figura 1). Dopo il raggiungimento del PEFR, la curva MEFV deve ridursi gradualmente con un tipico aspetto triangolare: la parte discendente può essere lievemente convessa (lievemente concava nell'adulto sano oltre 50-60 anni) o lineare fino al suo termine (flusso zero), senza una brusca e istantanea caduta del segnale a zero (sforzo interrotto) o oscillazioni (tosse o semichiusura della glottide (figura 2). Altri artefatti sono le perdite dal boccaglio e l'ostruzione del boccaglio da parte della lingua mal posizionata. Occorre assicurarsi che durante l'espirazione forzata il capo non sia piegato in avanti.

Dopo che sono state ottenute almeno 2 curve accettabili occorre verificare che siano stati rispettati i criteri di riproducibilità: due curve accettabili devono essere anche molto simili tra di loro e i due parametri principali, FEV₁ e CVF, non devono variare più di 100-200 ml (tabella 1). Mentre ai primi approcci alla spirometria e nei bambini tra i 4 e 6 anni è indispensabile ottenere almeno due curve accettabili e si rinuncia al criterio della loro riproducibilità, man mano che il bambino inizia a collaborare occorre assicurarsi che due curve accettabili siano anche riproducibili, prima solo per il FEV₁ e poi per entrambi i parametri FEV₁ e CVF (tabella 1). Se non si ottengono due curve riproducibili, occorre aumentare il numero delle curve accettabili, fino a un massimo di 8 curve.

FIGURA 2: CURVE FLUSSO-VOLUME

Sono riportate le curve flusso-volume dell'espirazione forzata (MEFV), prodotte da bambini di 6-7 anni (è indicato anche il flusso inspiratorio prima dell'espirazione forzata e il flusso durante il respiro corrente). In A la curva MEFV presenta ampie oscillazioni del flusso e non è riconoscibile un evidente picco di flusso espiratorio (PEFR): la curva non è accettabile, poiché lo sforzo è stato variabile e non sostenuto nel tempo (almeno 1 secondo). In B la curva MEFV è arrotondata senza un evidente PEFR: anche questa curva non è accettabile, perché l'avvio dello sforzo è avvenuto con esitazione e non è stato massimale. Il PEFR è un indice di sforzo espiratorio: la misura è accettabile se il PEFR è ben riconoscibile, è stato raggiunto rapidamente e il suo valore rientra nel range normale. In C la curva MEFV presenta un PEFR evidente, raggiunto rapidamente, ma lo sforzo è stato sostenuto per un tempo molto breve (< 1 sec): il flusso si riduce a zero istantaneamente, appena all'inizio della fase discendente della curva MEFV.

Occorre creare un ambiente familiare con il bambino, puntare sulla sua capacità di eseguire prestazioni rapide, sulla sua facilità a imitare azioni e a competere per raggiungere risultati migliori. La sua capacità di attenzione è però limitata e una seduta non può prolungarsi oltre i 15-20 minuti.

Il pediatra deve essere un abile esecutore della spirometria e dovrà eseguire un adeguato addestramento alla spirometria presso un laboratorio, che ha esperienza nelle misure in età pediatrica. Un modello di addestramento e della sua verifica può essere quello sperimentato dalla Clinica Pediatrica di Padova [8].

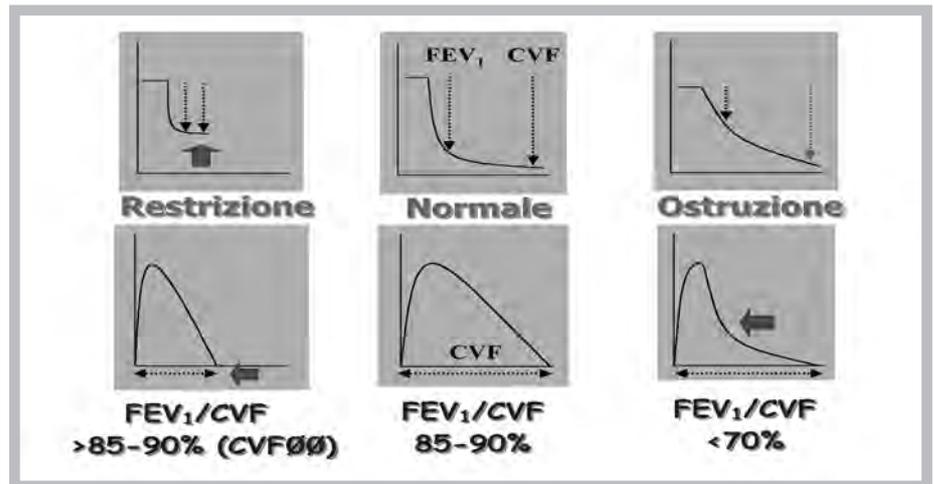
Quali parametri valutare?

I parametri, che consentono di interpretare la manovra di capacità vitale forzata, sono due: CVF e FEV₁. Questi due parametri sono influenzati da fattori diversi della meccanica respiratoria: CVF è influenzato prevalentemente dalla forza dei muscoli respiratori e dall'elasticità del sistema respiratorio, mentre FEV₁ è influenzato soprattutto dalla pervietà delle vie aeree [2-3]. Il rapporto FEV₁/CVF consente di sintetizzare in una percentuale quale dei due parametri è prevalentemente ridotto: se prevale la riduzione di CVF, vi sarà una consensua-

le riduzione del FEV₁ e il rapporto FEV₁/CVF è > 90%, e ciò identifica un difetto "restrittivo". Se prevale la riduzione di FEV₁, il rapporto FEV₁/CVF si riduce in misura proporzionale alla riduzione del FEV₁ e ciò identifica un difetto "ostruttivo". Il valore medio normale del rapporto FEV₁/CVF varia dopo i 6-7 anni da 85 a 90% ed è abbastanza costante nelle varie fasce di età; il limite inferiore della norma è il 70% (figura 3) [2-3]. Anche le curve MEFV sono molto diverse tra di loro nelle situazioni di normalità, difetto restrittivo e difetto ostruttivo (figura 3). Il confronto della curva MEFV misurata e di quella normale, che possono essere sovrapposte nel report finale della spirometria, consente di apprezzare visivamente se e di quanto sono ridotte le riserve di flusso e le riserve di volume nei due difetti funzionali (figura 3).

Questa lettura semplificata ma molto efficace della spirometria ha due eccezioni. Il PEF_R può essere ridotto in rapporto a una ostruzione bronchiale, anche se vi è una riduzione della forza dei muscoli espiratori (malattie neuromuscolari) o un ridotto sforzo espiratorio. Infatti, si guarda al PEF_R e alla morfologia iniziale della curva MEFV per valutare se lo sforzo è stato rapido, veloce e massimo. In secondo luogo, in presenza di isolata ostruzione delle piccole vie aeree, il FEV₁ e il PEF_R sono normali, perché sono influenzati soprattutto dalla pervietà delle vie aeree centrali. In presenza di ostruzione delle vie aeree periferiche la curva MEFV è ridotta solo nel suo 20-30% finale: il parametro che si altera in questa situazione è il flusso espiratorio forzato compreso tra il 25% e il 75% di CVF, cioè il FEF₂₅₋₇₅ (o MMEF). La riduzione del FEF₂₅₋₇₅ è l'alterazione più precoce di alcune malattie, come la fibrosi cistica o la broncopatia cronica ostruttiva dell'adulto. Ma può rappresentare anche l'unica alterazione funzionale dell'asma, che può risolvere dopo una terapia steroidea per via inalatoria e ricomparire alla sospensione di questa terapia [17-19]. È ancora attuale e irrisolto il quesito: che significato ha questa alterazione isolata per il bambino con asma che domani diventa adulto?

FIGURA 3: TRACCIATI VOLUME-TEMPO E CURVE FLUSSO-VOLUME



Sono riportati in alto i traccianti volume-tempo e in basso le curve flusso-volume dell'espirazione forzata (MEFV). Nel soggetto normale, nel primo secondo viene espulso circa l'85-90% della capacità vitale forzata (CVF) e la curva MEFV ha un tipico aspetto triangolare. In presenza di ostruzione delle vie aeree, il volume espirato nel primo secondo (FEV₁) è ridotto, mentre CVF è normale o quasi: il rapporto FEV₁/CVF è perciò inferiore al 70%. La curva MEFV ha un aspetto "a morso di mela", che indica la riduzione delle riserve di flusso. Quando prevale la riduzione di forza dei muscoli respiratori (malattie neuro-muscolari) o la riduzione dell'elasticità polmonare (fibrosi interstiziale) o vi è un importante versamento pleurico, vi è una riduzione prevalente di CVF. In questo caso CVF è ridotto rispetto ai valori normali, ma il rapporto FEV₁/CVF è normale o superiore all'85-90%: la curva MEFV ha un aspetto "schiacciato", riflettendo la riduzione delle riserve di volume, mentre il profilo dei flussi è triangolare e perciò normale.

La responsività al broncodilatatore (BD) è un test spirometrico molto semplice e di grande significato. Consiste in: a) spirometria in condizioni basali, cioè a distanza di almeno 8 ore da un BD "short-acting" e di almeno 12 ore da un BD "long-acting"; b) inalazione di BD "short-acting" spray con una camera di riserva (per esempio salbutamolo spray, 200 microgrammi); c) dopo 10-15 minuti ripetizione di un'altra spirometria. La risposta al BD è valutata considerando il FEV₁: un incremento del suo valore assoluto maggiore di 200 ml o del 12% rispetto al valore basale (FEV₁ dopo BD - FEV₁ basale/FEV₁ basale x 100) indica una bronco-ostruzione reversibile, compatibile con una diagnosi di asma [2-3-19]. Si può registrare un aumento anche degli altri parametri, come CVF e FEF₂₅₋₇₅: l'incremento significativo di quest'ultimo parametro, molto sensibile ma anche molto variabile, deve essere superiore al 35% rispetto al valore basale [2-3].

Il FEV₁ può essere utilizzato anche per misurare la perdita di funzione a causa di uno stimolo asmogeno come la corsa. Questo test è fattibile in ambulatorio con l'accortezza di avere un BD a disposizione nel caso di insorgenza di asma. Si esegue una spirometria basale, in assenza di farmaci BD nelle 8-12 ore precedenti. In un corridoio, su un percorso piano stabilito, si fa correre il bambino per 6 minuti: per assicurarsi dell'entità dello sforzo al termine della corsa la frequenza cardiaca deve essere superiore a 170 bpm. Si ese-

gue la spirometria dopo 3, 5, 7, 10 e 15 minuti dal termine dello sforzo: in presenza di asma da sforzo si verifica, entro i primi 15 minuti dal termine della corsa, una riduzione del FEV₁ > 10%. Nel caso di riduzione significativa del FEV₁ e/o di sintomi si fa inalare un BD, valutandone con la spirometria l'effetto. Il test con corsa libera può essere ricontrollato nel tempo dopo una premedicazione (per esempio salbutamolo) oppure dopo una terapia di fondo prolungata dell'asma. Nelle ripetizioni del test occorre assicurarsi che esso venga eseguito sempre sullo stesso percorso e possibilmente alla stessa ora e nella stessa stagione (pollini, temperatura atmosferica) [2-3].

L'interpretazione della spirometria: la normalità

Abbiamo a disposizione molte serie di valori normali della spirometria in età pediatrica [21-23]. Questi sono abbastanza discordanti tra di loro nella fascia di età più precoce, tra i 5 e i 7 anni, e nell'adolescenza, tra i 14 e i 18 anni. Questa discordanza è da ricondurre alla scarsa numerosità del campione indagato in queste due fasce di età. Per tale ragione diventa anche impreciso accordare i valori normali in età pediatrica con quelli dell'età adulta: l'unica eccezione è data dagli Autori, che presentano dei valori di normalità, che comprendono sia l'età pediatrica che quella adulta, che sono da preferire [24-25].

La scelta dei teorici normali deve tener

conto delle caratteristiche etniche e antropometriche dei soggetti che saranno oggetto della misura. Le formule di regressione per i valori normali della spirometria devono includere, oltre al sesso e l'altezza, anche l'età: questo è importante, specie per l'adolescenza, che è caratterizzata da una discrepanza tra la crescita in statura e quella dei polmoni (in una prima fase crescono di più gli arti rispetto al tronco) e per le situazioni patologiche di crescita staturale. Quasi tutti i teorici normali sono stati ricavati con studi trasversali, componendo i valori ottenuti in soggetti diversi alle diverse età. Solo i teorici di Hibbert et al. sono stati ricavati con metodo longitudinale su due coorti di una popolazione australiana, che hanno eseguito la spirometria rispettivamente durante l'età pediatrica e quella adolescenziale [26].

La scelta dei teorici normali è il migliore compromesso tra tutti gli aspetti indicati. Coerentemente ci sentiamo di suggerire quelli di Knudson et al., che sono stati ampiamente utilizzati anche a scopi di ricerca epidemiologica, includendo sia l'età pediatrica che quella adolescenziale e adulta [24]. Un'alternativa per la sola età pediatrica sono quelli di Quanjer et al. [23]. I valori misurati devono essere espressi in % rispetto ai valori normali (o % rispetto al predetto) per lo stesso sesso, statura ed età (% predetto = valore misurato/valore normale x 100). Come per le variabili ausometriche, anche per i valori spirometrici normali occorre considerare come limiti della norma le ± 2 deviazioni standard: per i volumi, come CV, CVF e FEV₁ i limiti inferiori della norma corrispondono all'80% del valore predetto; per i parametri di flusso, che sono più variabili, i limiti inferiori della norma corrispondono a circa il 65% del valore predetto. Definire la normalità di una misura non implica solo il confronto con i teorici normali. Nella pratica clinica è altrettanto importante fare riferimento alla "normalità" del singolo soggetto, che può essere raggiunta dopo una terapia, per esempio l'inalazione di un BD o un trattamento steroideo per 2-3 settimane o un trattamento antibiotico della stessa durata. Il "best" raggiunto dopo una terapia è la vera "normalità" per quel soggetto in quel momento. Il

"best" può variare nel tempo in senso migliorativo o anche in senso peggiorativo nelle malattie evolutive. Un evento acuto (per esempio un accesso asmatico o una infezione acuta), che il pediatra diagnostica e tratta con una terapia, implica una "perdita" di funzione polmonare, che può essere quantificata con la spirometria. La risposta alla terapia impostata può essere anche verificata con la spirometria: la terapia è stata efficace se ha riportato i valori al "best" precedente. Il pediatra dovrà preoccuparsi del bambino che ha eventi acuti con rilevanti "perdite" di funzione polmonare, "guadagni" non ottimali e un "best" distante dalla "normalità"; viceversa modula una terapia di mantenimento diversa in una malattia più "stabile", caratterizzata da "perdite" modeste, "guadagni" completi e un "best" completamente normale.

La spirometria in ambulatorio

La disponibilità di spirometri portatili e di semplice impiego e i limiti nella misura domiciliare del PEF_R spingono a una maggiore diffusione della spirometria nella realtà ambulatoriale [8-19]. Ciò può anche offrire una possibilità di una interrelazione più efficace tra pediatra di famiglia e specialista ospedaliero.

L'asma rappresenta l'ambito di più frequente applicazione della spirometria in ambulatorio. Per quanto riguarda la diagnosi di questa malattia, la spirometria consente di quantificare la responsività al BD: l'asma è infatti caratterizzato da una ostruzione bronchiale variabile nel tempo e reversibile in rapporto alla terapia [19-27]. La spirometria è anche utile per l'inquadramento e il trattamento dell'asma. Una evidente e importante reversibilità della bronco-ostruzione è indicativa di "instabilità" e in genere è parallela al rilievo di perdite importanti di funzione polmonare con gli accessi asmatici acuti: ciò implica la necessità di una terapia di fondo anche prolungata e con più farmaci per ridurre la bronco-irritabilità [27]. Il rilievo invece di un accesso asmatico con risposta modesta al BD informa che i processi infiammatori sono prevalenti e importanti e che è necessario utilizzare una terapia steroidea per via generale [27-28]. La spirometria serve poi a classificare la severità dell'asma

cronico: secondo le linee guida NHLBI, nell'asma lieve il FEV₁ "best" è > 80% predetto, nell'asma moderato persistente il FEV₁ "best" è compreso tra il 60 e l'80% predetto, mentre nell'asma severo persistente il FEV₁ "best" è < 60% predetto [27]. Nel caso di normalità del FEV₁ è utile valorizzare il valore e la variazione dopo BD del FEF₂₅₋₇₅ [17, 18]. FEV₁ o PEF_R sono utilizzati anche per classificare la gravità di un accesso asmatico: nell'accesso lieve il FEV₁ è > 80% rispetto al "best", nell'accesso di grado moderato è compreso tra il 50 e l'80% del "best", nell'accesso grave è < 50% del "best" [27]. La spirometria consente perciò di quantificare le dimensioni funzionali dell'asma, cioè la perdita e il guadagno di funzione respiratoria nel breve e lungo periodo, contribuendo a ottimizzare il trattamento di fondo dell'asma [19-27-29-30]. Va verificato se l'impiego della spirometria in ambulatorio produca, come atteso, questo vantaggio.

Non è da trascurare il significato prognostico della spirometria: un valore di FEV₁ < 60% predetto implica un'alta probabilità di avere un accesso asmatico nei mesi successivi [31]. È noto inoltre che una riduzione del FEV₁ % predetto e la presenza di sintomi asmatici persistenti in età precoce, per esempio tra i 7 e 10 anni, si associano a persistenza di asma e di bronco-ostruzione nell'età adulta [32-36]. La spirometria consente inoltre di valutare l'entità dell'asma da sforzo e l'efficacia della terapia per il suo controllo. Tutti questi aspetti valutativi sono molto utili ma devono sempre essere considerati insieme ai sintomi, alla loro frequenza e alla loro entità, e ad altri indici, come per esempio la presenza di atopìa, i segni diretti o indiretti di infiammazione delle vie aeree, il contesto familiare, l'età del bambino e tutti gli altri fattori che entrano in gioco per contribuire alla variabilità fenotipica della malattia [27].

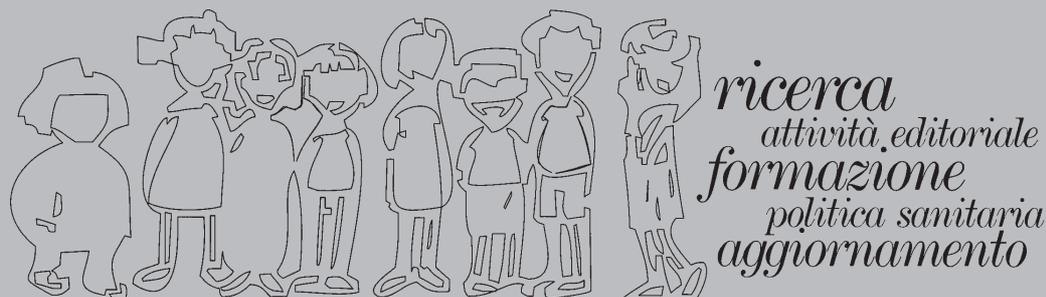
Oltre che nell'asma, la spirometria può essere utile anche in altre situazioni. In presenza di tosse cronica o altri sintomi di difficile inquadramento o di frequente morbilità respiratoria e in assenza di una diagnosi precisa, la spirometria può evidenziare una bronco-ostruzione. La reversibilità della bronco-ostruzione

dopo inalazione con BD è indicativa di asma [27]. Nel caso di una risposta dubbia o assente al BD o a una terapia anti-asmatica prolungata occorre considerare diagnosi alternative, organizzando un inquadramento complessivo, che includa almeno una radiografia del torace (eventualmente una TAC del torace ad alta risoluzione), un profilo di primo livello delle difese immunitarie e un test del sudore [27]. Altre indagini complementari sono indispensabili nell'ipotesi di una malformazione polmonare, di fibrosi cistica o di altre cause di polmone suppurativo [37]. Il test con corsa libera può dare supporto all'inquadramento di situazioni dubbie: nel caso di asma si può documentare una evidente riduzione del FEV₁ subito dopo lo sforzo; nel caso di diagnosi alternative il FEV₁ non si riduce dopo lo sforzo ma può aumentare durante lo sforzo [38]. I bambini ex-prematuri, specie se con grave prematurità, con o senza displasia broncopulmonare, i bambini con esiti di intervento chirurgico toracico o addominale, i bambini trattati per neoplasie con chemioterapici e/o radioterapia meritano un follow-up della funzione polmonare, per cogliere difetti di funzione ostruttivi o restrittivi che possono prolungarsi oltre l'età pediatrica [39-40]. Una misura spirometrica nel bambino obeso può documentare un difetto restrittivo, legato alla scarsa dinamica diaframmatica in rapporto all'abbondante tessuto adiposo addominale: ciò può rappresentare un ulteriore elemento per convincere bambino e famiglia dell'importanza di perdere peso. Oggi si vanno raccogliendo dati sull'effetto negativo degli inquinanti ambientali sulla salute dei bambini [41-42]. La maggiore morbilità respiratoria e l'effetto degli inquinanti sulla funzione polmonare potrebbero rappresentare l'oggetto di una ricerca collaborativa tra i pediatri di famiglia operanti in un'area più o meno estesa, per documentare in modo preciso quanto è temuto ma ancora assai poco documentato. L'uso di strumenti di monitoraggio validati, come la spirometria, consente, a nostro parere, di rendere più efficiente l'attività professionale del pediatra di famiglia, rivolta sia al singolo affetto da patologia respiratoria cronica sia alla prevenzione delle malattie respiratorie in età pediatrica. ♦

Bibliografia

- (1) Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. Series "ATS/ERS Task Force: Standardisation of lung function testing". In: Brusasco V, Crapo R, Viegi G (eds). Number 2. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005; 26:319-38.
- (2) Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, et al. Series "ATS/ERS Task Force: Standardisation of lung function testing". In: Brusasco V, Crapo R, Viegi G (eds). Number 5. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J* 2005;26:948-68.
- (3) American Thoracic Society. Standardization of spirometry – 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1107-36.
- (4) Eigen H, Bieler H, Grant D, et al. Spirometric pulmonary function in healthy preschool children. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:619-23.
- (5) Nystad W, Samuelsen SO, Nafstad P, et al. Feasibility of measuring lung function in preschool children. *Thorax* 2002;57:1021-7.
- (6) Zapletal A, Chalupova J. Forced expiratory parameters in healthy preschool children (3-6 years of age). *Pediatr Pulmonol* 2003;35:200-7.
- (7) ATS/ERS Statement: Raised volume forced expirations in infants. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172:1463-71.
- (8) Zanconato S, Meneghelli G, Braga R, et al. Office spirometry in primary care pediatrics: a pilot study. *Pediatrics* 2005;116:792-7.
- (9) Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Office spirometry for lung health assessment in adults: a consensus statement from the National Lung Health Education Program. *Chest* 2000; 117:1146-61.
- (10) Jain P, Kavaru MS, Emerman CL, Ahmad M. Utility of peak expiratory flow monitoring. *Chest* 1998;114:861-76.
- (11) Mortimer KM, Fallot A, Balmes JR, Tager IB. Evaluating the use of a portable spirometer in a study of pediatric asthma. *Chest* 2003;123:1899-907.
- (12) Braggion C, Pradal U, Mastella G, et al. Effect of different inspiratory maneuvers on FEV₁ in patients with cystic fibrosis. *Chest* 1996;110:642-7.
- (13) Kozłowska WJ, Aurora P. Spirometry in the preschool age group. *Paediatr Respir Rev* 2005;6:267-72.
- (14) Gracchi V, Boel M, van der Laag J, van der Ent CK. Spirometry in young children: should computer-animation programs be used during testing? *Eur Respir J* 2003;21:872-5.
- (15) Vilozni D, Barker M, Jellouschek H, et al. An interactive computer-animated system (SpiroGame) facilitates spirometry in preschool children. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:2200-5.
- (16) Aurora P, Stocks J, Oliver C, et al. On the behalf of the London Cystic Fibrosis Collaboration. Quality control for spirometry in preschool children with and without lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:1152-9.
- (17) Lebecque P, Kiakulanda P, Coates AL. Spirometry in the asthmatic child: is FEF₂₅₋₇₅ a more sensitive test than FEV₁/FVC? *Pediatr Pulmonol* 1993;16:19-22.
- (18) Klein RB, Fritz GK, Young A, et al. Spirometric patterns in childhood asthma: peak flow compared with other indices. *Pediatr Pulmonol* 1995;20:372-9.
- (19) Spahn JD, Bradley E, Chipps BE. Office-based objective measures in childhood asthma. *J Pediatr* 2006;148:11-5.
- (20) Leith DE, Butler JP, Sneddon SL, Brain JD. Cough (315-336). In: Fishman AP (ed). *Handbook of Physiology. Section 3: The Respiratory system. Volume III, Mechanics of Breathing, part 1*. Bethesda, Maryland: American Physiology Society, 1986.
- (21) Polgar G, Promadhat V (eds). *Pulmonary function testing in children. Techniques and standards*. W.B. Saunders, 1971.
- (22) Quanjer PH, Borsboom GJJM, Brunckreef B, et al. Spirometric reference values for white European children and adolescents: Polgar revisited. *Pediatr Pulmonol* 1995;19:135-42.
- (23) Quanjer PH, Stocks J, Polgar G, et al. Compilation of reference values for lung function measurements in children. *Eur Respir J* 1989;1 (Suppl 4) 184S-261S.
- (24) Knudson RJ, Lebowitz MD, Holberg CJ, Burrows B. Changes in the normal expiratory flow-volume curve with growth and aging. *Am Rev Respir Dis* 1983;127:725-34.
- (25) Paoletti P, Pistelli G, Fazzi P, et al. Reference values for vital capacity and flow-volume curves from a general population study. *Bull Eur Physiopathol Respir* 1986;22:451-9.
- (26) Hibbert ME, Lammigan A, Landau LI, Phelan PD. Lung function values from a longitudinal study of healthy children and adolescents. *Pediatr Pulmonol* 1989;7:101-9.
- (27) National Institute of Health. National Heart Lung and Blood Institute. National asthma education and prevention program: executive summary of the NAEPP expert panel report. Guidelines for the diagnosis and management of asthma – update and selected topics 2002. NIH Publication No. 02-5075. June 2002.
- (28) Linna O. Spirometry, bronchodilator test or symptom scoring for the assessment of childhood asthma. *Acta Paediatr* 1996;85:564-69.
- (29) Nair SJ, Daigle KL, DeCur P, et al. The influence of pulmonary function testing on the management of asthma in children. *J Pediatr* 2005;147:797-801.
- (30) Bye MR, Kerstein D, Barsh E. The importance of spirometry in the assessment of childhood asthma. *Am J Dis Child* 1992;146:977-8.
- (31) Fuhlbrigge AL, Kitch BT, Paltiel AD, et al. FEV₁ is associated with risk of asthma attacks in a pediatric population. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:61-7.
- (32) Phelan PD, Robertson CF, Olinsky A. The Melbourne Asthma Study: 1964-1999. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:189-94.
- (33) Sears MR, Greene JM, Willan AR, et al. A longitudinal population-based cohort of childhood asthma followed to adulthood. *N Engl J Med* 2003;349:1414-22.
- (34) Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life: the Group Health Associates. *N Engl J Med* 1995; 332:133-8.
- (35) Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, et al. Tucson Children's Respiratory Study 1980 to present. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:661-75.
- (36) Toelle BG, Xuan W, Peat JK, Marks GB. Childhood factors that predict asthma in young adulthood. *Eur Respir J* 2004;23:66-70.
- (37) Braggion C, Pradal U, Delmarco A, Carli M. Il bambino con tosse cronica e bronchiectasie: inquadramento e proposte terapeutiche. *Medico e Bambino* 2003;22:371-80.
- (38) Godfrey S, Springer C, Novinski N, et al. Exercise but not methacholine differentiates asthma from chronic lung disease in children. *Thorax* 1991;46:488-92.
- (39) Eber E, Zach MS. Longterm sequelae of bronchopulmonary dysplasia (chronic lung disease of infancy). *Thorax* 2001;56:317-23.
- (40) Cerveri I, Zoia MC, Fulgoni P, et al. Late pulmonary sequelae after childhood bone marrow. *Thorax* 1999;54:131-5.
- (41) Kulkarni N, Piersie N, Rushton L, Grigg J. Carbon in airway macrophages and lung function in children. *N Engl J Med* 2006;355:21-30.
- (42) Gauderman WJ, Avol E, Gilliland F, et al. The effect of air pollution on lung development from 10 to 18 years of age. *N Engl J Med* 2004;351:1057-67.

Associazione Culturale Pediatri



Quaderni acp è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i soci dell'Associazione.

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione, costituita a Milano il 5 settembre 1974, che raccoglie 2500 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. Nel 2005 si è fatta promotrice del progetto *Nati per la Musica*, insieme alla Società Italiana per l'Educazione Musicale e al Centro per la Salute del Bambino.

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 pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. Pubblica anche materiali che possono essere utilizzati dal pediatra di base, libero-professionista, ospedaliero nella sua attività: linee guida, casi clinici significativi, esercitazioni pratiche, EBM applicata alla clinica, narrative medicine, materiali di aiuto alle famiglie nella gestione delle malattie. La rivista non accetta inserzioni pubblicitarie.

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 nell'ambito socio-sanitario.

Ricerca

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

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.

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome

Quando si inizia dalle complicanze

Alessandro Vigo*, Alberto Braghiroli**, Emanuela Malorgio**, Silvia Noce**, Aldo Ravaglia***

*Centro di riferimento regionale per la SIDS, Regione Piemonte; **Centro di Medicina del Sonno Indirizzo Cardiorespiratorio, Fondazione "Salvatore Maugeri", IRCCS - Veruno; ***Pediatria di famiglia, ASL 7, Chivasso

Abstract

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Starting from complications

4 clinical cases regarding children with a diagnosis of OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) and rather unexpected symptoms are described. A 18 month old child with lack of appetite, weight loss and sporadic vomit in the morning. After a gastroenterology investigation the mother refers that it's a year that the child snores and has sleep apnea. An oximetry monitoring during sleep reveals an OSAS. The second case is a two year old child with tonsils' hypertrophy, snoring and troubled sleep with apnea. His oximetry monitored at home during sleep reveals an OSAS and for this reason a tonsillectomy is performed. However, for the persistence of the same symptoms and the presence of OSAS through an oximetry monitoring, an adenoidectomy is afterwards performed. After surgery slight symptoms are still present and an oximetry monitoring still reveals OSAS. The third case is a fourteen year old child with Down's syndrome who has undergone adenoidectomy and tonsillectomy at eight years of age. For the presence of apnea and cyanosis he is monitored during sleep with an oximetry which reveals the presence of OSAS. Nocturnal polysomnography confirms a severe case of OSAS. The problem is solved with a continuous positive airway pressure at home during sleep.

Quaderni acp 2007; 14(2): 82-84

Key words OSAS. Sleep Oximetry monitoring. Polysomnography. Adenoidectomy. Tonsillectomy.

Vengono presentati 4 casi clinici riferiti a bambini con diagnosi definitiva di OSAS (Obstructive Sleep Apnea Sindrome), presentatisi con sintomi piuttosto inattesi. Un bambino di 18 mesi con inappetenza, calo ponderale e saltuari episodi di vomito al mattino, è indagato dal punto di vista gastroenterologico. Successivamente, la madre riferisce che da un anno ha russamento e pause del respiro durante il sonno. La saturimetria nel sonno a domicilio rivela un quadro di OSAS. Un secondo bambino di 2 anni ha ipertrofia tonsillare, russamento notturno e sonno agitato con episodi di apnee notturne. La saturimetria nel sonno a domicilio rivela un quadro di OSAS, per cui viene eseguita solo una tonsillectomia senza adenoidectomia. Per il persistere della sintomatologia e del quadro saturimetrico di OSAS deve essere eseguita l'adenoidectomia. Dopo l'intervento, la sintomatologia non è completamente regredita. Una registrazione notturna della saturimetria rileva un quadro migliorato, ma evidenzia un quadro residuo, assai più lieve, di possibile OSAS. Il terzo caso riguarda un quattordicenne con sindrome di Down, adenotonsillectomizzato a 8 anni e sottoposto a monitoraggio della saturimetria nel sonno per arresto del respiro e di cianosi periorale nel sonno compatibile con un quadro di OSAS. La polisomnografia notturna domiciliare conferma la presenza di un quadro grave di OSAS. Viene quindi sottoposto a pressione positiva continua domiciliare nel sonno che risolve il problema.

Parole chiave OSAS. Monitoraggio della saturimetria nel sonno. Polisomnografia. Adenotonsillectomia

In un precedente articolo pubblicato su questa Rivista (2006;13:130-4) sono stati presentati alcuni casi clinici sufficientemente tipici di OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) e se ne sono discusse le modalità diagnostico-terapeutiche. Si presentano ora alcuni casi di OSAS di riscontro meno frequente, tratti, come i precedenti, dalla casistica del Centro SIDS dell'Ospedale Infantile "Regina Margherita" di Torino.

1. La storia di Umberto

Umberto ha 18 mesi e da 3 mesi soffre di inappetenza, calo ponderale, oltre a presentare saltuari episodi di vomito soprattutto dopo il risveglio del mattino. Vengono inoltre segnalati alcuni episodi infettivi a carico delle alte vie respiratorie. Per tale sintomatologia il pediatra sottopone Umberto a terapia antiacida, senza successo, e poi lo ricovera presso un

reparto di gastroenterologia. Qui tutti gli accertamenti risultano negativi: emocromocritometria, elettroliti, anticorpi anti-endomisio e anti-tireoglobulina, quadro proteico, immunoglobuline, assetto lipidico, anticorpi anti-DNA, esame delle feci (digestivo completo, ricerca sangue occulto, co-procoltura e parassitologico), esame delle urine e test del sudore. Poiché all'esame clinico Umberto presenta (oltre a segni di perdita di peso) un quadro di ipertrofia tonsillare con costante respirazione orale e russamento nasale, viene chiesto ai genitori il comportamento nel sonno del piccolo. La mamma dice che da almeno un anno Umberto presenta russamento con pause del respiro durante il sonno, che appare molto disturbato. Viene effettuato un monitoraggio della saturimetria nel sonno, eseguito a domicilio, da cui risultano 14 clusters di desaturazione > 4%, con 149 episodi di SaO₂ < 90%, di cui 47 con valore < 75% e valore minimo pari a 60% (per l'interpretazione dei tracciati si veda l'articolo precedente). Il risultato del monitoraggio notturno domiciliare conferma il sospetto clinico di OSAS (tabella 1). Il bambino viene sottoposto a intervento di adenotonsillectomia, effettuato in regime di ricovero e con stretta monitoraggio dei parametri vitali (saturazione O₂, attività cardiaca e respiratoria) nelle prime 24 ore dopo l'intervento, poiché i bambini che durante la notte presentano desaturazioni con valore inferiore all'80% hanno un aumentato rischio di presentare complicanze respiratorie nel post-operatorio. Un anno dopo l'intervento il bambino è aumentato di sette chilogrammi. Addirittura oltre l'atteso.

Il caso di Umberto insegna

► Talvolta i genitori non riconoscono come sintomi importanti, e quindi tali da essere riferiti al medico, quelli relativi alla fase del sonno.

Per corrispondenza:
Alessandro Vigo
e-mail: centrosids@oirmsantanna.it

il caso che insegna

- Sarebbe buona regola per i pediatri inserire nelle domande da effettuare nel corso dei controlli ambulatoriali o dei bilanci di salute anche quelle relative al comportamento del bambino durante il sonno, chiedendo per esempio di routine se il bambino russa.
- È possibile che una cattiva ossigenazione nel sonno comprometta un normale accrescimento, soprattutto nei primi anni di vita. Il catch-up successivo va opportunamente monitorato.

2. La storia di Vittorio Emanuele

Vittorio Emanuele ha 2 anni e ha fin dalla nascita ipertrofia tonsillare, respiro orale, russamento notturno e sonno molto agitato. Da circa 4 mesi presenta episodi di apnee notturne, con risvegli e “incubi” e ricerca di una postura semiseduta o seduta per riaddormentarsi.

Il pediatra sottopone Vittorio Emanuele ad accertamenti ematochimici che sono negativi, allergologici (lieve positività per alcuni alimenti), a una radiografia dei seni paranasali (presenza di ipodiafania dei seni mascellari) e al test del sudore che risulta negativo. Il piccolo, durante il prelievo ematico per gli accertamenti, ha un episodio caratterizzato da pallore, ipotonia e cianosi periorale: il medico di guardia del DEA dello stesso Ospedale, vista l’anamnesi ed evidenziato il quadro di importante ipertrofia adenotonsillare, richiede un monitoraggio della saturimetria nel sonno, a domicilio, da cui risultano 14 clusters di desaturazione >4%, con 42 episodi di $SaO_2 < 90\%$ e valore minimo pari a 75% (tabella 1). Il bambino viene inviato a intervento chirurgico in ambiente protetto, ma lo specialista ORL ritiene opportuno effettuare esclusivamente la tonsillectomia. Non viene eseguita l’adenoidectomia, date le piccole dimensioni di queste ultime valutate direttamente in camera operatoria, nonostante la “good practice”, di fronte a una diagnosi di OSAS, preveda l’intervento di adenotonsillectomia, per evitare che l’organo lasciato in sede si ipertrofizzi in seguito, e vada a costituire nuovamente motivo di ostruzione.

Due mesi dopo l’intervento, per il persistere della sintomatologia riferita sopra e per la comparsa di intensa sudorazione nella fase di addormentamento (espressio-

TABELLA 1: CRITERI DI BROUILLETTE

| Diagnosi di OSAS se la saturimetria notturna registra: | |
|--|-------|
| • 3 clusters di desaturazioni più | ≥ 4% |
| • 3 desaturazioni con valore di SO_2 | < 90% |

• Pediatrics 2000;105:e405-e412

ne di un sonno disturbato, potenzialmente secondario a più cause, tra cui un possibile problema di ventilazione), il bambino viene nuovamente indagato con un monitoraggio della saturimetria nel sonno, da cui risultano 9 clusters di desaturazione >4%, con 32 episodi di $SaO_2 < 80\%$ e valore minimo pari a 50%. Viene quindi consigliato intervento urgente di adenoidectomia sempre in ambiente protetto. Sfortunatamente Vittorio Emanuele a questo punto della storia contrae un’infezione da EBV, che a causa di un’improvvisa insufficienza respiratoria richiede un ricovero urgente con necessità di ossigenoterapia continua e stretto monitoraggio cardiorespiratorio e saturimetrico, dati i bassi livelli ossiemoglobinici (costante riscontro di SaO_2 uguale o inferiore a 80% in aria libera) e terapia cortisonica ad alte dosi. A 3 settimane di distanza dall’acme dell’episodio infettivo viene sottoposto nuovamente ad anestesia generale per eseguire l’adenoidectomia. Dopo l’intervento la sintomatologia non è completamente regredita, e si decide di effettuare un’altra registrazione notturna della saturimetria che, pur se nettamente migliorata (5 episodi di desaturazione > 4%, con valore minimo di SaO_2 pari a 91%), evidenzia ancora un quadro residuo, seppur assai più lieve, di possibile OSAS, da definire successivamente con un’indagine polisomnografica per prendere in considerazione altre eventuali opzioni terapeutiche.

Il caso di Vittorio Emanuele insegna

- Di fronte a una diagnosi strumentale di OSAS è sempre corretto e prudente eseguire l’adenotonsillectomia e quasi mai adenoidectomia o tonsillectomia singolarmente, indipendentemente dalle dimensioni degli organi in questione (che non è direttamente proporzionale alla presenza e severità dell’OSAS).

- La persistenza dei sintomi dopo l’intervento rende necessario un ulteriore studio del sonno, per documentare un eventuale fallimento terapeutico e ricercare quindi altre soluzioni.

3. La storia di Amedeo

Amedeo è un bambino di 14 anni con sindrome di Down. È stato sottoposto all’età di 8 anni ad adenotonsillectomia, senza aver effettuato alcuna indagine strumentale. A 14 anni, per la presenza di arresto del respiro e di cianosi periorale nel sonno segnalati dalla mamma, viene sottoposto a monitoraggio della saturimetria nel sonno, da cui risultano 21 clusters di desaturazione > 4%, con 32 episodi di $SaO_2 < 90\%$ e valore minimo di 65%. Inoltre si segnalano numerose apnee centrali desaturanti di lunga durata (massimo 32 secondi).

Il monitoraggio risulta quindi compatibile con un quadro conclamato di OSAS.

Per la presenza delle apnee centrali desaturanti e per la comparsa di 2 episodi “lipotimici” notturni (il ragazzo è caduto a terra, con breve perdita di coscienza, mentre si recava in bagno) viene sottoposto a RMN cerebrale, a EEG (risultati nella norma) e, visto il riscontro di ipertensione sistemica, a visita cardiologica. All’ecocardiogramma si evidenzia un iniziale sovraccarico destro. Si decide quindi di effettuare una polisomnografia notturna domiciliare, che conferma la presenza di un quadro conclamato e grave di OSAS. Amedeo viene quindi sottoposto a CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) domiciliare nel sonno (figura 1), per ripristinare una corretta ventilazione, impedendo il collassamento delle alte vie aeree e riducendo quindi le resistenze all’ingresso dell’aria. A 6 mesi dall’avvio del supporto ventilatorio notturno viene riscontrata la remissione del quadro di ipertensione sistemica e della sintomatologia lipotimica. Il

FIGURA 1: CPAP (CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE), SISTEMA DI SUPPORTO VENTILATORIO NON INVASIVO



L'apparecchiatura è costituita da un compressore di piccole dimensioni, silenzioso, che attraverso una semplice maschera nasale appoggiata al volto del bambino invia un flusso d'aria continuo alle vie aeree superiori, impedendone il collassamento durante il sonno.

ragazzo, se la mamma se ne dimentica, chiede egli stesso prima di andare a letto di indossare la mascherina della CPAP.

Il caso di Amedeo insegna

- ▶ Un quadro di OSAS severa può verificarsi anche in un paziente che non solo non presenta un'ipertrofia adenotonsillare, ma che non ha più né adenoidi né tonsille. Il problema in questo caso è motivato da un'inadeguatezza del tono muscolare delle alte vie aeree, frequente nei pazienti Down ma possibile, più raramente, anche in bambini peraltro normali.
- ▶ L'intervento chirurgico non è l'ultima risorsa terapeutica.
- ▶ Una cattiva ossigenazione nelle fasi del sonno può a lungo termine determinare complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare attraverso un incremento delle resistenze del piccolo e, in successione, del grande circolo.

Commento finale

Il termine OSAS è ancora poco familiare per i pediatri. Si è ancora abituati a ragionare in termini di ipertrofia adenotonsillare. I sintomi che sul campo ci spingono a porci il problema OSAS sono un racconto dei genitori di un bambino sempre malato di gola, respirazione a bocca aperta, otiti recidivanti, sonno rumoroso e a volte interrotto da pause. L'ostruzione respiratoria come indicazione principale all'intervento è un'acquisizione relativamente recente, conseguita alla diffusa accettazione del concetto che le infezioni giustificano l'intervento solo se "molto" recidivanti. Se non si opera più di adenotonsillectomia per un motivo ne viene ora avan-

ti un altro, anche perché la stimolazione da infezioni ripetute genera ipertrofia. Accettare che l'esame clinico è una valida fonte di sospetto, che però di regola richiede un riscontro strumentale per porre diagnosi precisa di sindrome ostruttiva, è un cambio di mentalità che forse necessita di tempi non brevissimi. L'atteggiamento attuale del pediatra è la delega all'otorinolaringoiatra, mentre sembra necessario per i pediatri affrontare culturalmente in maniera nuova questo vecchio problema. ♦

Vedi anche l'articolo a pag. 73.

Bibliografia essenziale

Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Section on Pediatric Pulmonology, Subcommittee on Obstructive Sleep Apnea Syndrome. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2002;109:704-12.
 Gozal D, O'Brein LM. Snoring and obstructive sleep apnea in children: why should we treat? Pediatric Resp Reviews 2004;5 (suppl A):S371-S376. Arch Dis Child 2000;83:76-81.
 Ministero della Salute. Documento di Indirizzo 4, Aprile 2003 "Appropriatezza Clinica e Organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia".
 O'Brien LM, Holbrook CR, Mervis CB, et al. Hume BC, Gozal D. Sleep and neurobehavioral characteristics of 5 to 7 year old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2003; 111:554-63.
 Rosen CI. Obstructive sleep apnea syndrome in children: controversies in diagnosis and treatment. Pediatr Clin N Am 2004;51:153-67.
 Schlaud M, Urschitz MS, Urschitz-Duprat P, Poets C. The German study on sleep-disordered breathing in primary school children: epidemiological approach, representativeness of study sample and preliminary screening results. Pediatric and Perinatal Epidemiology 2004;18:431-40.

NEWSLETTER PEDIATRICA

Bollettino bimestrale per i soci ACP
 n. 15-16, anno 2006, Vol. 4, pp. 64-85

Sul numero 15-16

Letteratura primaria

- Ipovitaminosi D e rachitismo
- Acido folico e vit. B6 per normalizzare la disfunzione endoteliale nel diabete tipo 1
- Efficacia del prednisone nella porpora di Schönlein-Henoch
- Corticosteroidi nel trattamento iniziale della malattia di Kawasaki
- Ancora un RCT su associazione paracetamolo-ibuprofene nella febbre
- Nitazoxanide nel trattamento della diarrea severa da Rotavirus
- Depressione materna e salute del bambino
- Fattori di rischio per maltrattamento ricorrente
- Efficacia dei probiotici nella diarrea da antibiotici
- Prognosi dell'idronefrosi identificata durante l'ecografia prenatale
- Alcune notizie sull'asma
- Valutazione del ritardo globale dello sviluppo
- Il parere dei genitori sulla terapia occlusiva per l'ambliopia
- Temperatura > 41,1° e rischio di infezione batterica severa
- Cochrane Database of Systematic Review, 4° aggiornamento 2006

La distribuzione della newsletter è limitata ai soci ACP e avviene per posta elettronica.

Per riceverla inviare una e-mail all'indirizzo:

newsletter@csbonlus.org con oggetto "Conferma newsletter" e specificando: nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero ecc.).

Gli arretrati sono disponibili sul sito www.csbonlus.org, nella sezione Risorse (vedi).

Il vaccino contro il papillomavirus arriva a primavera; intanto laviamoci le mani

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccino anti-HPV. Prevenzione dell'influenza

Arriva (di corsa) il vaccino contro il papillomavirus

L'annuncio del Ministro Turco sulla campagna di vaccinazione contro il papillomavirus (HPV), diffuso dai media il 24 gennaio, ha colto tutti di sorpresa. Le Regioni erano riuscite a concordare un'azione coordinata, prevedendo l'introduzione del vaccino nel 2008 per avere il tempo di organizzare la formazione, l'informazione e le attività dei servizi vaccinali, poiché si tratta di tre sedute aggiuntive. A questo si aggiunge la necessità di pianificare una sorveglianza tanto peculiare e impegnativa come quella collegata a questa vaccinazione. Siamo poi ancora in attesa dei risultati degli studi italiani in corso per conoscere i dati nazionali sul carcinoma della cervice, gli HPV prevalenti, l'accettabilità, la fattibilità e le valutazioni costo-efficacia. I costi, infatti, non sono indifferenti: 300 euro circa a ciclo, con una spesa nazionale di 75 milioni di euro. In questo scenario, il Ministro ci informa che il vaccino sarà disponibile fin da questa primavera e che la vaccinazione verrà offerta gratuitamente alle dodicenni, mentre le donne che non hanno ancora contratto l'infezione potranno vaccinarsi acquistando il vaccino, a proprie spese con prescrizione medica.

Cosa accadrà

Le conseguenze prevedibili saranno una domanda ingovernabile della popolazione e una promozione incontrollata da parte del privato, mentre si tratta di un vaccino che, più di tutti gli altri, richiede un forte coordinamento delle azioni e uno strettissimo controllo dei risultati, con un registro delle donne vaccinate e un monitoraggio citologico reiterato nel tempo. L'informazione sarà uno degli aspetti più delicati, non solo per la materia e il target a cui è prioritariamente diretta (le dodicenni), ma anche per le

conoscenze disponibili e non, da comunicare sia ai medici che ai cittadini. Il vaccino è risultato altamente immunogeno (oltre il 98%) ed estremamente efficace (fino al 100%) nel proteggere dalle infezioni e dalle lesioni cervicali provocate dagli HPV 16 e 18, contro i quali è diretto, che rappresentano circa il 70% di tutti quelli strettamente correlati al carcinoma. Ma i risultati riguardano un periodo di soli 4-5 anni [1]. Saranno necessari ulteriori studi per valutare la durata della protezione e ci vorranno decenni per verificare la reale efficacia protettiva sui tumori [2]. Il fenomeno del rimpiazzo con altri HPV sarà da tenere sotto stretta sorveglianza, così come la cross-protezione verso HPV diversi, prospettata dalla Ditta produttrice. Si tratterà perciò di controlli non semplici che dovrebbero essere coordinati a livello quanto meno regionale, e protratti per decenni. Lo screening dovrà proseguire in parallelo e assumerà un'importanza strategica come strumento di sorveglianza degli effetti del vaccino. Ciò costituirà un problema nelle Regioni dove lo screening è poco garantito e raggiunge una bassa percentuale di donne che sono poi solitamente le più abbienti. I finanziamenti aggiuntivi, promessi dal Ministero alle Regioni meno attrezzate, non sembrano sufficienti ad assicurare che venga garantito ciò che non è stato fatto per tanti anni. Sembra di capire che più dei finanziamenti extra, in alcune aree del Paese, servirebbe la volontà di organizzare i servizi pubblici e di farli funzionare. È innegabile che il vaccino contro il papillomavirus sia un prodotto di grande interesse e di molte promesse, ma non condividiamo l'entusiasmo del Ministro per il fatto che siamo il primo Paese europeo a introdurlo. Viste le premesse, forse, per ora almeno, non è un primato di cui vantarsi.

Per prevenire l'influenza laviamoci le mani

Un documento del CDC europeo (ECDC), pubblicato alla fine del 2006 su *Eurosurveillance*, illustra le misure non farmacologiche per prevenire la diffusione dell'influenza [3]. Queste norme fanno riferimento alle indicazioni dell'OMS per attenuare la diffusione di un'eventuale pandemia, e derivano da un'attenta

analisi delle modalità di trasmissione dell'influenza e dalla valutazione dell'efficacia preventiva di alcune misure personali. I comportamenti individuali sono un aspetto della prevenzione delle malattie infettive a cui viene dato solitamente poco rilievo, mentre sono di semplice attuazione e – anche se necessitano di ulteriori approfondimenti – potrebbero dare buoni risultati.

In sintesi, le misure sostenute dall'ECDC sono:

- ▶ lavaggio regolare delle mani (efficacia fortemente supportata);
- ▶ norme igieniche quando si tossisce o si starnutisce (ripararsi naso e bocca con fazzoletti di carta da eliminare adeguatamente);
- ▶ uso della mascherina in ambienti di assistenza sanitaria per chi ha sintomi di infezione respiratoria acuta;
- ▶ quando circola l'influenza, isolamento precoce a domicilio delle persone che non si sentono bene e che hanno la febbre.

Si tratta di regole facilmente adottabili anche per i bambini, specie il lavaggio delle mani, che si è dimostrato uno degli strumenti di prevenzione più efficaci per prevenire il contagio da molte malattie. È in corso anche una revisione Cochrane per indagare ulteriormente l'efficacia di queste misure, che dovrebbe concludersi nel 2007.

Intanto possiamo consigliare caldamente il lavaggio delle mani. ♦

Bibliografia

- (1) Harper DM, Franco EL, Wheter CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of bivalent L1 virus-like particle against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised trial. *Lancet* 2006;367:1247-55.
- (2) Grandori L. Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come. *Quaderni acp* 2005;13(5): 255.
- (3) Nicoll A. Personal (non-pharmaceutical) protective measures for reducing transmission of influenza – ECDC interim recommendations. *Euro Surveill* 2006; 11(10):E061012.1. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#1>

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

Decongestionanti nasali: attenzione, pericolo di morte

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, IRFMN, Milano

Farmaci per il raffreddore: negli USA tre lattanti morti nel 2005

Nel biennio 2004-2005, 1519 bambini di età inferiore a 2 anni sono stati ricoverati in Pronto Soccorso negli Stati Uniti per eventi avversi associati all'impiego di medicinali per il trattamento di tosse e raffreddore. Una survey del Centers for Disease Control (CDC) ha identificato nel 2005 tre casi di morte attribuiti ai farmaci somministrati. I tre bambini avevano un'età compresa tra 1 e 6 mesi (2 di sesso maschile) e avevano elevati livelli plasmatici di pseudoefedrina.

La Food and Drug Administration raccomanda ai medici cautela nell'impiego di questi farmaci nei bambini < 2 anni di età. Reazioni avverse associate all'uso di decongestionanti nasali (che hanno autorizzazione all'uso sopra i 3 anni di età) sono state segnalate anche in Italia (dispnea, edema faringeo, eruzioni cutanee, contrazioni muscolari, ipotonia-iporesponsività). Nel nostro Paese sono disponibili 18 principi attivi da soli (6 p. a) o in associazione, per un totale di 37 specialità medicinali; in Inghilterra sono commercializzati solo efedrina e xilometazolina.

(Infant Deaths Associated with Cough and Cold Medications, Two States, 2005. *MMWR* 2007; 56:1-4.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5601a1.htm>

Bambini e psicofarmaci: un Convegno all'Istituto Superiore di Sanità

L'efficacia e la sicurezza d'impiego degli psicofarmaci in età pediatrica sono state oggetto di dibattito negli ultimi anni, sia nella comunità scientifica che nella società civile, anche a seguito di alcuni provvedimenti regolatori. Nel corso degli ultimi anni la prescrizione degli psicofarmaci nella popolazione generale è in continuo aumento. Nei bambini, dopo gli incrementi dei primi anni 2000 che per entità hanno superato quelli osservati negli adulti, il recente profilo prescrittivo degli psicofarmaci è stazionario (nel 2005 il tasso di prescrizione era del 2 per mille nei bambini e adolescenti corrispondente ad almeno 30.000 persone in Italia).

Per corrispondenza:
Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute
e-mail: cif@marionegri.it

L'incontro "Bambini e Psicofarmaci: tra incertezza scientifica e diritto alla salute", tenutosi il 24 gennaio u.s. presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma, è stato l'occasione per un confronto tra le istituzioni, gli operatori sanitari e le famiglie sull'epidemiologia del disagio psichico in età pediatrica e i possibili interventi che possano garantire ai pazienti e alle famiglie l'accesso a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali basati sulle evidenze scientifiche e omogenei a livello nazionale. In particolare, l'incontro ha costituito l'occasione per illustrare il Registro nazionale dell'ADHD che sarà attivato in concomitanza con l'approvazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del metilfenidato e dell'atomoxetina. Da più parti è stata sottolineata la necessità che questo Registro nazionale sia esteso al monitoraggio dell'uso di tutti gli psicofarmaci nei bambini.

(<http://www.iss.it/adhd/news/cont.php?id=192&lang=1&tipo=7>
<http://www.marionegri.it/1169549291.d2.asp>)

EMA: solo 1/3 dei farmaci registrati è di uso pediatrico

Nei primi 10 anni di attività dell'EMA, su un totale di 222 principi attivi autorizzati con procedura centralizzata, 74 farmaci sono stati registrati con indicazione pediatrica (33%). Considerando la distribuzione dei farmaci in base alla classificazione Anatomico-Terapeutica Chimica (ATC) si osserva come 1/3 dei farmaci respiratori e 30 dei 44 antinfettivi abbiano ottenuto l'autorizzazione all'uso pediatrico. Al contrario, solo 1/18 dei farmaci del sistema nervoso centrale può essere utilizzato in pediatria.

La percentuale di principi attivi approvati per uso pediatrico non varia se si confrontano i periodi 1995-2001 e 2001-2005.

Sono aumentati del 14% rispetto agli anni precedenti gli studi clinici per la documentazione dell'indicazione pediatrica. Per ogni farmaco per uso pediatrico sono stati condotti in media 3 studi clinici.

(Ceci A et al. Medicines for children licensed by the European Medicines Agency (EMA): the balance after 10 years. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62:947-52).

Medicinali per uso pediatrico: è in vigore il Regolamento europeo

Il Regolamento europeo relativo ai medicinali a uso pediatrico è legge. Pubblicato

sulla *Gazzetta Ufficiale* dell'Unione Europea del 27 dicembre 2006, è entrato in vigore il 26 gennaio u.s.

Come già accennato su *Quaderni acp* (2006;13(4):173), il Regolamento prevede obblighi e incentivi per le aziende volti a incrementare la sperimentazione pediatrica.

L'applicazione delle norme previste nel regolamento avverrà gradualmente; a partire dal luglio 2007 sarà possibile per le aziende richiedere l'autorizzazione all'immissione in commercio a uso pediatrico per i medicinali già commercializzati e non più protetti da brevetto, mentre solo a partire dal luglio 2008 verranno applicati gli articoli che obbligano a documentare con studi clinici pediatrici la richiesta per la registrazione di nuovi medicinali.

(<http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:L:2006:378:SOM:IT:HTML>)

OMS: implementare l'uso razionale dei farmaci (anche per i bambini)

Negli ultimi 10 anni numerosi interventi sono stati elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per promuovere l'uso razionale dei farmaci. Per potere risultare efficaci, questi interventi devono essere, però, applicati dai governi degli Stati membri. Il monitoraggio della attuazione degli interventi a livello nazionale ha evidenziato una disomogenea e scarsa adesione alle indicazioni dell'OMS.

Per tale motivo, il Segretariato dell'OMS ha proposto di mettere il tema all'ordine del giorno della prossima Assemblea plenaria quale stimolo affinché gli Stati membri adottino misure concrete per l'implementazione dell'uso razionale dei farmaci.

Tra queste, l'elaborazione, con il coinvolgimento di operatori sanitari e cittadini, di un piano nazionale per la promozione dell'uso razionale dei farmaci; l'inserimento dell'uso razionale dei farmaci nel curriculum universitario degli operatori sanitari e nei programmi di formazione continua.

(World Health Organization. Progress in the rational use of medicines, including better medicines for children. Rational use of medicines.

Report by the Secretariat; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_7-en.pdf). ♦

Lo sviluppo dei bambini e la musica

A cura del Progetto Nati per la Musica

Parole chiave Sviluppo. Educazione musicale. Musica

Cari genitori, le indicazioni che trovate in questa pagina vengono, oltre che dalla Associazione Culturale Pediatri e dal Centro per la Salute del bambino, anche da un'Associazione di musicisti, la Società Italiana per l'Educazione Musicale. Vi possono servire a seguire e a comprendere lo sviluppo del vostro bambino in rapporto con i suoni e quindi con la musica.

Esse sono tutt'altro che rigide: ogni bambino segue percorsi e tempi personali che possono variare rispetto a quelli indicati. Il vostro pediatra vi potrà spiegare queste cose nel corso delle visite di controllo dei primi anni di vita e chiarire gli eventuali dubbi.

La vita prenatale e il primo anno

In gravidanza il feto

- ▶ inizia a percepire suoni e rumori tra il 5° e 6° mese;
- ▶ reagisce a stimoli sonori, li riconosce e li ricorda quando vengono ripetuti.

A 0-3 mesi il bambino

- ▶ è sensibile agli stimoli sonori e musicali dell'ambiente;
- ▶ distingue e riconosce le voci più familiari e si tranquillizza ascoltando la voce della madre.

A 4-6 mesi il bambino

- ▶ mostra interesse per gli oggetti che emettono suoni;
- ▶ cerca di individuare da dove vengono i suoni dell'ambiente;
- ▶ produce le prime lallazioni che ama ripetere soprattutto quando dialoga con un adulto;
- ▶ coglie le intenzioni espressive nella voce.

A 7-10 mesi il bambino

- ▶ realizza i primi tentativi di canto;
- ▶ è capace di organizzare i propri gesti per ottenere suoni particolari.

A 10-12 mesi il bambino

- ▶ riproduce e imita, con sempre maggiore precisione, suoni semplici con i quali crea ritmi e brevi sequenze;
- ▶ inizia a parlare nella lingua materna, differenziando parlato e canto;
- ▶ mostra preferenze rispetto alla musica che ascolta.

Da 1 a 6 anni

Esplorazione degli oggetti

Fino ai 2 anni l'esplorazione sonora avviene per prove ed errori, poi diventa più intenzionale e si organizza secondo le regole musicali che vengono a poco a poco scoperte.

Giochi con la voce e canto

A 2 anni molti bambini accompagnano con canti improvvisati e spontanei le attività di gioco.

A 5-6 anni possiedono un repertorio di canzoni ricco e vario che interpretano in modo personale, anche in coro.

Musica e movimento

A partire dai 3 anni viene sperimentata la possibilità di associare a diversi ritmi movimenti e gesti diversi, fino a raggiungere, tra i 5 e i 6 anni, la capacità di interpretare emozioni e idee musicali con il movimento del proprio corpo.

Musica e televisione

Fin dai 2 anni i bambini mostrano grande attenzione per i suoni che ascoltano alla TV, riconoscendo le sigle musicali dei programmi preferiti e le colonne sonore di celebri cartoni animati.

A 5 anni sanno individuare le emozioni narrate con la musica.

Suggerimenti ai genitori

Durante la gravidanza

Si consiglia alla gestante di cantare tutti i giorni, in particolare dal 6° mese. Una volta venuto al mondo, il bimbo è in grado di riconoscere le melodie ascoltate quando ancora si trovava nel grembo materno, traendo dall'interazione con la mamma che canta benefici effetti rassicuranti.

Un ambiente sonoro ecologico

Limitare la presenza dei rumori di fondo nelle case crea condizioni di benessere acustico che rendono più piacevole l'ascolto e la produzione di suono.

L'esplorazione sonora dei bambini

Fin dai primi mesi è importante offrire oggetti che producono suoni interessanti e prestare attenzione ai giochi musicali dei bambini, ascoltando e valorizzando le loro scoperte sonore.

La voce per giocare a cantare insieme

Le prime forme di canto si costruiscono giocando a ripetere e a variare intonazione e ritmo delle vocalizzazioni infantili. Man mano che il bimbo cresce, si verrà via via costruendo un repertorio di canzoni e filastrocche, anche abbinata a gesti e giochi di movimento.

Situazioni di ascolto condiviso

Nei primi mesi l'ascolto insieme al bambino di canzoncine, ninne nanne, filastrocche rende più piacevoli i momenti significativi della sua giornata (il cambio, il sonno, la pappa).

Quando è più grande, è importante che il bambino partecipi in modo attivo all'ascolto della musica (cantando, battendo le mani a tempo, ripetendo, memorizzando ecc.).

La musica svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo globale dell'individuo: essa agisce sugli stati d'animo più profondi e sulle emozioni, è nutrimento della mente e dello spirito, ma anche divertimento, gioco, stimolo per sviluppare le potenzialità espressive e creative della persona.

Quando la musica è presente nella vita quotidiana, si impara a cantare così come si impara a parlare. Un ambiente musicalmente stimolante, dove i genitori propongono al bambino di giocare con la voce e con i suoni, rafforza il legame affettivo all'interno della famiglia ed è terreno favorevole nel quale si possono sviluppare le esperienze musicali successive.

La musica non deve essere privilegio di pochi, ma diventare patrimonio di tutti. ♦

Per corrispondenza:
e-mail: info@csbonlus.org

informazioni per genitori



Germania

In Vestfalia sono state avviate letture mensili per bambini in due biblioteche (Unna e Hagen). Utilizzando il Cd-rom "La magia di un vascello veloce" tradotto in tedesco e in turco, è stato presentato NpL in diverse occasioni: a insegnanti di italiano, educatrici tedesche in formazione, istituzioni tedesche, come la RAA, un importante Ente che cura, a vari livelli, progetti interculturali. Una specificità dell'Ente è infatti quella di proporre letture per bambini in diverse lingue. Al Cd-rom è stata aggiunta un'appendice sulle attività in loco.

Con una lettrice professionale sono stati organizzati seminari di una giornata su "L'arte di leggere ad alta voce" per lettori volontari. Altri ne seguiranno nei prossimi mesi nella provincia di Unna, con finanziamenti della città.

Gli attuali obiettivi, non facili da perseguire, sono: a) avviare una collaborazione organica con l'associazione dei pediatri, considerando il loro apporto, tratto originale di questo Progetto rispetto ai tanti progetti esistenti per la lettura ad alta voce con bambini piccoli. Ci sono stati contatti, con singoli e anche con una rappresentante dell'associazione, ma si vorrebbe andare oltre; b) far assumere, patrocinare il Progetto da una istituzione tedesca, perché diventi un progetto che si affianca ad altri esistenti ma con un suo tratto originale, evitando di confinarlo in un piccolo ghetto per "gli italiani". Si sta lavorando in tal senso con la sede regionale dell'associazione RAA e sarà presentato il Progetto – inserito in un contesto più ampio di Progetto integrato di territorio della zona di Unna – a funzionari del Ministero della famiglia. È stata, in proposito, rea-

lizzata una presentazione in Power point (italiano e tedesco) che presenta il Progetto complessivo, di cui NpL costituisce un importante "tassello".

*Pino Alessandri
Consolato di Dortmund*

Svizzera

Nati per Leggere Svizzera-italiana è ufficialmente "partito" nell'ottobre 2006.

Tutto il materiale è pronto (documentazione, prospetti, bibliografie, adesivi ecc.). È stato distribuito alle biblioteche e ai medici, con i quali sono stati presi contatti anche singolarmente per potere iniziare tutti insieme: questo sta accadendo da ottobre nel migliore dei modi.

Antonella Castelli

Trentino-Alto Adige

Elisa Vanzetta della biblioteca di Tesero informa che riprendono nelle valli di Fiemme e Fassa, in provincia di Trento, le proposte delle biblioteche all'interno del progetto Nati per Leggere al quale collaborano i pediatri e le scuole materne con il sostegno dell'Ufficio provinciale per il Sistema Bibliotecario Trentino. A fine anno 2006, sono state proposte varie attività che coinvolgeranno, nel tempo, i bambini più piccoli (da 0 a 7 anni) insieme a genitori, educatori e pediatri. Il Progetto viene presentato alle famiglie come mirante a diffondere la lettura ad alta voce ai bambini fin dalla più tenera età. Vengono presentate le evidenze della sua utilità nello sviluppo affettivo, intellettuale e linguistico, e la sua utilità nel mantenere un rapporto con il bambino: leggere significa stargli vicino, creare con lui momenti di intimità.

Avvalendosi di bibliografie appositamente studiate, le biblioteche di Fiemme e Fassa garantiscono un'ampia scelta di pubblicazioni per i piccoli e continuano ad acquistare il meglio della produzione editoriale per offrire sempre nuove e valide letture. I pediatri sostengono il Progetto distribuendo le schede della nuova bibliografia e raccomandando la lettura ai bambini; le biblioteche organizzano incontri di lettura ad alta voce per i bambini e momenti di approfondimento con esperti sull'argomento. "Leggi in tandem", il gioco-concorso dedicato ai letto-

Nati

ri fino ai 7 anni che, insieme a un "grande" (mamma, papà, nonni, fratelli, zii o amici), si sono impegnati a leggere almeno 10 libri a scelta della selezione "Nati per Leggere 2006". Il concorso si è concluso con la votazione del libro ritenuto più bello.

Tiziana Pezzetta informa che a Laives (BZ) insieme ai due pediatri del Distretto, alle biblioteche, agli asili nido, alle scuole materne, alle assistenti sanitarie del Consultorio pediatrico, è stata sottoscritta l'adesione al progetto NpL. Si sta cercando di far partire concretamente il progetto NpL con biblioteche e operatori sanitari medici e paramedici e due strutture private che lavorano con bambini piccoli, l'EL-KI e le Tagesmutter. Il comune sta per concedere il patrocinio. Dopo la definizione degli aiuti economici si passerà a ordinare il materiale e i libri e a incominciare il Progetto.

Lombardia

A Milano, presso Villa Litta Modignani, seicentesca sede della biblioteca rionale di Affori, si è svolto, nell'ottobre 2006, il primo Convegno regionale lombardo di "Nati per Leggere". La giornata, coordinata e gestita da AIB Lombardia, e patrocinata da ACP Milano e Provincia e dal Settore Musei e Biblioteche del comune di Milano, ha registrato anche l'interesse da parte della ASL città di Milano, ma soprattutto la partecipazione numerosa e attenta di operatori dei sistemi bibliotecari, di pediatri di famiglia e insegnanti. Tra gli interventi alcuni in particolare hanno rappresentato lo stato attuale del Progetto nelle varie realtà locali e alcune criticità ancora non risolte.

In sintesi: in provincia di Brescia è l'Ufficio Biblioteche, fulcro organizzativo della Rete bibliotecaria bresciana, a garantire il supporto strumentale e di coordinamento a campagne di sensibilizzazione nei confronti delle comunità locali, con interventi attenti alla distinzione dei due ruoli coinvolti, quello del pediatra e del bibliotecario. L'Ufficio Biblioteche intende operare in particolare a garanzia che le campagne non si confondano con generiche attività di promozione alla lettura, sottolineando l'importanza e la necessità della partecipazione dei medici e contrastando la frequente tendenza del bi-

per Leggere

bliotecario a esaurire ogni intervento rivolto ai bambini nell'ambito abituale della relazione biblioteca-scuola.

Nella realtà bergamasca il Progetto e il suo coordinamento sono limitati dalla mancanza di un Ente titolare, con sistemi bibliotecari che operano spesso in maniera differente e poco sistematica.

Nel Sistema Bibliotecario del Vimercaiese è in atto un intervento di formazione per educatori, genitori, bibliotecari, a seguito di una riflessione, nell'ambito del Progetto nazionale, su ruolo e formazione del bibliotecario e sulle attività da promuovere all'interno delle biblioteche.

Il problema di misurare l'efficacia degli interventi messi in atto è stato affrontato da L. Ronfani che ha presentato la valutazione effettuata in alcune città italiane in cui è operante "Nati per Leggere". I dati, peraltro già pubblicati su *Quaderni acp* e su *AIB notizie*, pur in attesa dei risultati delle rilevazioni post-intervento, sembrano confermare l'utilità dell'approccio di Nati per Leggere sull'attitudine dei genitori a leggere ad alta voce.

Per l'ACP Milano F. Zanetto ha dato voce ai pediatri già coinvolti e a quelli interessati ad attivare il Progetto, illustrando i risultati di un breve questionario somministrato ai pediatri di famiglia operanti nella ASL3 Provincia di Milano e in aree limitrofe. Ne sono emersi il ruolo cruciale del pediatra nell'incoraggiare i genitori a leggere ad alta voce ai propri figli, ma anche la necessità di riconfermare la peculiarità di Nati per Leggere. Qualunque sia il tipo di intervento di sensibilizzazione scelto nell'ambito della trasmissione delle buone pratiche per la crescita del bambino, è necessario che esso faccia parte di un programma che preveda il coinvolgimento effettivo di altri operatori.

L. Paladin, Coordinatore della Scuola per bibliotecari IAL di Brescia, ha illustrato i requisiti di sicurezza e qualità nei primi libri per bambini. G. Malgaroli, a nome del Coordinamento nazionale di Nati per Leggere, ha presentato le caratteristiche dei libri contenuti nel catalogo NpL 2006, selezionati e disponibili in edizione speciale per i progetti locali.

Il tavolo di confronto ha evidenziato ancora altre interessanti esperienze in corso (tra le quali il bookcrossing di P. Bolla e i lettori volontari di Chiari), espressione delle diverse modalità di articolazione de-

gli interventi inerenti al Progetto. Il Convegno si è concluso con l'intento di costituire un gruppo di lavoro che, oltre a facilitare una riflessione ed elaborazione comune tra i diversi soggetti coinvolti in Nati per Leggere in Lombardia (bibliotecari, pediatri, educatori, genitori, volontari), possa proporsi come interlocutore nei confronti di istituzioni e organismi pubblici e privati che siano interessati, in ambito regionale, alla crescita e al consolidamento del Progetto nelle diverse realtà locali.

Federica Zanetto

Veneto

Proseguono a Valdagno le iniziative legate a Nati per Leggere. I bambini che verranno accompagnati dal pediatra per il bilancio di salute del sesto mese riceveranno in dono un libro del coniglietto Miffy. Per alcuni di loro questo potrebbe essere il primo libro in assoluto, ma – si spera – il primo di una lunga serie visto che a Valdagno l'Amministrazione Comunale con la Biblioteca Civica, le librerie, i pediatri, gli asili nido, le scuole materne, l'ULSS 5, il Rotary Club si sono alleati attraverso l'adesione a Nati per Leggere, per abituare da subito i bambini ad amare i libri.

A questo gruppo si è recentemente aggregata anche Coop Veneto, che nella sua sede di Valdagno ha messo a disposizione uno spazio tutto dedicato ai libri per bambini. La Biblioteca Civica offre la propria consulenza nella scelta e nel rinnovamento dei libri proposti affinché risultino di qualità e idonei al pubblico cui sono destinati. Già oggi sono disponibili una ventina di titoli.

Una lettera dell'AIB alla Regione Veneto

Alla Dott.ssa Fausa Bressani
Direzione beni culturali
Regione del Veneto

Con la presente la Sezione Veneto dell'Associazione Italiana Biblioteche (AIB Veneto) intende mettere a conoscenza le SS.LL. che dal 1999 è attivo il Progetto di promozione della lettura ai bambini in età prescolare Nati per Leggere, promosso a livello nazionale dall'Associazione Italiana Biblioteche (AIB), dall'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e promosso

dal Centro per la Salute del Bambino di Trieste (CSB).

La diffusione del Progetto coinvolge oltre 1500 soggetti tra biblioteche, pediatri, scuole e nidi d'infanzia, aziende ospedaliere e associazioni culturali e nel Veneto può contare sull'adesione della maggioranza delle biblioteche di Ente locale che, in collaborazione con i pediatri e altre istituzioni locali, hanno organizzato numerose attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica a favore della promozione della lettura nei bambini fin dalla più tenera età e del loro diritto a essere protetti non solo dalle malattie, ma anche dalla mancanza di adeguate occasioni di sviluppo affettivo e cognitivo. Fin dall'inizio, il Progetto si è caratterizzato per la sua forte autonomia da qualsiasi legame con soggetti commerciali che potessero influenzarne priorità e scelte o condizionarne l'immagine. A questo scopo il gruppo di coordinamento nazionale di Nati per Leggere ha diffuso il comunicato "Tutela del progetto e dei suoi valori nei confronti anche di imitazioni promosse da aziende commerciali" (che si allega) disponibile anche sul sito di Nati per Leggere <<http://www.natiperleggere.it>> a cui si rinvia per ulteriori informazioni sul Progetto. Recentemente siamo venuti a conoscenza che, con deliberazione della Giunta regionale n. 218 del 7.02.2006, è stata approvata la Convenzione per la realizzazione del Progetto "Leggere per crescere", promosso da Glaxo Smith Kline e per la sua diffusione su tutto il territorio regionale.

In virtù di quanto sopra esposto si chiede a codesta Direzione di rivedere i termini della Convenzione in oggetto che, sostenendo istituzionalmente solo il Progetto "Leggere per crescere", crea degli oggettivi conflitti ed esclusioni di altre significative realtà operanti nel territorio regionale. Si fa presente che tra Giunta regionale del Veneto e AIB Veneto, riconosciuto interlocutore di rilievo per l'attuazione di iniziative a favore dello sviluppo dei servizi bibliotecari del territorio, vige un protocollo d'intesa siglato dalle parti in data 12 ottobre 2004 (all. 2). Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti se ritenuti necessari e, in attesa di cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

*Il Presidente dell'AIB
Francesca Ghersetti*

congressi

L'integrità nella ricerca

Michael J.G. Farthing, professore di Medicina alla St. George's University (Londra), ha tenuto nel maggio 2006 a Milano una conferenza su "Honesty in science and medicine". Dalla prima slide "*Medical research hit by 60 frauds*" "*Top doctor accused of fiddling*"

"*Research doctors 'lie, steal and fake their data'*". *Are we doing enough?*

ha proposto una riflessione su un tema cruciale per la comunità scientifica: l'integrità nella ricerca e l'integrità nella pubblicazione dei risultati.

Sottolineato il significato dei termini "professionalità" come insieme di sapere scientifico, di abilità tecniche, di forti principi e valori etici (honesty, respectfulness, reliability), e "probità" come eccellenza morale, integrità, consapevolezza, onestà, verità, ha ricordato che parlare di "etica nella ricerca" vuol dire abbracciare diversi aspetti che ne caratterizzano la conduzione e la pubblicazione: la progettazione dello studio, la valutazione del rischio-beneficio, l'approvazione da parte del comitato etico, il consenso, la riservatezza dei dati e la loro corretta raccolta e registrazione, il completamento del progetto. La prospettiva etica va considerata già prima di avviare la ricerca, con l'accordo su ruoli e responsabilità di ciascuno dei partecipanti e sulla authorship, e con l'identificazione di chi ne è garante. Durante la ricerca sono cruciali la raccolta dei dati, l'organizzazione di incontri periodici, l'esame e l'analisi dei dati grezzi, la discussione e l'approvazione di qualsiasi modifica del protocollo, la documentazione completa di ogni manipolazione di dati, il dubbio su risultati non attesi, la resistenza a pressioni perché siano garantiti i risultati. Nel 1988 sul *BMJ*, S. Lock alla domanda sul problema della non corretta conduzione nella ricerca medica inglese rispondeva con una survey sui plagi, false dichiarazioni e frodi, dimostrando che tali situazioni sono poco conosciute, e che poche istituzioni sono dotate di strumenti e mezzi per occuparsi di cattiva conduzione nella ricerca biomedica. L'Autore riteneva il

problema di ampiezza ancora maggiore di quanto emerso dalla survey, soprattutto per i trials farmacologici condotti in sedi non accademiche. M. Farthing ha proseguito elencando i comportamenti scorretti che si possono riscontrare nella conduzione di una ricerca e nella successiva pubblicazione: da errori di giudizio (commessi in buona fede), quali un inadeguato disegno dello studio, la presenza di bias, una inappropriata analisi statistica, a piccole dimenticanze (cosiddette "trimming and cooking", pareggiare e cuocere), come l'esclusione di alcuni dati, fino alla frode eclatante, generalmente classificata come "fabbricazione, falsificazione, plagio" di dati.

Gli errori vanno cercati e intercettati (quelli più complessi da scoprire sono quelli inerenti alla 'fabbricazione' di dati), e vanno iniziate sanzioni e azioni disciplinari. Evidenziare una frode nella ricerca e quindi nella successiva pubblicazione è dovuto in buona percentuale al caso: ancora oggi diversi editori di riviste biomediche sospettano che solo una modesta quota di scorrettezze volontarie possa essere individuata (la modalità più frequente è la "soffiata" da parte di qualcuno dello stesso dipartimento o appartenente a strutture strettamente collegate o vicine all'Autore). Solo il 6% di ricerche già pubblicate, in cui viene riscontrata una cattiva conduzione, viene ritirato, con inevitabili conseguenze sulla corretta informazione in ambito biomedico. In una ricerca in tal senso condotta in *Medline (JAMA 1998)* riguardante il periodo 1966-1977, vengono esaminati i motivi del ritiro dalla pubblicazione di 235 articoli: errori di conduzione in 91; risultati non replicabili in 38; evidente cattiva gestione della ricerca in 86. I 235 articoli, nonostante ciò, continuavano a essere comunque citati in letteratura (2034 volte dopo il ritiro) e molte di queste referenze (280) consideravano sempre valide le ricerche in essi descritte. C'è poi il problema delle pubblicazioni ridondanti o duplicate: accade quando tutto o una parte del lavoro è già stato pubblicato in precedenza. Allo stesso modo va scoraggiata la tendenza a fare il "salami slicing"

pubblicando un lavoro corposo e facendolo a fette, una sorta di "unità minima di pubblicazione". Infine delicato il lavoro dei referee: devono osservare regole di riservatezza (per molti versi, la relazione tra editore e revisore e autore è da considerare simile al rapporto medico-paziente). La dichiarazione di assenza di ogni tipo di conflitto di interesse, infine, è vitale al fine di assicurare equilibrio nella discussione e nelle conclusioni, e per facilitare la "peer review".

Federica Zanetto

Cure palliative ai bambini

Nel giugno 2006 si è tenuta a Roma, presso la Fondazione "Maruzza Lefebvre" d'Ovidio, una Tavola Rotonda su "Bambini che non guariranno: progetto di cure palliative pediatriche".

L'evento si inserisce in un Progetto avviato a Roma con una Consensus Conference promossa dalla Commissione Parlamentare Infanzia e dalla Fondazione Maruzza Lefebvre a cui è seguita, a marzo, la costituzione da parte del Ministero della Salute di una commissione di tecnici sul tema dell'assistenza palliativa pediatrica. Obiettivo dell'evento era l'aggiornamento sugli sviluppi dei lavori dell'attuale Commissione parlamentare che si occupa del Progetto, e la raccolta dagli operatori e dalle istituzioni interessate e coinvolte nelle cure palliative pediatriche di suggerimenti in relazione alle esigenze delle diverse realtà. L'Associazione Culturale Pediatri è stata invitata come Società scientifica particolarmente sensibile alla presa in carico dei bambini in modo globale e con una sensibilità particolare per la malattia cronica a esito infausto. L'intervento dell'ACP a questa Tavola Rotonda si è focalizzato sul ruolo del pediatra di famiglia nella gestione del bambino che necessita di cure palliative: sono state evidenziate le criticità sia nell'ambito delle cure mediche che nell'ambito comunicativo-relazionale. Il pediatra di famiglia è stato indicato come possibile interlocutore privilegiato del bambino e della sua fami-

controluce

glia e come colui che, in questo ruolo non predefinito ma “conquistato sul campo”, deve porsi come coordinatore della rete di professionisti che ruotano intorno al problema. Sono state suggerite una formazione specifica degli operatori a più livelli e in più ambiti (medico, comunicativo, relazionale, organizzativo) e la stesura di linee guida che prefigurino le modalità organizzative del passaggio in cura dall’ospedale al territorio. Hanno partecipato rappresentanti della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che hanno illustrato i requisiti necessari per produrre progetti concreti e gli strumenti legislativi a disposizione. Numerosi gli interventi medici volti sia a illustrare la dimensione del problema che i bisogni e le criticità dell’area pediatrica. C’è stato anche un confronto con la realtà delle cure palliative dell’adulto in un’ottica di coesione. Grande spazio è stato dedicato alla descrizione di specifiche situazioni, vista la varietà delle patologie e delle età interessate alle cure palliative (il neonato, il malato con patologia muscolare, neurologica, genetica, i problemi della ventilazione domiciliare). Sono previsti ulteriori incontri e la partecipazione anche dell’ACP ai lavori di quella che sarà la Commissione allargata parlamentare per il Progetto di Cure Palliative Pediatriche.

Patrizia Elli

La tratta di donne e bambini

Si è tenuto a Verona, a fine ottobre scorso, un Convegno internazionale organizzato dall’ONG Mlal e dedicato al tema di cui al titolo. Si tratta di “Carne viva”, i nuovi schiavi sempre più giovani; le donne nigeriane, spaventate dalle “maman” col rito del woodoo; i piccoli bulgari venduti o affittati come accattoni; i “bambini argati”, cioè operai, a soli 7-8 anni; le moldave e le albanesi, minigonna e trucco pesante, a tredici anni sul bordo di una strada. La geografia degli orrori non ha confini. E tutto avviene

sotto i nostri occhi, in Italia, Germania, Francia, Spagna, Inghilterra, nella “civile” Europa, anno 2006. Ci sono fattori che purtroppo facilitano il rischio di finire in una condizione di schiavitù: povertà, isolamento, disagio sociale. E gli sfruttatori lo fanno. Per questo, i networks criminali avvicinano proprio i più deboli, i minori, le donne, coloro che hanno scarsa protezione nella cerchia familiare. Klara Skrivankova è una ricercatrice di Anti-Slavery international: i suoi studi, condotti in Gran Bretagna e Irlanda, mostrano come anche nel Regno Unito sia presente il fenomeno della tratta di esseri umani e il loro sfruttamento nel lavoro nero e nella prostituzione. Il Convegno internazionale ha mostrato scenari globali, in cui “le mafie che trafficano in migranti sono vere e proprie holdings: sono transnazionali, flessibili, creano contatti e agganci attraverso le frontiere”, ha commentato il sociologo Pierpaolo Romani. E prediligono i più deboli. Su mille casi di prostitute straniere da noi analizzati – ha spiegato l’analista di fenomeni criminali Valeria Scaletta – il 65% aveva tra i 12 e i 21 anni. Sono veri mercanti di vite umane. In romeno, i criminali chiamano i bambini e le ragazze “carne vie”, in gergo carne viva.

Vincenzo Spagnolo

Comunicare e parlare

A breve distanza dalla pubblicazione su *Quaderni acp* (2006;1:41-3) della proposta del modello di intervento INTERACT nel bambino parlante tardivo, si è svolta a Trieste una Giornata di Aggiornamento sullo sviluppo comunicativo-linguistico e sulle problematiche inerenti al ritardo di linguaggio.

E. Zocconi ha delineato le dimensioni del problema, i segni di allarme, i fattori di rischio per ipoacusia neurosensoriale e le tappe utili a collocare il ritardo di linguaggio nella corretta categoria diagnostica. F. Zanetto è intervenuta sul ruolo cruciale del pediatra, che deve cercare di collocare il ritardo del linguaggio nella corretta categoria, sapendo “quanto” aspettare e “cosa” andare a guardare,

individuando correttamente successivi momenti di valutazione e, quando necessario, effettuando un invio appropriato al secondo livello. C. Zmarich, ricercatore del CNR a Padova, ha illustrato le modalità di analisi delle capacità fonetiche dei bambini italiani; ha ricordato che la comparsa della lallazione coincide con l’apparizione di movimenti ripetitivi e ritmici in altri sistemi motori, e che il *babbling* è una tappa importante nello sviluppo del linguaggio: un buon *babbler* diventa di solito anche un buon parlatore e un buon lettore.

L. Hvastja, psicolinguista dell’Università di Trieste, ha sottolineato il ruolo dei genitori nel fornire al bambino una versione più semplice della lingua materna: frasi brevi e semplici, con un’intonazione alta, ripetizioni frequenti, parafrasi numerose.

Il bambino presta maggiore attenzione e risponde con più frequenza a un linguaggio familiare e semplice, sia dal punto di vista lessicale che sintattico. I bambini non ascoltano le conversazioni fra adulti; non prestano attenzione alla TV, che dunque non può essere usata per stimolare il bambino o per aiutarlo a migliorare la propria competenza linguistica. S. Bonifacio, dopo avere ricordato che nella definizione di “parlante tardivo” è implicita l’ipotesi del ritardo o del rallentamento dello sviluppo del linguaggio, ha sottolineato i vantaggi di un intervento precoce per ridurre l’impatto del ritardo sullo sviluppo emotivo e sociale del bambino, e la flessibilità comunque necessaria rispetto alla scelta dei modi e dei tempi d’intervento, non confinata ai soli criteri di rischio “tipici”. C. Zmarich ha infine fatto il punto sulle conoscenze attuali in tema di balbuzie: ne soffre circa l’1% della popolazione nel mondo e il 5% ne ha sofferto in qualche misura nel corso della sua vita, ma il problema ha un’alta percentuale di remissione spontanea (75%-80%) entro i 18 mesi dal momento dell’insorgenza che in genere si situa tra i 18 e i 41 mesi. È fondamentalmente un disordine di tipo motorio, trasmesso per via genetica, meglio curabile se diagnosticato e trattato precocemente.

Federica Zanetto

Ma che cos'è la felicità?

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Aristotele lo aveva già detto ne *La politica*: "Esercitare liberamente il proprio ingegno, ecco la vera felicità". Il problema è che non sempre questo è possibile, soprattutto in un contesto di rivalità e di lotta per la sopravvivenza, quando è giocoforza fare i conti con il lavoro che manca, l'affitto mensile, il colore della pelle, le multe da pagare, i ladruncoli, il bambino da mandare a scuola, la moglie che va via di casa. È vero che la necessità aguzza l'ingegno, ma talvolta non basta nemmeno questa, soprattutto nelle grandi nazioni e nelle grandi città. Ci vuole qualcos'altro: determinazione, fortuna, uno scopo preciso per il quale valga la pena lottare. Christopher Gardner oggi dirige una società finanziaria di Chicago, ma prima di arrivare tanto in alto ha dovuto lottare contro tutto e contro tutti. La sua vicenda personale è diventata un libro e, dal libro, è stata tratta la versione cinematografica sorprendentemente affidata alla regia di un italiano: Gabriele Muccino. Il titolo fa riferimento alla dichiarazione d'indipendenza americana, dove tra i diritti inalienabili dell'uomo figurano: la tutela della vita, della libertà e, per l'appunto, la ricerca della felicità. Muccino precisa: "Ho voluto raccontare una storia americana con meccanismi americani. È un popolo che discende da gente che ha lasciato il proprio Paese alla ricerca della felicità. Una società individualista, consumistica e capitalistica dove 'farcela' è un valore morale. Una realtà totalmente diversa dalla nostra". Altra definizione della felicità la fornisce Will Smith, nella presentazione del film fatta a Roma: "Il film racconta il sogno americano, ma anche il sogno umano, ossia capire che la sofferenza non è inutile, ma ci porta sempre a qualcosa. Ricerca della felicità, per me, vuol dire aver rispetto di me stesso". Con tutto il rispetto che si deve avere per le opinioni altrui, la definizione più calzante per un film che ha suscitato consensi e incassato una barca di soldi in America e in Italia la trovo ne *I Peanuts* di Charles M. Schulz. "La felicità è un cucciolo caldo". E il cucciolo, in questo caso, è il figlioletto di cinque anni

che il protagonista si trascina dietro nella San Francisco degli anni '80 e per il quale affronta sacrifici e privazioni. "Non permettere a nessuno di dirti che quello che sogni è irraggiungibile... Se hai un sogno, devi difenderlo". Il sogno di Christopher Gardner, non è solo quello di trovare un lavoro meno precario passando da sfortunato venditore di apparecchiature mediche a broker di successo; fare soldi, avere una casa, affermarsi economicamente, non basta nemmeno nella società americana dove si dà più valore al denaro che ad ogni altra cosa. Chris lo sa bene, ed è per questo che, pur collezionando un incredibile numero di disgrazie e di imprevisti, non rinuncia alla persona più importante della sua vita: il figlioletto Jaden. Per vedere i suoi sacrifici ricambiati non bisogna attendere il felice finale (che Muccino, opportunamente, liquida in pochi minuti), ma basta soffermarsi su un'eloquente scena collocata al centro del racconto. Chris, abbandonato dalla moglie, arriva a New York ed è costretto a dormire in un motel di infimo ordine, tra i senza tetto, nei bagni pubblici della metropolitana, sugli autobus. Jaden è sempre con lui, costretto a dividerne i sacrifici e le umiliazioni. Chris, allora, pensa di tirarlo su con la promessa che sarà per lui un buon padre, che un giorno sarà ricco e gli darà le cose che più desidera, insomma che lo renderà felice. Jaden, dimostrando una saggezza ben superiore ai suoi anni, lo accarezza e gli dice: "Ma tu sei un buon padre". Se qualcuno avesse dei dubbi sul fatto che questo film, nonostante le sovvenzioni USA, la presenza di un divo di colore di Hollywood e la storia prettamente americana, ha un evidente marchio italiano, vada a rivedersi due film: *Ladri di biciclette* di Vittorio De Sica e *La vita è bella* di Roberto Benigni. La carezza di Jaden ci riporta al finale del capolavoro neorealista, con il piccolo Bruno che dà la mano al padre, maldestro ladro di biciclette, materializzando in quel gesto l'intelligenza dei bambini e la loro capacità di saper discernere. "Non so perché il film piaccia tanto al pubblico americano",

ha aggiunto Smith, "ma io credo sia perché ha a che fare con l'istinto primordiale, quasi animalesco, di proteggere i nostri bambini. Vogliamo dare il meglio, per loro. E poi questo film tocca le nostre paure più profonde: l'altra faccia della speranza è sempre il timore di non farcela". Ecco spiegata, allora, anche la scena alla Benigni: fare superare ai bambini le difficoltà trasformando in gioco le difficoltà della vita. Non è superficialità, ma intelligente sfruttamento dell'istinto al gioco, del bisogno di evasione dell'uomo e non solo dei bambini. E basta, in tal senso, fare attenzione anche al cubo di Rubik, grazie al quale Chris viene ammesso allo stage che gli rivoluzionerà l'esistenza. Un'ultima riflessione, dovuta più che altro alla dichiarazione – poco credibile e un po' furbesca, in verità – fatta dallo stesso Will Smith sull'interpretazione del piccolo Jaden, il quale gli ruba talmente la scena che se non si fosse trattato di suo figlio anche nella vita avrebbe imposto alla produzione di sostituirlo con un altro bambino meno bravo. A mio avviso, sarebbe più corretto soffermarsi sull'eloquenza della locandina che li ritrae insieme e dalla quale non si capisce chi si appoggia a chi, chi cerca la felicità e chi l'ha trovata. Insomma: chi, tra i due, è il vero cucciolo caldo. ♦

La ricerca della felicità (The Pursuit of Happiness)



Regia:
Gabriele Muccino.
Con: Will Smith,
Jaden Smith,
Thandie Newton,
Brian Howe.
Usa, 2006.
Durata: 117'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Newsletter: prosegue il percorso fra i gruppi

Sabato 20 gennaio 2007 i gruppi di lettura di Milano, Verona, Vicenza e Trieste si sono confrontati a Verona con la redazione della newsletter ACP/CSB su punti di forza e aspetti problematici emersi nel primo anno di percorso comune di sorveglianza della letteratura. Hanno partecipato all'incontro anche Laura Reali e Tea Burmaz, che a Roma e a Venezia attiveranno a breve la collaborazione del rispettivo gruppo locale alla stesura della newsletter (analogamente a quanto previsto anche nel gruppo di Asolo).

Accanto all'indubbia ricaduta formativa e all'utilità per la propria pratica professionale, derivanti dalla ricerca sistematica, dalla segnalazione, dal commento di articoli rilevanti e dal confronto con la propria "quotidianità", resta aperto nei gruppi di lettura il problema della trasversalità ospedale-territorio: i pediatri ospedalieri, come pure gli specializzandi, sono ancora troppo poco presenti negli incontri, di fatto portati avanti dai pediatri di famiglia. Sono probabilmente da prevedere priorità differenti nella selezione degli articoli (segnalare e recensire anche articoli per la pediatria ospedaliera?) e la necessità di inserire questo modello formativo nei percorsi della scuola di specializzazione. A garanzia di una lettura il più possibile metodologicamente corretta, sono inoltre necessari, per i gruppi coinvolti e i rispettivi tutors, periodici incontri di approfondimento e confronto sugli aspetti metodologici dell'analisi critica della letteratura. L. Ronfani ha illustrato il punto di vista della redazione della newsletter, sottolineando ai "lettori" alcuni aspetti cruciali per ottimizzare la collaborazione: la tempistica delle riunioni, che deve tenere conto della cadenza di scrittura e stesura della newsletter, la scelta degli argomenti (studi trasferibili e utili nella pratica clinica, studi che aggiungono conoscenze, studi che modificano le cose che già sappiamo, studi che potrebbero essere presentati dagli informatori). Luca Ronfani ha anche consigliato cosa non recensire (studi troppo sperimentali, studi specialistici o su popolazioni troppo selezionate, studi che riguardano Paesi in via di

sviluppo, studi epidemiologici con dati di altri Paesi e contesti non facilmente trasferibili da noi, lettere o altre sezioni delle riviste non comprendenti letteratura originale). Sono state poi discusse le modalità per una corretta compilazione della scheda di lettura, a garanzia di leggibilità e fruibilità da parte del lettore della newsletter.

Dal confronto con le diverse possibilità di conduzione del percorso di lettura critica della letteratura sono emerse anche alcune proposte operative per il futuro: attivazione della discussione tra i gruppi di lettura sui lavori selezionati, ripresa e sistematizzazione di argomenti già pubblicati in precedenza sulla newsletter, possibile oggetto di approfondimento in eventi formativi locali e di confronto con il livello specialistico. Ancora l'inserimento di una parte formativa seminariale di approfondimento metodologico nella riunione annuale tra gruppi di lettura, individuazione di un pool di esperti disponibili a commentare temi o articoli selezionati di particolare interesse o rilevanza, motivazione degli specializzandi, valutando la possibilità di inserimento di percorsi di lettura critica nei programmi delle scuole di specialità.

Michele Gangemi, in qualità di Presidente ACP, ha concluso l'incontro sottolineando gli stimoli e le sollecitazioni emerse, ancora una volta rilevanti e utili per la conduzione e la continuazione di un percorso formativo che deve vedere nella newsletter ACP/CSB uno strumento e un modello di integrazione culturale tra ospedale e territorio, al di là della lettura personale e individuale.

Federica Zanetto

I gruppi locali alle riunioni della redazione di *Quaderni acp*

Da qualche tempo è stata instaurata la consuetudine di invitare uno o due iscritti all'ACP alle riunioni del comitato di redazione di *Quaderni acp*. Nella riunione del 15 dicembre era presente Patrizia Neri, pediatra di Forte dei Marmi e responsabile dell'ACP per la regione Toscana. Ecco quanto ci ha scritto dopo la riunione.

Carissimi amici della redazione, vi mando alcune considerazioni a proposito della riunione cui ho partecipato.

Prima di tutto vi devo ringraziare per l'opportunità concessami; la giornata è stata molto interessante e piacevole (la fatica del viaggio e il disagio nel trovare la sostituta sono state ben ripagate).

Veniamo alle mie considerazioni:

– **Aspettative:** in realtà non ne avevo, non ho mai partecipato a riunioni di redazione e non avevo la più pallida idea di come si svolgano. Lo scorso anno avevo letto, al congresso a Napoli, il documento che riassumeva il lavoro che sta dietro alla rivista; ma in realtà non ricordavo bene.

– **Ambiente:** come al solito l'accoglienza e il clima sono stati ottimi. Mi sono sentita a mio agio e, anche se ero solo spettatrice e per carattere taciturna, come ricorderete, sono anche intervenuta.

– **La riunione:** ho capito meglio come il lavoro di redazione vero e proprio venga svolto singolarmente e in gruppo con contatti telematici e riunioni del gruppo redazionale. Ho capito che il tempo dedicato alla rivista da ogni componente è notevole.

La discussione è stata prevalentemente di strategia editoriale. Mi sono sembrate qualificanti le puntualizzazioni sulla validità e sul significato delle proposte editoriali. Il verificare se le rubriche esistenti hanno ancora validità, se è opportuno implementarle, se ha senso fare altre proposte o se è più opportuno migliorare quelle già presenti sulla rivista.

Decisamente qualificante è il chiedersi se apportare contributi nuovi rientra negli interessi prettamente culturali, mantenendo fede all'etica della associazione, e non a strategie di facile divulgazione. Devo dire che ho imparato a comprendere come il parere dell'esperto interessi poco, che devo apprezzare di più articoli in cui si confronta l'evidenza scientifica con gli studi fatti da noi operatori: in questo modo le criticità si mettono meglio in evidenza, anche se ovviamente è più faticoso leggere l'articolo.

Infine la decisione di aprire le riunioni a rappresentanti di gruppi locali o ospiti illustri è sicuramente apprezzabile. Ho proposto di verificare se è possibile dedi-

Narrativa per ragazzi? Sette libri per ragazzi e non solo



Jacqueline Wilson
*La bambina
nel bidone*
Salani Editore
pp 145, euro 10

care una pagina della rivista al contributo dei gruppi con lo scopo di rendere più partecipe la "base", in modo che senta più "sua" la rivista. Mi è stato detto che in passato già era stata data questa opportunità, ma che non ha dato buon esito. Ebbene, alla riunione dei gruppi locali del 27 gennaio scorso, si potrebbe ufficialmente fare la proposta ai rappresentanti dei gruppi: una pagina della rivista a contributi provenienti dai gruppi locali per riportare esperienze con associazioni o istituzioni locali, riportare casi o storie narrate, sperimentazioni in atto ecc., ovviamente con l'intesa che tutto debba essere vagliato dalla redazione.

Spero venga accettata. Il Progetto potrebbe proseguire solo dopo che i vari gruppi dichiaratisi disponibili avranno inviato alla redazione un abstract o l'elaborato per esteso del contributo che si vuole pubblicare. Alla riunione dell'anno successivo (gennaio 2008) si farà un bilancio del materiale inviato.

Il lavoro poi diventerebbe più continuo e, a partire dal 2008, ogni numero della rivista avrebbe una pagina scritta dai gruppi locali. La mia proposta può sembrare troppo farraginata: io ci ho provato. Per quanto riguarda la "sfida" che mi avete lanciato, di essere disponibili a pubblicare un contributo inviato dal mio gruppo, vi ringrazio, ma al momento noi del gruppo Versilia, siamo dal punto di vista di abilità editoriali ancora a una fase pre-alfabeto; siamo come degli aborigeni. Dateci tempo, non voglio fare la figura di chi lancia il sasso e poi ritira la mano, ma oggettivamente, per il momento, il nostro non sarebbe un buon contributo, ma se avrete la pazienza di aspettare "prima o poi" qualche cosa la riusciremo a fare anche noi.

– **Le criticità:** non ne ho ravvisate. Anche se la frase detta da Biasini di "aumentare la produttività delle riunioni", ha avuto il peso di un macigno. Quotidianamente io, ma penso anche voi, combatto contro il tempo; la ricerca di ottimizzare ogni intervento è costantemente presente.

Patrizia Neri
Pediatria, Forte dei Marmi
pneri@versilia.toscana.it

Media e globalizzazione ci hanno portato visioni di stragi quotidiane, figli che uccidono padri e padri che uccidono figli, madri che abbandonano figli nel cassonetto, popoli in guerra, sequestri, esecuzioni. Diventa facile un pessimismo che toglie speranza e futuro alle giovani generazioni. Diventa sempre più necessario proteggere i bambini da queste esposizioni, ma altrettanto necessario ascoltarli quando ci interrogano sui perché. Oggi genitori ed educatori devono fare i conti anche con questo compito. Ci sono storie che ci possono aiutare, libri che potremo leggere con loro o che potranno leggere. L'editoria per ragazzi propone ogni anno titoli su temi d'attualità con Autori attenti al tema e capaci contemporaneamente di scrivere coinvolgendo il lettore fino all'ultima riga.

Jacqueline Wilson in *La bambina nel bidone* (Salani, pp. 145, euro 10), racconta con la leggerezza, l'ironia e la straordinaria sensibilità di sempre, la storia di una bambina abbandonata nel cassonetto. Tutto il libro comprende solo un giorno, il giorno del quattordicesimo compleanno di April, nata il primo d'aprile, quasi uno scherzo del destino. La ragazza non ama il suo compleanno e continua a pensare a quella madre che l'ha considerata un rifiuto. Tra le immagini di quello che può essere accaduto e i continui flash back, si snoda la giornata che avrà un epilogo commovente all'insegna dell'amore.

Salima invece, 17 anni, è la protagonista di *Dimentica le mille e una notte*, scritto da Marco Varvello, inviato Rai a Londra (Ed. Fabbri, pp. 263, euro 9,50). Giovane inglese di origine pakistana, viene promessa sposa al cugino da un padre legato alle tradizioni del suo Paese. Il lungo viaggio in Pakistan per il matrimonio diventa un incubo. Salima riuscirà a fuggire e troverà aiuto presso l'Ambasciata inglese, ormai preparata a situazio-

ni di questo tipo e in grado di proteggere le ragazze dalle loro famiglie fino alla maggiore età e oltre.

Di tutt'altro genere *Se il mondo brucia*, storia a due voci di bambini soldato, Thomas e Deng, nell'Africa di oggi. Il libro, scritto da Jerry Piasecki, giornalista e funzionario ONU (Ed. Fabbri, pp. 210, euro 9,50), racconta a voci alterne come la vita dei due ragazzi cambi drammaticamente con l'arrivo di bande sanguinarie che uccidono e sequestrano bambini e bambine per farne soldati. Il libro, con il patrocinio dell'ONU, non ci risparmia nulla su dolore, crudeltà e violenza che incontrano, vivono e subiscono i due ragazzi. Solo uno riuscirà a sopravvivere, nonostante le profonde ferite dell'anima. Sullo stesso tema ma con la tenerezza delle favole, *Storia di Ouiah che era un leopardo*, di Francesco D'Adamo (Ed. Fabbri, pp. 144, euro 13,00) che affronta il tema dei bambini soldato, i bambini leopardo, con uno stile e un linguaggio che ne fanno un libro adatto anche ai più piccoli.

Con *Anguilla*, Antonio Ferrara (Salani, pp. 125, euro 9,50) dà voce a un extracomunitario in carcere che si racconta, ripensa alla sua infanzia povera nel sole del Cairo, dalle illusioni ai primi furti. Ben scritto, non indulge in commiserazione ma aiuta a immaginare altri mondi, diversi, dove è la fame che spinge lontano, a volte fino al carcere.

Buongiorno buonasera ti voglio bene di Alberto Rivaroli (Ed. Fabbri, pp. 215, euro 9,50) è un libro tra documentazione e narrazione che ci porta nelle fogne di Bucarest, dove si ritrovano giovani e bambini abbandonati. È anche la storia di un ragazzo che mette in piedi un originale progetto di recupero per questi ragazzi di strada.

Tema tutto italiano invece per *Prigionieri della memoria* di Frediano Sessi (Marsilio, pp. 107, euro 6,50), è particolarmente attuale, visto il clima incandescente ogni volta che si parla di Resistenza. Maria vede per caso Elmo, un amico d'infanzia e si riapre una vecchia ferita mai sanata. Nonostante il tempo trascorso tutti i sentimenti sono ancora vivi: per Elmo e Maria parlare significa cercare di capire per non restare prigionieri della memoria.

Grazia Giulianelli

La promozione della salute nei Paesi del Sud del mondo

Caro direttore

ho letto con interesse l'articolo di Bonati e Campi sul numero scorso di *Quaderni acp* (2007;14:15), che è una sintetica messa a fuoco di una drammatica situazione che interessa ancora una parte rilevante dell'umanità: l'incidenza delle morti infantili, evitabili con uno sforzo congiunto da parte dei Paesi ricchi, è ancora molto elevata e giudica pesantemente anche il nostro stile di vita.

I dati parlano eloquentemente, anche se colpisce di più – ve lo assicuro – vedere morire alcuni bambini di malnutrizione e di morbillo che leggere della morte di milioni di bambini.

Comunque sia, questa problematica non può non interessare i pediatri che hanno scelto di dedicare la loro vita al benessere dei bambini loro affidati e che desiderano che ogni bambino che viene a questo mondo possa avere tutte le cure necessarie alla sua sopravvivenza e al suo sviluppo. Quindi, come dicono gli inglesi, "I care".

Un primo modo concreto per rispondere al bisogno, per non lasciare cadere nel vuoto la provocazione di Bonati, è assumersi una responsabilità.

Ci sono molte realtà nel settore della promozione della salute che operano nei Paesi del Sud del mondo, con professionalità e capacità di documentare i risultati ottenuti e di dare costantemente ragione delle scelte che vengono effettuate.

Occorre individuare bene chi aiutare e, una volta avute le garanzie, sostenerne con continuità l'opera. Si tratta di attuare una sorta di "adozione dell'opera" che consente agli operatori sul campo di avere una certezza di finanziamenti e, quindi, di poter programmare gli interventi più urgenti e importanti.

È sempre meno utile l'aiuto estemporaneo "una tantum" mentre diventa importante il coinvolgimento a lungo termine con una realtà di lavoro affidabile.

Un secondo modo concreto di aiuto consiste nel promuovere dei legami fra Istituzioni del Nord e del Sud del mondo. Nel campo della salute fra AUSL italiane e territori in via di sviluppo in cui sono necessarie diverse azioni:

– trasferimenti di competenze e formazio-

– trasferimento di attrezzature e di tecnologie sostenibili, utilizzando anche quelle che da noi sono divenute obsolete;

– invio di "visiting professor" per interventi sanitari programmati e per corsi di formazione;

– accoglienza di operatori sanitari provenienti dal Sud del mondo per corsi di apprendimento specifici, utili e di breve durata.

Una forma di gemellaggio di questo tipo porterebbe grandi vantaggi nell'organizzazione della risposta al bisogno di salute nei Paesi poveri.

Oggi c'è meno bisogno di medici-eroi che combattono una battaglia faticosa e isolata in sperduti villaggi africani: è più utile un coinvolgimento operativo di strutture sanitarie italiane che accompagnino le realtà più povere ad acquisire competenze, metodologia di lavoro, esperienze significative di collaborazione. Inoltre consulenze permanenti possono essere garantite attraverso sistemi di "telemedicina" che non sono particolarmente costosi.

Quindi ciascuno di noi, nel proprio ambito, può aiutare a far crescere questa coscienza di solidarietà e a coinvolgere le proprie Aziende sanitarie in un rapporto organico e continuativo con Ospedali e medicina territoriale dell'Africa, dell'America Latina o dell'Asia.

L'esperienza in loco, anche se di pochi mesi, è una possibilità molto importante per guardare in modo diverso la propria professionalità e il proprio rapporto con tutta la realtà (famiglia, tempo libero, uso di soldi ecc.).

Infine, ogni persona che incontra, anche attraverso l'articolo di Bonati e Campi, la realtà tragica dei Paesi in via di sviluppo, e soprattutto dell'Africa, può svolgere una azione di "lobby" nel proprio Paese e nei confronti della classe politica.

Non ci si può arrendere di fronte alla scarsa attenzione nei confronti di questi problemi e alla frequente modalità demagogica con cui si cerca di rispondere ai bisogni. Un esempio significativo è dato dal modo con cui i Paesi ricchi stanno affrontando il problema delle grandi malattie infettive: AIDS, TBC, malaria. Vengono spesi miliardi di dollari in una battaglia "verticale" contro le singole malattie, senza impegnarsi assolutamente in un lavoro di miglioramento orizzontale di tutte le strutture sanitarie di base e dell'educazione necessaria per prevenire queste stesse malattie.

Cosa serve inviare milioni di confezioni di farmaci anti-AIDS, ottenuti a prezzi favorevoli, se non ci sono le garanzie che questi farmaci raggiungano i malati, che i malati siano stati istruiti ad usarli, che non vengano venduti al mercato nero, che non vengano barattati con beni di consumo (latte, carne), presumibilmente considerati più importanti di un farmaco che forse non potrà mai guarire da quella che non è considerata una malattia ma una maledizione?

Le zanzariere impregnate di DDT sono molto efficaci nella prevenzione della malaria e costano meno dei farmaci, ma è indispensabile che i fruitori prendano coscienza che la malaria è trasmessa da un parassita che vive nel corpo della zanzara e, quindi, bisogna tenersi lontani dalle zanzare.

È un importante lavoro politico (nel senso vero del termine) per evitare che si butti via il danaro soltanto per poter dire che il mondo ricco lotta contro la povertà e la malattia.

Il cammino verso lo sviluppo è una sfida per tutti, e ciascuno è sollecitato a verificare in che modo può essere coprotagonista di questa avventura umana:

– dare danaro;

– dare tempo e competenza professionale;

– dedicare una parte (breve o più lunga) a un lavoro in un territorio povero;

– svolgere azione di lobby politica e di sensibilizzazione;

– cambiare stile di vita.

Il piccolo apporto di ciascuno farà certamente progredire il cammino degli uomini verso un mondo più giusto, equo e appassionato al destino di felicità di ogni persona, dovunque si trovi a vivere.

Arturo Alberti

La scelta editoriale di Quaderni acp di dedicare una rubrica (Osservatorio internazionale) alla salute nel mondo è motivata dalla redazione come "utile continuazione a muoversi perché lo sviluppo dei popoli diventi preoccupazione di tutti e non di pochi addetti ai lavori". Proprio come Arturo Alberti ha voluto ricordare sia con la presente lettera che in precedenza (Quaderni acp 2006; 13(1):11). A uno sguardo ampio, complessivo, culturale, quello macro, terreno specifico della politica internazionale delle grandi Agenzie, a cui rimandavamo con il nostro

articolo, si contrappone (anche se dovrebbe integrarsi) quello micro, quello dei piccoli-medi progetti di cooperazione e di solidarietà, quello della "partecipazione dal basso" in cui ciascuno può/potrebbe/dovrebbe contribuire. È a quest'ultima area che Alberti, "uomo di cooperazione", ci rimanda esplicitando alcune delle possibili azioni. C'è però almeno un aspetto che necessita di ulteriore chiarimento; un punto critico essenziale del dibattito che (ormai da decenni) investe il mondo della cooperazione nazionale e internazionale: la sostenibilità. L'aiuto, anche del singolo, deve essere parte di un progetto/percorso ampio e finalizzato a rendere autonomi (se non proprio indipendenti) i beneficiari. Potrebbe sembrare ovvio, ma nella pratica è impresa ardua e molto spesso disattesa, in particolare in ambito sanitario. Si pensi, ad esempio, ai viaggi della speranza di molti bambini trasportati in Italia per essere sottoposti a interventi chirurgici da noi routinari. A uno che arriva quanti ne rimangono a casa? Quali i criteri di scelta del fortunato predestinato? Le risorse umane ed economiche destinate a queste iniziative non potrebbero essere meglio utilizzate e risultare più vantaggiose anche per altri se investite nei Paesi di origine: formando operatori, creando centri, responsabilizzando i governi locali? Che succede a questi bambini una volta rientrati al loro Paese? Chi si prenderà cura di loro per garantire la continuità terapeutica, il follow-up? Il singolo ne beneficia, ma la comunità?

I criteri di intervento sanitario nei/per i Paesi con scarse risorse sono stati oggetto, anche recentemente, di un acceso dibattito a cui rimandiamo (Ricerca & Pratica 2007; 23:32-37). "Oggi c'è meno bisogno di medici-eroi" e di medici-missionari che operano da soli. Ogni atto sanitario, al Nord come al Sud del mondo, è volto principalmente a "curare" il singolo, non in quanto esclusivo, ma parte di una popolazione. Dovrebbe essere quindi il principio dell'equità per una salute per tutti (o almeno per molti) a guidare gli interventi, a partire da quelli prioritari. Per far questo bisogna muoversi secondo una logica di popoli e non di singolo (cooperante o beneficiario).

Maurizio Bonati, Rita Campi

Nati per la Musica a Verona

Credo sia utile che i lettori conoscano questa iniziativa relativa al progetto Nati per la Musica.

A Verona si è tenuta, nella sede del Conservatorio, una riunione dedicata all'attività della rete musicale cittadina e aperta alla popolazione.

Verona è sede della Fondazione Arena e da sempre città attenta alla cultura musicale. La rete ha presentato le sue attività in ambito scolastico, rivolte a tutte le età, e sono stati illustrati numerosi eventi organizzati nel corso dell'anno mozartiano. L'incontro è stato impreziosito dall'esecuzione al pianoforte di alcuni brani dell'autore viennese e dall'esibizione di un coro giovanile.

Erano presenti l'Assessore all'Istruzione, il Direttore della Fondazione Arena e il Direttore del Conservatorio. La cosa che voglio segnalare è che è stata data l'opportunità all'ACP di presentare il progetto "Nati per la Musica" che è stato accolto in maniera molto favorevole. In particolare, a Verona, si è deciso di lavorare con alcuni obiettivi prioritari:

1. messa a punto di un CD di filastrocche, ninne-nanne e conte da consegnare durante i corsi di preparazione al parto;
2. preparazione di materiale da consegnare ai genitori, in occasione dei bilanci di salute;
3. realizzazione di progetti educativi precoci rivolti alla musica, che coinvolgono asili nido e scuole dell'infanzia.

Per questo ultimo punto si è deciso di mettere al centro del percorso la famiglia. Gli insegnanti musicisti costruiranno un percorso rivolto ai bambini e alle bambine e alle loro famiglie che saranno parte attiva di questo processo formativo.

Nella rete sono coinvolti numerosi musicisti di varie estrazioni, nonché numerosi educatori con esperienze didattiche in ambito musicale.

I consultori materno-infantili di Verona hanno aderito al nostro Progetto.

"Nati per la Musica" sta nascendo, dunque, a Verona come un vero Progetto di rete a partire dalla prima fase di elaborazione.

Michele Gangemi

Le iniziative progettate e in atto a Verona nell'ambito applicativo di Nati per la Musica aderiscono completamente ai programmi del gruppo attivo in ACP e coordinato da Stefano Gorini. Le linee guida per i pediatri prevedono anzitutto, infatti, una informazione che il pediatra può fornire alle famiglie sulla benefica influenza della musica nello sviluppo del bambino. Si veda a questo proposito un primo documento a pag. 87. Ma l'informazione dovrebbe partire prima della nascita nei corsi di preparazione al parto: la preparazione di un CD da donare in questi corsi e che ricorda il regalo del libro del progetto Nati per Leggere è pertanto una iniziativa estremamente interessante del "Progetto Verona". Iniziative del genere sono in atto - a quanto ci risulta - in altri gruppi locali e sarebbe interessante che i gruppi che hanno in previsione iniziative del genere le rendessero note.



CORSI DI FORMAZIONE: "AMBIENTE E SALUTE DEL BAMBINO"

CORSO DI 11 ORE DI DIDATTICA

Premessa

Nella Regione Europea circa un terzo del carico totale di malattie nei primi 18 anni di vita può essere attribuito a condizioni ambientali insane e insicure.

Il rapporto che lega i pediatri alle famiglie ne fa degli interlocutori privilegiati anche in questo campo.

Obiettivi generali

Formare professionisti (pediatri di famiglia, ospedalieri e di comunità) in grado di conoscere le patologie legate al rischio ambientale e le loro modalità di prevenzione, e in grado di:

- trasferire queste informazioni ai genitori per consentire scelte adeguate
- collaborare con le istituzioni in materia di protezione ambientale.

Obiettivi specifici

Alla conclusione del Corso i partecipanti devono essere in grado di:

- conoscere le caratteristiche che rendono il bambino più suscettibile dell'adulto all'inquinamento ambientale;
- conoscere le principali fonti di inquinamento ambientale e i loro effetti sulla salute del bambino;
- approfondire le modalità di una comunicazione efficace ai genitori mirata alle più comuni misure di prevenzione del rischio ambientale;
- conoscere le competenze delle istituzioni in tema di protezione dell'ambiente e le possibili modalità di collaborazione con queste.

Caratteristiche

- **Durata:** un giorno e mezzo, per un totale di 11 ore di didattica.
- **Metodologia:** lezioni frontali, lezioni interattive (sondaggio rapido in aula, lavori in piccolo gruppo su soluzione di problemi reali);
- **Destinatari:** pediatri di famiglia, ospedalieri e di comunità. Medici di medicina generale.
- **Numero massimo di partecipanti:** 35-40.
- **Materiale didattico:** articoli di letteratura; opuscoli informativi per le famiglie. Al termine del corso viene lasciata una copia del CD contenente il materiale utilizzato per la realizzazione del corso.
- **Valutazione:** secondo le modalità ECM.
- **Crediti formativi ECM:** costo dei crediti a carico dei richiedenti il corso. Il CSB effettua la procedura di accreditamento.

Organizzazione: Alessandra Sila, Centro per la Salute del Bambino/ONLUS, via dei Burlo 1, 34100 Trieste - Tel: 0403220447 - Fax: 0403224842 - E-mail: alessandra.sila@csbonlus.org

Date e sedi possono essere concordate

PROGRAMMA

PRIMA GIORNATA: **Le conoscenze**

Prima sessione: 9.00-10.40

Obiettivi:

- conoscere i rischi globali dell'inquinamento ambientale
- conoscere l'impatto dell'inquinamento sulla salute dei bambini

Ore 9,15 Introduzione: motivazione e obiettivi del corso

Ore 9,30 Perché il bambino è più suscettibile dell'adulto all'inquinamento ambientale

Ore 10,10 Discussione

CORSO DI 3,40 ORE DI DIDATTICA

Caratteristiche

Durata: il corso ha una durata complessiva di mezza giornata, per un totale di 3 ore e 40 minuti di didattica. Organizzazione: Centro per la Salute del Bambino/ONLUS, via dei Burlo 1, 34100 Trieste - Tel: 0403220447 - Fax: 0403224842 - E-mail: alessandra.sila@csbonlus.org

Date e sedi possono essere concordate

PROGRAMMA

Prima sessione: Le conoscenze (ore 9.00-10.20)

Ore 9,00-9,40 Perché il bambino è più suscettibile dell'adulto all'inquinamento ambientale

Ore 9,40-10,20 Gli agenti chimici non atmosferici: l'inquinamento di acqua e cibo*

Seconda sessione: 10,40-12,30

Obiettivi:

- conoscere le principali fonti d'inquinamento dell'aria all'esterno e all'interno delle abitazioni
- conoscere gli effetti dell'inquinamento sulla salute dei bambini
- conoscere le più semplici modalità di riduzione dell'inquinamento
- conoscere i più facili sistemi di riduzione individuale del rischio

Ore 10,40 Inquinamento dell'aria indoor

Ore 11,20 Inquinamento dell'aria outdoor

Ore 12,00 Discussione

Terza sessione: ore 14,00-16,00

Obiettivi:

- conoscere le principali fonti di contaminazione di acqua e cibo, i principali inquinanti e i loro effetti sulla salute
- conoscere le principali azioni preventive
- apprendere delle nozioni sui vantaggi degli alimenti di origine biologica
- conoscere i rischi legati all'utilizzo di organismi geneticamente modificati

Ore 12,50 Gli agenti chimici non atmosferici: inquinamento di acqua e cibo

Ore 13,30 Pausa pranzo

Ore 14,30 Alimenti di origine biologica: un valore aggiunto?

Ore 15,00 OGM: una questione aperta

Ore 15,30 Discussione

Quarta sessione: ore 16,00-18,00

Obiettivi:

- conoscere i rischi connessi all'esposizione alle radiazioni ultraviolette e alle radiazioni elettromagnetiche
- conoscere le principali azioni preventive

Ore 16,00 Agenti fisici: gli ultravioletti

Ore 16,40 Agenti fisici: le radiazioni elettromagnetiche

Ore 17,20 Discussione

Ore 18,00 Fine lavori

SECONDA GIORNATA: **Le azioni**

Quinta sessione: ore 9.00-13.30

Obiettivi:

- approfondire le modalità di una comunicazione ai genitori mirata alle più comuni misure di prevenzione del rischio connesso all'inquinamento ambientale
- conoscere le competenze delle amministrazioni locali e nazionali relative alla protezione dell'ambiente
- saper pianificare degli interventi per la soluzione di problemi ambientali reali presenti nel proprio ambiente di vita

Ore 9,15 Come proteggere il singolo bambino dai rischi ambientali

Ore 10,00 Presentazione e discussione del materiale informativo per i genitori

Ore 11,00 Come sensibilizzare le amministrazioni locali

Ore 11,45 Un esempio pratico di problema locale e un progetto per la sua soluzione (lavoro in piccolo gruppo su un problema reale identificato dal gruppo locale)

Ore 12,30 Presentazione dei progetti e discussione in plenaria

Ore 13,15 Discussione e conclusioni

Ore 13,30 Valutazione secondo criteri ECM

Ore 10,20-11,00 Discussione

Ore 11,00-11,20 Coffee break

Seconda sessione: Le azioni (ore 10.40-13.00)

Ore 11,20-11,50 Come proteggere il singolo bambino dall'inquinamento ambientale

Ore 11,50-12,20 Come sensibilizzare le amministrazioni locali

Ore 12,20-13,00 Discussione finale

* Nota:

La relazione delle ore 9,40 è solo un esempio. In base alle esigenze locali può essere scelta tra le seguenti: Inquinamento dell'aria indoor; Inquinamento dell'aria outdoor; Gli agenti chimici non atmosferici: inquinamento di acqua e cibo; Alimenti di origine biologica: un valore aggiunto?; Organismi geneticamente modificati: una questione aperta; Agenti fisici: gli ultravioletti; Agenti fisici: le radiazioni elettromagnetiche.

Editoriale

- 49 Il nuovo Codice di deontologia medica:
un passo avanti
Michele Gangemi

Ricerca

- 50 Adesione a interventi preventivi per l'infanzia
tra gli immigrati: uno studio randomizzato
*Tea Burmaz, Michela Villani,
Adriano Cattaneo, et al.*
- 56 La salute materno-infantile degli stranieri
e l'accesso ai servizi: analisi quali-quantitativa
nel territorio cesenate
*Elizabeth Baken, Antonella Bazzocchi,
Nicoletta Bertozzi, et al.*

Rischio sociale

- 61 La crescita psicologica dei bambini stranieri
Marco Mazzetti

Salute pubblica

- 64 La sicurezza in ambiente domestico:
epidemiologia degli incidenti
e possibilità di interventi di prevenzione
Elena Cossu

Organizzazione sanitaria

- 67 Nascere in Campania nel 2004:
settimo rapporto
Paolo Siani

Info

- 70 L'articolo dell'anno 2006
- 70 Altri due ospedali nominati
"Ospedale amico dei bambini"
- 70 Nuovo accordo sindacale in Toscana:
più reperibilità telefonica
- 70 Outsourcing: niente di buono
- 70 Tossicità del paracetamolo in adulti
- 70 Minimeeting: pranzi tassati
- 70 Stranieri temporaneamente presenti (STP)
- 70 Disuguaglianze: le pandemie uccidono i poveri
- 70 Disuguaglianze: gli incidenti uccidono i poveri
- 71 Ancora sui lattini
- 71 "Mente Viva" con poco omega 3
- 71 Una curiosa contesa fra un Autore e una rivista
- 71 Studenti in medicina e salute globale

Tenstories

- 72 Somalia: in drastico aumento gli effetti della
carestia
Stefania Manetti (a cura di)

Scenari

- 73 Esiste una terapia farmacologica per la sindrome
delle apnee notturne?
*Partecipanti al corso "La risoluzione di scenari
clinici con il supporto della EBM come strumento
di formazione continua per il pediatra"*

Aggiornamento avanzato

- 75 La spirometria in ambulatorio:
metodo e interpretazione
Cesare Braggion, Maria Carli, Laura Menin, et al.

Il caso che insegna

- 82 OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome.
Quando si inizia dalle complicanze
*Alessandro Vigo, Alberto Braghiroli,
Emanuela Malorgio, et al.*

Vaccinacipi

- 85 Il vaccino contro il papillomavirus arriva
a primavera; intanto laviamoci le mani
Luisella Grandori

Farmacipi

- 86 Decongestionanti nasali:
attenzione, pericolo di morte
*Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute,
IRFMN, Milano*

Informazioni per genitori

- 87 Lo sviluppo dei bambini e la musica
Nati per la Musica (a cura di)

Nati per Leggere

- 88 Germania
- 88 Svizzera
- 88 Trentino-Alto Adige
- 88 Lombardia
- 89 Veneto
- 89 Una lettera dell'AIB alla Regione Veneto

Congressi controllo

- 90 L'integrità nella ricerca *Federica Zanetto*
- 90 Cure palliative ai bambini *Patrizia Elli*
- 91 La tratta di donne e bambini *Vincenzo Spagnolo*
- 91 Comunicare e parlare *Federica Zanetto*

Film

- 92 Ma che cos'è la felicità? *Italo Spada*

Acp news

- 93 Newsletter: prosegue il percorso fra i gruppi
Federica Zanetto
- 93 I gruppi locali alle riunioni della redazione di
Quaderni acp *Patrizia Neri*

Libri

- 94 Narrativa per ragazzi? Per ragazzi e non solo
Grazia Giulianelli

Lettere

- 95 La promozione della salute nei Paesi del Sud
del mondo
Arturo Alberti, Maurizio Bonati, Rita Campi
- 96 Nati per la Musica a Verona *Michele Gangemi*

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2007 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*, a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, a 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 oppure e-mail: francdessi@fiscali.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.