

# Quaderni acp

[www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

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

[www.acp.it](http://www.acp.it)

## I bambini e i giochi



**maggio-giugno 2007 vol 14 n°3**

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](http://www.quaderniacp.it)  
May-June 2007; 14(3)

## 97 Editorial

Health district's units, Health homes etc...: when and how?

*Giancarlo Biasini*

## 98 Research

A multicenter study on drug safety in children  
Francesca Menniti-Ippolito, Roberto Da Cas, Monica Bolli et al

## 103 Current issues

Lancet and the arms trade of his editor  
*Red*

## 104 Info

### 106 Tenstories

Persons with disabilities: a treaty seeks to break new ground in ensuring equality  
*Stefania Manetti*

### 107 Scenarios

The treatment of fever: Acetaminophen and / or Ibuprofen? A search for efficacy  
*Elena Cama, Valeria Ferraiù, Simona Adelardi et al.*

### 111 Learning from a case

Pain, heat, redness, swelling,... and psyche?  
*Matteo Chiappedi, Marzia Borgna, Angela Amoroso et al*

### 114 Update to practice

Diagnosis communication of congenital abnormalities at birth : parents narrate their "story"  
*Lucia Aite*

### 118 Appraisals

Diagnosis and treatment with growth hormone: the paediatrician's task considering the Italian regulation  
*Roberto Lala, Aldo Ravaglia*

### 122 Vaccinacipi

Influenza vaccination in healthy children: what are the aims?  
*Luisella Grandori*

### 125 Farmacipi

Antibiotics: a cautious use!  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

### 126 Informing parents

Home food preservation  
*Daniela Amadori, Roberta Cecchetti*

### 128 Essays

Training in general practice: three contemporary controversies  
*Trisha Greenhalgh*

### 131 Medical History

The rural inquiry through country doctors in Italy in 1878  
*Franco Lupano*

### 134 Books

### 136 Born to read

### 138 Meeting synopsis

### 140 Movies

### 141 Musical-mente

Venezuela: making music for creating a future  
*Manuela Caltavuturo*

### 143 Born to read

Books for children: the grammar of "seeing" in the perception of illustrations  
*Angela Dal Gobbo*

# Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della  
**A**ssociazione **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](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)

### Indirizzi

#### Amministrazione

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

#### Direttore

Giancarlo Biasini  
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena  
Tel. e Fax 054729304  
e-mail: [giancarlo.biasini@fastwebnet.it](mailto:giancarlo.biasini@fastwebnet.it)

#### Ufficio soci

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

#### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [info@stilgrafcesena.191.it](mailto: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 "Daughters of Edward Darley Boit", John Singer Sargent (1882), olio su tela (particolare). Boston (Usa), Museum of Fine Arts.

**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](mailto: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.

# Unità territoriali, Case della salute eccetera: come e quando?

Giancarlo Biasini

Direttore di Quaderni acp

A Tabiano, nel febbraio scorso, si è ridiscusso il problema del rapporto fra pediatri di famiglia, UO di pediatria, e accessi al PS. La discussione è stata interessante e ha messo a fuoco tutti i problemi irrisolti che ci trasciniamo, invariati, da anni.

È ben vero che in una intervista a *Il sole 24 ore Sanità* del 20-26 febbraio scorso il Ministro della Salute ripete che le sta molto a cuore il ruolo della medicina generale, nella quale è compresa la pediatria che opera nei distretti; che deve avere una nuova configurazione giuridica; che deve essere più integrata nel sistema sanitario; che deve avere un ruolo di "direzione" (!) all'interno del SSN. Tre cose che la medicina generale oggi assolutamente non ha. Siamo certi che, quando afferma "medicina generale", Livia Turco vuole dire "cure primarie", intendendo con questo non solo medicina e pediatria, ma anche la parte di assistenza che a queste professionalità è legata e che si svolge nel distretto.

Successivamente il Ministro ha definito i punti che dovranno caratterizzare la "Casa della salute" (CdS): centralità del cittadino, riconoscibilità, accessibilità, unitarietà, integrazione ed efficacia tra gli elementi che queste strutture dovranno fare proprie. La CdS dovrà diventare "un punto di riferimento per i cittadini – afferma la Turco – tanto quanto lo sono gli ospedali della penisola".

La CdS è stata poi presentata a Roma, durante un incontro su questo tema, tenutosi il 22 marzo scorso, come il "secondo pilastro" del SSN, essendo il primo costituito dagli ospedali.

Tutto molto ragionevole e perfettamente accettabile ma la CdS, così come è stata presentata, tarderà certamente a venire. Infatti essa nasce per unire, in un unico centro, le strutture che di seguito riassumiamo.

1) *L'area del Cup, del segretariato sociale e del coordinamento con le farmacie.*

2) *L'area dei servizi sanitari:* prestazioni urgenti, prelievi, donazioni, ambulatorio di prime cure per le piccole urgenze, ambulatorio dei medici di medicina generale e dei pediatri (Unità di Cure Primarie); continuità assistenziale; ambulatorio infermieristico; attività specialistiche; tecnologie diagnostiche semplici.

3) *L'area dei servizi socio-sanitari:* Sert, salute mentale, centro diurno, riabilitazione, residenza sanitaria assistenziale, ADI, area della prevenzione, consultorio familiare.

4) *L'area dei servizi sociali.*

5) *L'area delle attività amministrative.*

6) *L'area delle tecnologie informatiche.*

Si è quindi fatto un salto di qualità e quantità, visto che fino a gennaio le proposte in campo sono state le cosiddette UTAP, che assumono nomi diversi nelle varie realtà regionali.

Ma forse si è fatto anche un salto nel tempo di realizzazione, perché l'ambizione di volere riunire in un unico centro tutte queste attività (in parte delegate ai Comuni) comporterà problemi economici, tecnici e organizzativi di non facile soluzione. Il modello centralizzato presentato a Roma è (forse) possibile in ambienti territoriali a densità abitativa molto alta e con possibilità di accessi molto semplici e rapidi. Del resto gli assessori regionali hanno cominciato a fare molti distinguo; ognuno presenta alcuni esempi "preparatori" di altro genere. La Toscana, Regione dalla quale è partita l'idea della CdS, sembra che finora abbia messo in campo un solo esempio: il comune di Castiglion Fiorentino. Il Forum dei direttori generali di Federsanità suggerisce "flessibilità e capacità di adattamento".

C'è da temere che, in ambiziosa attesa del "secondo pilastro", le cose rimangano a lungo così come sono, in crisalide, ora limitate alle associazioni e alla medicina di gruppo che tutte le Regioni riconoscono come un "valore" ma che nulla hanno delle condizioni strutturali e funzionali di cui parla la Turco: non sono integrate nel sistema sanitario, continuano ad avere gli aspetti volontaristici che hanno sempre avuto e di loro manca, in realtà, una valutazione di efficacia rigorosa e complessiva. E tanto meno hanno quel ruolo di direzione all'interno del SSN di cui parla la Turco.

La SISAC, la struttura regionale che rappresenta la parte pubblica, ha svolto una indagine sulle forme organizzative, sulla disponibilità delle Regioni a mettere a disposizione delle nuove Unità (stiamo parlando delle UTAP) strutture, spazi, attrezzature: la grandissima parte delle Regioni tace. Sulla disponibilità a mettere a disposizione personale tacciono tutte. E si noti che queste forme organizzative furono decise dalla Conferenza Stato-Regioni del 2004.

Del resto, tornando ai pediatri, fino a che essi rimarranno dentro la convenzione del 1981 (un pediatra, un ambulatorio), le direzioni strategiche delle ASL non possono pensare che la famosa Clinical Governance, più declamata che attuata nei dipartimenti ospedalieri, possa passare nel distretto in un sistema organizzativo frantumato in persone cliniche singole o unite solo dai tradizionali collegamenti interpersonali, attuati nell'associazione o nel gruppo, sempre scollegati dalla programmazione dell'ASL. In questi ambiti può passare solo una versione un po' "volgare" della Clinical Governance, che tende non già all'approccio del risultato, alla continuità dei percorsi assistenziali disegnati da chi li sa fare perché li fa, ma solo a una fastidiosa minimizzazione dei costi per farmaci, specialistica ed esami. A livello distrettuale (sia che si tratti per ora di versioni pur diverse delle UTAP, o domani di CdS) si potrà ottenere la responsabilizzazione dei professionisti, aggiungendo a una migliore attività clinica il coinvolgimento gestionale diretto e non imposto in maniera burocratica dalle direzioni strategiche. E soprattutto tenendo conto che non si fanno le nozze con i fichi secchi: senza investimenti in strutture, personale, tecnologie non si potrà fare nessun secondo pilastro del SSN.

Anche il "Piano di miglioramento del sistema emergenza-urgenza", predisposto dal Ministero per la riorganizzazione del settore "dal territorio all'ospedale" e consegnato alle Regioni, non fa fare passi avanti al sistema: ripete la necessità di prolungamento di orario e di continuità assistenziale, tramite l'associazionismo per evitare ricoveri, ma non dà indicazione sul come farlo, le modalità per farlo, i finanziamenti per strutture, personale e altro. Per quanto riguarda la pediatria torna su cose già dette: 1) razionalizzare gli orari di visita; 2) dedicare più tempo ai malati cronici e all'adolescenza; 3) utilizzare l'infermiere pediatrico. Ma ancora senza soffermarsi sul "come". E viene sempre il dubbio che si conti soprattutto sulla "buona volontà" degli operatori sanitari.

Si terrà prossimamente a Bologna una prima Conferenza nazionale sulle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria. Speriamo in maggior luce.

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale

# Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria

Francesca Menniti-Ippolito\*, Roberto Da Cas\*, Monica Bolli\*, Annalisa Capuano\*\*  
(Del Gruppo di studio sulla sicurezza dei farmaci in pediatria)<sup>o</sup>

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

\*\*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia, Seconda Università di Napoli

## Abstract

### *A multicenter study on drug safety in children*

**Objective** *An active surveillance system to estimate adverse drug and vaccine events in children is coordinated by the National Institute of Health in Italy. The study is conducted in some Italian paediatric hospitals and departments.*

**Methods** *The study includes children hospitalised through the Emergency Department for thrombocytopenia, esophageal and gastroduodenal lesions, neurological disorders, muco-cutaneous diseases. Drug exposure is retrieved through interview to parents. The association between drugs (or vaccines) and events is estimated with a case-control study design.*

**Results** *2,887 children hospitalised have been enrolled from November 1999 to June 2006. A 2.2 risk of thrombocytopenia has been associated with antibiotics. An increased risk associated with MMR vaccine has been confirmed (OR 2.7). An increased risk of non febrile seizures has been associated with hexavalent vaccines (OR 2.7).*

**Conclusion** *The study confirmed and quantified recommendations coming from the spontaneous reporting system and it is an important support for the Italian national pharmacovigilance.*

*Quaderni acp 2007; 14(3): 98-102*

**Key words** *Adverse drug reactions. Children. Hospital admissions. Case-control study*

**Obiettivo** *Una sorveglianza attiva per l'identificazione degli eventi avversi da farmaci e vaccini in pediatria è coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e coinvolge alcuni ospedali e dipartimenti pediatrici.*

**Metodi** *Nella ricerca sono stati inclusi i bambini ricoverati dal Pronto Soccorso di ospedali italiani per piastrinopenia, lesioni esofago-gastroduodenali, problemi neurologici, malattie muco-cutanee. I dati sull'esposizione a farmaci e vaccini sono stati recuperati con una intervista ai genitori. L'associazione tra farmaci ed eventi è stata stimata con un disegno di studio di tipo caso-controllo.*

**Risultati** *Dal novembre 1999 al giugno 2006 sono stati inclusi 2887 bambini. Un rischio di 2,2 di piastrinopenia è risultato associato agli antibiotici; è stato confermato un rischio con il vaccino MPR (OR 2,7); è stato calcolato un incremento di rischio di convulsioni in apiressia con il vaccino esavalente (OR 2,7).*

**Conclusioni** *Lo studio ha permesso di confermare e quantificare alcuni segnali provenienti dalle segnalazioni spontanee ed è di importante supporto alla farmacovigilanza nazionale.*

**Parole chiave** *Reazioni avverse a farmaci. Bambini. Ricoveri ospedalieri. Studio caso-controllo*

## Introduzione

Per migliorare le conoscenze sull'efficacia dei farmaci in pediatria si stanno promuovendo, a livello internazionale, sperimentazioni cliniche controllate anche in ambito pediatrico [1-2]. Le sperimentazioni che precedono la commercializzazione di un farmaco, quando condotte in modo accurato, sono in grado di fornire informazioni sufficienti sul beneficio atteso di un farmaco. Tuttavia, per le loro caratteristiche intrinseche, non sono sempre in grado di fornire gli elementi necessari alla determinazione del profilo di sicurezza quando un farmaco viene utilizzato dalla popolazione generale.

Il problema principale in termini di sicurezza riguarda il fatto che nelle sperimentazioni è incluso, comunque, un numero limitato di persone. Reazioni avverse relativamente rare (per esempio, con una incidenza di 1 su 1000 o 1 su 5000 utilizzatori) possono presentare un impatto notevole di Sanità pubblica, anche se non evidenziate all'interno delle sperimentazioni cliniche. Pochi studi hanno stimato l'incidenza di reazioni avverse in età pediatrica. Uno studio pubblicato recentemente riporta che, in un periodo di dieci anni, l'incidenza di reazioni avverse seguite da un ricovero in ospedale è stata di 1,6%, con un'incidenza annuale tra lo 0,4% e il 2,3% [3]. Per completare le informazioni sul profilo di sicurezza di un farmaco dopo la commercializzazione è necessario combinare diversi approcci, fondati in particolare sulle segnalazioni spontanee e sui sistemi di sorveglianza attiva. Il principale punto di forza di questi ultimi è quello di cercare di recuperare tutti gli

Per corrispondenza:  
Francesca Menniti-Ippolito  
e-mail: francesca.menniti@iss.it

ricerca

eventi che si verificano durante la sorveglianza. Si supera così il principale limite delle segnalazioni spontanee, che è rappresentato da una possibile sottotifica differenziale fra farmaci a confronto [4]. Dal 2001 al 2005 sono pervenute al Sistema Nazionale di Farmacovigilanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco solo 1632 segnalazioni relative a persone di età inferiore a 18 anni. Con i dati raccolti nell'ambito di una sorveglianza attiva è possibile effettuare stime di rischio di ADR molto più affidabili di quelle derivanti dalle segnalazioni spontanee. Rivestono, quindi, grande importanza per la conoscenza delle reazioni avverse gli studi epidemiologici da condurre dopo la commercializzazione del farmaco, quando questo viene utilizzato nella pratica clinica in grandi popolazioni non selezionate.

Alla fine del 1999 è stato avviato, presso l'Azienda Ospedaliera "Santobono-Pausilipon" di Napoli, uno studio con l'obiettivo di identificare eventi avversi da farmaci e vaccini in bambini ricoverati dal Pronto Soccorso. A tale studio, finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco e coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, partecipano attualmente, oltre all'Azienda Ospedaliera "Santobono-Pausilipon" di Napoli, il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova; l'Istituto "Giannina Gaslini" di Genova; l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma; l'IRCCS "Burlo-Garofolo" di Trieste. Per un periodo limitato hanno partecipato anche l'Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziato di Bari e la Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica del "Sacro Cuore" di Roma.

## Metodi

Lo studio si articola in due parti: uno studio caso-controllo e una sorveglianza attiva. Nello studio caso-controllo sono inclusi tutti i bambini che sono ricoverati dal Pronto Soccorso con alcune patologie specifiche, indipendentemente dall'esposizione a farmaci. Scopo dello studio è valutare l'associazione tra esposizione

a farmaci/vaccini nelle tre/sei settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi e alcune patologie specifiche a carico di organi frequentemente sedi di insorgenza di eventi avversi da farmaci.

Le patologie in esame sono quattro:

**1. Piastrinopenia:** numero di piastrine inferiori a 100.000. **2. Lesioni esofago-gastroduodenali:** erosioni e ulcera peptica solo se confermate con endoscopia; *ematemesi e melena* (incluse anche in base alla sola diagnosi clinica). **3. Disturbi del Sistema nervoso centrale e neuropatie periferiche** (per gli episodi convulsivi sono inclusi solo i bambini con il 1° episodio critico non febbrile). **4. Malattie muco-cutanee non infettive e vasculiti.**

L'esposizione a farmaci o vaccini nei bambini ricoverati per una delle condizioni di interesse viene confrontata con l'analoga esposizione nell'insieme dei bambini ricoverati per le altre condizioni. Il vantaggio principale di confrontare tra loro bambini ospedalizzati fa in modo che i diversi gruppi abbiano caratteristiche molto simili, a parte la condizione che ha portato al ricovero. Inoltre, si può ritenere che il cosiddetto "bias da ricordo" sia limitato o assente. Questo tipo di "bias" o distorsione si verifica negli studi caso-controllo, quando l'esposizione a farmaci viene ricavata tramite intervista, in quanto i casi sono più portati, proprio perché malati, a ricordare tutte le possibili cause della loro condizione patologica, incluso l'uso di farmaci.

L'esposizione è stata rilevata tramite intervista a un genitore su un questionario standardizzato ed è relativa all'assunzione del farmaco (e/o del vaccino) da parte del bambino nelle 3 settimane (6 settimane nel caso dei vaccini) precedenti l'inizio dei sintomi che hanno portato al ricovero. Sono stati raccolti dati su età, sesso, titolo di studio dei genitori, modalità di prescrizione (auto-prescrizione o prescrizione del medico), presenza di malattie croniche e di allergie, indicazione, dose e durata dell'uso del farmaco. È stato richiesto ai genitori il consenso informato per l'utilizzo dei dati rilevati a scopo di ricerca. La possibile associazione

tra farmaci ed eventi avversi è stata stimata attraverso il calcolo degli Odds Ratio (OR), che confrontano l'esposizione a farmaci dei casi con quella del gruppo di controllo. Per valutare la significatività statistica degli OR sono stati calcolati gli intervalli di confidenza (IC) al 95%. Nella sorveglianza attiva sono stati inclusi tutti i bambini ricoverati dal Pronto Soccorso per un evento, diverso dalle patologie già elencate, che il medico di guardia sospetti associato a farmaci.

## Risultati

I risultati relativi al periodo 1999-2003 sono stati pubblicati in un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità [5]. Vengono qui riportati alcuni risultati aggiornati a giugno 2006.

Tra novembre 1999 e giugno 2006 sono stati inclusi 3430 bambini, 2887 dei quali con le quattro condizioni in studio e 543 con un *evento avverso a farmaci (ADE)*. I *problemi neurologici* sono stati la causa principale di ricovero (41%), seguiti dalle *malattie muco-cutanee* (37%), dalle *piastrinopenie* (12%) e dalle *lesioni gastroduodenali* (9%). L'età media è stata di 3 anni. I più piccoli sono risultati i bambini ricoverati per una ADE (2 anni), mentre i più grandi sono stati quelli con problemi neurologici (4 anni). Per quasi tutte le condizioni di interesse si è osservata una leggera prevalenza di maschi rispetto alle femmine. Due bambini su tre sono risultati nel complesso esposti a farmaci nel periodo di interesse. I più esposti sono stati quelli ricoverati per lesioni gastroduodenali e malattie muco-cutanee. Nel 17% dei casi i farmaci utilizzati erano autoprescritti. Per quanto riguarda i vaccini, nel complesso il 10% dei bambini ha ricevuto una vaccinazione nelle sei settimane precedenti il ricovero (*tabella 1*).

Le crisi convulsive sono state le più frequenti tra le patologie neurologiche (46% del totale), seguite dai disturbi della vigilanza e della coscienza (23%). Abbiamo inteso con questa definizione sonnolenza, perdita di coscienza, ipo-

reattività (di natura non determinata), torpore, stato soporoso, amnesia, lipotimia e sincope. Tra le diagnosi di particolare gravità vanno segnalati 13 ricoveri per encefalite (tra cui una sindrome di Reye) e 8 casi di sindrome di Guillain-Barré. Tra le malattie muco-cutanee, l'orticaria, associata o meno ad angioedema, rappresenta la diagnosi più frequente (41%), seguita dalle vasculiti (26%), dall'eritema (13%), e dalla sindrome di Schoenlein-Henoch (12%). Fra gli eventi di particolare gravità vanno segnalati 22 casi di sindrome di Stevens-Johnson. Nelle piastrinopenie i segni più frequenti sono stati ecchimosi e/o petecchie (82%) ed epistassi associata o meno a ecchimosi (7%).

Nelle patologie gastroduodenali sono ugualmente rappresentati i ricoveri sia per una diagnosi prevalentemente clinica di ematemesi o melena (47%) sia quelli per erosioni esofago-gastro-duodenali confermate endoscopicamente (46%). Le due categorie di farmaci più frequentemente utilizzate sono state gli analgesici-antipiretici (44%) e gli antibiotici (42%). Tra questi, le penicilline hanno mostrato la prevalenza d'uso più elevata, seguite dalle cefalosporine e dai macrolidi. È stato osservato anche un utilizzo di medicinali non convenzionali (omeopatici e fitoterapici), concentrato soprattutto nei Centri del Nord (tabella 2). In tutte le condizioni in studio le infezioni delle alte vie respiratorie hanno rappresentato l'indicazione più frequente per l'uso dei farmaci. La febbre è stata associata a infezioni delle vie respiratorie, ed è stata anche presente come unica indicazione. Di seguito vengono riportati i risultati relativi al rischio di sviluppare piastrinopenie associate a farmaci e vaccini e problemi neurologici associati alla vaccinazione. Per il calcolo del rischio di sviluppare piastrinopenia in seguito all'uso di farmaci e vaccini, l'esposizione in questo gruppo di bambini è stata confrontata con quella dei bambini ricoverati per lesioni gastroduodenali e per disturbi neurologici. Le malattie cutanee sono state escluse dal gruppo di controllo in

**TABELLA 1: BAMBINI RICOVERATI PER LE CONDIZIONI IN STUDIO (NOVEMBRE 1999 - GIUGNO 2006)**

Condizioni	Ricoveri		Età mediana (anni)	% bambine	Esposti a farmaci		Esposti a vaccini		N. medio farmaci
	N.	%			N.	%	N.	%	
Neurologiche	1184	41	4	45	607	51	125	11	2,0
Muco-cutanee	1076	37	4	45	755	70	91	8	2,3
Piastrinopenie	358	12	4	46	200	56	40	11	2,0
Gastroduodenali	269	9	3	42	199	74	25	9	2,4
<b>Totale</b>	<b>2887</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>1761</b>	<b>61</b>	<b>281</b>	<b>10</b>	<b>2,2</b>
ADE	543		2	44	415	76	34	6	1,4
<b>Totale</b>	<b>3430</b>		<b>3</b>	<b>45</b>	-	-	-	-	-

**TABELLA 2: CATEGORIE A MAGGIORE ESPOSIZIONE\***

Categoria	Neurologiche	Muco-cutanee	Piastrinopenie	Gastro-duodenali	Totale
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Analgesici-antipiretici**	230 (38)	359 (48)	104 (52)	89 (45)	782 (44)
Antibiotici	155 (26)	395 (52)	98 (49)	84 (42)	732 (42)
Penicilline	61 (10)	186 (25)	37 (19)	30 (15)	314 (18)
Cefalosporine	51 (8)	159 (21)	39 (20)	33 (17)	282 (16)
Macrolidi	31 (5)	75 (10)	25 (13)	15 (8)	146 (8)
Corticosteroidi	76 (13)	132 (18)	23 (12)	57 (29)	288 (16)
Mucolitici	51 (8)	79 (11)	28 (14)	17 (9)	175 (10)
Vitamine	88 (15)	54 (7)	5 (3)	23 (12)	170 (10)
Antistaminici	46 (8)	90 (12)	6 (3)	5 (3)	147 (8)
Antiasmatici	35 (6)	48 (6)	6 (3)	19 (10)	108 (6)
Procinetici	53 (9)	15 (2)	9 (5)	12 (6)	89 (5)
Farmaci non convenzionali	36 (6)	36 (5)	8 (4)	6 (3)	86 (5)

\* La percentuale è calcolata sul totale dei bambini esposti a farmaci.  
\*\* Paracetamolo da solo o in combinazione con altre sostanze e FANS.

quanto spesso associate agli stessi farmaci che possono provocare le piastrinopenie. Focalizzando l'analisi su alcune categorie di farmaci, l'OR più elevato si osserva fra gli utilizzatori di antibiotici (OR: 2,2; IC 95%: 1,7-3,0). Le varie categorie di antibiotici presentano diversi livelli di rischio: da un OR di 1,8 per le penicilline a 2,4 per i macrolidi. Un incremento di rischio si osserva anche per i mucolitici (OR:1,7; IC 95%: 1,1-

2,8), mentre un incremento di rischio non statisticamente significativo si osserva per i FANS (OR: 1,4; IC 95%: 0,9-2,0) (tabella 3). Nella categoria dei vaccini non si osserva alcuna differenza rispetto alla popolazione di controllo, anche se un incremento di rischio è associato alla somministrazione di MPR (OR: 2,7; IC 95%: 1,4-5,3). È stato stimato un rischio di 1,3 (IC 95%: 0,9-1,9) di sviluppare convulsioni non

febrili in seguito a una qualsiasi vaccinazione, mentre il rischio di convulsioni in apiressia per il vaccino esavalente è risultato 2,7 (IC 95%: 1,4-5,3) (tabella 4).

### Discussione

Gli antibiotici sono risultati essere tra i farmaci maggiormente associati a piastrinopenie. L'OR è 2,2, ma nell'interpretazione di questo incremento del rischio si deve tenere conto che tali farmaci sono particolarmente indicati nel trattamento di infezioni che potrebbero essere responsabili di piastrinopenia. Uno studio pubblicato su *Drug Safety* riporta tra gli adulti un elevato rischio di piastrinopenia associato ad antibiotici beta-lattamici [6]. Un'associazione causale tra il vaccino MPR e la porpora idiopatica trombocitopenica è stata confermata da diversi studi in letteratura. Nel nostro studio l'OR di sviluppare piastrinopenie in seguito all'assunzione del vaccino MPR è risultato pari a 2,7. In uno studio condotto in Inghilterra su bambini di un anno è stato messo in evidenza un rischio relativo di 3,3 (IC 95%: 1,5-7,1) fra coloro che avevano ricevuto una vaccinazione nelle 6 settimane precedenti l'ospedalizzazione per piastrinopenie [7].

In uno studio caso-controllo successivo, condotto all'interno del database dei medici di base inglesi (*General Practice Research Database-GPRD*), si è evidenziato un incremento del rischio relativo di 6,3 volte (IC 95%: 1,3-30,1) fra i bambini che avevano ricevuto una vaccinazione di MPR nelle sei settimane precedenti la piastrinopenia [8]. È difficile con i nostri dati poter fare confronti tra vaccini, in quanto dal 2001 il vaccino più frequentemente fornito dalle ASL è l'esavalente; quindi, dato il periodo di arruolamento dei bambini in studio (da fine 1999), non potremo acquisire ulteriori dati sugli altri vaccini, che risultano avere scarsa numerosità. Nello studio è stato osservato un incremento di rischio di sviluppare eventi neurologici e in particolare crisi convulsive in apiressia, in seguito alla somministrazione di vaccino

**TABELLA 3: ODDS RATIO DI SVILUPPARE PIASTRINOPENIA TRA GLI UTILIZZATORI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI FARMACI**

Categoria	Casi (N. 358)	Controlli (n. 1453)	OR aggiustato* (IC 95%)
Antibiotici	98	239	2,2 (1,7-3,0)
<i>Penicilline</i>	37	91	1,8 (1,2-2,7)
<i>Cefalosporine</i>	39	84	2,1 (1,4-3,1)
<i>Macrolidi</i>	25	46	2,4 (1,4-4,0)
Mucolitici	28	68	1,7 (1,1-2,8)
FANS	42	129	1,4 (0,9-2,0)
Corticosteroidi	23	133	0,7 (0,4-1,1)
Non utilizzatori	161	656	

\* OR aggiustato per l'uso di tutti gli altri farmaci

**TABELLA 4: RISCHIO DI SVILUPPARE CONVULSIONI IN APIRESSIA ASSOCIATE ALL'USO DI VACCINI**

Vaccini	Casi (N. 541)	Controlli* (N. 627)	OR aggiustato** (IC 95%)
Esavalente	27	14	2,7 (1,4-5,3)
Morbillo, Parotite, Rosolia	9	19	0,6 (0,3-1,3)
Tutti i vaccini	64	65	1,3 (0,9-1,9)

\* Lesioni gastroduodenali + piastrinopenie  
\*\* OR aggiustato per l'uso di tutti gli altri farmaci

esavalente. I risultati della sorveglianza sulle reazioni avverse a farmaci in pediatria permettono dunque di confermare e quantificare in termini di rischio alcuni segnali provenienti dalle indicazioni spontanee e sono di importante supporto alla farmacovigilanza nazionale. Infatti, anche sulla base dei risultati dello studio, sono stati adottati da parte dell'AIFA alcuni provvedimenti.

Per quanto riguarda l'acido niflumico è stata inviata ai medici una *Dear Doctor Letter*, nella quale si evidenziava il rischio di reazioni muco-cutanee gravi associate a questo farmaco. La metoclopramide è stata controindicata in età pediatrica. È in corso una rivalutazione del profilo beneficio/rischio dei decongestionanti nasali da parte della sotto-commissione di Farmacovigilanza dell'AIFA [9-10-11]. Questo tipo di studio si è dimostrato sicuramente un valido modello per la sorveglianza attiva degli

eventi avversi gravi nei bambini. La conoscenza del profilo sicurezza dei farmaci in pediatria deve permettere di utilizzare i farmaci in modo appropriato: ogni volta che un farmaco viene prescritto in condizioni nelle quali l'efficacia non è nota o è assente, si sottopone il paziente a un rischio, seppure limitato (derivante dalle reazioni avverse ai farmaci, dalle possibili interazioni e controindicazioni ecc.), a fronte di un beneficio incerto o addirittura nullo. ♦

### Conflitto di interesse

Nessun conflitto di interesse da dichiarare. Lo studio è finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

### ◦ Gruppo di studio sulla sicurezza dei farmaci in pediatria

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità: Francesca Menniti-Ippolito, Roberto Da Cas, Monica Bolli

## NUOVO NUMERO DI NEWSLETTER PEDIATRICA

Bollettino bimestrale per i soci ACP

Numero 18 - dicembre 2006-gennaio 2007 - Vol. 4, pp. 16-32

### IN QUESTO NUMERO

<b>Presentazione</b>	pag. 17
<b>Letteratura primaria</b>	
Otite media acuta e faringite in età pediatrica. Antibiotico: quando e come?	pag. 66
<i>Lactobacillus reuteri</i> nel trattamento delle coliche del lattante	pag. 18
Midodrina nella prevenzione della sincope vaso-vagale	pag. 19
Efficacia del trattamento prenatale nella toxoplasmosi congenita	pag. 20
Possibilità di eventi severi legati alla manipolazione spinale	pag. 21
Prevalenza del testicolo ritenuto "acquisito" in età scolare	pag. 22
Procalcitonina e DMSA come predittori di reflusso vescico-ureterale	pag. 23
Fibrosi cistica e screening neonatale	pag. 25
Modificazione nella presentazione di celiachia con l'uso esteso dei test sierologici	pag. 27
Caratteristiche, decorso clinico e follow-up della PFAPA	pag. 28
Persistenza dei sintomi dopo adenotonsillectomia nelle OSAS	pag. 29
<b>In breve</b>	pag. 31

La distribuzione della Newsletter è limitata ai soci ACP e avviene per posta elettronica. Per riceverla occorre inviare una e-mail all'indirizzo [newsletter@csbonus.org](mailto:newsletter@csbonus.org), con oggetto "Conferma newsletter" e specificando: nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero ecc.). Gli arretrati sono disponibili sul sito [www.csbonus.org](http://www.csbonus.org), nella sezione Risorse (vedi).

Per donare il cinque per mille al Centro per la Salute del Bambino (CSB)

1. Firma nel riquadro dedicato alle Onlus
2. Riporta sotto la firma il C.F. **00965900327**.

*Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA):*  
Luciano Sagliocca, Giuseppe Traversa

*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia, Seconda Università di Napoli:* Annalisa Capuano

*IRCCS Burlo-Garofolo, Trieste:* Gianni Messi, Federico Marchetti, Marzia Lazzerini, Francesca Rovere, Emanuela Tripaldi

*Dipartimento di Pediatria, Università di Padova:* Liviana Da Dalt, Elisabetta Bressan, Anna Capretta, Elena Falcon, Francesca Intini, Benedetta Mongillo, Carla Morando

*Istituto Giannina Gaslini, Genova:* Pasquale Di Pietro, Rossella Rossi, Paola Barbino, Cristina Bianchi, Salvatore Renna

*Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma:* Nicola Dirozzi, Corrado Cecchetti, Vincenzo Iori, Martina Lauri, Umberto Rauchi, Antonino Reale

*Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon, Napoli:* Francesco Vetrano, Giovanni Saggiomo, Francesco Menna, Francesca Maria Giuliano, Vincenzo Tipo

### Bibliografia consultata

Alvarez-Requejo A, Carvajal A, Bégaud B, et al. Under-reporting of adverse drug reactions. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54:483-8.

Anonimo. Nafazolina e reazioni neurologiche nei bambini. *BIF*, 2/2005.

Berg MJ, Huisman A, Souverein PC, et al. Drug-induced thrombocytopenia. *Drug Safety* 2006; 29(8):713-21.

Bonati M, Choonara I, Hoppu K, et al. Closing the gap in drug therapy. *Lancet* 1999;353:1625.

Le J, Nguyen T, Law AV, et al. Adverse drug reactions among children over 10-year period. *Pediatrics* 2006;118:555-62.

Royal College of Paediatrics and Child Health. Ethics Advisory Committee. Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children. *Arch Dis Child* 2000;82:177-82.

Menniti-Ippolito F, Sagliocca L, Da Cas R, et al. Niflumic acid and cutaneous reactions in children. *Arch Dis Child* 2001;84:430-1.

Menniti-Ippolito F, Traversa G, Da Cas R, et al. Extrapiramidal reactions in children treated with metoclopramide. *Ital J Pediatr* 2004;30:49-52.

Miller E, Waight P, Farrington CP, et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura and MMR vaccine. *Arch Dis Child* 2001;84:227-9.

Miller E. MMR vaccine. Review of benefits and risks. *J Infect* 2002 Jan;44(1):1-6.

Menniti-Ippolito F, Traversa G, Da Cas R, et al. Sicurezza dei farmaci in pediatria. 2006. Rapporti ISTISAN 06/16.

European Society for Social Paediatrics and Child Health

## Annual Meeting Health Systems and Child Health

Trieste, Stazione Marittima - September 13-14, 2007

- Children in the health systems:  
– a global perspective  
– a European perspective
- Maternal and child health systems: what matters (*Financing, Access, Quality*)?
- Overview of prenatal and postnatal services in OECD countries
- Comparing health systems performance for children: a country based case approach. Who is falling in the cracks and why?  
*Reports from Sweden, UK, Germany, Spain, Italy, Russia, Turkey, Serbia, Canada, USA*
- One country of origin, different health systems of destination: infant mortality in children of Turkish origin in Europe
- Policy implications (*Round Table: WHO, OECD, EU, ESSOP*)
- Training in social and community paediatrics

Evaluating health systems performance in maternal and child health  
(One-day course, September 12, 2007)

Deadline for submission of abstracts/free papers: June 30, 2007

**Fee:** 200 euros before June 30, 240 euros after

**Contacts:** [eventi@csbonus.org](mailto:eventi@csbonus.org)



# Lancet e il commercio delle armi del suo editore: la Elsevier

A cura della Redazione

Abbiamo tenuto al corrente i nostri lettori sul problema che è nato alla direzione di *Lancet* che ha come editore la Elsevier (Quaderni acp 2005;12:214). La Elsevier è una delle quattro sezioni di Reed Elsevier. Una delle sezioni della compagnia (la Spearhead) si occupa della organizzazione di mostre-mercato (exhibition) di armi. Da quando questo problema è nato, *Lancet* è stato bersagliato da lettere di lettori e associazioni che hanno rilevato il grave conflitto fra l'impostazione di tutela della salute della rivista e gli strumenti che mettono a repentaglio la salute. Sul numero del 24 marzo 2007 sono comparse alcune lettere che rinnovano l'invito a rompere il legame fra *Lancet* e la compagnia Reed Elsevier. Le lettere sono state inviate dal *Royal College of Physicians*, dalla *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, da *Medact*, da *Doctor for Human Right*, da *People Health Movement*, da *Medsin*, da *Doctor for Iraq*. Qui di seguito riportiamo la risposta della Direzione di *Lancet* che in verità appare meno dura nelle decisioni da prendere rispetto alla prima nota diffusa sul numero di *Lancet* del 2005 (366:868) da noi recensita. Ma è un problema da seguire con attenzione, sebbene ignorato dalla stampa italiana.

«Noi siamo preoccupati una volta di più dalle conseguenze che le armi e l'industria delle armi hanno sulla salute pubblica. Siamo preoccupati del danno che viene alla autorevolezza di *Lancet* per la sua associazione con un editore che aiuta la commercializzazione delle armi. La connessione fra la Reed Elsevier e il commercio delle armi venne alla nostra attenzione nel 2005. Riunimmo il board internazionale della rivista per chiedere alla compagnia di ritirarsi da questo genere di affari perché il commercio di armi è incompatibile con i valori di un editore scientifico che vuole promuovere salute e benessere, limitare le disabilità, rispettare i diritti umani e dimostrare attenzione per le popolazioni e le persone svantaggiate e vulnerabili. La Reed Elsevier confermò la fiducia in noi e la nostra libertà, ma non accettò le nostre richieste. Noi eravamo stati avvertiti, fin dal 2005, della exhibition di armi organizzata dalla Reed Elsevier. Successivamente il "Shot Show" di Orlando del gennaio 2007 ha attratto clienti di 75 nazioni e ha presentato una disturbante cultura della violenza. Il fucile *Armalite A 24*, per esempio, è stato presenta-

to come "un fucile felice per ogni serio sparatore". L'affare delle armi personali è responsabile di 200.000 omicidi per anno. La violenza delle armi contribuisce alla povertà, alla mancanza di cibo, alla distruzione dei sistemi assistenziali e alla morte di civili. L'organizzazione di exhibition di armi aiuta ad aumentare l'accesso ad armi e munizioni e a incoraggiare la violenza. Nel febbraio 2007 è stata organizzata ad Abu Dhabi una *International Defence Exhibition and Conference (IDEX)*. Era chiaramente un mercato delle armi. Il suo website riportava che *IDEX* era il posto ideale per l'industria della difesa per mostrare le nuove tecnologie e gli strumenti e per aumentare il mercato delle armi nel Medio Oriente. Queste nuove tecnologie includevano bombe a grappolo da 500 kg, uno dei più terribili strumenti di morte di civili, e specie di bambini. Editori e autori dei giornali Elsevier hanno segnalato il loro allarme per questa brutta mescolanza di interessi e l'allarme si è diffuso anche ad altre riviste non pubblicate da Elsevier. È stata lanciata una petizione che è stata firmata da 1000 persone. Una richiesta di boicottaggio delle riviste della Reed Elsevier è stata appoggiata da molti scienziati. L'editore del *BMJ* ha invitato i ricercatori a smettere di inviare trial clinici randomizzati a *Lancet* e alle altre riviste di Elsevier. Un importante trust azionario ha di recente venduto azioni per 2 milioni di sterline della compagnia per i legami della Reed Elsevier con il mercato delle armi. La direzione di *Lancet* si trova in una situazione difficile. Ha in grande considerazione i rapporti con il "Royal College", con la "London School of Hygiene and Tropical Medicine"; ha grande rispetto per tutte le organizzazioni umanitarie che ci hanno scritto su questo tema. Il supporto di tutti questi è vitale per la rivista. La compromissione di questi rapporti mette in serio pericolo la nostra credibilità. Non possiamo immaginare che la Reed Elsevier voglia una fine come questa per *Lancet*. Tuttavia l'attuale situazione ci porta in questa direzione. Che fare? Il nostro *International Board* dice che la situazione è "bizzarra e impossibile da mantenere" e ancora che "una compagnia proprietaria di riviste che si occupano di salute non può essere associata con la organizzazione di mercati di armi"; ancora "non si può pensare che la compagnia continui a praticare questa mortifera associazione di

interessi"; e ancora "se questo rapporto continuerà è prevedibile che le vendite e la qualità delle riviste saranno seriamente danneggiate"; e ancora "noi dobbiamo provare a rompere questo forte legame finanziario nell'interesse della salute" e che quindi bisogna prendere in considerazione una seria e organizzata campagna". Per tutto questo, dopo una seria riflessione e consultazioni con la Reed Elsevier, noi vogliamo sottolineare i seguenti punti:

- 1) *Lancet* riafferma le sue opinioni: fiere e mercati di armi non hanno legittimità nel portafoglio di una compagnia, il cui "core business" riguarda la salute e la scienza medica. Questa parte degli interessi della Reed Elsevier deve essere disinvestita.
- 2) *Lancet* si dà una completa libertà editoriale dalla Reed Elsevier: La Elsevier (divisione riviste mediche di Reed Elsevier) non solo supporta ma incoraggia la nostra indipendenza. Questo ci dà una forza straordinaria e convince sempre di più medici e scienziati della integrità di *Lancet*.
- 3) Noi sappiamo bene che la parte editoriale della Reed Elsevier opera con alti standard scientifici medici ed etici nel campo delle pubblicazioni.
- 4) Reed Elsevier può cambiare. Alla Reed Elsevier's *Defence Systems and Equipment International (DSEI)* del 2005 non vi era un esplicito divieto della presenza delle bombe a grappolo. Per l'edizione del 2007 le bombe a grappolo sono vietate. Può continuare il dibattito invece che il boicottaggio.
- 5) La Reed Elsevier non è una struttura monolitica. Noi incontriamo nell'organizzazione persone con diverse visioni e prospettive. Sul problema delle exhibition di armi noi riscontriamo che un numero crescente dei nostri colleghi, che hanno continui rapporti con società scientifiche, stanno contestando la decisione della Reed Elsevier di continuare questo genere di affari. In un tempo in cui si sta preparando un accanito dibattito sul libero accesso alla stampa medica la Elsevier non può dimenticare che conviene avere solide alleanze piuttosto che accrescere il numero dei nemici. È impressione generale che si accentuerà sempre di più dentro e fuori della Elsevier, l'opinione che il legame fra armi e riviste scientifiche sarà sempre più controproducente. Quanto questo influirà sulle decisioni della Reed Elsevier è difficile da dire. Noi siamo certi che altri cambiamenti siano possibili».

The editor of The Lancet

Per corrispondenza:  
 Redazione di Quaderni acp  
 e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

attualità

# info: notizie

## Conflitti di interesse e pasticci editoriali in USA

Due fra i maggiori giornali scientifici più diffusi, il *New England Journal of Medicine* (NEJM) e il *Journal of American Medical Association* (JAMA), sono sotto attacco. Richard Smith dalle pagine del *Journal of the Royal Society of Medicine* ha scritto che il NEJM è stato danneggiato da una grossa decadenza (Laspe) editoriale: cita a questo proposito il caso del Vioxx, per il quale si suppone che il NEJM sapesse molto sugli effetti collaterali già al tempo della pubblicazione dei lavori che ne sostenevano l'uso. A proposito del JAMA il *Wall Street Journal* ha di recente documentato quello che ha denunciato il Center for Science in the Public Interest (CSPI) di Washington: la sottovalutazione dei conflitti di interesse e ha chiesto che gli autori che hanno violato le regole del conflitto siano banditi dalle riviste per tre anni. JAMA risponde che gli editori non possono agire come una forza di polizia. Il proposito di JAMA di sottoporre i clinical trials che verranno pubblicati a un'analisi statistica indipendente a cura della rivista ha però prodotto danni inattesi (?) per la rivista: una diminuzione delle inserzioni pubblicitarie. JAMA, comunque, non produrrà sanzioni ma si limiterà a rimproverare (blame) gli autori.

Ma c'è subito stato qualcuno (Kassirer, già direttore del NEJM) che ha obiettato che queste procedure sono *sloppy*, che possiamo tradurre con inquinare o sporche. Sta di fatto che si sta registrando tutta una serie di critiche sgradite alle due riviste (JAMA pubblica tutto in ogni numero) e la campagna della pubblica opinione si sta allargando. Recentemente il *Boston Globe* ha messo sotto tiro l'*American Journal of Cardiology*, del quale ha denunciato strette relazioni con le industrie del farmaco che producono sostanze per le malattie di cuore. *Lancet* dal suo canto (che, tra l'altro, ha problemi da altre parti: si veda l'articolo a pagina 103) in un commento di qualche mese fa (2006;368:983), commentando tutto questo, diceva però che i medici non sembrano curarsene; si chiedeva il perché. Cosa direbbe se sapesse che in Italia queste stranezze neppure si sanno?

## Conflitti di interesse, chemioterapia e influenza del tipo di compenso

Una ricerca di studiosi delle Università del Michigan e di Harvard ha dimostrato come il sistema di pagamento degli oncologi

possa indurre a scegliere i farmaci per loro più remunerativi e più costosi. Lo studio ha riesaminato quanto Medicare ha pagato tra il 1995 e il 1998 per differenti schemi di chemioterapia e quale trattamento hanno ricevuto 9357 pazienti con più di 65 anni affetti da cancro avanzato di polmone, mammella, retto-colon.

I ricercatori hanno focalizzato il lavoro su casi di cancro metastatizzato, in quanto i medici hanno maggior discrezione nel trattamento di questi stadi di malattia, per i quali ci sono scarse evidenze che una chemioterapia funzioni meglio di un'altra. Lo studio conclude che, almeno in quegli anni, gli oncologi tendevano a basare le loro scelte sulla base del ritorno economico loro derivato dai vari schemi di chemioterapia. In particolare, emerge una differenza prescrittiva significativa tra gli oncologi dei centri universitari e quelli degli studi privati. I primi non hanno un vantaggio personale a prescrivere una chemioterapia per infusione, mentre i secondi hanno un vantaggio a somministrare chemioterapia infusione piuttosto che per via orale. Nella terapia del cancro metastatico della mammella nei centri universitari si prescrive la *capecitabina* per via orale nell'84-88% dei casi, e solo nel 13% la terapia infusione; in nessun caso il costoso *docetaxel*. Negli studi privati solo il 18% prescrive la non remunerativa *capecitabina* per via orale, mentre il 75% somministra terapia infusione (e di questa per ben il 40% il *docetaxel*). Per alcuni schemi di chemioterapia infusione gli oncologi privati acquistavano direttamente il farmaco con sconti fino all'86% e venivano rimborsati dal sistema assistenziale al costo di listino.

<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/25/2/437>

<http://healthyskepticism.org/news/IEJune06.htm>

## La falsa delibera lombarda: una commedia in 5 atti

1. Il 2 marzo 2007 un messaggio del referente vaccini FIMP Lombardia, inviato al Forum di Pediatria on Line, annuncia che "con delibera 4179 del 28 febbraio 2007 la giunta regionale della Lombardia ha dato disposizione per l'offerta gratuita del vaccino pneumococcico coniugato a tutti i bambini di età inferiore a tre anni e meningococco C a tutti i soggetti di età inferiore 18 anni".

2. Il messaggio dice, però, che la delibera non è stata condivisa dalla Commissione regionale vaccini, coordinata da L. Macchi, il quale, nel periodo precedente la "delibera", era stato costantemente sottoposto ad

attacco mediatico, anche personale, per tale "non condivisione".

3. L'8 marzo 2007 la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia smentisce l'esistenza della Delibera. Il Forum di Pediatria on Line adombra dubbi sulla fondatezza della notizia.

4. Il 21 marzo il *Corriere della Sera* conferma che il provvedimento portava la firma della giunta, ma era falsificato! Pubblica la falsa delibera.

5. La Regione Lombardia, come parte lesa, ha presentato denuncia in sei Procure lombarde. Sullo sfondo, un business da 19 milioni di euro, la somma pari all'ipotetico finanziamento regionale necessario per garantire l'offerta gratuita dei due vaccini.

## Mamme e neonati schedati

Il garante per la protezione dei dati personali ha vietato a una casa editrice di proseguire la "schedatura" di decine di migliaia di nominativi di neomamme e neonati raccolti e utilizzati in modo illecito a fini di marketing. Il provvedimento è scaturito in seguito alla segnalazione di una coppia di genitori che lamentava di aver ricevuto, senza consenso, riviste omaggio in occasione della nascita dei figli. Secondo le affermazioni del garante la casa editrice in questione è specializzata in tematiche relative alla gravidanza e alla prima infanzia.

[www.sosmamma.org](http://www.sosmamma.org)

## Minimeeting a gogò

Nel 2006 sui 19.915 congressi finanziati dall'industria i minimeeting (durata inferiore alle 6 ore) sono stati 17.002 (85%). Di questi, 13.087 sono stati finanziati da uno sponsor unico e 676 da sponsor multipli. Sembra abbastanza chiaro che i primi sono organizzati direttamente dall'industria. Anche per i congressi di durata superiore alle 6 ore si verifica la stessa distribuzione: 676 hanno più sponsor e 2339 un solo sponsor: anche questi organizzati direttamente dalla industria.

Secondo dati che provengono dalla Regione Emilia-Romagna, nel 2005, il costo medio orario delle iniziative formative promosse dalle ASL è stato di 128 euro. Quello delle iniziative sponsorizzate dall'industria è arrivato a 1000 euro. C'è stato un tantino di spreco: attribuibile agli organizzatori degli eventi? Alla tendenza allo scialo delle industrie? (*Il Sole 24 ORE Sanità*, 13-19 marzo 2007)

## Necessità di cure palliative

Ogni anno – secondo dati di Paola Facchin presentati all'Istituto Tumori di Milano –

# sulla salute

muoiono 1100-1200 bambini/ragazzi a causa di una malattia inguaribile, di cui circa 400 per tumori.

Il 40% muore a casa nelle Regioni meridionali e il 10-15% nelle Regioni del Nord. Pubblicheremo prossimamente un articolo sulla dimensione del fenomeno e sulla necessità di cure palliative.

Intanto è stato presentato a Roma, presso la Biblioteca del Senato, il percorso fatto dal "Progetto bambino" promosso dalla Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio insieme alle Società scientifiche e le Associazioni pediatriche (tra cui l'ACP). Obiettivo del progetto: ogni Regione italiana dovrà avere una rete di cure palliative e un centro di eccellenza dedicati alla fascia d'età 0-17 anni.

## Dati ISTAT sull'anorexia

L'Istat ha reso disponibili i dati 2000-2002 delle dimissioni ospedaliere, sia a ciclo continuo che diurno, per i disturbi *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa*, *Altri non specificati disturbi alimentari* (codici ICD9CM: 3071, 30751, 3075). I casi che si presentano con DCA lievi o medi afferiscono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non comprese in questi dati. Si confermano l'andamento in crescita del fenomeno, la prevalenza femminile e l'aumento della necessità di cure ospedaliere.

2000			2002		
<b>Anorexia</b>					
Età 0-10 anni					
26M	63F	87T	26M	51F	77T
Età 11-14 anni					
35M	338F	363T	40M	402F	442T
Totale età 0-17 anni					
91M	1193F	1284T	124M	1245F	1369T
<b>Bulimia</b>					
Età 0-10 anni					
0M	0F	0T	11M	4F	15T
Età 11-14 anni					
4M	13F	17T	5M	10F	15T
Totale età 0-17 anni					
9M	65F	74T	24M	173F	197T
<b>Altri</b>					
Età 0-10 anni					
187M	219F	406T	212M	227F	439T
Età 11-14 anni					
48M	116F	164T	40M	151F	191T
Totale età 0-17 anni					
278M	557F	825T	306M	834F	1140T

(Fonte: Rapporto sulla condizione dell'infanzia adolescenza, Istituto degli Innocenti, Firenze 2006, p. 279).

## Disponibilità di posti in asili nido

Dati ufficiali 2004 sulla recettività relativamente alla popolazione 1-3 anni (%)

Piemonte	13,1
Valle d'Aosta	12,3
Lombardia	12,9
Bolzano	5,8
Trento	13,8
Veneto	19,9
FVG	10,7
Liguria	12,1
Emilia-Romagna	23,9
Toscana	15,7
Umbria	11,8
Marche	11,6
Lazio	9,5
Abruzzo	4,1
Molise	3,4
Campania	2,3
Puglia	1,0
Basilicata	5,2
Calabria	2,0
Sicilia	4,6
Sardegna	5,3
<b>Italia</b>	<b>9,9</b>

(Fonte: Quaderni del Centro nazionale di documentazione, Istituto degli Innocenti, Firenze).

## Bed sharing, SIDS e allattamento al seno

Una rassegna sistematica (Tanya Horsley et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161:237-45) è stata condotta per esaminare le evidenze di rischio e beneficio associate alla condivisione del letto (Bed Sharing – BS – inteso come condivisione del letto con un'altra persona), in particolare il fumo e l'allattamento al seno. La sintesi dei risultati è questa.

Sono stati trovati 40 studi. Le evidenze trovate suggeriscono che può esserci una associazione fra il BS e la SIDS per i fumatori (rischio). Non ci sono evidenze di rischio per non fumatori. È dimostrabile una associazione positiva (beneficio) fra il BS e l'allattamento al seno ma non ne può essere dimostrato il rapporto di causa. Si può anche affacciare l'ipotesi che le madri che allattano più a lungo preferiscano adottare il BS. Questo è quanto dimostrabile alla fase attuale degli studi; è augurabile che siano avviati studi ben progettati per comprendere meglio la relazione fra il BS, i suoi benefici e i suoi rischi.

## ACP e Associazione Medici per l'Ambiente

È stato siglato un accordo tra il gruppo ACP "Pediatri per un Mondo Possibile" e

ISDE (Associazione Medici per l'Ambiente ISDE Italia). L'accordo prevede, da parte dell'ACP, l'impegno a mantenere aggiornata la Newsletter dell'Associazione Medici per l'Ambiente ISDE Italia con una revisione dei più importanti articoli scientifici che verranno pubblicati a tale riguardo in ambito pediatrico. Verranno monitorati regolarmente i siti del WHO e dell'INCHES e, tra le riviste, *Lancet*, *British Medical Journal*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*, *Archives of Diseases in Childhood*, *Paediatrics*, *Journal of Pediatrics*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *Environmental Health Perspectives*, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *Toxicology*, *Journal Epidemiology*, *European Journal of Epidemiology*.

ISDE si impegna ad assicurare, attraverso la sua Newsletter, la diffusione integrale di tali revisioni o all'interno delle edizioni normali o con appositi numeri monografici. La collaborazione si estenderà a ogni altra iniziativa di formazione e informazione mirata in modo specifico alla prevenzione degli effetti dell'inquinamento ambientale sulla salute infantile e rivolta sia alla classe medica sia all'intera popolazione.

## Chiarelli all'OMS per "Paediatrics and Child Health"

Il professor Francesco Chiarelli, direttore della Clinica pediatrica dell'Ospedale dell'Università di Chieti, è stato ufficialmente nominato consulente del programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), denominato "Paediatrics and Child Health". Tale programma è interamente rivolto alla pediatria e alla salute dei bambini ed è di durata triennale. Rallegramenti al prof. Chiarelli.

## Antiche massime

"Più a lungo una persona sta in piedi e svolge attività fisica, più sta attento a non mangiare fino a essere ripieno di cibo e a tenere il suo intestino morbido, meno le malattie lo colpiscono e la sua potenza muscolare cresce.

Al contrario, chiunque stia piacevolmente seduto a lungo, non faccia attività fisica, anche se mangerà cibi sani e i migliori possibili, anche se seguirà norme salutari di vita si troverà poi pieno di dolori e la sua forza tenderà a diminuire".

*Maimonide, medico, filosofo e giurista ebreo (1135-1204)*

# 10 Stories the world should hear more about



## Le persone con disabilità: un patto che cerca di rompere con il passato e di assicurare equità

Rubrica a cura di Stefania Manetti

*Una storia che appartiene al gruppo delle Tenstories del 2004 e che torna oggi all'attenzione perché ciò che si auspicava succedesse si è verificato. In data 30 marzo 2007 all'ONU è stata firmata la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e per la prima volta un documento è stato ratificato da 81 Stati membri e dalla Comunità Europea in prima battuta. Proponiamo quindi un background per ripercorrere insieme la strada e il lavoro fatto da molte associazioni e comunità di disabili che hanno portato alla stesura di questo importante documento.*



A maggio 2004 molti governi prenderanno in considerazione la messa in opera di una convenzione per i diritti delle persone con disabilità. Se approvata, si darà vita a una struttura legale per la pro-

tezione e la promozione dei diritti di queste persone. Si andrà oltre il concetto tradizionale di accesso all'ambiente fisico e verso una visione e implicazione più ampia di equità di accesso a opportunità sociali, di salute, di educazione, di lavoro e di reale sviluppo politico, economico e sociale. Con un drammatico salto globale i governi firmatari saranno legalmente obbligati a trattare le persone con disabilità non come minorità o vittime ma come soggetti legali con diritti esecutivi.

Questa iniziativa nacque in Messico nel 2001 alla 505ª sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e portò alla stesura della "Convenzione Internazionale Comprensiva e Integrale sulla Protezione e Promozione dei diritti e della dignità delle persone con disabilità". Tuttavia, ripercorrendo all'indietro, arriviamo al 1981, Anno Internazionale delle Persone Disabili, in cui si arrivò all'ado-

zione del "World Programme of Action concerning Disabled Persons". I primi anni '90 videro poi nascere le "Regole standard sulle eguali opportunità per le persone con disabilità". Nello stesso decennio la Commissione ONU sui Diritti umani riconobbe che spettava alla Comunità internazionale creare una struttura legale per proteggere i diritti dei disabili. Questi sono solo in parte implicitamente assicurati dall'esistenza della Convenzione sui Diritti umani che si applica a tutti gli esseri umani. Solo la Convenzione sui Diritti dei bambini fa un riferimento esplicito ai bambini con disabilità, anche se in un solo articolo. Nello stesso momento, tuttavia, gli strumenti che fanno riferimento ai diritti delle persone disabili non sono legalmente vincolanti. Di conseguenza, le persone con disabilità devono far fronte al dilemma di essere legalmente "invisibili" nella società e non solo ma anche nell'area internazionale. Le principali ragioni sollevate dalle persone disabili sono state in gran parte affrontate come parte di un welfare sociale.

Lo scopo è di trasformarle in "portatori di diritti" e "soggetti legali" con la piena partecipazione alla formulazione e implementazione di programmi e politiche di loro interesse. La strada da percorrere è piena di ostacoli. Alcune nazioni premono per una convenzione comprensiva che non solo ribadisca i diritti già espressi nella Convenzione sui Diritti umani

ma che vada oltre per fornire pari opportunità e servizi tangibili. Altri sottolineano come i diritti dei disabili siano intrinsecamente collegati alle risorse economiche di una nazione. Sono quindi preoccupati che nei Paesi sviluppati il peso economico renda questa Convenzione poco appetitosa e invitante per molti governi che sarebbero favorevoli a politiche di eguali opportunità ma non potrebbero attuarle. Caratteristica unica di questa Convenzione è che il processo di negoziazione è aperto, consultabile e accessibile alle persone disabili e alle loro organizzazioni che lavorano allo stesso tavolo con esperti governativi ONU. Il *partnerariato* è la parola chiave. Chiaramente questo nuovo strumento legale solleva il bisogno di aumentare la consapevolezza verso un'ampia serie di argomenti correlati, e questo è un territorio dove i media possono svolgere un ruolo importante nel focalizzare l'attenzione su questioni di vitale importanza per circa 600 milioni di esseri umani portatori di qualsiasi forma e grado di disabilità.

**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](mailto:Amanda.di.Lorenzo@undp.org)**

**oppure: [dilorenzoa@un.org](mailto:dilorenzoa@un.org) ♦**

Ulteriori informazioni:

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

# tenstories

# Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre?

## Ricerca delle prove di efficacia

Elena Cama, Valeria Ferraù, Simona Adelardi, Andrea Chiaro, Giuseppe Ciccarello, Maria Carmela Lia, Simona Faraci, Valeria Manzo, Carmen Donatella Sindoni, Università di Messina

In collaborazione con i partecipanti al corso "La risoluzione di scenari clinici con il supporto dell'EBM come strumento di formazione continua per il pediatra"<sup>o</sup>

### Abstract

#### *The treatment of fever: Acetaminophen and/or Ibuprofen? A search for efficacy*

*The most frequently prescribed drug to treat fever in childhood – the widespread situation the paediatrician has to cope with – is Acetaminophen. Several studies about fever treatment by the combined use of Ibuprofen and Acetaminophen, or their single use, have recently been published. All the available studies have been analysed in order to search for evidence regarding a better efficacy of Ibuprofen (in combined or alternate use) compared to Acetaminophen in treating fever. When prescribed individually, a slightly better antipyretic efficacy of Ibuprofen compared to Acetaminophen has been shown by secondary literature resources, with no differences in side effects. RCTs comparing alternating treatment regimens showed a slightly better antipyretic efficacy than monotherapy. In order to encourage this treatment regimen larger studies are needed to evaluate serious adverse events.*

Quaderni acp 2007; 14(3): 107-110

**Key words** Acetaminophen. Ibuprofen. Fever

Il paracetamolo è il farmaco più utilizzato nel trattamento dell'evenienza più comune con cui si confronta quotidianamente il pediatra: la febbre. La recente letteratura scientifica, tuttavia, propone nuovi schemi terapeutici per il trattamento della febbre, che prevedono l'utilizzo dell'ibuprofene, come farmaco singolo, associato o alternato al paracetamolo. Ci siamo chiesti se esistano evidenze in letteratura che dimostrino una maggiore efficacia dell'ibuprofene rispetto al paracetamolo e della terapia combinata o alternata dei due farmaci rispetto alla monoterapia. I dati di letteratura secondaria mostrano un effetto antipiretico lievemente maggiore dell'ibuprofene rispetto al paracetamolo e maggiore durata della defervescenza con tollerabilità dei due farmaci sovrapponibile. Gli RCT che confrontano lo schema terapeutico con i due farmaci somministrati alternativamente rivelerebbero una riduzione della febbre maggiore rispetto alla monoterapia. Sono tuttavia necessari studi che valutino gli effetti avversi per suggerire questa prassi come trattamento routinario.

**Parole chiave** Paracetamolo. Ibuprofene. Febbre

### Scenario clinico

Giunge presso l'ambulatorio pediatrico una bambina di 7 anni con febbre (38,8° C), comparsa da due giorni, e sintomi lievi di infezione delle prime vie aeree (scolo nasale, faringe moderatamente iperemico), trattata con paracetamolo (12,5 mg/kg/dose in 4 somministrazioni/die per via rettale). La terapia non ottiene l'effetto atteso: la bambina resta febbrile e la madre è preoccupata e chiede al pediatra se sia possibile somministrare un'altra terapia che controlli meglio la febbre. La richiesta di un far-

maco che sfebbrì il bambino quando questo non si verificò con il più comune antipiretico, il paracetamolo, è sempre più frequente da parte dei genitori. Di fronte a questo scenario si è diffuso uno schema terapeutico che utilizza i due farmaci alternati.

Abbiamo voluto rivedere la letteratura sull'argomento per verificare se vi siano prove di maggiore efficacia a favore di uno dei trattamenti antifebbrili, il paracetamolo o l'ibuprofene in monoterapia o associati in regime sequenziale o alternato.

### Background

#### Febbre

Rappresenta il più comune segno di malattia ed è responsabile del 19-30% delle visite pediatriche. I bambini sono particolarmente suscettibili alla febbre per l'alto rapporto tra superficie, peso corporeo e scarso grasso sottocutaneo [1-2]. È considerata come utile risposta fisiologica ai processi infettivi, in quanto un moderato incremento della temperatura corporea migliora la risposta immune. Ma la pratica clinica quotidiana mostra che la febbre viene trattata perché il bambino febbrile è spesso irritabile e "sta male" e che nei genitori la "fever fobia", termine con cui si definisce l'infondata ed eccessiva preoccupazione per la febbre, induce a considerarla non come un sintomo ma come una vera e propria malattia, capace di provocare serie conseguenze (convulsioni, meningite, polmonite, danno cerebrale, sepsi, iperpiressia) se non prontamente trattata [3]. In realtà il WHO raccomanda la terapia antipiretica con paracetamolo esclusivamente per la febbre elevata, definita da temperatura ascellare > 38,5° C e rettale > 39° C [4].

#### Paracetamolo

L'antipiretico di maggiore utilizzo è il paracetamolo, un derivato del para-amminofenolo; è assorbito dal tubo gastroenterico e raggiunge il picco di concentrazione nel plasma in 30 minuti e la massima riduzione della temperatura corporea (TC) in 2 ore. La sua attività si esplica in una diminuzione della sintesi ipotalamica delle prostaglandine. La Cochrane Collaboration ha pubblicato nel 2004 una revisione sistematica e una metanalisi della letteratura, analizzando gli studi pubblicati dal 1966 al 2004, che valutavano efficacia e tollerabilità del paracetamolo rispetto al placebo o alla terapia

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

TABELLA 1: REVISIONI SISTEMATICHE E METANALISI: CONFRONTO PARACETAMOLO VERSUS IBUPROFENE

Autore/anno	Metodi	Outcome	Risultati
Perrott, 2004 [10]	Selezionati 17 RCT pubblicati tra il 1985 e il 2002. Per l'outcome febbre vengono valutati solo 10 RCT che utilizzano un dosaggio di ibuprofene comparabile.	Efficacia e tollerabilità di una singola dose di Ibuprofene (4-10 mg/kg) o paracetamolo (7-15 mg/kg) nel trattamento del dolore o della febbre a diversi time points.	<b>Effetto antipiretico</b> (misure di RR*) a 2 ore RR*: 0,19 (IC 95%: 0,05-0,33); a 4 ore RR: 0,31 (IC 95%: 0,19-0,44); a 6 ore RR: 0,33 (IC 95%: 0,19-0,47). <b>Sicurezza</b> RR** pari a 0,96 (IC 95%: 0,68-1,36) per eventi avversi minori (eventi avversi che non richiedono l'uscita dallo studio, come nausea, rash cutaneo) e RR pari a 1 (IC 95%: 0,55-1,82) per eventi avversi maggiori.
Wahba, 2004 [11]	Selezionati 22 RCT pubblicati dal 1966 al 2000, 10 dei quali analizzati anche da Perrott [10].	Efficacia di ibuprofene (10 mg/kg/dose) vs paracetamolo (10 mg/kg/dose) nel trattamento della febbre, con valutazione della temperatura rettale ai diversi time points (30-60 min, 2-4-6 ore dopo il trattamento).	Il paracetamolo determina una più elevata riduzione della TC iniziale di circa 0,2 °C a 30 min. L'ibuprofene determina un più significativo effetto antipiretico a 4 h (p<0,02) e la defervescenza dura più a lungo. Uguale tollerabilità tra i 2 farmaci.
Goldman, 2004 [12]	Selezionati 22 trial (10 di quali inclusi nella metanalisi di Perrott). La popolazione selezionata ha un'età compresa tra 2 mesi e 13 anni	Effetti antipiretici di ibuprofene e paracetamolo.	Maggiore vantaggio dell'ibuprofene (sia a singola che multipla dose) rilevato in pochi studi. Rischio di severi eventi avversi*** minimo e non diverso in base alla scelta del farmaco. Non dati relativi all'uso prolungato dei 2 farmaci.

\* Un rischio relativo (RR) pari a 1 indica che i due farmaci sono pressoché equivalenti; > 0 indica che l'ibuprofene è più efficace del paracetamolo  
\*\* Un rischio relativo (RR) pari a 1 indica che i due farmaci sono pressoché equivalenti; > 1 indica che l'ibuprofene è meno sicuro del paracetamolo; < 1 indica che il paracetamolo è meno sicuro dell'ibuprofene  
\*\*\* Ospedalizzazione per sanguinamento gastrointestinale, insufficienza renale, anafilassi, ipotermia, dolori addominali e vomito

fisica nel trattamento della febbre [5]. Sono stati selezionati 12 trial che includono una popolazione di 1509 bambini di età compresa tra 3 mesi e 15 anni: 7 studi confrontano il paracetamolo (a un dosaggio compreso tra 8 e 15 mg/kg/dose per os, mentre un solo trial utilizza la via di somministrazione rettale) con il placebo, 5 studi il paracetamolo con la terapia fisica. Nei vari studi la misura di outcome non è omogenea; per l'outcome che gli Autori considerano principale, cioè la clearance della febbre, non ci sono dati; per l'outcome secondario, cioè la diminuzione della febbre a determinati tempi, la misura più utilizzata è la media delle differenze della temperatura, non essendo riportato di quale ordine di grandezza si tratti. Gli Autori concludono che l'attività antipiretica del paracetamolo ha una evidenza debole non dovuta alla sua inefficacia, ma al fatto che gli studi valutabili sono in numero troppo scarso per potere dimostrare l'efficacia terapeutica del farmaco. Volendo tradurre il lavoro in un messaggio utile per il clinico, la revisione sistematica ci dice che stiamo utilizzando un farmaco che in non tutti i pazienti otterrà l'effetto di abbassare la temperatura, che è maneggevole e sufficientemente sicuro.

### ibuprofene

L'ibuprofene è un FANS, derivato dell'acido propionico. Inibisce la biosintesi delle prostaglandine. È assorbito dal tratto gastrointestinale e raggiunge la concentrazione massima in 1 ora e la massima riduzione della TC in 3 ore. Una revisione della letteratura evidenzia che l'attività antipiretica dell'ibuprofene è stata valutata in 9 RCT in doppio cieco rispetto a paracetamolo o placebo [6]. L'analisi dei risultati di questi trial dimostra una maggiore efficacia dell'ibuprofene rispetto al paracetamolo nel determinare un decremento medio maggiore della temperatura, anche se la differenza sembra clinicamente poco rilevante (0,2-0,3°C) [6].

### Paracetamolo e ibuprofene in regime alternato

Mayoral C. et al. hanno pubblicato su *Pediatrics* nel 2001 una survey sull'attitudine prescrittiva nei confronti della febbre, che evidenzia che questa viene trattata con approcci molto diversi e le differenze includono "la scelta dell'antipiretico e le indicazioni per l'uso, dosaggio e frequenza... I pediatri frequentemente alternano il paracetamolo con l'ibuprofene specialmente in caso di febbre

persistente. Un questionario informale indica che questo schema terapeutico è stato appreso dai senior residents" [7]. Gli Autori riportano che "Una ricerca su Medline della letteratura dal 1970 al 1998 non ha trovato dati sul metodo di alternare paracetamolo e ibuprofene o su quanto sia sicuro somministrare questa combinazione". Anche in Italia questo schema terapeutico viene utilizzato ed è stato valutato [8-9]. Abbiamo voluto fare una ricerca su Medline sul razionale di questa terapia. Utilizzando nella stringa di ricerca "terapia combinata" o "terapia alternata" non abbiamo trovato nessun articolo fino al 2000. Gli RCT pubblicati recentemente che confrontano paracetamolo e ibuprofene, e i due farmaci in regime alternato o associato con la monoterapia, non riportano bibliografia sul razionale di tale uso.

### La domanda

In bambini con febbre [POPOLAZIONE] ibuprofene, in monoterapia o in regime associato o alternato [INTERVENTO] rispetto al solo paracetamolo [CONFRONTO], è più efficace nel determinare la diminuzione della temperatura? [OUTCOME]

TABELLA 2: EFFICACIA DELLA TERAPIA CON PARACETAMOLO E IBUPROFENE ALTERNATI O ASSOCIATI (RCT)

Studio	Pazienti Setting	Intervento	Outcome	Risultati
Nabulsi, 2006 [13]	70 bambini (6 mesi-14 anni) con TR $\geq 38,8$ °C Due ospedali di Beirut	<b>Gruppo A</b> (n 37) ibuprofene per os in singola dose (10 mg/kg) seguita da paracetamolo per os (15 mg/kg) dopo 4 ore <b>Gruppo B</b> (n 33) ibuprofene per os (10 mg/kg) seguito da placebo 4 ore dopo	<b>Outcome primario:</b> - N. di bambini con TR normale* a 6 ore <b>Outcomes secondari:</b> - N. di bambini con febbre a 7 e 8 h dal trattamento; massimo declino della TC - durata dello sfebbramento rispetto al tempo zero: a 4-5-6-7-8 ore - effetti avversi	A 6 h N. di bambini con TR normale: <b>Gruppo A:</b> 30/36 (83%) <b>Gruppo B:</b> 19/33 (57%) (p<0,018) OR=3,68 (IC 95%: 1,2- 11,2); non differenze significative nei 2 gruppi (p=0,6) NNT = 4 (IC 95%: 2-21) Persi al follow-up 1%
Sarrell, 2006 [14]	480 bambini (6-36 mesi) TR $\geq 38,4$ °C Tre centri di cure primarie	<b>Gruppo A</b> (n 160) paracetamolo (12,5 mg/kg/dose max 50 mg/kg/die) ogni 6 ore <b>Gruppo B</b> (n 160) ibuprofene (5 mg/kg/dose max 20 mg/kg/die) ogni 8 ore <b>Gruppo C</b> (n 160) paracetamolo (12,5 mg/kg/dose, max 50 mg/kg/die) alternato a ibuprofene (5 mg/kg/dose max 20 mg/kg/die) ogni 4 ore Metà dei bambini di ogni gruppo riceveva una dose iniziale di paracetamolo (25 mg/kg) e l'altra metà di ibuprofene (10 mg/kg)	<b>Outcomes primari:</b> - Temperatura corporea - Stress score (NCCPC test)** <b>Effetti avversi:</b> - Alterazioni dei dati di laboratorio della funzionalità epatica e renale - Sintomi gastrointestinali: dolore addominale, vomito, diarrea, sangue occulto nelle feci, sindrome di Reye	- Il farmaco di partenza non determina differenze statisticamente significative (p=0,52) - La media della febbre nei bambini del <b>Gruppo C</b> (regime alternato) mostrava differenze statisticamente significative rispetto ai <b>Gruppi A</b> (p<0,001) e <b>B</b> (p<0,001) - Non differenze significative tra i <b>Gruppi A e B</b> - Significativo declino dei livelli di stress misurato attraverso NCCPC** in tutti i gruppi di trattamento, ma più marcato nel <b>Gruppo C</b> rispetto ad <b>A e B</b> (p<0,001) Persi al follow-up 16%
Erlwyn-Lajeunesse, 2006 [15]	123 bambini (6 mesi- 10 anni) con TC $\geq 38$ °C Reperto di emergenza pediatrica	<b>Gruppo A</b> (n 41) una dose di paracetamolo 15 mg/kg <b>Gruppo B</b> (n 42) una dose di ibuprofene 15 mg/kg <b>Gruppo C</b> (n 40) ibuprofene + paracetamolo	TC a 1 ora	- Differenze significative della TC a 1 ora tra <b>Gruppo A e Gruppo C</b> (0,35 °C; IC 95%: 0,10-0,6) p=0,028 - Non differenze significative tra <b>Gruppo B e Gruppo C</b> (p=0,166) - Non differenze significative tra <b>Gruppo A e Gruppo B</b> (p=0,735) Persi al follow-up 13%

\* TR: Temperatura rettale normale compresa tra 36,5 e 37,9 °C

\*\* NCCPC test (Noncommunicating Children's Pain Checklist) attribuito sulla base del dolore dopo una osservazione di 10 minuti circa

### Strategia di ricerca

La ricerca è stata effettuata in letteratura secondaria su *Cochrane Library*, *DARE* e *PubMed* nella finestra *Find Systematic Review* di *Clinical Queries*, utilizzando i termini "**Ibuprofen - Acetaminophen - fever**"; su *PubMed*, utilizzando i termini [MeSH] "**Acetaminophen AND Ibuprofen AND Fever**" si ottengono 88 articoli; con la funzione LIMITS: **added to PubMed in the last 5 years, All Infant: birth-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years, Randomized Controlled Trials** (tenuto conto delle date di pubblicazione degli articoli contenuti nelle pubblicazioni secondarie). La nostra ricerca esita in 3 metanalisi e revisioni sistematiche e 5 RCT di cui tre pertinenti che abbiamo analizzato [10-15].

### Risultati

Nella *tabella 1* vengono riportati i risultati degli articoli di letteratura secondaria selezionati. Nella metanalisi di Perrott gli Autori rilevano un maggiore effetto antipiretico dell' ibuprofene alla dose di 10 mg/kg rispetto a quello del paracetamolo (da 10 a 15 mg/kg) come dimostrano i risultati di rischio relativo [10]. I risultati sono forniti in medie della temperatura corporea (TC). La superiorità di un farmaco in studio rispetto al controllo è valutata in "effect size", uno strumento che dà un messaggio più chiaro per il clinico: è la misura della percentuale di pazienti che hanno mostrato un vantaggio per il trattamento dato. Così calcolato a 4 e 6 ore circa il 15% in più dei bambini ha una riduzione della temperatura con ibuprofene rispetto al paracetamolo,

e questo valore quasi raddoppia alla dose di 10-15 mg/kg/dose. La sicurezza dei due farmaci risulta sovrapponibile. L'unico dato poco chiaro di questo risultato è di quale valore di diminuzione in termini di gradi di temperatura sia il vantaggio del farmaco. Le revisioni sistematiche di Wahba e di Goldman utilizzano in gran parte gli stessi articoli di Perrott e non aggiungono molto [11-12]. Gli RCT che paragonano schemi terapeutici con ibuprofene e paracetamolo in dosi alternate o combinate sono riassunti in *tabella 2*. Lo studio di Nabulsi mostra un significativo decremento della temperatura nei soggetti che sperimentano la terapia alternata [13]. L' NNT da noi calcolato è 4, ma con IC 95% da 2 a 21, quindi molto ampio. Inoltre, la media della temperatura a 4 ore risulta 37,5 °C

sia nei pazienti in monoterapia che in quelli in regime alternato. È evidente che entrambi gli schemi terapeutici sono in grado di abbassare la temperatura a 4 ore. Gli Autori si soffermano nei loro commenti a sottolineare che, benché la terapia alternata sia più efficace, la loro osservazione dei pazienti, protratta soltanto per 8 ore, li induce a non consigliare questo regime, in quanto un periodo di osservazione così breve non consente l'osservazione di effetti avversi che sono stati riportati in letteratura [16-17]. Lo studio di Sarrell è il più interessante [14]. La metodologia è buona, come mostra il Jadad score (*vedi nota in questa pagina*), riguardo a randomizzazione e cecità; è riportato il calcolo del potere dello studio per rilevare la differenza statistica tra i due interventi. L'utilizzo dei due farmaci in regime alternato ogni 4 ore per tre giorni è più efficace nel ridurre la febbre, calcolata anche in questo caso come riduzione media della temperatura, già al primo giorno e per un periodo di tempo più lungo rispetto alla monoterapia. Non sono comparsi effetti avversi gravi. Ma gli stessi Autori segnalano che è probabile che la loro assenza sia ascrivibile a una terapia a breve termine (3 giorni), e sottolineano che l'attività dell'ibuprofene sulla prostaglandina renale potrebbe determinare un accumulo renale di paracetamolo e quindi tossicità. E aggiungono: "Inoltre, il piccolo numero di bambini e la breve durata della terapia (3 giorni) nel nostro campione riducono il potere statistico per trovare seri eventi avversi", e indicano numerose limitazioni all'uso: età inferiore ai sei mesi, bambini con malnutrizione, problemi epatici o renali, malattie endocrine o neoplastiche, o bambini in cui siano note reazioni avverse agli antinfiammatori o agli antipiretici. Il lavoro di Erlewyn-Lajeunesse è descritto in tutti i suoi risultati nella *tabella 2*: non aggiunge nulla alla conoscenza e ha Jadad score scarso pari a 2 [15].

## Conclusioni

I dati della letteratura evidenziano un effetto antipiretico dell'ibuprofene lievemente maggiore del paracetamolo e sicurezza sovrapponibile, ma la diminuzione della temperatura non appare clinicamente significativa. Gli RCT che esaminano la terapia alternata, confermano l'efficacia del trattamento, anche se il beneficio

clinico rispetto alla somministrazione dei singoli farmaci non sembra far propendere in modo certo verso una particolare indicazione. Inoltre, per stessa ammissione degli Autori, non sono in grado di escludere effetti avversi gravi, che sono stati segnalati [16-17]. Considerando che la febbre è un evenienza tutt'altro che rara in un bambino, bisogna essere molto prudenti nel consigliare uno schema terapeutico che i genitori potrebbero somministrare a ogni episodio febbrile, e che proprio nei bambini più gravi (per esempio quelli con disidratazione) potrebbe avere più rischi. Al momento la terapia alternata può trovare spazio in alcune e selezionate situazioni cliniche e per brevi periodi sotto controllo medico. Nel bambino con episodi febbrili banali curato a casa dal proprio pediatra il farmaco in monoterapia (paracetamolo o ibuprofene) è ancora la scelta terapeutica più sicura. ♦

◦ *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.*

## Nota

In questo scenario gli RCT sono stati valutati assegnando il Jadad score. Si tratta di un punteggio numerico che misura la qualità del disegno dello studio. Questo punteggio costituisce una scala sviluppata e validata da Jadad et al. (Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials* 1996;17[1]:1-12). Il metodo di valutazione assegna un punteggio ad alcuni degli elementi del disegno di uno studio (randomizzazione, cecità e valutazione dei pazienti persi al follow-up). Il calcolo non dà conto, quindi, di tutti gli elementi che costituiscono la qualità di un RCT. Il Jadad score è calcolato utilizzando i sette elementi sottoindicati. I primi cinque quesiti sono indicatori di buona qualità dello studio, e ciascuno di essi assegna un punto. I due quesiti finali (*corsivo*) indicano una cattiva qualità e un punto viene sottratto per ognuno. Il range del punteggio possibile è da 0 a 5.

## Calcolo del Jadad score (Item score)

– Lo studio è descritto come randomizzato (questo include parole come randomly, random, and randomization)? Score 0/1.

– Il metodo usato per generare la sequenza di randomizzazione è descritto e appropriato (tavola di numeri casuali computer-generated)? Score 0/1.

- Lo studio descritto è in doppio cieco? Score 0/1.
- Il metodo del doppio cieco è descritto e appropriato (placebo non identificabile rispetto al trattamento ecc.)? Score 0/1.
- Vi è la descrizione dei persi al follow-up? Score 0/1.
- *Sottrarre un punto se il metodo usato per generare la randomizzazione è descritto e inappropriato (pazienti attribuiti alternativamente, o secondo la data di nascita, ecc.).* Score 0/-1.
- *Sottrarre un punto se lo studio è descritto come doppio cieco ma il metodo è inappropriato (per esempio confronto tra compresse e iniezioni).* Score 0/-1.

## Bibliografia

- [1] Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- [2] Eskerud JR, Laerum E, Fagerthun H, et al. Fever in general practice. I: frequency and diagnosis. *Fam Pract* 1992;9:263-9.
- [3] Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 Years? *Pediatrics* 2001;107:1241-6.
- [4] World Health Organization. Integrated Management of Childhood Illness. IMCI Adaptation Guide WHO 2002 part II; 66-70.
- [5] Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2006.
- [6] Marchetti F. Ibuprofene in pediatria. *Medico e Bambino* 2001;20:387-91.
- [7] Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, et al. Alternating Antipyretics: Is This an Alternative? *Pediatrics* 2000;105:1009-12.
- [8] Efficacia e sicurezza del trattamento antifebbrile realizzato con due farmaci alternati. *Medico e Bambino* 2006;25:387-8.
- [9] Tozzi A E. La terapia della febbre. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Formazione Continua in Pediatria 2006;3:117-21.
- [10] Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD, et al. Efficacy and safety of acetaminophen vs. ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:521-6.
- [11] Wahba H. The antipyretic effect of ibuprofen and acetaminophen in children. *Pharmacotherapy* 2004;24:80-4.
- [12] Goldman R D, Ko K, Linett L J, Scolnik D. Antipyretic efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children. *Annals of Pharmacotherapy* 2004;38:146-50.
- [13] Nabulsi MM, Tamim H, Mahfoud Z, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study. *BMC Med* 2006;4:4.
- [14] Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:197-202.
- [15] Erlewyn-Lajeunesse MD, Coppens K, Hunt LP et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. *Arch Dis Child* 2006;91:414-6.
- [16] Del Vecchio MT, Sundel ER. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2001;108:1236-7.
- [17] Rosefsky JB. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2001;108:1236-7.



# Rubor, tumor, calor, dolor... e psiche?

Matteo Chiappedi, Marzia Borgna, Angela Amoroso, Roberta Dolci, Attilia Grandi

Fondazione "Don Carlo Gnocchi", ONLUS, Servizio di Neuropsichiatria e Riabilitazione per l'Età Evolutiva, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti", Salice Terme (PV)

## Abstract

### *Pain, heat, redness, swelling... and psyche?*

*We describe the case of an 11 and a half years old girl with pain, mobility limitations and joints' deformities following surgery and radiotherapy for a synovial sarcoma. Beside physiotherapy an individual psychotherapy support has been necessary. The need to re-think her own story, characterized by feelings of abandon and non deserving love, as well as by a non acceptance of her physical deformities, emerged. This case invites to consider psychiatric aspects as part of the diagnostic moment which begins and directs the rehabilitative treatment; this evaluation shouldn't be limited to potentially traumatic events or situations, even if immediately evident, but should explore as deeply as possible the patient's psychic structure.*

Quaderni acp 2007; 14(3): 111-113

**Key words** Diagnosis. Physiotherapy. Psychotherapy

*Viene presentato il caso di una ragazza di 11 anni e mezzo, giunta al Centro per dolore e disturbi di deambulazione con deformità articolari in seguito a trattamento chirurgico e radioterapico per un sarcoma sinoviale. Oltre al trattamento fisiochinesiterapico, è stato necessario un supporto psicoterapico individuale, per la necessità di ripensare la propria storia, caratterizzata da vissuti di abbandono e di non essere degna d'amore, oltre che dalla non accettazione della deformità fisica. Questo caso invita a considerare che anche gli aspetti psichiatrici possono entrare in campo nella fase diagnostica che inizia e orienta il trattamento riabilitativo; in questi casi, la valutazione non deve tuttavia limitarsi a eventuali eventi o situazioni potenzialmente traumatici, anche se immediatamente evidenti, ma esplorare il più approfonditamente possibile la struttura psichica del paziente.*

**Parole chiave** Diagnosi. Fisioterapia. Psicoterapia

*"Niente di organico è senza senso, niente di psichico è senza corpo"* (Viktor von Weizsäcker).

A. è una ragazza di origine rumena; ha 11 anni e mezzo al momento del primo accesso al nostro Servizio (marzo 2006). Giunge accompagnata dalla madre che chiede un trattamento fisioterapico per effetti secondari di intervento chirurgico e radioterapia per sospetto sarcoma sinoviale a livello del ginocchio destro.

## La storia

Tutto incomincia nell'estate del 2000, con la comparsa di gonalgia destra, cui nel tempo si associa una insufficienza funzionale dell'arto, resistente agli anti-infiammatori non steroidei. Alla RMN si evidenzia una neoformazione a livello del ginocchio destro; la diagnosi di sar-

coma sinoviale viene confermata all'esame istologico dopo l'intervento di asportazione, eseguito nell'ottobre 2000 e seguito da chemioterapia e radioterapia (dal novembre 2000 all'aprile 2001).

In seguito al trattamento compare un grave valgismo del ginocchio destro con accorciamento rispetto al controlaterale, secondari al danno alla cartilagine di accrescimento. Anche in ragione del dolore e della difficoltà alla deambulazione autonoma (soprattutto quando il valgismo raggiunge i 25°) si rende necessario un intervento ortopedico di osteotomia femorale (giugno 2005).

A. viene successivamente seguita con controlli in regime di Day Hospital per un monitoraggio sia degli aspetti oncologici che della situazione osteoarticolare. I dati antropometrici si mantengono nella norma per l'età, salvo una certa magrezza

(ricercata per scelta estetica dalla ragazza). Al momento dell'accesso al Servizio, non è ancora intervenuto il menarca (questo dato è ritenuto compatibile con il fatto che la madre aveva avuto le prime mestruazioni all'età di 14 anni e tenendo conto di un assetto ormonale proprio di uno stadio prepuberale).

## La diagnosi funzionale

Al momento della prima visita, da un punto di vista neurologico e fisiologico si evidenziano ipotrofia e ipostenia dell'arto inferiore destro, con un valgismo di 30° circa a livello del ginocchio e lateralizzazione della rotula. La ragazza fatica a estendere il ginocchio contro gravità e non riesce a eseguire la traslazione. Presenta asimmetria del rachide, con curva ad ampio raggio levoconvessa (giudicata compensatoria rispetto alla differente lunghezza apparente degli arti inferiori, determinata dal valgismo, e alla conseguente inclinazione del bacino). Clinicamente non sono rilevabili difetti della sensibilità o della motricità distale all'arto inferiore destro. La restante obiettività neuromotoria e generale è nella norma.

Un contatto telefonico con i colleghi ortopedici, che avevano effettuato l'intervento e la radioterapia, permette di sapere che, dal punto di vista oncologico, è stato raggiunto uno stato di remissione completa, reso possibile anche dalla relativa benignità della neoplasia, emersa dall'approfondimento della valutazione anatomo-patologica sul tessuto asportato. Permane invece la preoccupazione rispetto alla deformità osteoarticolare, progressivamente ripresentatasi dopo l'intervento di osteotomia.

A. contemporaneamente presenta un assetto psicologico caratterizzato dalla negazione delle difficoltà motorie e di accettazione delle deformità fisiche (valgismo del ginocchio destro e scoliosi), con una intensa aggressività, associata al

Per corrispondenza:  
Matteo Chiappedi  
e-mail: mchiappedi@dongnocchi.it

il caso che insegna

racconto appena accennato di piccoli episodi di abbandono e solitudine. Da esso, inoltre, emerge il vissuto di essere in qualche modo indegna d'amore, di essere "senza valore", accolta in casa per il buon cuore dei genitori. La madre riferisce, anche, che la ragazza va verbalizzando negli ultimi tempi di sentirsi diversa e per questo in qualche misura almeno esclusa dal gruppo dei pari età; questo l'avrebbe, in alcune occasioni, resa triste sino al pianto.

Indagando in maggior dettaglio la storia della ragazzina, emerge una forma depressiva nella mamma, parzialmente compensata, ma con radici che affondavano nella sua storia personale, in particolare in una serie di lutti familiari non elaborati: tra questi, il più significativo, la morte del padre, deceduto per un tumore maligno alla gamba quando la signora aveva 15 anni. Quando A. ha iniziato a presentare "cedimenti" del ginocchio destro, accompagnati da dolore, il ricordo delle sofferenze del padre, dell'amputazione e delle terapie era ritornato a farsi vivo nella donna. Ancora, dall'approfondimento anamnestico, emerge che A., nata a termine, con parto eutocico dopo gravidanza normale, è stata allattata al seno per 9 mesi ma con vomito frequente, fatto, questo, interpretato dalla madre come punizione per suoi presunti comportamenti inadeguati (che per altro non era in grado di ricordare e raccontare precisamente). La signora, tra l'altro, durante questo periodo, era sostenuta unicamente da alcuni parenti, perché il marito, nel frattempo era emigrato in Italia. La bambina aveva avuto uno sviluppo psicomotorio e del linguaggio del tutto adeguati, per quanto ricostruibili anamnesticamente. All'età di 4 anni, tuttavia, la madre era partita per raggiungere il marito, affidando A. ai nonni. Quando la bambina aveva realizzato che la madre era andata lontano e non era prevedibile la data del ritorno, aveva avuto una reazione di rabbia tale da rifiutare, per diversi mesi, di parlarle al telefono.

Circa un anno dopo, A. era stata condotta in Italia e qui aveva impiegato diversi mesi per ambientarsi, accusando la madre di averla separata dagli affetti che aveva in Romania. Successivamente i rap-

porti erano andati migliorando, anche se nell'ultimo anno erano riemersi alcuni aspetti di conflittualità; in particolare, A. avrebbe accusato la madre di non tutelarla abbastanza e di interessarsi maggiormente ai compaesani, al punto da offrire loro, per lungo tempo, la stanza della ragazza.

La madre, a questo punto, ha chiesto espressamente di essere aiutata ad affrontare i pensieri tristi, da cui si sentiva a tratti invasa, accanto al bisogno irrefrenabile di compiacere gli altri, senza potersi rifiutare di fare quanto le veniva chiesto da parenti, amici e conoscenti, in particolare compaesani in attesa di regolarizzare la propria immigrazione. E senza potere sottrarsi alla fatica, nei confronti di A., di imporre regole e comportamenti e di negarle quello che la ragazza le chiedeva in modo a tratti piuttosto avido.

### Il trattamento

Non potendo offrire alla mamma di A. uno spazio individualizzato adeguato, abbiamo ottenuto la collaborazione del Centro psico-sociale: la signora ha potuto così iniziare un percorso di sostegno psicologico che ha prodotto nel giro di circa un anno alcuni significativi miglioramenti: stabilizzazione del tono dell'umore, maggiore capacità di autoaffermazione positiva e quindi di mantenere regole e divieti come genitore.

A. è stata sottoposta a fisioterapia con cadenza di 2 sedute a settimana, con controlli fisiatrici regolari, cui è stata associata una psicoterapia individuale (1 seduta a settimana).

Dal punto di vista neuromotorio si è assistito dapprima a un peggioramento della scoliosi secondaria e del valgismo del ginocchio, visto che per lungo tempo A. ha rifiutato qualsiasi tipo di tutore, a cominciare da una semplice ginocchiera varizzante, e ha collaborato scarsamente alla fisioterapia.

Durante la psicoterapia è inizialmente emersa proprio la preoccupazione per il proprio aspetto, con il timore di essere rifiutata: indossare la ginocchiera che conteneva, ma in parte anche evidenziava, la deformità articolare, significava per A. rischiare di essere emarginata. A lungo la ragazza è stata del tutto incapace

di immaginare di poter essere apprezzata dai coetanei per la sua simpatia e intelligenza, che peraltro, in realtà, le hanno sempre fruttato numerose amicizie.

Il primo passo essenziale è stato dunque quello di guadagnare la fiducia di A. che ha dapprima solo accennato, quindi diffusamente raccontato del suo rapporto con la madre. In particolare, è stato possibile per A. trovare ascolto e comprensione per i sentimenti di abbandono, di rabbia impotente, di mancanza di certezze e fiducia, conseguenti alla decisione della madre di lasciarla affidata ai nonni, considerando anche che questa lunga separazione non era stata in alcun modo preparata: alla bambina era stato raccontato che la madre sarebbe andata a prendere dei giocattoli in un Paese vicino, fatto, questo, che ha reso la successiva delusione ancor più cocente.

I miglioramenti del funzionamento mentale di A. hanno portato come conseguenza una maggiore aderenza rispetto alla fisioterapia, pur non essendo ancora superate le difficoltà di integrazione dell'immagine corporea e della propria identità: il difetto di autostima e di fiducia in se stessa necessita ancora di un supporto esterno.

Nel frattempo, il lavoro fisioterapico, con un effetto positivo diretto su tono e trofismo muscolari e indiretto sul benessere globale della ragazzina, rendeva A. via via più capace e protagonista rispetto alla patologia somatica.

### Conclusioni

Nel caso descritto, la psicoterapia è servita anche per consentire ad A. di utilizzare la fisioterapia e le indicazioni della fisiatra (in particolare la prescrizione di ausili). Allo stesso modo la madre ha potuto riprendere il suo ruolo e sentirsi più soddisfatta della propria vita grazie al supporto psicologico e farmacologico.

La storia di A. si caratterizza per la presenza di numerosi aspetti che possiamo considerare fattori di rischio per un disturbo psichico: in particolare, per quanto emerso sinora, sembrano essere rilevanti la patologia materna, l'abbandono da parte dei genitori in età infantile e l'emigrazione, intesa sia come sradicamento sia come difficoltà di inserimento

in un ambiente sociale diverso per stile di vita, modalità di relazione e tradizioni. Accanto a questi, tuttavia, abbiamo potuto rintracciare e riattivare nel corso della psicoterapia aspetti di resilienza: l'aver potuto contare su una famiglia allargata, una buona dotazione intellettuale, una capacità di concedere all'altro quella "fiducia di base" che Erikson descrive come l'ipotesi che l'altro possa essere portatore di qualcosa di buono per la propria vita e che considera fondamentale per lo sviluppo psichico. Su questa base, ha poi agito la patologia neoplastica, con il suo correlato di timori espressi poco e male; inoltre, le deformità osteoarticolari secondarie alla terapia hanno finito per riattivare continuamente il trauma, ricordando inevitabilmente ad A. la sua storia e in qualche modo "marchiandola" in modo visibile anche per i coetanei. Riteniamo, pertanto, che questo caso dimostri l'importanza di non trascurare gli aspetti psichiatrici nella presa in carico di pazienti che presentano come sintomo dichiarato una difficoltà motoria o comunque di natura apparentemente organica. Questo non significa, tuttavia, limitarsi a rispondere alle problematiche di accettazione della menomazione o della deformità, ma soprattutto cercare di accogliere pienamente la persona malata. L'anima sperabilmente sana e in pace del terapeuta deve poter incontrare quella sofferente del paziente a un livello di contatto intimo, fondato sui meccanismi psichici tecnicamente noti come identificazione proiettiva e introiettiva; sentirsi compresi tanto profondamente è poi il primo passo per affrontare con coraggio e forza anche la propria malattia organica. ♦

#### Bibliografia consultata

Bonaccorsi MT. Visitazione delle anime. In: Fogli della Fondazione Bonaccorsi, n. 1. Anfora, 2003.  
 Ferenczi S. Fasi evolutive del senso di realtà. In: Opere, vol. 2. Raffaello Cortina, 1913.  
 Freud A. Commenti sul trauma psichico. In: Opere, vol. 3. Boringhieri, 1965.  
 Freud S. Inibizione, sintomo e angoscia. In: Opere, vol. 10. Boringhieri, 1926.  
 Greenacre P. Trauma, crescita, personalità. Raffaello Cortina, 1952.  
 Marcelli D, Braconnier A. Adolescenza e psicopatologia. Masson, 1999.  
 Marcelli D. Psicopatologia del bambino. Masson, 2001.  
 Winnicott DW. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, 1958.

# Associazione Culturale Pediatri XIX Congresso Nazionale Relazioni per Crescere

## Il bambino nel contesto relazionale: basi biologiche e implicazioni cliniche e sociali

18-20 ottobre 2007 – Castello Svevo, Trani (Ba)

### GIOVEDÌ 18 OTTOBRE

#### Mattina

12,00-13,00 Incontro dei referenti regionali

#### Pomeriggio

14,30-15,00 Registrazione dei partecipanti

15,00-15,30 Benvenuto del Presidente ACP Puglia e Basilicata, A. Moschetti; del Presidente nazionale M. Gangemi; dell'Assessore alla Sanità Regione Puglia, A. Tedesco

15,30 **Azione politica e salute infantile** (N. Vendola, Presidente Regione Puglia)

Presentazione del Rapporto "Salute del bambino in Italia" (G. Tamburini, Trieste)

16,30-17,00 Discussione

17,00 **La Mente interattiva** - Introduce e modera: F. Panizon (Trieste)

Apprendere per imitazione: I "neuroni-specchio" (L. Fogassi, Parma)

Intelligenza emotiva e intelligenza sociale (M. Ancona, Torino)

18,00-18,30 Discussione

### VENERDÌ 19 OTTOBRE

#### Mattina

#### Prima sessione

9,00

**La relazione madre-bambino: fattore di salute e di malattia** (Tavola rotonda)

Moderata: S. Corbo (ACP Lazio per il Comitato organizzativo del Convegno Neuropsichiatria per il Pediatra)

Le basi biologiche del legame di attaccamento madre-bambino (A. Moschetti, Palagiano)

Lo stile di attaccamento madre-bambino: guardiamo i filmati per capire (R. Cassibba, Bari)

Dal dolore alla violenza: le origini traumatiche dell'aggressività (G. Attili, Roma)

10,45-11,15 Discussione

#### Seconda sessione

11,45

**I percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali dei bambini e adolescenti con disturbi psichici**

Moderata: T. Cazzato (Taranto)

Lo scenario: epidemiologia dei disturbi psichici dell'età evolutiva (M. Bonati, Milano)

Dignosi e terapia nel contesto assistenziale (A. Zuddas, Cagliari)

#### Pomeriggio

#### Prima sessione

14,00

**Sostegno alla genitorialità: Nati per Leggere e Nati per la Musica** (Tavola rotonda)

Moderano: G. Biasini (Cesena), S. Manetti (Sorrento). Partecipano: J. Needleman (USA),

J. Tafuri (Bologna), S. Gorini (Rimini)

16,30-17,00 Discussione

#### Seconda sessione

17,15

**Ricerca ACP in ambito neuropsichiatrico**

Introduce: G. Toffol (Asolo)

Presentazione dati della ricerca sui disturbi del sonno ACP Puglia e Basilicata

(M. L. Tortorella, Grumo Appula)

#### Terza sessione

17,45-19,00

**Assemblea sociale**

Comunicazione del Presidente e del Direttivo - Relazione annuale di Quaderni ACP - Intervento dei soci

### SABATO 20 OTTOBRE

#### Mattina

8,30-12,30

#### CORSI DI FORMAZIONE

Corso di counselling di base

Disturbi dell'apprendimento

Attaccamento: corso interdisciplinare aperto a pediatri, neuropsichiatri e psicologi

Chirurgia pediatrica: il calendario degli interventi d'elezione

Dermatologia Pediatrica

#### Pomeriggio

#### Prima sessione

14,30

**La Pediatria in Italia, realtà e prospettive: parliamone insieme** (Tavola rotonda)

Moderata: D. Faraguna (Monfalcone). Partecipano: P. Di Pietro (Presidente SIP),

M. Gangemi (Presidente ACP), G. Mele (Presidente FIMP), C. Fabris (Presidente SIN)

15,30-16,00 Discussione

#### Seconda sessione

16,15-16,45

Presentazione della **Consensus sui Disturbi dell'Apprendimento**

M. Marchiori (Associazione Italiana Dislessia - Bassano)

16,45-17,45

**Il punto di vista del genitore** (G. Lentini), **dell'educatore** (G. Ventura), **del pediatra**

(F. Zanetto), **del neuropsichiatra infantile** (F. Ciotti) (Tavola rotonda)

17,45-18,15

Discussione

18,15

Conclusione dei lavori: **Che cosa abbiamo imparato** (L. Piermarini, Terni)

Segreteria organizzativa ACP Puglia e Basilicata, via Monte Rosa 6 - Altamura (Ba) - tel/fax 080 3149709  
 e-mail: paspis@tin.it - Sito web: www.acppugliabasilicata.it

# Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita I genitori narrano la loro "storia"

Lucia Aite

Dipartimento di Neonatologia medica e chirurgica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

## Abstract

*Diagnosis communication of congenital abnormalities at birth: parents narrate their "story"*

*The Drotar model describes the process of adaptation of parents to the birth of a baby with congenital abnormalities through five stages of parental reactions. These are shock, denial, sadness/anger, adaptation and reorganization. This study considers the shock stage activated by the communication of a diagnosis.*

*The aim of this paper is to describe through parents' personal "stories" both how they experience the communication of a diagnosis soon after birth and the indications for caregivers and professionals who provide daily care.*

*The method used by the psychologist is the parents "narration of the story" in order to give them a space able to contain and offer an elaboration of the psychic suffering derived from the birth of a sick child.*

*Quaderni acp 2006; 14(3): 114-117*

**Key words** Congenital abnormalities. Diagnosis communication. Counselling. Narrative medicine

*Secondo Drotar il processo di adattamento che i genitori affrontano a partire dalla comunicazione della diagnosi di malformazione congenita va dallo shock iniziale fino alla riorganizzazione, passando attraverso la negazione, la rabbia, il dolore e l'adattamento alla realtà.*

*Questo articolo prende in considerazione la fase dello shock iniziale, attivato dalla comunicazione della diagnosi. L'obiettivo è quello di descrivere, a partire dalle "storie" personali narrate dai genitori, sia come viene vissuto il momento della comunicazione della diagnosi sia quali indicazioni emergono per gli operatori che si trovano giornalmente a confrontarsi con questo difficile compito.*

*La "narrazione" della storia da parte dei genitori è la metodologia utilizzata dalla psicologa per offrire uno spazio di contenimento ed elaborazione alla sofferenza psichica evocata dalla malattia di un figlio all'inizio della vita.*

**Parole chiave** Anomalia congenita. Comunicazione della diagnosi. Counselling. Narrazione

## Premessa

Nel corso delle consulenze psicologiche realizzate nel reparto di chirurgia neonatale dell'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", ho potuto osservare come la comunicazione della diagnosi di una grave malformazione congenita, che richiede una correzione chirurgica alla nascita, si configuri per le coppie e in particolare per le madri come un momento di grave crisi, che obbliga la coppia a confrontarsi con la perdita del bambino atteso e immaginato fino ad allora e con la ferita narcisistica che ne deriva [1-5].

Su tale problematica rilevante è il contributo di Drotar, che ha proposto un modello interpretativo della sequenza delle reazioni emotive che i genitori sperimentano quando, alla nascita, viene diagnosticata un'anomalia congenita [6]. Secondo l'Autore il processo di adattamento che i genitori affrontano a partire dalla diagnosi va dallo shock iniziale fino alla riorganizzazione, passando attraverso la negazione, la rabbia, il dolore e l'adattamento alla realtà.

L'articolo prende in considerazione la fase dello shock iniziale, attivato dalla

comunicazione della diagnosi con l'obiettivo di descrivere, a partire dalle "storie" personali narrate dai genitori, come viene vissuto il momento della comunicazione della diagnosi e di sottolineare quali indicazioni emergono per gli operatori che si trovano giornalmente a confrontarsi con questo difficile compito [7-8-9].

La "narrazione" della storia da parte dei genitori è la metodologia utilizzata per offrire uno spazio di contenimento ed elaborazione alla sofferenza psichica evocata dalla malattia di un figlio all'inizio della vita.

## Un evento inatteso e "perturbatore"

*"È come se improvvisamente arrivasse un'onda anomala, tu sei travolta e cerchi un appiglio, qualcosa a cui ancorarti per non essere trascinata via".*

*"Si passa dalla gioia all'angoscia più estrema, sembra tutto un incubo".*

Certamente i genitori che al momento della nascita scoprono che il loro bambino ha una malformazione congenita si sentono profondamente confusi e hanno la sensazione di essere stati catapultati in una situazione inimmaginabile fino a poche ore prima.

Sotto il profilo emozionale l'improvvisa scoperta della malformazione congenita rappresenta l'irruzione di un aspetto minaccioso e destabilizzante, di cui non conoscono esattamente le implicazioni e che genera incertezza, ansia e paura. Si altera completamente il vissuto che la nascita di un bambino genera in un genitore, minando il senso di continuità della propria esistenza.

In questa situazione di crisi viene temporaneamente a mancare nei genitori ogni possibilità di orientamento e comprensione: "Avvertivo una sensazione di

Per corrispondenza:  
Lucia Aite  
e-mail: aite@opbg.net

saper fare

*profondo malessere; c'erano rabbia, scoramento, ma soprattutto ricordo che non ero lucido, non riuscivo proprio a pensare e riflettere su ciò che ci stava capitando". "Ero spaventato, volevo solo che mi dicessero che mio figlio sarebbe sopravvissuto, il resto in quel momento non contava". "Avevo bisogno che il medico mi parlasse, che mi spiegasse quale problema aveva mio figlio, anche se in quel momento non ero in grado di comprendere nulla" [10].*

Queste osservazioni non solo rivelano il disorientamento dei genitori di fronte alla notizia inaspettata ma propongono un interrogativo di fondo: *da chi e come viene comunicata la diagnosi?*

### **Il problema della comunicazione contemporanea a entrambi i genitori...**

In genere la prima comunicazione viene rivolta al padre fuori dalla sala parto ed è una frase secca:

*"Suo figlio ha un problema e deve essere trasferito d'urgenza perché qui non possiamo aiutarlo".*

Una tale comunicazione è certamente legata alla gravità dello stato del neonato, ma non tiene conto dei vissuti e della totale impreparazione del genitore. In più di una occasione quando al padre, fuori dalla sala parto, viene comunicata "a bruciapelo" una grave patologia, senza accompagnare la comunicazione con un colloquio, un dialogo di sostegno, sovrappiunge uno svenimento, che rappresenta una reazione estrema allo shock emozionale che si sperimenta.

*"Ero in ansia fuori dalla sala parto, in attesa di vedere mia figlia. Prima che la bimba uscisse dalla sala parto, mi venne incontro l'ostetrica dicendomi che secondo lei la bimba era strana, c'era la possibilità che avesse la sindrome di Down. Io non fui capace di articolare parola e svenni. Quando mi ripresi, c'era il vuoto dentro di me o meglio il terrore, la paura, l'angoscia che non sarei stato capace di crescerla, di amarla e aiutarla".*

La madre invece viene generalmente informata o dal ginecologo o dal neonatologo, quando è ancora in sala parto,

con frasi spesso vaghe per non impressionarla e non farla disperare ("Signora, dobbiamo portare il bambino in reparto perché c'è qualcosa che non va"). Più spesso è il marito a parlarle, una volta che viene riportata nella sua stanza.

### **...e quello delle competenze professionali degli operatori alla comunicazione e al sostegno**

Nello stato di smarrimento che i genitori vivono, quando scoprono che il loro bambino ha una malformazione che richiede un intervento chirurgico in regime d'urgenza, sarebbe utile offrire una breve ma chiara (priva di termini tecnici e astratti) descrizione delle condizioni del bambino, concependo il colloquio come uno spazio-tempo di cura. In questo modo il medico, nell'informare i genitori, riesce ad agevolare il processo di adattamento alla diagnosi e a facilitare l'instaurarsi della relazione genitori-neonato.

### **L'importanza delle parole...**

Anche se la situazione è grave, le informazioni rappresentano sul piano razionale un dato di realtà al quale aggrapparsi: fanno sentire i genitori meno persi e limitano le fantasie catastrofiche che possono emergere quando non si sa nulla o si sa qualcosa di molto vago [11-12].

*"Quando il medico mi disse che Marco aveva un'atresia dell'esofago, mi sono sentito sprofondare il pavimento sotto i piedi e mi sono aggrappato con tutto me stesso alle faticose frasi successive: è un problema conosciuto che si può risolvere con un intervento chirurgico?".*

Sarebbe quindi opportuno offrire ai genitori un quadro clinico equilibrato in cui, accanto ai dati critici e problematici, ci fosse posto per gli aspetti vitali e sani del bambino. Nel descrivere le condizioni cliniche del bambino è indicato utilizzare un disegno o uno schema grafico a cui sia il medico che il genitori possono riferirsi durante il colloquio in modo da agevolare l'instaurarsi di una comunicazione di tipo circolare. Questo è quello che è mancato nell'esperienza che ci riferisce questo padre:

*«Passato qualche minuto dalla nascita di mia figlia, venne verso di me il neonatologo che l'aveva visitata, dicendomi che aveva una malformazione ano-rettale. Io ero incredulo, mi sembrava quasi uno scherzo. Non so come in quel momento mi sono retto in piedi, ero veramente uno straccio. Domandai al dottore se, a parte l'anomalia, la bimba stesse bene e lui mi rispose: "A prima vista non sembrerebbe tanto male, considerando la situazione". Come se non bastasse, aggiunse che a queste anomalie si potevano associare delle alterazioni cerebrali o midollari e che c'era una distanza superiore al normale tra i due occhi, insinuando in modo implicito chissà quale altro problema. Il tutto finì con una pacca sulle spalle: "Mi dispiace, lei ora deve essere molto forte anche per sua moglie". A quel punto ho passato le due ore più brutte della mia vita: ho capito cosa significa l'impotenza. Mi sentivo perso, mi interrogavo sul futuro ma non trovavo appigli. La possibilità che mia figlia avesse dei danni cerebrali mi angosciava e mi metteva veramente paura».*

Nell'introdurre i genitori in un mondo a noi conosciuto e familiare, ma a loro del tutto ignoto, è utile descrivergli cosa accadrà a breve termine e specificare il nome del dottore che si occuperà del bambino.

### **...del setting...**

Dalla testimonianza di questo padre emerge chiaramente la necessità di realizzare il colloquio in uno spazio protetto, in cui si possa avviare lentamente un dialogo. Mi preme sottolineare l'importanza di tale accorgimento che, se realizzato, probabilmente diminuirebbe la tendenza a fare comunicazioni importanti, che cambiano il corso della vita di una famiglia, su un corridoio o in piedi fuori dalla sala parto, senza la possibilità di uno scambio umano reale. È quindi fondamentale calibrare le spiegazioni all'interlocutore senza considerare l'ansia che può spingere a volte il medico a dire tutto

e subito, senza fare attenzione al “come” più appropriato a quel momento.

### ...dei tempi per elaborare le informazioni...

Le testimonianze raccolte dai genitori sottolineano la necessità di offrire loro molteplici colloqui, specie nei momenti iniziali, sia per promuovere la graduale acquisizione delle informazioni che per facilitare la relazione tra i due coniugi e anche quella tra genitori e bambino.

*“Mi tenevo a distanza dall’incubatrice, anche se avevo bisogno di stare lì in quella stanza e di sentire che non era solo e abbandonato, ma poi non potevo tollerare la vista di mio figlio sedato, intubato, completamente immobile. Gli unici momenti in cui riuscivo ad avvicinarmi, era quando un medico mi veniva a parlare e a dirmi come stava”.*

I genitori hanno bisogno di essere sostenuti e, specie nei primi giorni, i colloqui con il personale devono essere assidui. Le stesse informazioni devono essere ripetute più e più volte, finché non sono in grado di accoglierle e gradualmente assimilarle [13-14].

*“Era incredibile, il dottore nella prima settimana mi avrà spiegato mille volte in cosa consisteva il problema di Maria, il perché fosse stata operata, ma io, ogni volta, finito il colloquio, mi ritrovavo sola e vuota, incapace di ripetere quei concetti, di maneggiarli e ancor meno di raccontarli a mia madre che mi chiamava per avere notizie. Penso che solo dopo la terza settimana di ricovero ho veramente cominciato a capire e assimilare ciò che mi veniva detto dai medici e dalle infermiere”.*

### Chi “è” il bambino...

Un altro accorgimento importante sarebbe quello di riconoscere l’identità del neonato chiamandolo per nome: questo semplice atto comunicativo può rendere più umana la comunicazione e più presente e reale il bambino, personalizzandolo non solo agli occhi dei genitori ma anche a quelli degli stessi operatori. Si tratta di un semplice accorgimento capace di cambiare immediatamente il clima

del colloquio che, da tecnico e impersonale, diventa empatico, ossia tiene conto e riconosce le emozioni in gioco.

### Privilegiare la comunicazione con entrambi i genitori

Ricerche recenti hanno suggerito che sarebbe utile che la comunicazione della diagnosi avvenisse in presenza di entrambi i genitori, sia per ridurre l’inevitabile distorsione delle informazioni sia per promuovere la comunicazione e il sostegno reciproco tra di loro [15-16].

*“Una delle più grandi difficoltà che incontrai nei giorni che seguirono la nascita di mio figlio fu di riportare le informazioni che mi venivano date dai medici a mia moglie. Ero letteralmente sconvolto e dopo ogni colloquio con il dottore dimenticavo le parole, le espressioni, le informazioni specifiche. Mi restava solo una sensazione globale di speranza. Quando poi mi ritrovavo solo, davanti agli interrogativi di mia moglie, che voleva capire e che desideravo rassicurare, mi sentivo totalmente inadeguato, tanto che in più di un’occasione sono stato tentato di non dirle tutta la verità. In quel momento però non ero capace neanche di mentire e alla fine, confuso ma certo che la cosa giusta fosse tenere mia moglie informata, chiesi al pediatra di parlare a mia moglie e a me insieme”.*

### Quando il neonato viene “portato via”...

Le testimonianze dei genitori sottolineano che sarebbe importante evitare, quando è possibile, il trasferimento d’urgenza o comunque assicurarsi che la mamma, se lo desidera, possa almeno vedere e magari toccare il proprio figlio.

*“Il risveglio dall’anestesia del parto cesareo è stato strano, non c’era più la pancia e non c’era più mia figlia, sapevo che era da qualche parte ma non la potevo toccare, vedere, rassicurare. Mi domandavo se mio marito sarebbe stato all’altezza della situazione e sentivo una certa invidia nei suoi confronti perché lui poteva starle vicino e io no, mi sentivo sola”. “Era tutto talmente doloroso, un vero incubo, era come se non avessi par-*

*torito, mi comportavo come se mio figlio non fosse mai nato, come se non fossi mai stata incinta, altrimenti non avrei retto quel distacco così innaturale”.*

Sappiamo inoltre che l’impossibilità di vedere il figlio al momento della nascita amplifica il timore di perderlo, così come la fantasia che il bambino sia anormale e irreparabilmente danneggiato.

*“Tutti in reparto mi guardavano con compassione, ero convinta che mio figlio fosse un mostro e che nessuno, neanche mio marito, avesse il coraggio di dirmi la verità”.*

### Informare correttamente e condividere l’incertezza

Nell’ambito del mio lavoro ho potuto osservare che nel complesso la maggior parte dei genitori desidera ricevere informazioni oneste e veritiere sulla natura della malattia, sui trattamenti e sulla prognosi, consentendo così agli operatori di sostenerli e aiutarli a nutrire speranze in relazione a obiettivi realistici. Tacere la verità significa indurli a nutrire aspettative illusorie; esprimersi in maniera ambigua e poco chiara aumenta lo stress psicologico.

L’incognita e l’incertezza sono più difficili da tollerare della verità, per quanto dolorosa. Naturalmente ci vogliono una cura e un’attenzione particolari da parte degli operatori nel comunicare la diagnosi e nel chiarire gli interrogativi dei genitori disorientati, allarmati e confusi.

*“Non scorderò mai la freddezza con cui il medico, sulla soglia della porta, disse a me e mio marito che nostro figlio appena nato lo stavano trasferendo in terapia intensiva perché aveva tre gravi malformazioni. Ci disse anche i nomi delle patologie ma per me quelle parole non significavano nulla. Poi scomparve di corsa e non tornò più nella mia stanza”.* Sarebbe utile pensare alla comunicazione di “cattive notizie” come a un processo dinamico, che ha luogo nel tempo e all’interno di una relazione [17]. Ogni genitore infatti ha bisogno di un “suo” tempo per adattarsi alla realtà e passare dalla percezione di sé come genitore di un bambino sano alla consapevolezza di

avere un figlio con una malformazione congenita, che in alcuni casi ne mette a rischio la vita. Sicuramente comunicare in modo chiaro, veritiero e partecipativo la diagnosi risponde al bisogno di "sapere" espresso dai genitori e, se la comunicazione è ben condotta, può facilitare il processo di adattamento a una realtà inevitabilmente dolorosa.

Ecco il racconto di una madre, che sembra sottolineare l'importanza di concepire la comunicazione come un processo che si realizza nel tempo:

*"Alla nascita, dopo la gioia iniziale, mi crollò il mondo addosso. Mia figlia aveva un problema e l'avrebbero dovuta operare entro poche ore. Il dottore cercò di darmi alcune informazioni sulla patologia, spiegandomi cosa avrebbero fatto per mia figlia e mi promise che sarebbe tornato il giorno seguente per darmi ulteriori notizie. Stavo male, avevo paura ma c'era un percorso da fare e soprattutto non ero sola. Sapere che avrei riparlato con il dottore mi dava un po' di tranquillità, anzi, direi di più, era l'unico appiglio al quale sentivo di potermi aggrappare per non sprofondare nell'angoscia".*

Come sottolineano le parole di questa mamma, sarebbe illusorio credere che esistano degli espedienti comunicativi che eliminano lo shock iniziale; è più verosimile pensare che vi sono alcuni accorgimenti nel disporsi al colloquio che possono facilitare la comunicazione e creare un campo relazionale in cui il nostro interlocutore si possa sentire accolto. A questo riguardo è utile sottolineare che la comunicazione della diagnosi è comunque "indigesta", poiché mette il genitore di fronte a una realtà inizialmente inaccettabile, dalla quale non si può sottrarre.

In questa prima fase l'intervento degli operatori dovrebbe dunque essere animato soprattutto dall'intenzione di accogliere e contenere il dolore mentale dei genitori, accompagnandoli nel processo di accettazione della realtà, seguendo i loro ritmi e rimanendo disponibili al dialogo, consapevoli che in queste situazioni la sofferenza e lo stato di allarme possono essere soltanto condivisi [18-19-20]. ♦

#### Bibliografia

- [1] Fajardo B. Parenting a damaged child: mourning, regression and disappointment. *Psychoan Review* 1987;74:19-43.
- [2] Gath A. The impact of an abnormal child upon the parent. *Brit J Psychiat* 1997;130:23-7.
- [3] Solnit A, Stark M. Mourning and the birth of defective child. *Psychoanal Study Child* 1962; 17:523-37.
- [4] Mintzer D, Als H, Tronick E, Brazelton B. Parenting an infant with a birth defect: the regulation of self-esteem. *Psychoanal Study Child* 1984;39:561-89.
- [5] Irvin N, Kennell J, Klauss M. Caring for parents of an infant with a congenital malformation. In: Klaus MH, Kennell H (eds). *Maternal-Infant Bonding*. St. Louis: Mosby, 1976:169-81.
- [6] Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation. *Pediatrics* 1975; 56:710-7.
- [7] Aite L. *Culla di parole*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- [8] Zanetto F, Gangemi M. L'approccio al bambino con ritardo mentale e dimorfismi: la comunicazione efficace. *Quaderni acp* 2006;13:169-71.
- [9] Gangemi M, Zanetto F. Comunicare il rischio: aspetti problematici per il pediatra di famiglia. *Quaderni acp* 2005;12:262-4.
- [10] Raviolo N, Cucinato M. Riproduzione a rischio. Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
- [11] Tamburini M. Dall'informazione alla comunicazione. In: Santosuosso A. *Il consenso informato*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.
- [12] Perlman N, Freedman J, Abramovitch R, et al. Informational needs of parents of sick neonate. *Pediatrics* 1981;85:512-8.
- [13] Woolley H, Stein A, Baum J. Imparting the diagnosis of life threatening illness in children. *Br Med J* 1989;298:1623-6.
- [14] Aite L, Trucchi A, Nahom A, et al. Antenatal diagnosis of diaphragmatic hernia: parents' emotional and cognitive reactions. *J Pediatr Surg* 2004;39:174-8.
- [15] Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics* 1993;82:643-50.
- [16] Montanari S, De Caro B.M, Orzalesi M. Umanizzazione delle cure e problematiche bioetiche nei reparti neonatali: una ricerca sul campo. *Neonatologica* 1995;3:54-7.
- [17] Buongiorno A, Malizia S. Comunicare la diagnosi grave. Roma: Carocci Faber, 2002.
- [18] Di Cagno L, Gandione M, Massaglia P. Il contenimento delle angosce materne come momento terapeutico nel lavoro con i genitori di bambini con patologia organica grave. In: D. Stern, 1992.
- [19] Latimart S, Lombardo C. *Pensieri prematuri*. Roma: Borla, 2000.
- [20] Negri R. *Il neonato in terapia intensiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.



## 18th Annual Meeting of the EUROPEAN SOCIETY OF AMBULATORY PAEDIATRICS (ESAP)

Budapest, Hungary  
October 26-27, 2007

#### Themes:

- \* Changes in the spectrum of the diseases and the way it influences paediatric care Adulthood morbidity due to pathologic events of the newborn period
- \* Paediatric primary care of ethnic minority groups
- \* New vaccines for old problems. Vaccination rate and herd-immunity
- \* Paediatric primary care in Europe

For details see:  
[www.esapbudapest.com](http://www.esapbudapest.com)  
Organizer: Hungarian Association of  
Primary Care Paediatricians  
E-mail: [hgye@mail.datanet.hu](mailto:hgye@mail.datanet.hu)

# Diagnosi e trattamento con ormone della crescita

## Compiti del pediatra di famiglia in relazione alla nota 39

Roberto Lala, Endocrinologo, Ospedale Infantile "Regina Margherita", Torino  
Aldo Ravaglia, Pediatra di famiglia, Chivasso (To)

### Abstract

#### *Diagnosis and treatment with growth hormone: the paediatrician's task considering the Italian regulation*

*In Italy the prescription of growth hormone is limited by a note n. 39 which introduces new diagnostic criteria and measures in order to monitor the treatment's safety and efficacy. Human growth hormone is prescribed only to patients with specific growth disorders in height and with a statistically significant reduction in height increase in respect to normal population. The prescription is only for patients who show a growth hormone deficiency in two stimulation tests or in the spontaneous nocturnal secretion test.*

*This paper is aimed at informing family paediatricians about these new dispositions for growth hormone prescription, in order to help them in the selection of patients who need to be conveyed to referral centres. It is also a support for paediatricians aimed at helping patients and their families during the entire diagnostic path: from a diagnosis suspect up to the therapeutic follow up and to the decision to stop therapy.*

*Quaderni acp 2006; 14(3): 118-121*

**Key words** Growth hormone. Appropriate prescription. Family paediatrician

*In Italia la nota che regola la somministrazione di ormone della crescita introduce nuovi criteri diagnostici e misure per il monitoraggio dell'efficacia e sicurezza del trattamento.*

*L'ormone è prescrivibile solo a pazienti con caratteristiche auxologiche specifiche di statura e con velocità di crescita statisticamente ridotti rispetto alla popolazione normale. I pazienti sono sottoposti a test di stimolo standardizzati. Viene prescritto il trattamento a quelli che dimostrano risposte insufficienti a due test di stimolo o al test di secrezione spontanea notturna.*

*L'articolo si rivolge ai pediatri di famiglia perché conoscano le nuove disposizione per la selezione dei pazienti da proporre allo studio della secrezione di ormone della crescita effettuato dai centri specialistici. Cerca di indirizzarli al compito di indirizzare e supportare i pazienti e le loro famiglie durante tutto il percorso assistenziale: dal sospetto della diagnosi al follow-up terapeutico, alla decisione di sospendere il trattamento.*

**Parole chiave** Ormone della crescita. Appropriatezza prescrittiva. Pediatra di famiglia

Non sembra inutile ricordare ai pediatri di famiglia quali sono le norme che regolano la somministrazione di ormone somatotropo (OS) ai bambini e ragazzi in età evolutiva e quali siano le migliori modalità per aderire in pratica al senso della nota che ne regola la prescrizione. Le indicazioni sono riportate nella nota CUF 39 (note CUF/note AIFA 2004), che prevede che la prescrizione di OS a cari-

co del SSN avvenga su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni. La prescrizione è limitata a precise condizioni che si riassumono [1].

### Età evolutiva

Per l'età evolutiva la prescrizione è limi-

tata alla bassa statura da deficit di GH definito da parametri clinico- auxologici e di laboratorio [2-5]:

#### 1. Criteri clinico-auxologici

a. statura inferiore a -3 DS oppure statura inferiore a -2 DS e velocità di crescita/anno inferiore a -1 DS rispetto alla norma per età e sesso, misurata a distanza di almeno 6 mesi con le medesime modalità;

oppure

b. velocità di crescita/anno inferiore a -2 DS o inferiore a -1,5 DS dopo 2 anni consecutivi, anche in assenza di bassa statura. Nei primi 2 anni di vita sarà sufficiente fare riferimento alla progressiva decelerazione della velocità di crescita (la letteratura non fornisce a riguardo dati definitivi in termini di DS);

oppure

c. malformazioni/lesioni ipotalamo-ipofisarie dimostrate a livello neurologico, o difetti ipofisari multipli che comportino deficit di GH accertato in base ad una delle modalità del punto b [6].

#### 2. Criteri di laboratorio

a. risposta di GH inferiore a 10 µg/L ad almeno 2 test farmacologici eseguiti in giorni differenti;

oppure

b. risposta di GH inferiore a 20 µg/L nel caso uno dei 2 test impiegati sia GHRH + arginina o GHRH + piridostigmina;

oppure

c. secrezione spontanea media di GH nelle 24 ore [7], o quantomeno nelle 12 ore notturne, inferiore a 3 µg/L in presenza di normale risposta ai test farmacologici e valori di IGF1 inferiore a -2 DS; sindrome di Turner citogenetica-

Per corrispondenza:

Aldo Ravaglia

e-mail: [aldoravaglia@alice.it](mailto:aldoravaglia@alice.it)

il punto su



mente dimostrata; deficit staturale nell'insufficienza renale cronica; sindrome di Prader-Willi in soggetti prepuberi.

### 3. Durata del trattamento

Il trattamento con rGH biosintetico può essere effettuato fino al raggiungimento della statura adulta definitiva (di solito definito come velocità di crescita inferiore a 2 cm/anno).

### 4. Esclusioni e inclusioni

Il trattamento NON va effettuato in bambini con bassa statura costituzionale o familiare in cui non siano state chiaramente documentate le alterazioni sopra specificate. Le categorie diagnostiche di bassa statura familiare (presenza in famiglia di casi di bassa statura in assenza di patologie) e costituzionale (bassa statura con età ossea significativamente ritardata in assenza di patologie) sono incluse talvolta dalla definizione di bassa statura idiopatica.

I bambini che presentano uno dei parametri clinici auxologici definiti al punto 1 ma che hanno valori di GH dopo test di stimolo che rientrano nella norma, possono, su proposta dei Centri prescrittori, essere autorizzati al trattamento con rGH SOLO dalle apposite Commissioni Regionali.

### Il controllo della prescrizione

Il rispetto di tali criteri dovrebbe escludere la possibilità di un uso improprio del farmaco. Il monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso dell'ormone deve essere effettuato da Commissioni Regionali con l'istituzione di un registro, assumendo come modello di riferimento il registro operante nella Regione Piemonte [8].

Le Autorità Sanitarie preposte alle attività di controllo devono inviare i dati dei Registri Regionali, con cadenza annuale, all'Istituto Superiore di Sanità che si fa carico della sorveglianza epidemiologica nazionale\*.

Per il monitoraggio della prescrizione si deve fare riferimento alla prevalenza del trattamento nella popolazione compresa

tra 0 e 18 anni d'età, che è stimabile, in base ai dati della letteratura degli ultimi 20 anni, in 1:2000 (tasso di esposizione al trattamento).

### Il compito del pediatra di famiglia

Il testo della nota può non essere facilmente comprensibile per chi non è specialista.

Senza addentrarci nella complessa diagnostica delle cause di ritardo della crescita basti ricordare che la somministrazione di OS non si applica a quei pazienti nei quali sia stata diagnosticata una patologia responsabile del ridotto accrescimento diversa da quella riportata sopra ai punti 1 e 2.

Su questi vale la pena di soffermarsi per i rilievi che deve fare il pediatra per porre il problema allo specialista.

### Accertamento dei criteri clinico-auxologici

La statura va misurata con accuratezza con uno statimetro rigido (possibilmente a muro) con paziente rilassato che guarda dritto davanti a sé, durante l'inspirazione. Il bambino viene traziionato delicatamente applicando le mani all'altezza dei processi mastoidei in modo da posizionare correttamente il capo.

La condizione da accertare è che il bambino sia al di sotto della media di 3 DS per età e sesso. Per calcolare questo valore occorrono grafici appositi con i valori di riferimento in DS\*\*.

In alternativa è accettata la statura inferiore a 2 DS (di fatto si tratta di statura inferiore al 3° percentile che equivale a -1,9 DS), accoppiata alla velocità di crescita valutata in due tempi a distanza di 6 mesi. È superfluo dire che la velocità di crescita si calcola dividendo l'incremento staturale per il numero di mesi tra le due misurazioni: si ottiene così il valore corrispondente alla velocità di crescita in un mese. Tale valore va moltiplicato per 12. Ad esempio un bambino che è cresciuto di 6,4 cm in 8 mesi ha una velocità di crescita di 9,6 cm/anno ( $6,4:8=0,8$ : velocità di crescita in un mese;  $0,8 \times 12 = 9,6$ : velocità di crescita in un anno). La

velocità di crescita si esprime quindi in cm/anno, che possono essere trasformati mediante i grafici appositi in percentili e/o deviazioni standard. Il calcolo della velocità di crescita è assai importante perché (si veda sopra il punto 1 b) viene considerata nei criteri per la possibile prescrizione di OS. La velocità di crescita deve essere inferiore a 2 DS per un anno o a 1,5 DS per 2 anni consecutivi anche in assenza di bassa statura. Questi criteri permettono di selezionare i pazienti che hanno subito un arresto dell'accrescimento partendo da stature normali. Nei primi 2 anni di vita, in mancanza di standard di riferimento certi, è sufficiente valutare la diminuzione significativa della velocità di crescita che potrebbe essere rappresentata a livello del grafico della statura come il passaggio a valori di percentile/deviazione standard significativamente inferiori (riduzione di almeno 10 percentili o 0,5 DS in un anno).

### Altre indicazioni ammesse

Viene considerata indicazione per l'avvio allo studio della secrezione dell'ormone della crescita quella dei pazienti affetti da malformazioni/tumori della regione ipotalamo-ipofisaria accertati neuroradiologicamente e i bambini/ragazzi con multipli deficit ipofisari. È prevista come indicato sopra la prescrizione a carico del SSN per la sindrome di Turner geneticamente dimostrata, il ritardo di crescita nell'insufficienza renale e la sindrome di Prader-Willi.

### L'invio del paziente

I pazienti così individuati vanno inviati ai Centri specialistici che provvedono a effettuare i test per la valutazione della secrezione. In caso di normalità di questi viene effettuata la valutazione della secrezione spontanea notturna e dell'attività somatomedinica in accordo con le modalità riportate nella nota. Come si è detto sopra, la nuova nota 39 consente ai Centri che effettuano gli esami di richiedere l'autorizzazione al trattamento di-

rettamente alla Commissione Regionale di Controllo anche nei soggetti con alterazioni auxologiche compatibili con i criteri sopradetti, ma con normale secrezione di ormone della crescita.

### Fino a quando continuare la terapia?

La nota afferma che il trattamento con OS biosintetico può essere effettuato fino al raggiungimento della statura definitiva e deve essere proseguito in età adulta nei pazienti in cui sia stato confermato un deficit permanente di GH, secondo i criteri applicabili in età adulta che sono indicati in altra parte della nota. Non sono precisati i criteri in base ai quali è opportuno interrompere la somministrazione, anche se viene delineato come limite il raggiungimento della statura adulta (di solito definito come velocità di crescita inferiore a 2 cm/anno) e viene indicata l'opportunità di proseguire il trattamento in età adulta nei casi di deficit severo (valore di GH, dopo test farmacologici standard, inferiore a 3 µg/L o inferiore a 9 µg/L dopo test massimali quale il test con GHRH + arginina).

La scelta di interrompere il trattamento prima del conseguimento dell'età adulta deve essere condivisa da paziente, famiglia, pediatra di famiglia e Centro prescrittore. In linea generale è opportuno porsi il problema di rivalutare le indicazioni e considerare la possibilità di interrompere il trattamento in presenza di significativi effetti collaterali o di eventi avversi o quando la velocità di crescita in trattamento sia al di sotto dei minimi standard previsti (inferiore a -1,5 DS=10° centile).

### La bassa statura familiare o costituzionale

La nota ribadisce che l'OS NON deve essere somministrato nei soggetti con *bassa statura familiare* o *costituzionale* senza deficit di ormone della crescita. Si tratta di due categorie di bambini/ragazzi che costituiscono una parte importante del lavoro dei pediatri e degli endocrinologi.

Il problema nasce quando questi bambini presentano un'altezza inferiore a 3 DS o una velocità di crescita inferiore a -2 DS anno o -1,5 DS in 2 anni consecutivi e quindi rientrano nella categoria di coloro da sottoporre a studio. Che fare in caso di normale secrezione di ormone della crescita? Gli endocrinologi hanno opinioni divergenti sulla opportunità di trattare o non trattare queste "varianti normali". Gli studi condotti su bambini trattati riportano un guadagno staturale medio complessivo di 3-5 cm, ma non sono del tutto noti i rischi e i benefici, a lungo termine, di iniezioni giornaliere di ormone sintetico [9]. Di certo è provato che questi bambini di bassa statura non presentano disturbi di adattamento sociale rispetto ai coetanei. Si deve perciò ritenere che queste persone con normale secrezione di GH, prima di essere sottoposti a trattamento, debbano essere sottoposti all'attenzione delle Commissioni Regionali per l'eventuale autorizzazione. Il problema resta aperto; la categoricità della nota sembra comunque un monito a cui fare riferimento.

### Alcune raccomandazioni finali

La decisione di effettuare il trattamento può essere talvolta difficile per i problemi tecnici che spesso i Centri incontrano nell'accertare la diagnosi (i risultati dei test sono talvolta variabili e poco riproducibili). In questi casi il pediatra di famiglia non può essere estraneo alla scelta di iniziare il trattamento e neppure a quella di sospenderlo come a tutto il percorso terapeutico. Deve proporsi di partecipare a tutte le scelte che riguardano il bambino. Alla famiglia deve fornire informazioni in sintonia con quelle dal Centro per non creare confusione. Deve raccogliere le aspettative del paziente e della famiglia sui risultati attesi, di fronte al notevole impegno che il trattamento richiede. Deve conoscere i possibili effetti collaterali (*tabella 1*), segnalarli al Centro di riferimento per gli eventuali provvedimenti e perché l'evento sia annotato nel Registro. Gli effetti collaterali a breve termine sono

**TABELLA 1: EFFETTI INDESIDERATI**

- ▶ Artralgie
- ▶ Ipertensione endocranica benigna
- ▶ Cefalea
- ▶ Iperipertiroidismo
- ▶ Reazioni locali in sede di iniezione
- ▶ Lieve iperglicemia
- ▶ Mialgia
- ▶ Rash
- ▶ Epifisiolisi dell'anca
- ▶ Peggioramento della scoliosi

**TABELLA 2: PAZIENTI IN TRATTAMENTO (REGISTRO REGIONE PIEMONTE 30.04.06)**

Età: anni	Numero
0-2	17
2-4	38
4-6	68
6-8	75
8-10	130
10-12	146
12-14	112
14-16	35
16-18	10
>18	2
<b>Totale</b>	<b>633</b>

scarsi; quelli a lungo termine sono stati ipotizzati, ma non ancora pienamente documentati. Dovrebbe inoltre tener presente due dati, ancora non pubblicati, che derivano dal Registro Regionale Piemontese (*tabella 2*), relativi al numero dei casi diagnosticati e alle età in cui le diagnosi vengono fatte.

▶ I tassi di esposizione al trattamento risultano essere in Piemonte (ma probabilmente anche nel resto d'Italia) di circa 1:1000 nelle età fra 0 e 18 anni. Il numero di casi diagnosticati è quindi quasi doppio rispetto a quanto atteso dalla nota 39 (1:2000). Si pone il problema di una attenta riflessione sull'accuratezza diagnostica e sul dato epidemiologico, problema che a nostro parere coinvolge anche il PdF.

- Circa la metà dei soggetti in trattamento è stata diagnosticata in età compresa tra i 10 e i 13 anni e cioè probabilmente troppo tardi.

È perciò fondamentale il ruolo del pediatra che deve seguire attentamente la crescita del bambino fin dai primi anni di vita e sottoporre a indagini tutti quelli che presentano le alterazioni auxologiche riportate sopra. Per soddisfare questi compiti si dovrebbe:

- misurare gli assistiti con strumenti adeguati almeno una volta all'anno (ogni 6 mesi nei casi sospetti di bassa statura) al fine di ridurre il ritardo diagnostico nei casi bisognosi rGH;
- possedere e usare le nuove tabelle di crescita (statura e velocità di crescita per i due sessi) che riportano, oltre ai percentili, anche le deviazioni standard necessarie per interpretare il linguaggio espresso nella nota 39;
- accertare eventuali patologie croniche responsabili delle condizioni cliniche di ipostaturalità;
- inviare gli assistiti presso i Centri autorizzati alla prescrizione di OS, identificando chi presenta le caratteristiche clinico-auxologiche definite della nota 39;
- partecipare e collaborare con i Centri alla decisione di prescrivere il trattamento e supportare la famiglia durante il percorso terapeutico;
- riconoscere e segnalare gli effetti collaterali che possono verificarsi durante il trattamento;
- partecipare alla decisione di sospendere o continuare la terapia. ♦

\* Si coglie l'occasione per segnalare che buona parte delle Regioni fino ad ora hanno disatteso la richiesta che viene esplicitamente riportata sulla G.U del 2004 Note AIFA sull'obbligo di attivazione del Registro Regionale e delle relative Commissioni. Questo ritardo impedisce di fatto l'applicazione, il rispetto delle corrette modalità applicative ed erogative di rGH.

\*\* I grafici possono essere richiesti al seguente indirizzo: Dott. Roberto Lala, Endocrinologia Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, Piazza Polonia 94, 10126, Torino; e-mail: info@malattie-rare.org

#### Bibliografia

- [1] Bernasconi S, Boscherini B, Cohen A, et al. Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita. Una proposta ACP. Quaderni acp 2004; 12:20-1.
- [2] American Association of Clinical Endocrinologist, AACE, clinical practice guidelines for growth hormone use in adults and children. Endocr Pract 1998;4:165-73.
- [3] Consensus guidelines for the diagnosis and treatment of growth hormone (GH) deficiency in childhood and adolescence: Summary statement of the GH research society. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:3990-3.
- [4] Guidelines for the use of growth hormone in children with short stature. A report by the Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. J Pediatr 1995;127:857-67.
- [5] Saggese G, et al. Diagnosis and treatment of growth hormone deficiency in children and adolescents: towards a consensus. Ten years after the availability of recombinant human Growth Hormone Workshop held in Pisa, Italy, 27-28 March 1998. Horm Res 1998;50:320-40.
- [6] Pena-Almazan S, et al. Growth characteristics of congenitally GH-deficient infants from birth to one year of age. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86: 5691-4.
- [7] Zadik Z, et al. The definition of a spontaneous Growth Hormone (GH) peak: studies in normally growing and GH-deficient children. J Clin Endocrinol Metab 1992;74:801-5.
- [8] Migliaretti G, Ravaglia A, Borracino A, et al. Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte: primi dati del Registro Piemontese. Quaderni acp 2006;13:95-8.
- [9] Allen DB. Growth hormone therapy for short stature: is the benefit worth the burden? Pediatrics 2006;118:343-8.

## LA MEDICINA BASATA SULLA NARRAZIONE: dalla riflessione all'applicazione pratica

Sala Convegni dell'Ordine dei Medici  
via Caboto, 35 - Torino

Giovedì, 10 maggio 2007

Giornata seminariale aperta a medici di medicina generale, pediatri, medici ospedalieri e ambulatoriali.

La giornata, finalizzata a presentare e condividere con i partecipanti la conoscenza e l'esperienza che i relatori hanno sviluppato nell'uso della medicina narrativa, sarà dedicata nella sua prima parte alla presentazione e alla discussione delle riflessioni e proposte più recenti e significative in tale ambito.

Il pomeriggio sarà dedicato allo studio di un caso videoregistrato, e alla individuazione delle modalità di facilitazione e di uso efficace delle narrazioni del paziente in un contesto medico.

- ore 9,00 *Presentazione della giornata* (M. Neirotti)
- ore 9,30 *Il medico e le storie: storia e sviluppi della medicina basata sulla narrazione* (G. Bert)
- ore 10,15 *Coordina G. Bert*  
*Dar senso alle storie: storie di pazienti ascoltate o inascoltate*  
Discussione: M. Gangemi, L. Aimetti, S. Biondani
- ore 11,45 *Narrare, cioè?*  
*Domande, provocazioni e riflessioni sulla medicina narrativa*  
Tavola rotonda e discussione fra i relatori e il pubblico
- ore 14,00 *La storia di... Un esempio di narrazione guidata.*  
*Verrà usata la ricostruzione filmata di un colloquio basato sulla narrazione*  
Commentano: G. Bert, M. Gangemi, S. Quadrino
- ore 15,00 *Il medico e la storia*  
Lavori in gruppo sullo sviluppo di un colloquio basato sulla narrazione
- ore 16,00 *Discussione in plenaria*  
Coordinano: G. Bert e S. Quadrino

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
ISTITUTO CHANGE - TORINO**

Iscrizione **25 euro**

Numero massimo di partecipanti: **80**

**INFO & ISCRIZIONE**

change@ipsnet.it

tel. 011 6680706

fax 011 6695948

# Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: con quali obiettivi?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP, con la collaborazione del Gruppo vaccinazioni ACP<sup>o</sup>

**Parole chiave** Influenza. Vaccinazione antinfluenzale dei bambini sani

La discussione sulla vaccinazione contro l'influenza dei bambini sani si ripresenta periodicamente da alcuni anni in Italia. Per affrontarla correttamente occorre esaminare con attenzione tutti i termini della questione. Innanzi tutto le caratteristiche della malattia che si vorrebbe prevenire. I virus influenzali, soggetti a continue mutazioni, presentano una grande variabilità antigenica che, oltre a conferire loro maggiore o minore aggressività, può influire sull'efficacia del vaccino. I tempi lunghi (circa 9 mesi) delle attuali metodiche di allestimento aumentano il rischio di una cattiva sovrapposizione tra i virus vaccinali e quelli circolanti. Questi fattori, insieme alle forti oscillazioni dell'incidenza a seconda degli anni, possono determinare distorsioni nella valutazione del peso della malattia e dell'efficacia del vaccino, specie se si prendono in considerazione una sola o poche stagioni, come generalmente accade.

## Influenza e malattie simil-influenzali

L'aspecificità dei sintomi rende l'influenza clinicamente indistinguibile da altre virosi. Nel termine Influenza-Like Illness (ILI) sono infatti comprese tutte le malattie simil-influenzali, di cui la vera influenza corrisponde a meno del 10% [1]. Nella revisione sistematica di Beuwing (*Rev Med Virol* in press) e nel capitolo sull'influenza di *Clinical Evidence* 2006, si afferma che il valore accertabile è pari al 6%. Un recente studio canadese sulle ospedalizzazioni attribuibili a diverse virosi conferma il prevalere del peso di altri virus (respiratorio sinciziale e parainfluenzale); uno studio australiano sulle infezioni respiratorie nel primo anno di vita dimostra che il Rinovirus è il patogeno di gran lunga più rappresentato sia nelle ARI (Acute Respiratory Illnesses) che nelle LRI (Lower Respiratory Illnesses), anche se il

VRS rimane fortemente associato alle forme più gravi di LRI che richiedono ospedalizzazione [2-3]. Risulta evidente che la confusione nella definizione di caso è un ulteriore motivo di distorsione nella valutazione della morbilità e della letalità collegate all'influenza, così come del suo impatto sociale. La "vera" influenza può essere diagnosticata solo con accertamenti di laboratorio.

Destarono infatti perplessità i dati utilizzati per la stima dei ricoveri nelle prime raccomandazioni ufficiali degli USA sulla vaccinazione universale dei bambini di 6-23 mesi. Essi facevano riferimento a due studi commentati da McIntosh e Lieu in un editoriale del *N Engl J Med* del 2000 [4]. Gli editorialisti esprimevano forti dubbi sulla metodologia usata che non consentiva di escludere con certezza altre virosi, specie il VRS, e ancor più sull'opportunità di usare quei risultati per giustificare una strategia vaccinale tanto impegnativa, che avrebbe richiesto invece di disporre della migliore evidenza possibile.

## Chi vaccinare e perché

In Europa l'antinfluenzale viene attualmente offerta solo ai bambini a rischio e un recente documento del CDC europeo (ECDC) conclude, in sintesi, che sono necessarie ulteriori informazioni per decidere diversamente [5].

L'eccesso di morti per influenza nei minorenni – con diagnosi accertata – riscontrato nella stagione 2003-2004 negli USA e nel Regno Unito, rimane un fenomeno da indagare con attenzione. È interessante notare la diversità di approccio e di reazione dei due Paesi interessati. Tra le varie ipotesi fatte dall'Health Protection Agency del Regno Unito per spiegare un evento tanto eccezionale, si pensò al significato della circolazione quell'anno di un ceppo poco conosciuto, il Fujian, che non era contenuto nel vaccino. Morirono infatti anche bambini vaccinati. Inoltre si ipotizzò che la bassa incidenza dell'influenza negli anni precedenti avesse lasciato sguarniti di difese proprio i più giovani. Il Regno Unito mantenne in seguito l'indicazione alla vaccinazione dei soli bambini a rischio,

mentre gli USA ampliarono le indicazioni. Due risposte diverse, ma la domanda da porsi è una sola: il vaccino antinfluenzale attualmente disponibile ci permetterebbe di evitare queste morti? Non lo sappiamo. A questo proposito mancano studi. Gli unici studi che ci potrebbero dire con accettabile certezza quale sia l'efficacia del vaccino nell'evitare ricoveri e decessi – come ci spiega Jefferson sul *BMJ* di ottobre 2006 – sono gli RCT con la somministrazione di placebo ai controlli [6].

Se le caratteristiche dell'influenza pongono problemi di valutazione del peso della malattia, i tanti dubbi relativi all'efficacia e alla sicurezza del vaccino aumentano le perplessità sull'opportunità di estendere la vaccinazione ai bambini sani. La nota revisione Cochrane, pubblicata nel 2005 su *Lancet*, ha riscontrato un'efficacia del vaccino, nei bambini minori di 2 anni, simile al placebo e Jefferson nel 2006 ha messo in luce con chiarezza le tante inadeguatezze metodologiche degli studi fin qui svolti per valutare l'efficacia dei vaccini antinfluenzali [6].

Uno degli argomenti portati a giustificazione della vaccinazione dei bambini sani è l'effetto di contenimento sulla morbilità dei contatti scolastici e familiari, per diminuire i costi sociali ed economici della malattia. Su *Eurosurveillance* del 2004 è stato pubblicato un articolo di Jordan e Olowokure che contesta i risultati di uno studio italiano e di uno statunitense sulla protezione indiretta della comunità (familiare e/o scolastica) [7]. Gli Autori concludono che entrambi gli studi non producono sufficienti evidenze. Ma in generale è doveroso chiedersi quale risparmio economico e sociale si otterrebbe, visto che l'influenza rappresenta meno del 10% delle virosi presenti nella stessa stagione. E siamo sicuri che sia giustificato tentare di non permettere a un bambino di ammalarsi una settimana per questi motivi? Ammesso che il vaccino gli impedisca di ammalarsi, cosa che non sappiamo con certezza.

Un lavoro pubblicato su *Vaccine* nel 2006, sull'impatto clinico ed economico della vaccinazione contro l'influenza dei

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

bambini sani tra 2 e 5 anni, conclude che sono necessari studi più ampi che comprendano numerose stagioni, prima di suggerire la vaccinazione universale di questo gruppo di bambini. Rimaniamo in attesa di questi studi [8].

L'efficacia protettiva dell'antinfluenzale sulle otiti medie acute, anch'essa più volte portata a sostegno della vaccinazione, risulta quanto meno controversa. Due recenti studi sul vaccino inattivato arrivano a conclusioni opposte. Le conclusioni negative derivano da un RCT in doppio cieco, con placebo ai controlli, che conferisce maggior forza ai risultati, rispetto allo studio prospettico in cieco singolo su vaccinati e non vaccinati, che riporta risultati positivi [9-10]. Ma non si può escludere che la diversa età possa avere influito sui risultati: minori di 2 anni i bambini arruolati nel primo studio, e da 6 a 60 mesi di vita nel secondo. Per la protezione delle infezioni respiratorie ricorrenti esistono diversi studi che riguardano il vaccino endonasale virale, ritirato dopo l'osservazione di paralisi di Bell nell'adulto, oppure si riferiscono al vaccino con virus vivi registrato per ora solo negli USA. E comunque anche in questo caso vale la considerazione dello scarso contributo dell'influenza rispetto alle altre virosi. Qual è il beneficio atteso vaccinando?

Sarebbe anche necessario definire con maggiore precisione le condizioni di salute considerate a rischio di complicanze dell'influenza. Quelle attuali sono in parte generiche, come ad esempio le malattie neurologiche. Ed è giustificato continuare a vaccinare i bambini a rischio minori di 2 anni, se a questa età il vaccino ha un'efficacia simile al placebo? È un interrogativo che andrebbe sollevato e discusso nella comunità scientifica, pediatrica e non solo.

### La sicurezza

Sorprende inoltre la scarsità di studi disponibili sulla sicurezza dei vaccini antinfluenzali, specie nei bambini più piccoli, segnalata su *Lancet* nel 2005 da Jefferson e Demicheli, che riferiscono anche un grave episodio di soppressione dei dati sulla sicurezza di un vaccino

intranasale vivo attenuato, sia da parte degli Autori che non avevano accesso ai propri dati che da parte della Ditta produttrice del vaccino [11].

Va tenuto presente che in caso di vaccinazione universale, i bambini esposti sarebbero centinaia di migliaia e non i piccoli numeri arruolati nei trial: la vaccinazione universale potrebbe portare alla luce reazioni non ancora conosciute. L'ECDC solleva anche il problema dei pochi dati esistenti riguardo ai potenziali effetti avversi a lungo termine, collegati alla ripetizione annuale della vaccinazione [5].

Inoltre, se le lacune conoscitive sull'efficacia del vaccino sono tante, ancora meno si sa della durata della protezione indotta nei bambini. Perciò è doveroso chiedersi quale potrebbe essere l'esito di un'immunizzazione di massa contro l'influenza fin dalla più tenera età. Sarebbe rischioso lasciarli sguarniti contro virus tanto mutevoli per i quali è invece necessario costruire nel tempo un ampio inventario di difese immunitarie.

### Conclusioni

Concludendo, prima di passare alla vaccinazione universale contro l'influenza dei bambini sani, vanno individuati con chiarezza gli obiettivi, definiti i risultati attesi e gli strumenti per misurarli. Se si vuole diminuire l'incidenza della malattia, dei ricoveri e delle morti, bisognerà prima conoscerla. E qual è l'efficacia del vaccino nel ridurre tutto ciò? E la sicurezza? Troppe le domande ancora irrisolte. La proposta di tutta la pediatria italiana dovrebbe essere lo studio con metodi adeguati, del peso della malattia, dell'efficacia e della sicurezza del vaccino. ♦

### Ringraziamenti

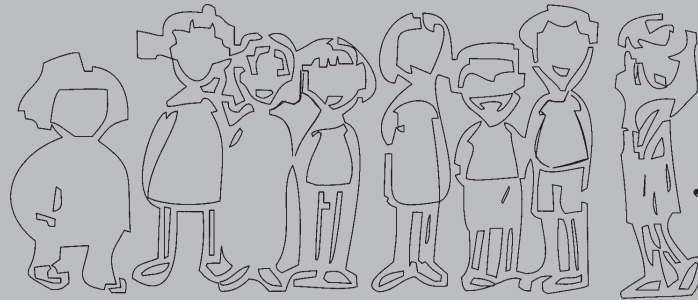
Si ringrazia Tom Jefferson per l'insostituibile contributo metodologico delle sue pubblicazioni e per la sua disponibilità al confronto.

◦ **Gruppo vaccinazioni ACP:** Chiara Guidoni, Teresa Magurno, Massimo Farneti, Sandro Bianchi, Angelo Spataro, Lucio Piermarini, Rosario Cavallo, Patrizia Neri, Franco Dessì, Michele Valente, Luisa Marolla.

### Bibliografia

- [1] Ministero della Salute. Vaccinazione antinfluenzale di massa in età pediatrica. Quali evidenze abbiamo? Bollettino di informazione sui Farmaci 2003;5-6:187-96.
- [2] Schanzer DL, Langley JM, Tam TWS. Hospitalization attributable to influenza and other viral respiratory illnesses in canadian children. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:795-800.
- [3] Kusel MMH, de Klerk NH, Holt PG, et al. Role of respiratory viruses in acute upper and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:680-6.
- [4] McIntosh K, Lieu T. Is it time to give influenza vaccine to healthy infants? *N Engl J Med* 2000; 242:275-6.
- [5] Lopalco PL, Giesecke J. Panel of international experts concludes on influenza and pneumococcal vaccination in Europe. *Euro Surveill* 2007;12 (1):E070118.1.
- [6] Jefferson T. Influenza vaccination: policy versus evidence. *BMJ* 2006;333:912-5.
- [7] Jordan R, Olowokure B. In direct community protection against influenza by vaccinating children: a review of two recent studies from Italy and United States. *Eurosurveillance Weekly* 2004 Dec 16;12(51) 041216.
- [8] Esposito S, Marchisio P, Bosis S. Clinical and economic impact of influenza vaccination on healthy children aged 2-5 years. *Vaccine* 2006;24: 629-35.
- [9] Hoberman A, Greenberg D, Paradise JL. Effectiveness of inactivated influenza vaccine in preventing acute otitis media in young children. *JAMA* 2003;290:1608-16.
- [10] Ozgur SK, Beyazova U, Kemaloglu YK, et al. Effectiveness of inactivated influenza vaccine for prevention of otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:401-4.
- [11] Jefferson T, Smith S, Demicheli V, et al. Safety on influenza vaccines in children. *Lancet* 2005; 366:803-4.

# Associazione Culturale Pediatri



ricerca  
attività editoriale  
formazione  
politica sanitaria  
aggiornamento

*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](http://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.

# Antibiotici: usare con cautela!

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra  
Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, IRFMN, Milano

## Cefaclor: attenzione alle reazioni di ipersensibilità

Una nota informativa è stata redatta il 12 aprile u.s. dalla Valeas SpA in accordo con l'Agenzia Italiana del Farmaco per informare i medici riguardo al rischio di reazioni di ipersensibilità associate all'impiego del cefaclor nei bambini. La nota è stata redatta in seguito alla segnalazione di reazioni avverse gravi di tipo allergico, insorte in bambini sottoposti a terapia con cefaclor. Sono stati inoltre modificati gli stampati per sottolineare la necessità di un'attenta valutazione del rapporto rischio e beneficio e di un'approfondita anamnesi familiare e individuale relativamente alla comparsa di reazioni di ipersensibilità.

In Italia, oltre al *Panacef*<sup>®</sup>, sono disponibili 31 specialità medicinali contenenti cefaclor. Il cefaclor è la cefalosporina maggiormente prescritta in Italia in età pediatrica e il quinto antibiotico in ordine di prevalenza di prescrizione. In base ai dati dell'osservatorio ARNO si stima che venga prescritto all'8% dei bambini minori di 14 anni. L'impiego di cefalosporine, in particolare di cefaclor, appare essere una peculiarità del contesto italiano.

(<http://www.agenziafarmaco.it>)

## Azitromicina e claritromicina: attenzione alle resistenze

Un ciclo di terapia con azitromicina o claritromicina è sufficiente per selezionare ceppi di pneumococco resistenti ai macrolidi. È quanto emerge dai risultati di un RCT in doppio cieco condotto in 224 volontari sani che ha confrontato azitromicina 500 mg per 3 giorni, claritromicina 500 mg 2 volte/die per 7 giorni e placebo. La percentuale di persone che albergavano nell'orofaringe ceppi di *Streptococcus pneumoniae* resistenti ai macrolidi è risultata maggiore nei 2 gruppi trattati con gli antibiotici, non solo al termine del trattamento, ma anche a distanza di 180 giorni dalla fine della terapia.

Tra i due macrolidi, l'azitromicina è associata con una maggiore prevalenza di portatori di ceppi resistenti; la differenza con la claritromicina diminuisce con il tempo e non è più significativa al termine del follow-up di 6 mesi.

(Malhotra-Kumar S, et al. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage

Per corrispondenza:

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute

e-mail: [cif@marionegri.it](mailto:cif@marionegri.it)

of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2007;369:482-90).

## Oseltamivir: anche l'EMA ha deciso di modificare gli stampati

Nuovi casi di suicidio e di disturbi neuropsichiatrici in bambini e adolescenti in terapia con oseltamivir sono stati segnalati in Giappone.

A seguito di queste segnalazioni, il *Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)* dell'*European Medication Agency (EMA)* ha deciso che gli stampati dei medicinali dovranno essere aggiornati inserendo l'avvertenza che "durante la somministrazione di *Tamiflu*<sup>®</sup> sono stati segnalati convulsioni, livello ridotto di coscienza, comportamenti anomali, allucinazioni e delirio, che hanno condotto in rari casi a lesioni accidentali. I pazienti, specialmente i bambini e gli adolescenti, devono essere monitorati attentamente e, in caso di segni di comportamento inusuale, deve essere consultato immediatamente il medico".

La decisione del CHMP contraddice quanto affermato in precedenza: infatti, mentre la *Food and Drug Administration* aveva già adottato simili provvedimenti nel novembre 2006 (Quaderni acp 2007;14(1):45), l'EMA in precedenti occasioni aveva sostenuto che non esisteva una relazione causale tra gli effetti indesiderati neuropsichiatrici e l'assunzione di oseltamivir.

L'*International Society of Drug Bulletins (ISDB)* in un comunicato stampa dal titolo "Cos'è più pericoloso per la salute: l'influenza o il *Tamiflu*<sup>®</sup> (oseltamivir)?" invita gli operatori sanitari e il pubblico a evitare l'uso in caso di comune influenza, in quanto il farmaco non offre un rapporto rischio/beneficio favorevole. L'ISDB invita, inoltre, l'OMS a bloccare lo stoccaggio del farmaco, considerata l'assenza di validi motivi che indichino l'oseltamivir utile nel caso di una nuova pandemia di influenza e anche perché contribuisce a favorire un uso ingiustificato del farmaco.

(<http://www.agenziafarmaco.it>)

<http://www.dialogosuifarmaci.it/uploads/File/oseltamivir.pdf>

## Gran Bretagna: nei medicinali pediatrici presenti additivi artificiali vietati negli alimenti

Uno studio della *Food Commission* britannica ha preso in esame 41 farmaci destinati ai bambini al di sotto dei tre anni di età e ha messo in evidenza che in 40 erano contenuti additivi artificiali (conservanti, coloranti e dolcificanti) potenzialmente peri-

colosi per la salute dei bambini. I conservanti sono risultati gli additivi più utilizzati. In alcuni farmaci erano presenti ben 4 differenti dolcificanti, mentre in uno sciroppo per la tosse è stato trovato clorofornio. Tutte le sostanze trovate sono vietate negli alimenti e nelle bevande destinate ai bambini di età inferiore ai 3 anni. Inoltre, dallo studio è emerso che non sempre i foglietti illustrativi avvertono della presenza di additivi artificiali né dei loro possibili effetti indesiderati. I ricercatori suggeriscono di sostituire gli additivi artificiali usati come coloranti e dolcificanti con alternative naturali, mentre risulta essere più complessa la questione dei conservanti.

La *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)* ha affermato di scoraggiare l'uso di additivi artificiali non necessari nei medicinali. In alcuni casi l'agenzia può chiedere al produttore di riformulare il medicinale prima di concederne l'autorizzazione all'immissione in commercio. Tuttavia, ha anche ribadito che non sempre si possono usare additivi naturali perché questi potrebbero interagire con alcuni componenti del medicinale.

D'altra parte, le aziende farmaceutiche sotto accusa difendono l'uso degli additivi nei medicinali, affermando che, a differenza degli alimenti, sono presenti in una piccolissima quantità e vengono assunti solo per un limitato periodo di tempo. Inoltre, queste sostanze aiuterebbero i genitori a far prendere le medicine ai bambini.

([http://www.foodcomm.org.uk/latest\\_medicines\\_Mar07.htm](http://www.foodcomm.org.uk/latest_medicines_Mar07.htm))

## AIFA: approvati metilfenidato e atomoxetina per l'ADHD

L'8 marzo u.s. il CDA dell'Agenzia Italiana del Farmaco ha approvato l'autorizzazione all'immissione in commercio del metilfenidato cloridrato (*Ritalin*<sup>®</sup>) e dell'atomoxetina (*Strattera*<sup>®</sup>) per il trattamento della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), in integrazione al supporto psico-comportamentale. La prescrizione di questi farmaci sarà vincolata a una diagnosi differenziale e a un piano terapeutico definiti da Centri di riferimento di Neuropsichiatria infantile individuati dalle Regioni. Inoltre, sono previsti controlli periodici per verificare efficacia e tollerabilità dei farmaci e l'inserimento dei dati in un Registro nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, con garanzia di anonimato, al fine di garantire il monitoraggio e il follow-up della terapia farmacologica.

(<http://www.agenziafarmaco.it>)

# La conservazione degli alimenti in ambiente casalingo

Daniela Amadori, UO materno-infantile, Dipartimento di Cure Primarie, Ausl Cesena

Roberta Cecchetti, UO Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento di Salute Pubblica, Ausl Cesena

Una buona alimentazione dipende dalla concorrenza di molti fattori, a cominciare dalla scelta di una dieta equilibrata, dall'acquisto di prodotti sicuri e di buona qualità ma anche dalla conservazione stessa degli alimenti. L'organizzazione della dispensa e del frigorifero è un argomento noto agli operatori delle mense scolastiche e ai ristoratori, molto meno alle famiglie, che spesso riempiono gli scaffali in modo casuale o seguendo semplici criteri di spazio.

## Buone regole per garantire la sicurezza alimentare anche in ambiente domestico e per ottenere una dispensa più ordinata

### ALIMENTI NON DEPERIBILI

#### *Pasta, farina, riso, legumi secchi, olio*

Hanno una notevole stabilità se racchiusi in confezioni o contenitori.

Vanno conservati nei ripiani chiusi della cucina, a temperatura ambiente o in locali di deposito freschi e asciutti

È consigliabile:

- ▶ chiudere accuratamente le confezioni una volta aperte: l'umidità dell'aria facilita l'ammuffimento e lo sviluppo di insetti eventualmente presenti;
- ▶ conservare l'olio in bottiglie di vetro scuro e con collo stretto, lontano da fonti di calore e dalla luce, perché se messi a contatto con l'ossigeno tendono a irrancidire;
- ▶ leggere sempre sull'etichetta la data di scadenza, le norme e le raccomandazioni per la conservazione.

#### *Cibi in scatola*

Accertarsi sempre della data di scadenza stampigliata sulla scatola.

È consigliabile:

- ▶ pulire la parte superiore della scatola metallica in modo da evitare al momento dell'apertura la contaminazione degli alimenti in essa contenuti;
- ▶ una volta aperta la scatola, nel caso il prodotto non fosse consumato completamente, trasferirlo in un contenitore per alimenti e riporlo in frigorifero;

se all'apertura della confezione il prodotto presenta muffe, fuoriuscita di gas, bollicine, odore o consistenza non proprie dell'alimento, scartarlo senza consumarlo e senza neppure assaggiarlo.

Per tutti gli alimenti vale la regola generale di riporre quelli acquistati più di recente dietro o sotto quelli già presenti: questa accortezza facilita il consumo degli alimenti prima della loro data di scadenza.

### ALIMENTI DEPERIBILI

#### *Il trasporto dal negozio a casa e la conservazione in frigorifero*

Il rispetto della catena del freddo è fondamentale per limitare la proliferazione dei microrganismi.

Se i prodotti surgelati nei banchi freezer sono brinati o bagnati e con presenza di ghiaccio sulle confezioni e se le verdure a pezzetti si presentano in un unico blocco, la catena del freddo non è stata mantenuta e il prodotto è stato sottoposto a sbalzi di temperatura.

Il trasporto degli alimenti deperibili può essere effettuato senza attrezzature particolari se dal negozio al frigorifero di casa non si superano i 15 minuti. Nella stagione calda, qualora si prevedano tempi di trasporto più lunghi, è bene riporre gli alimenti da conservare a temperatura controllata in un contenitore isotermico (borsa-frigo), all'interno del quale vanno poste delle piastre refrigeranti.

Il frigorifero deve essere mantenuto costantemente pulito. Il freezer va periodicamente sbrinato e non riempito eccessivamente, al fine di consentire la giusta circolazione dell'aria e l'omogeneità della temperatura. Per lo stesso motivo i cibi non vanno appoggiati alla parete.

### COME POSIZIONARE GLI ALIMENTI NEL FRIGORIFERO

La *verdura* deve essere posta nell'apposito scomparto. È bene lavarla, asciugarla e lasciarla respirare in sacchetti di pellicola microforati: la confezione del supermercato va eliminata al più presto.

Le *carni* vanno poste sul ripiano più in basso. Si possono lasciare nella confezione

del supermercato; è meglio comunque riporle in contenitori per alimenti chiusi. Le carni crude vanno separate da quelle cotte, onde evitare una contaminazione dalle prime alle seconde.

I *latticini* (latte fresco, creme a base di latte), le uova e i formaggi freschi vanno sempre posti sui ripiani più bassi.

I *salumi* affettati vanno riposti nei ripiani appena più in alto, avvolti nella pellicola o in fogli di alluminio, per evitare il contatto con l'aria che li secca o annerisce.

I rimanenti prodotti vanno posti sui ripiani superiori.

Le uova vanno lasciate nella loro confezione originale, affinché non entrino in contatto con altri alimenti e si possa sempre leggere la data entro cui è preferibile consumarle.

### USO DEL CONGELATORE:

#### COME CONGELARE, COME SCONGELARE

Molti sono gli alimenti che possono essere congelati in casa: verdure, frutta, carne cruda e cotta, pollame crudo o cotto, latticini, pesci, pasticceria.

La congelazione casalinga però differisce dalla surgelazione industriale: nella prima gli alimenti raggiungono la temperatura -18° in un tempo variabile, realizzando all'interno dell'alimento la formazione di grossi cristalli di ghiaccio che danneggiano i diversi tessuti con la perdita di oligoelementi e vitamine. Nella surgelazione industriale la temperatura -18° viene raggiunta al massimo in 4 ore e l'acqua solidifica in cristalli piccolissimi che non danneggiano il prodotto: al momento dello scongelamento si otterrà un alimento simile a quello fresco. Ecco perché i surgelati devono essere trasportati molto rapidamente dal punto vendita al freezer di casa.

### Contaminazione microbica degli alimenti

La contaminazione microbica degli alimenti è un importante problema di sicurezza alimentare. Noi consumatori abbiamo un ruolo importante da giocare.

Nell'organismo umano, negli animali, nell'ambiente e negli alimenti sono presenti

Per corrispondenza:  
e-mail: [damadori@ausl-cesena-emr.it](mailto:damadori@ausl-cesena-emr.it)

informazioni per **genitori**



microrganismi: alcuni sono da considerarsi utili perché collaborano, ad esempio, ai processi digestivi e vengono utilizzati nella preparazione di alimenti come formaggi, yogurt, ecc.; altri sono dannosi per la salute.

I tre momenti fondamentali in cui noi consumatori possiamo controllare il rischio di contaminazioni microbiche sono:

- il momento dell'acquisto,
- la preparazione,
- la conservazione degli alimenti.

## La scelta e l'acquisto degli alimenti

### REGOLE GENERALI SU CARATTERISTICHE DI FRESCHEZZA E MODALITÀ DI CONSERVAZIONE

La qualità e l'acquisto di un prodotto fresco si basano sulle sue caratteristiche organolettiche (odore, sapore, colore). Tuttavia, spesso, la presenza di microrganismi pericolosi non è evidente: infatti gli alimenti contaminati possono mantenere le solite caratteristiche di colore, odore e sapore. È quindi inutile e talvolta addirittura pericoloso assaggiare un prodotto se si sospetta che possa essere deteriorato.

Particolare cura è opportuna nell'acquisto del pesce. È molto importante che sia presentato in un bancone refrigerato o su un letto di ghiaccio, e la freschezza si giudica dall'odore delicato, l'occhio sporgente, le branchie rosee o rosse.

Quando si acquista un prodotto confezionato, bisogna controllare in modo specifico l'etichetta, anche se a volte risulta di comprensione non immediata. Essa deve riportare in modo chiaro la data di scadenza. La dicitura "da consumarsi preferibilmente entro il..." si riferisce al periodo entro cui viene garantita la conservazione di tutte le qualità nutritive del prodotto.

La dicitura "da consumarsi entro il..." è dicitura più perentoria e indica la data entro cui il prodotto *deve* essere consumato. **La vendita dopo quella data è vietata.**

Dopo l'acquisto, i prodotti più deperibili, che vanno dunque più facilmente a male (come latte e yogurt), devono essere mantenuti a temperature uguali o inferiori a +4°C, cioè alla temperatura del frigorifero. I surgelati vanno acquistati per ultimi, per ridurre al minimo i tempi di interruzione della catena del freddo.

I surgelati devono essere conservati a una temperatura pari o inferiore a -18°C, che corrisponde a quella del congelatore; le confezioni non devono essere bagnate, ricoperte di brina o schiacciate.

## La preparazione degli alimenti

### QUALCHE BUONA REGOLA

#### Lavaggio delle mani

È necessario lavarsi bene le mani con sapone e acqua calda

- ▶ prima di cucinare,
- ▶ prima di toccare gli alimenti da consumare crudi o che non necessitano di ulteriore cottura (come la carne già cotta da consumare fredda),
- ▶ prima di passare a lavorare ogni volta un alimento diverso,
- ▶ dopo ogni interruzione.

Teniamo sempre presente che gli animali domestici (cani, gatti, uccelli, tartarughe) trasportano frequentemente microrganismi patogeni (cioè dannosi) che possono passare dalle nostre mani al cibo.

#### Lavaggio delle superfici

Le superfici e gli utensili vanno mantenuti puliti, particolarmente quando si passa dalla lavorazione di un alimento a un altro. Speciale attenzione va fatta nel caso di lavorazioni contemporanee di carni cotte e crude.

#### Lavaggio della verdura e della frutta

Occorre eliminare lo sporco grossolano e lavare energicamente per diversi minuti anche quelle già lavate in busta, per allontanare parassiti o terra. Occorre cambiare l'acqua per almeno due volte (ogni lavaggio riduce la carica microbica da 100 a 1). Frutta e ortaggi ammuffiti, anche solo parzialmente, vanno scartati, poiché possono contenere sostanze tossiche prodotte dalle muffe stesse. Vanno tolte con cura anche le parti verdi e i germogli delle patate.

#### Cottura

Una accurata cottura dell'alimento esercita una consistente azione di bonifica nei riguardi dei batteri, riuscendo dunque a ucciderli. All'interno dell'alimento deve essere raggiunta una temperatura superiore a 74°C perché tutti i germi responsabili di tossinfezioni alimentari vengano distrutti. Tuttavia, anche alla temperatura indicata, sopravvivono alcune spore di batteri patogeni; per questa ragione sono particolarmente consigliati alcuni metodi di cottura rapidi a temperature sopra i 100°C. Per esempio la cottura in pentola a pressione, l'utilizzo di forni tradizionali a gas o a elettricità, l'ebollizione per periodi prolungati. Alcuni cibi di origine animale (carne, pesce e uova) sono a maggior rischio di contaminazione: non è opportuno consumarli crudi o poco cotti. Questo consiglio diventa regola per gli anziani, i bambini e le donne in stato di gravidanza.

## Conserve domestiche

La preparazione di conserve casalinghe può essere rischiosa per la presenza di un batterio che provoca il botulismo: una malattia molto grave. È particolarmente pericoloso perché spesso non cambia le caratteristiche apparenti del prodotto. Presentano un minor rischio le conserve acide come quelle sott'aceto e le conserve di pomodoro o di frutta perché la loro composizione blocca la crescita del batterio. Le conserve sott'olio e al naturale sono ad alto rischio.

## Cibi cucinati in precedenza e avanzi di cibo

La conservazione degli alimenti preparata in anticipo deve essere effettuata in contenitori chiusi e riposti in frigorifero. Quando i cibi cotti si raffreddano a temperatura ambiente vanno protetti dai microbi che provengono dall'ambiente esterno: infatti la proliferazione in queste condizioni è particolarmente vivace. Più lunga è la sosta, più alto diventa il rischio. Affinché gli alimenti cotti possano raffreddarsi velocemente fino alla parte centrale, è bene quindi riporli in frigorifero appena si sono intiepiditi suddivisi in piccole porzioni.

Lo stesso vale per conservare gli avanzi in frigorifero o nel congelatore: questi vanno porzionati in piccoli tagli in modo da poter poi riscaldare solo la quantità che effettivamente sarà consumata.

È sconsigliabile infatti riscaldare il cibo più di una volta. La migliore protezione contro i batteri che possono essersi sviluppati durante la conservazione si ottiene riscaldando i cibi fino a che diventino molto caldi anche all'interno. ♦

### Bibliografia consultata

Bianchi M, Del Rio D. Nutrimenti, alimenti e metabolismo. Capitolo 3. Ciclo di seminari per l'educazione al gusto (pp. 58-87). Piano attività Scuola Regione Emilia-Romagna. Progetto integrato n. 244. G.R.n° 2337 del 05/11/01.  
<http://www.srsr.it/home>  
 Ferrazzi A. Come conservare gli alimenti in casa. Seminario 7 novembre 2000. Sintesi curata dal Comitato direttivo ADOC del Trentino.  
[http://www.uiltn.it/servizi/adoc/cons\\_ali.html](http://www.uiltn.it/servizi/adoc/cons_ali.html)  
 Ticca M e Gruppo esperti INRAN per l'elaborazione delle Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. [http://www.inran.it/servizi\\_cittadino/stare\\_bene/guida\\_corretta\\_alimentazione/INRAN%20L.G%20df.pdf](http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/INRAN%20L.G%20df.pdf)

# La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi

## Intervento a Wonca Europe 2006

Trisha Greenhalgh

Faculty of Clinical Sciences, Department of Primary Care and Population Sciences, University College London, UK

Commento di Giorgio Bert

Dipartimento Comunicazione Counselling Salute, Istituto Change, Torino

### Abstract

#### *Training in general practice: three contemporary controversies*

*In this essay we present Trisha Greenhalgh's intervention at the 2006 Wonca Europe Conference. The Author speaks about training, in particular about contemporary controversies emerging in our professional training. In teaching family medicine when we consider three aspects of learning we face up with an impact area: What should we know? We need to acquire knowledge necessary to our practice from research.*

*What should we do? In order to answer this question, which includes the great part of medical activities, we should know ethical principles and human virtues.*

*What should we dare to hope? To learn to use creativity and imagination both in scientific reasoning and in the human dimension of our practice.*

*These reminders are then resumed by Giorgio Bert in a comment full of stimulus very useful for professional training in medicine.*

*Quaderni acp 2006; 14(3): 128-130*

**Key words** Training. Medical practice

*In questo saggio viene presentato l'intervento di Trisha Greenhalgh a Wonca Europe 2006. L'Autore tratta di formazione, in particolare, di alcune controversie contemporanee nella nostra formazione professionale. Nell'insegnamento della medicina di famiglia, l'area d'impatto s'incontra quando si considerano insieme questi tre aspetti dell'apprendimento.*

*Cosa possiamo sapere? Dobbiamo acquisire dalla ricerca le conoscenze necessarie alla nostra pratica.*

*Cosa dovremmo fare? Per rispondere a questa seconda domanda, che include la maggior parte dell'attività medica, dobbiamo conoscere i principi etici e le virtù umane.*

*Cosa osiamo sperare? Imparare a usare la creatività e l'immaginazione sia nel ragionamento scientifico che nella dimensione umana del nostro lavoro comporta l'estensione dell'insegnamento anche a "cosa osiamo sperare". Le sollecitazioni sono state successivamente riprese da Giorgio Bert, in un commento ricco di stimoli per la formazione professionale in medicina.*

**Parole chiave** Formazione. Medicina pratica

Mi è stato chiesto di parlare di formazione e, in particolare, di alcune controversie contemporanee nella formazione professionale del medico.

Passo molto del mio tempo andando a conferenze tenute dai medici delle cure secondarie e credo che la medicina di famiglia sia avanti rispetto a molti di loro in termini di qualità di insegnamento, ma penso anche che occorra ulteriormente perfezionarsi.

Poiché siamo a Firenze e poiché questa

conferenza ha per tema le humanities, includo nel mio discorso alcuni filosofi che si sono occupati della natura della conoscenza.

Immanuel Kant scrisse un "libricino" intitolato *La critica della ragion pura* (se venisse scritto oggi probabilmente si potrebbe chiamare *La critica della EBM pura*), in cui sostiene che tutti gli interrogativi filosofici possono essere ridotti a tre quesiti di base: cosa posso sapere? Cosa dovrei fare? Cosa oso sperare?

Possiamo adattare questa tassonomia della conoscenza alla nostra formazione e a quella dei nostri studenti.

Cosa possiamo sapere? Dobbiamo acquisire dalla ricerca le conoscenze necessarie alla nostra pratica.

Cosa dovremmo fare? Per rispondere a questa seconda domanda, che include la maggior parte dell'attività medica, dobbiamo conoscere i principi etici e le virtù umane.

Cosa osiamo sperare? Imparare a usare la creatività e l'immaginazione sia nel ragionamento scientifico che nella dimensione umana del nostro lavoro comporta l'estensione dell'insegnamento anche a "cosa osiamo sperare".

Nell'insegnamento della medicina di famiglia, l'area d'impatto si incontra quando si considerano insieme questi tre aspetti dell'apprendimento.

**1. La prima controversia che voglio discutere è quella che contrappone l'insegnamento che punta a cambiare ciò che facciamo a quello che mira a cambiare il nostro modo di essere (proprio degli studi umanistici).**

Malcom Parker, docente australiano di etica medica, sulla base della propria esperienza, sostiene che, ogni 400 studenti di medicina, la preoccupazione sua e dei colleghi riguarda sempre un gruppo di circa 10 cosiddette "mele marce": studenti il cui comportamento e le cui attitudini non soddisfano gli standard di una pratica etica. Parker, con i colleghi, ha sviluppato un programma strutturato per l'insegnamento dell'etica medica e della professionalità, sottoposto a una rigorosa verifica basata sull'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE – test di

Per corrispondenza:  
Trisha Greenhalgh  
e-mail: p.greenhalgh@pcps.ucl.ac.uk

saggi

verifica delle abilità cliniche e comunicative). Le “mele marce” superano sempre l’OSCE per quanto riguarda il comportamento etico e, in genere, con risultati molto buoni. Parker conclude che la professionalità non è una competenza che si può considerare acquisita da uno studente solo perché ha superato l’OSCE.

Voglio ricordare Aristotele e, del suo pensiero, ciò che disse a riguardo dell’etica, sebbene anche lui abbia scritto molto sulla conoscenza: le virtù etiche, quali il coraggio, l’integrità, l’onestà, l’altruismo, sono quelle che ci rendono umani e che possono essere sviluppate con lo studio delle arti (specie la letteratura e le arti drammatiche).

Non a caso, Rita Charon, docente di medicina, fa studiare Henry James ai giovani componenti del suo staff, prima di far loro frequentare il reparto.

Non è mia intenzione dire come organizzare i vostri corsi, ma desidero farvi delle raccomandazioni:

- ▶ la professionalità, in campo sanitario, non può e non deve essere ridotta a “cosa deve sapere” lo studente (in altre parole: nella situazione X, lo studente deve fare Y);
- ▶ le virtù etiche, studiate soprattutto attraverso la letteratura e le arti, possono aggiungere valore all’insegnamento della professionalità.

## 2. La seconda controversia è quella che contrappone la “Evidence Based Medicine” all’uso dell’intuito nella pratica.

Sherlock Holmes, non un filosofo, ma un esperto di intuizione (l’autore, Sir Arthur Conan Doyle, era un medico) diceva: “È molto importante nell’arte dell’indagine essere capaci di distinguere, tra tanti fatti, ciò che è accessorio da ciò che è fondamentale, essenziale”. Questa capacità, che lui indicava come necessaria per la ricerca di un criminale, può essere considerata un utile suggerimento anche per la formulazione di una diagnosi clinica.

Tornando ai filosofi, Michael Polanyi (originario dell’Europa orientale, visse la maggior parte della sua vita in Gran Bretagna) introdusse i concetti di *conoscenza esplicita* e di *conoscenza tacita*.

Quest’ultima è incorporata negli individui, legata allo specifico di una circostanza difficile da esprimere e da trasmettere, e legata alle abilità e all’azione. La conoscenza tacita è ciò di cui ho bisogno quando, dopo aver comprato un armadio impacchettato all’Ikea, cerco di montarlo. La conoscenza esplicita sono le istruzioni scritte contenute nella confezione, che non mi servono perché non sono in grado di trasformarle in abilità pratiche.

Il dott. Goh Lee Gan, docente di medicina di famiglia, ha raccontato a un congresso sulla professionalità in medicina, tenutosi recentemente a Singapore, che una giovane madre (conosciuta dal medico) aveva portato un bambino morto in clinica. La morte non era stata una sorpresa, essendo il bambino portatore di malformazioni cardiache multiple congenite. Mentre il medico esaminava il bambino per constatarne la morte, il cellulare della signora suonò e il medico sentì parte della sua conversazione con la suocera, che sosteneva di non poter tenere un bambino morto in casa. Se il bambino fosse morto a casa, non ci sarebbero stati problemi, ma poiché aveva lasciato la casa vivo, il suo ritorno da morto avrebbe portato sfortuna alla famiglia. Il medico ebbe un’intuizione su come procedere: iniziò una rianimazione cardio-polmonare fingendo che il bambino fosse ancora vivo e, dopo un po’, lo restituì alla madre e le prestò un ombrello per coprire il bambino durante il viaggio di ritorno a casa. Fu solo dopo, quando si domandò perché aveva preso quelle decisioni, che ne capì il motivo: in quella comunità si crede che una persona non muore sino a quando la sua anima non esce dal corpo: tenendo un ombrello sul corpo, l’anima non può temporaneamente fuggire. Il tentativo di rianimazione cardio-polmonare effettuato dal medico, sebbene non “evidence-based”, era servito a differire la dichiarazione ufficiale di morte a dopo che al bambino era stato restituito l’ultimo respiro. Per dirla con un altro filosofo, Wittgenstein, il bambino muore solo quando il dottore pronuncia la sua morte. L’ombrello aperto prima che il bimbo venisse dichiarato

morto permetteva all’anima di rimanere nel corpo sino all’arrivo a casa, dove si sarebbe potuto organizzare il funerale in modo appropriato.

Un aspetto molto importante dell’insegnamento è alimentare il tipo di conoscenza tacita, quella che ha permesso all’intuizione di questo medico di giocare un ruolo così importante nell’esempio citato.

Tecniche importanti per stimolare la conoscenza tacita includono, come noto, discussioni su casi clinici, riflessioni sulla pratica, il domandarsi perché si è fatta quella cosa giusta (o sbagliata) in quel caso, il tenere conto di possibili interpretazioni alternative della storia.

Nell’insegnamento in medicina di famiglia, discutere le storie aumenta la conoscenza tacita e fortifica l’intuizione. L’idiosincrasico, l’inusuale e l’inspiegabile possono stimolare sia l’immaginazione scientifica che quella morale.

In questi tempi, in cui la formazione strutturata sembra stia diventando il santo graal, va evitato il “fanatismo” del corso di studi che valorizza solo “obiettivi chiari e misurabili” e “momenti di apprendimento generici”.

## 3. La terza controversia è relativa all’uso di metodi di apprendimento “high” o “low tech”.

Molti di noi usano Internet per accedere alle informazioni, grazie alla disponibilità sui nostri PC di opportunità di formazione di ogni genere (es. *BMJ Learning* è tra i leaders nel fornire aggiornamenti su vari argomenti clinici).

Un filosofo greco della conoscenza, tuttora in vita, Haridimos Tsoukas, si è occupato dell’eccesso di informazioni. Numerosi e utili sono gli aspetti da lui trattati a questo riguardo, e in particolare:

- ▶ più informazioni abbiamo, più “se e ma” ci sono per prendere una decisione,
- ▶ più informazioni abbiamo, più tempo perdiamo sia ad analizzarle che ad agire,
- ▶ più informazioni abbiamo e meno ci fidiamo.

Ciò significa che la rivoluzione dovuta a

Internet non rappresenta la possibilità di accesso a un numero sempre maggiore di fatti o di corsi, ma consiste nell'imparare a valutare quale informazione cercare, quando e se fidarsi e con chi condividerla. Internet è molto più che uno scambio di fatti, molti dei quali non vogliamo o di cui non necessitiamo. Internet ha la capacità di portare la gente a riflettere insieme, a discutere, a trovare nuove interpretazioni per situazioni che sono uniche e personali.

### Il commento di Giorgio Bert

L'intervento di Trisha Greenhalgh a Wonca Europe 2006 è, per quanto breve e sintetico, ricco di suggestioni almeno per chi fa il formatore in ambito medico. Da qualche decennio accade spesso di sentire ripetere il vecchio slogan aziendalistico e pedagogico, secondo cui le competenze del professionista possono essere riassunte da tre concetti: *sapere*, *saper fare*, *saper essere*.

Si tratta di caratteristiche in apparenza chiare e condivisibili, ma poi, di fatto, cosa vogliono significare nella pratica? *Sapere* vuol dire certo acquisire conoscenza. Ma da dove ci arriva la conoscenza?

La medicina che pratichiamo ha basi scientifiche, e ciò significa che, laddove è possibile, essa deve poggiare su dati rigorosi e razionali: è questo l'ambito dell'EBM, che nessun medico può oggi ignorare o sottovalutare.

Greenhalgh ci ricorda però che l'EBM non è l'unica fonte di conoscenza di cui il medico dispone: esiste infatti, oltre alla conoscenza "esplicita" che giunge dall'esterno, anche una competenza "tacita", di origine interiore, che ha a che fare con l'intuizione ed è legata all'abilità e all'azione. Facilitare, non ostacolare, il ricorso a questo tipo di conoscenza è compito essenziale del formatore.

Spesso invece avviene che, specie nella mente del giovane medico o del ricercatore che non pratica davvero la medicina, l'EBM tenda ad assumere un aspetto totalitario che porta l'adepto entusiasta a considerare insignificante o addirittura

errato tutto ciò che evidence based non è: l'intuizione appunto, l'esperienza, la soggettività, il significato che il paziente dà alla sua malattia, la fiducia, perfino la relazione tra medico e paziente... Tutto ciò insomma che non può essere misurato o pesato.

Questo atteggiamento fondamentalista, che porta ad esempio a sottovalutare la ricerca qualitativa nei confronti di quella quantitativa, l'importanza della complessità e della sistemica, l'uso della narrazione e di altri interventi del genere, va oltre ciò che i pionieri dell'EBM (tra cui la stessa Greenhalgh) proponevano. Avviene non di rado, del resto, che i discepoli siano meno flessibili e di vedute meno ampie dei maestri.

Opportuna appare quindi l'osservazione della Greenhalgh che occorre evitare "il fanatismo del corso di studi che valorizza solo obiettivi chiari e misurabili".

La complessità non si affronta scomponendola cartesianamente nei suoi singoli elementi. Ciò che è vivente, fintanto che è tale, è e rimane complesso, variabile, dinamico, e complessa e variabile è anche la rete di relazioni che collega le persone tra loro, inclusa la relazione terapeutica che unisce medico e paziente. Rete invisibile certo, ma che fa sì che le persone siano quello che sono.

Si inserisce qui il *saper essere* dello slogan citato: esso coglie infatti *l'aspetto relazionale* e la *complessità* che non possono, almeno al momento, rientrare nell'ambito dell'EBM.

La complessità riguarda il mondo dell'altro con le sue ipotesi, le sue certezze, convinzioni, emozioni; esso va almeno in parte esplorato, e il solo modo per esplorarlo, come sa bene ogni etnologo, è costituito dalla narrazione o, meglio, dalle narrazioni, poiché per sua stessa natura la complessità consente, anzi impone una molteplicità di descrizioni e di storie che variano con il contesto, col tempo, con le relazioni...

Il medico dovrebbe inoltre avere la capacità di esplorare se stesso, di narrarsi, così da diventare consapevole dei suoi pregiudizi, dei suoi pre-concetti, delle sue

(vere o false) certezze, di quel che lo fa essere la sua storia individuale e sociale. Di questo ambito fanno parte aspetti filosofici, etici, antropologici, pedagogici: aspetti che richiedono conoscenze diverse quali le *medical humanities*; lo studio dei sistemi complessi; l'uso strategico del linguaggio; la capacità di rendersi conto che gli stessi termini e gli stessi concetti possono avere significati diversi in contesti diversi; la comunicazione professionale e il counselling...

In ultima analisi la Greenhalgh ci ricorda che: del *sapere*, cioè della conoscenza occorre individuare le radici che, con sorpresa di molti, non solo sono molteplici ma spesso anche non scientifiche: il che non significa che siano sbagliate, solo che occorre esserne consapevoli; il fatto di essere medico non è di per sé garanzia di scientificità.

Il *saper fare* implica la capacità di tradurre nella pratica le conoscenze: e qui, come è ben illustrato dall'esempio che riporta la Greenhalgh, possono comparire aspetti non evidence-based ma non per questo meno importanti come l'intuizione, l'esperienza, la capacità di stabilire col paziente un rapporto di reciproca fiducia.

Il *saper essere*, infine, ha a che fare con gli aspetti relazionali e richiede innanzi tutto abilità comunicative e di counselling che il medico deve apprendere come ogni altra tecnica, prima di adattare al suo stile personale.

Fanno parte inoltre di questo indispensabile bagaglio culturale elementi di antropologia e di pedagogia, e in senso lato tutto ciò che va sotto il nome di *medical humanities*.

Fare il medico, ci ricorda la Greenhalgh, richiede in eguale misura rigore scientifico e capacità di muoversi nella complessità che è propria del vivente in modo creativo, consapevole e costruttivo.

Si tratta di abilità non spontanee: esse vanno pertanto apprese attraverso un rigoroso iter formativo che dovrebbe far parte della cultura di ogni medico. ♦

# I medici condotti e l'inchiesta agraria: la salute materno-infantile nel 1878

Franco Lupano

Medico di Medicina Generale, CSeRMEG - Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale  
CISO - Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera

## Abstract

### *The rural inquiry through country doctors in Italy in 1878*

*The country doctors (medici condotti) had a capillary diffusion even before Italian independence. They saw the poor living conditions of most people and since early 1800 they denounced with writings and articles the importance of improving life conditions in order to reduce mortality and morbidity. When in the early seventies of the XIX century the government decided to make a great rural inquiry, the Health Commission, headed by doctor Agostino Bertani, a survey was sent to all country doctors: they had to answer more than 108 questions and more than 4000 questionnaires returned fulfilled. Important and precise information regarding poverty, labour, environment, and housing conditions for specific diseases were acquired from doctors. That was the most important example of collaboration between doctors and Government aimed at improving health organization: the results were the "guidelines" of the first Italian Health Reform Law, in 1888. It was instituted a National Health Council and Provincial Health Commissions with main tasks in hygiene and prevention, and compelled all municipalities to have a complete free health service for the poor, with at least one physician and a midwife.*

Quaderni acp 2007; 14(3): 131-133

**Key words** Italian country doctor. Mortality in 1800. Medical history

*I medici condotti avevano raggiunto una notevole diffusione negli Stati italiani preunitari. La loro posizione a contatto con la popolazione li aveva spinti a denunciare con articoli e pubblicazioni l'importanza di migliorare le condizioni di vita nel ridurre mortalità e morbilità. Quando, negli anni Settanta del XIX secolo, il governo decise di attuare una grande inchiesta agraria, la Commissione Sanitaria, guidata dal medico Agostino Bertani, inviò un questionario a tutti i medici condotti: si trattava di più di 108 domande, e più di 4000 ritornarono compilati. I medici fornirono importanti e precise indicazioni, evidenziando il ruolo dell'indigenza, dei lavori pesanti, dell'ambiente e delle abitazioni, in gran parte delle malattie. Si trattò del più importante esempio di collaborazione tra medici e Governo al fine di migliorare l'organizzazione sanitaria: i risultati fornirono le "linee guida" della prima Riforma Sanitaria italiana, nel 1888. Fu istituito il Consiglio Superiore di Sanità, i Consigli Sanitari Provinciali, e si diede stabilità all'incarico di medico condotto, che doveva essere assunto obbligatoriamente da tutti i comuni, insieme ad almeno una levatrice.*

**Parole chiave** Medico condotto. Tassi di mortalità nel 1800. Storia della medicina

## L'inchiesta agraria e il questionario Bertani

La figura professionale del medico condotto nasce, come è noto, nei Comuni italiani del Medio Evo, e nei secoli successivi si diffonde, sia pure in modo parziale e discontinuo, in tutta la penisola. La sua presenza era condizionata prevalentemente dalle disponibilità finanziarie dei comuni, che di regola non avevano tra le priorità di spesa l'assistenza sanitaria gratuita agli indigenti.

Tuttavia la sua diffusione diventa capillare nell'Italia risorgimentale e post-unitaria, dove la sua immagine acquista credito soprattutto tra la popolazione e, almeno a parole, presso le Istituzioni dello Stato; questo perché, a fronte di ripetuti riconoscimenti del loro ruolo e ripetute promesse di rafforzarlo e qualificarlo dal punto di vista professionale ed economico, i condotti continuano a essere assunti con contratti triennali che le amministrazioni comunali possono deci-

dere di non rinnovare senza alcuna motivazione, con stipendi spesso inferiori a quelli dei maestri elementari, già bassi di per sé, con un carico assistenziale enorme, su cui si innestano compiti di sorveglianza sanitaria pubblica sempre crescenti ai quali non corrisponde una crescente remunerazione.

Ciò premesso, l'Italia dei primi decenni dell'Unità poteva comunque vantare su una presenza medica non disprezzabile. Nel 1887 i medici italiani erano 17.568, cioè 60 ogni 100.000 abitanti, un rapporto che in Europa era superato solo dalla Svizzera, forte di 75 medici per 100.000 abitanti. Circa la metà erano medici condotti, che fornivano assistenza a 10.264 comuni (in parte riuniti in consorzi con un unico medico); solo 481 comuni erano totalmente privi di assistenza sanitaria. La loro diffusione, dunque, il rapporto privilegiato con la popolazione, la conoscenza profonda e radicata dell'ambiente e delle condizioni di vita li rendevano degli interlocutori privilegiati e molti di essi, fin dal primo Ottocento, avevano denunciato con articoli e pubblicazioni varie le drammatiche condizioni sociali e sanitarie che riscontravano nel corso della loro opera quotidiana.

Quando il governo italiano dà l'avvio definitivo alla grande inchiesta agraria nel 1878, viene chiamato a far parte della commissione il medico Agostino Bertani, eletto deputato nel primo Parlamento italiano fin dal 1860: esponente della sinistra radicale, milanese, aveva preso parte alle Cinque Giornate nel 1848, e aveva diretto i servizi sanitari dei Cacciatori delle Alpi di Garibaldi durante la seconda guerra d'indipendenza [1]. Fu lui a decidere di coinvolgere i medici condotti per raccogliere tutte le notizie sulla vita quotidiana che sarebbe stato impossibile o estremamente dispendioso ottenere in altro modo.

Venne così inviato un questionario composto di 108 domande, raggruppate in sei

Per corrispondenza:  
Franco Lupano  
e-mail: frlupano@tin.it

medicina e storia

argomenti generali: 1) abitazione; 2) alimenti; 3) proprietà della persona, educazione, istruzione, usi sociali; 4) condizioni fisiche e sociali; 5) moralità; 6) condizioni economiche. Seguiva uno spazio libero per le proposte: “Quali miglioramenti, riconosciuti di facile e immediata applicazione, si possono proporre in ordine ai differenti temi contenuti in questo questionario”. Risposero in più di 4000, cioè il 50% circa, una percentuale che sarebbe già lusinghiera oggi, ma ancor più allora, se si pensa che non vi fu alcun sollecito o richiamo successivo e nessuna ricompensa tangibile.

### I risultati

Si potrebbe dire che i nostri colleghi non aspettavano altro, tali e tante furono le informazioni raccolte. L'autore di una monografia di 400 pagine sui dati elaborati la definì “un breve riassunto” [2]. Cercheremo quindi di presentare alcuni risultati per meglio evidenziarne l'importanza, partendo dalle domande relative alle “Condizioni fisiche e sociali” elencate nella *tabella 1*.

La domanda relativa al baliatico mercenario può sembrare secondaria e di minore rilevanza, ma, evidenziandone la diffusione e le cause, ci permette di entrare progressivamente nel mondo rurale dell'epoca. Nel periodo 1880-85 il 7,53% delle nascite registrate si riferisce a “bambini illegittimi, oppure di stato civile ignoto, perché trovati esposti nelle ruote o in luoghi pubblici”; in effetti in Italia vi erano ancora le cosiddette “ruote” in 647 comuni. Mentre circa 2/3 dei bambini abbandonati era accolto in brefotrofio, un terzo era affidato a balie. Per le donne delle popolazioni rurali vicine alle grandi città il baliatico era una comune fonte di guadagno. Anche bambini più grandi venivano allevati dalle famiglie rurali dietro un *tenue compenso*. La mancanza di alcun tipo di controllo sia sociale che sanitario sulle condizioni di allattamento e allevamento aveva non poche conseguenze. La mortalità nel primo anno di vita era di quasi un terzo più alta della media, che già era drammatica, di 204 decessi per 1000 nati vivi: causa principale le malattie infettive, che peraltro comparivano come causa di morte nel 44% dei casi della mortalità

**TABELLA 1: CONDIZIONI FISICHE E SOCIALI**

1. (omissis)

- k. I bambini lattanti per quanti mesi si costringono nelle fasce?
- l. Quali sono i mezzi in uso per impedire durante il periodo dell'allattamento il disperdersi della feccia e delle urine nella culla?
- m. Quale è il criterio fisiologico che suggerisce alle madri o alle nutrici la somministrazione della pappa oltre al latte? Si attende la comparsa dei primi incisivi?
- n. In quale modo è preparato il primo cibo che si suol dare ai lattanti?
- o. L'allattamento artificiale in quale proporzione si adopera e si sostituisce a quello naturale?
- p. Se le donne si dedicano al baliatico mercenario, come lo compiono? Se questo sia causa di disordine sia rispetto alla moralità, sia all'allevamento dei propri figli, sia per malattie contratte.

2. Condizioni di lavoro

- a. Se le donne siano use a lavorare nei campi e a trasportare pesi in modo che nuoccia al loro sviluppo e alla loro salute.
- b. In quali opere agricole vengano generalmente adoperati i ragazzi, ed a quale età comincino a prestar l'opera loro.
- c. Se le donne e i ragazzi lavorino nel seno della propria famiglia, oppure lavorino fuori casa per salario.

generale. Nulla di strano: i nostri colleghi ci dicono che solo il 60% della popolazione disponeva di acqua che si poteva definire potabile, che meno del 50% disponeva di gabinetti in casa, i quali però spesso non avevano uno scarico efficiente perché solo il 28% viveva in comuni con fognature sotterranee.

Tra le malattie infettive un posto particolare nell'allattamento baliatico spetta alla sifilide: numerosi i casi di lattanti affetti da sifilide congenita che infettarono le balie, innescando vere e proprie epidemie locali con effetti dirompenti; meno frequente, ma ugualmente rilevante l'infezione da parte della balia. D'altronde, mentre l'uomo si occupava della campagna, toccava alle donne cercare un lavoro che fornisse almeno un minimo di introito economico aggiuntivo alla famiglia, e quello di balia era pur sempre preferibile a un lavoro esterno che le allontanava da casa, lasciando spesso i bambini da soli per molte ore al giorno: a questo proposito la maggioranza dei medici era concorde nell'affermare l'assoluta necessità di asili infantili, per la prima e la seconda infanzia.

Le risposte al questionario avevano permesso di evidenziare che in Italia vi erano 2139 asili che accoglievano 252.000 bambini su un totale di circa due milioni

nella fascia di età tra i 3 e i 6 anni, cioè solo il 12,6%. In 1232 asili si forniva un pasto consistente in una minestra di legumi e di pasta e, a volte, un pezzo di pane: un vitto che si può definire in perfetta linea con quello che avevano a casa, e quindi del tutto insufficiente. Infatti il questionario aveva denunciato chiaramente che l'alimentazione delle zone rurali era basata quasi esclusivamente su mais, riso e altri cereali con pochi legumi e verdure, e un bassissimo apporto di proteine. L'alimentazione carente come causa di malattia è un concetto che da decenni veniva evidenziato dai medici condotti: in particolare quelli del nord fin dall'inizio del secolo avevano chiaramente correlato l'alimentazione quasi esclusiva con farina di mais con la comparsa della pellagra, per la quale l'unico rimedio era un'integrazione proteica adeguata, ottenibile solo con il miglioramento delle condizioni socio-economiche.

Le domande relative all'istruzione (*tabella 2*) insieme a quelle sul lavoro minorile della precedente tabella, ci aiutano a capire le dimensioni del problema: un terzo dei ragazzi in età scolare, circa 600.000, eludeva completamente l'obbligo scolastico. Anche se su tale fenomeno pesavano atavici pregiudizi e l'incapacità di vedere nell'istruzione un mezzo di

riscatto sociale, il parere dei medici era unanime: la causa prima era la miseria estrema e la maggior parte dei ragazzi era utilizzato, nei lavori agricoli, nelle industrie, nelle miniere: d'altronde la prima legge italiana che regola il lavoro dei fanciulli è del 1886 e peraltro lo proibiva sotto i 10 anni solo per alcune categorie di lavori gravosi o pericolosi.

Con simili premesse sociali e sanitarie che accompagnano la crescita e lo sviluppo di gran parte della popolazione rurale non c'è da stupirsi leggendo i dati relativi ai riformati alla visita di leva. Per la verità le domande del questionario sembrano più interessate a valutare il patriottismo del contadino (tabella 3), ma le risposte alla domanda *d* sono sufficienti a illuminarci sullo stato di salute dei ventenni maschi dell'epoca: su 100 visitati, l'1,2% è riformato per "gobba voluminosa, gibbosità, vizi di forma del torace e deformazione delle ossa della pelvi", l'1% per "gozzi mostruosi e voluminosi", ancora l'1,2% complessivamente per malattie oculari (per lo più infettive, come il tracoma).

### La risposta dello Stato

Il 24 dicembre 1888 veniva pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* la prima legge di riforma sanitaria italiana, un vero "regalo di Natale" che segnò un sostanziale progresso e nello stesso tempo un punto di partenza fondamentale per la politica sanitaria in Italia.

In essa venivano istituiti: il Consiglio Superiore di Sanità, formato da tecnici e incaricato di dare pareri vincolanti in merito a questioni di igiene e sanità pubblica, e di avviare ricerche e inchieste riguardanti problemi sanitari; i Consigli provinciali di sanità, presieduti dal prefetto e dal medico provinciale, con compiti di sorveglianza igienico-sanitaria locale e sull'esercizio delle professioni sanitarie; il veterinario provinciale, con l'incarico di controllare gli allevamenti, i macelli e le carni in vendita; l'ufficiale sanitario comunale, che di regola coincide con l'incarico del medico condotto, e che dovrà vigilare su tutto ciò che riguarda la salute pubblica del comune. Tutti i comuni sono obbligati a garantire l'assistenza sanitaria gratuita per i poveri tramite almeno un medico condotto e una

**TABELLA 2: PROPRIETÀ DELLA PERSONA, EDUCAZIONE, ISTRUZIONE, USI SOCIALI**

#### 2. Istruzione, educazione e usi sociali

- a. Se nelle varie regioni i ragazzi dei coltivatori cominciano a frequentare le scuole, oppure quali pregiudizi nutrano contro l'istruzione.
- b. Se essi godano del beneficio di asili infantili, scuole serali o domenicali.
- c. Se vi hanno scuole speciali dirette da preti, frati e monache.
- d. Vi sono canti popolari morali? Vi è tendenza al canto insensato o peggio osceno?
- e. Hanno uso per il nuoto? Vi è insegnante?
- f. Esiste qualche giuoco di ginnastica o scuola di armi?
- g. Le scuole comunali sono imbiancate annualmente?
- h. È consuetudine giornaliera il disinfettamento dei servizi sanitari in uso nelle scuole?
- i. È consuetudine che il medico condotto ispezioni giornalmente la scuola? E se più di rado, con quale periodo?

**TABELLA 3: ISTRUZIONE, EDUCAZIONE E USI SOCIALI (SEGUE)**

#### 3. Istruzione, educazione e usi sociali

- a. Se la ripugnanza contro l'obbligo militare si palesi molto vivace nei coltivatori.
- b. Statistica delle diserzioni annuali.
- c. Se le varie regioni forniscano un contingente marittimo, militare rilevante.
- d. Qual è la proporzione degli abili con gli scartati dalla leva e per quali difetti principalmente vi siano scarti. Si esponga tutto ciò in prospetto dal 1868 al 1878.
- e. Influenza della leva sul contadino rispetto all'istruzione, rispetto alla pulizia e ai comuni, rispetto alla conservazione o al miglioramento delle attitudini al lavoro.
- f. Se il proprietario si valga più volentieri del giornaliero tornato dalle bandiere.

levatrice. Vengono date disposizioni sull'igiene del suolo e dell'abitato, e viene introdotto per la prima volta il concetto di abitabilità di una casa; altri capitoli riguardano l'igiene degli alimenti e delle bevande, dove si impone ai comuni di rifornirsi di acqua potabile controllata, le misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali, le misure di polizia mortuaria.

Si può dire che buona parte delle richieste dei medici in ambito igienico-sanitario siano state soddisfatte da questa legge, mentre quelle di natura socio-economica dovranno aspettare provvedimenti successivi. È comunque un dato di fatto che i decenni seguenti abbiano fatto riscontrare un progressivo calo della mortalità generale e in particolare di quella materno-infantile, la riduzione di incidenza delle malattie infettive e della pellagra, e un corrispondente incremento demografico, finché la prima guerra mondiale non giunge, come una moderna epidemia, a interrompere tragicamente

l'evoluzione verso un mondo di benessere e di pace.

Anche i medici condotti ricevono un regalo dalla legge. Nel capo VI, art. 16 leggiamo: "La nomina dei medici e chirurghi stipendiati dai comuni fatta dal Consiglio comunale dopo tre anni di prova acquista carattere di stabilità. (...) Compiuto il triennio, il comune non può licenziarli se non per motivi giustificati con l'approvazione del prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità. Contro la deliberazione del prefetto è ammesso il ricorso al Ministro dell'interno".

Un piccolo riconoscimento verso chi, 120 anni fa, si era battuto per ottenere una sanità migliore e, soprattutto, una maggiore giustizia sociale. ♦

#### Bibliografia

- [1] AA.VV., Il Parlamento Italiano 1861-1988, Milano 1990.
- [2] Panizza M. Risultati dell'inchiesta istituita da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia: riassunto e considerazioni. Roma, 1890.

# Libri: occasioni per una

## Noi medici sappiamo scrivere un articolo?



**Silvia Maina**  
**Rossella Iannone**  
Pubblicazioni  
mediche  
Guida alla scrittura  
SEE Ed  
Torino  
pp. 119, euro 15

Se sia più difficile scrivere un buon articolo per una rivista medica o saperlo leggere bene è problema che si dibatte nelle redazioni; qualche anno fa la discussione avvenne sul *New England Journal of Medicine*. L'opinione più diffusa è che sono diverse le competenze necessarie, ma chi sa scrivere un buon articolo di solito sa anche valutare la correttezza degli articoli che viene leggendo. Non accade sempre il contrario perché il peso del contenuto scientifico va accompagnato dalle regole della comunicazione perché un articolo venga adeguatamente e il più facilmente possibile compreso dal lettore, per il quale non devono mai sussistere incertezze di interpretazione. Il lettore non deve mai trovarsi nella situazione di dovere rileggere più volte un passaggio di un articolo perché non lo ha compreso. Insomma – dice Bobbio nella introduzione – non basta avere buoni dati ottenuti correttamente. Il libretto che recensiamo dà alcune linee guida per scrivere un buon articolo dal titolo, all'abstract, alla bibliografia, alla scelta delle tabelle (meglio poche che molte), alle figure (che non ripetano le tabelle e siano leggibili di primo acchito). Da poi alcune indicazioni per il percorso della *peer review*. Questo capitolo andrebbe letto sia da chi segue la *peer review* nelle redazioni che dagli autori che la “subiscono”. Il termine “subiscono” è quanto mai appropriato: gli autori la accettano con fastidio (ognuno si innamora di ciò

che ha scritto) e sembrano non sapere che nella pratica l'accettazione dell'articolo al primo invio è un evento quanto mai raro (all'incirca il 5%) e l'accettazione dopo la prima revisione si aggira attorno al 25%. Certamente la *peer review* non è un processo perfetto; i revisori non sono infallibili, ma comunque lavorano non sapendo chi ha scritto l'articolo e il sistema è comunque per l'oggi il migliore possibile. Nel libretto che recensiamo sono presentate alcune proposte per un suo miglioramento. La dichiarazione di esplicitazione di conflitto di interesse è oramai diffusa in tutto il mondo (l'Italia ne fa parte?) soprattutto nell'ambito degli articoli di ricerca.

Nella lettera che *Quaderni acp* invia agli autori si fa esplicitamente questa richiesta: “*Le ricordiamo che è obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse in relazione all'argomento trattato (nella elaborazione e nella scrittura dell'articolo sono stati utilizzati fondi, strumenti, attrezzature, materiali provenienti dall'esterno della struttura in cui opera l'A? E se sì chi li ha forniti? Industrie? Enti? Privati?). L'eventuale esistenza di un conflitto di interessi non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con maggiore cognizione quanto contenuto nell'articolo*”.

Giancarlo Biasini

## Filastrocche e storielle da cantare con i bambini



**Giovanni Giannini**  
*Scioglilingua*  
*Indovinelli*  
*Passerotti*  
A cura di  
Ester Seritti  
Daniele Poli

Edizioni Polistampa  
pp. 126 + Cd, euro 16

È un'opera da leggere e da ascoltare, destinata agli adulti – genitori, insegnanti, educatori – affinché traggano dal repertorio tradizionale spunti per proporre ai bambini occasioni di incontro con la musica e con il canto.

*Filastrocche e storielle, Scioglilingua ed Esercizi di memoria*, di cui il libro offre un'ampia selezione, oggi come alle radici della cultura popolare, non hanno solo la funzione di intrattenere e divertire. I giochi che l'adulto fa con il bambino, facendolo saltare sulle ginocchia o facendogli battere le mani e toccare le varie parti del corpo seguendo il ritmo e le parole della canzoncina, servono anche a sviluppare il coordinamento motorio, a far apprendere nozioni e vocaboli, a favorire lo sviluppo di abilità logico-mnemoniche. Il dialogo attraverso il canto è inoltre occasione preziosa di relazione tra adulto e bambino.

Il testo comprende inoltre una serie di canti per i *Giocchi fanciulleschi*, che con la loro struttura dialogica favorivano la socializzazione e l'acquisizione di schemi comportamentali. Il loro utilizzo, in chiave giocosa e creativa, appare ancor oggi interessante dal punto di vista pedagogico.

Nell'opera trovano infine adeguata collocazione *Indovinelli e Passerotti*, insieme a un singolare *Alfabeto*, da cui traspare la proverbiale saggezza popolare e la rassegnata ironia nei confronti della realtà quotidiana, fatta di piccole cose che introducono a significati più grandi.

Il CD allegato al libro presenta alcuni tra i brani più significativi della raccolta, di questi vengono anche riportate le trascrizioni musicali. Gli arrangiamenti, che accostano strumenti della tradizione popolare a strumenti antichi ed effetti sonori non convenzionali, risultano particolarmente originali. Tale ricchezza timbrica, assai efficace nell'evocare atmosfere, fa da sfondo alle voci soliste e dei cori, anch'esse scelte con accuratezza per caratterizzare personaggi e situazioni.

Maddalena Patella



# buona lettura

## Il bambino minacciato e l'ignaro pediatra



**Francesco Montecchi**  
*Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*

Franco Angeli 2006  
 pp. 224, euro 24

Nel panorama abbastanza povero delle pubblicazioni in italiano di testi di riferimento per professionisti sul tema dell'abuso infantile va visto con interesse questo agile libro di Francesco Montecchi, primario di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale "Bambino Gesù", ben conosciuto per il suo impegno nell'ambito del maltrattamento infantile. L'intera esperienza del gruppo del professor Montecchi è raccolta in densi e chiari capitoli. Sembra molto utile per il pediatra, sempre in dubbio in questo ambito, quello sull'attivazione dell'intervento dell'Autorità Giudiziaria da parte del medico e il capitolo sull'assetto emotivo del professionista, temi fondamentali per l'efficacia dell'intervento. Particolarmente curati sono gli aspetti di psicopatologia e psicodinamica che fanno dell'abuso una vera e propria catena che lega vecchie e nuove generazioni all'interno della stessa famiglia e che ci fanno comprendere i sintomi del bambino sulla base di specifici meccanismi di difesa attuati inconsapevolmente dal bambino stesso.

Perché impegnarsi nella lettura di un libro sull'abuso infantile quando questa patologia sembra rara nella nostra pratica ambulatoriale, e difficilmente sospettabile in un ambulatorio pediatrico? In realtà la prevalenza dell'abuso è stimata in 4,4 casi/1000 e basta scorrere la lettura dei

fattori di rischio e dei fattori protettivi, per saper individuare una popolazione sulla quale posare un occhio particolare durante l'accoglienza in ambulatorio e poter porre, quando ve ne siano le condizioni, un dubbio diagnostico che dovrà essere condiviso con gli specialisti di riferimento, ma anche per sostenere una famiglia in condizione di rischio.

Tuttavia noi siamo fatti così: "vediamo solo ciò che conosciamo", e non conoscen-

do le varie forme di maltrattamento, rischiamo di non vederle anche se ci passano sotto al naso. Iniziamo allora a studiare la Shaken Baby Syndrome, il Medical Shopping per procura, ecc., così riusciremo a guardare la realtà con occhi nuovi a esclusivo vantaggio del bambino e per rivendicare alla pediatria un ruolo centrale di difesa dell'infanzia, che famiglia o tutela giudiziaria non possono sempre offrire.

*Costantino Panza*

## Una recensione particolare regalata da un bambino al suo pediatra

Questa è una recensione, di cui non tocchiamo la forma (neppure maiuscole e minuscole), a suo modo perfetta, che un bambino ha portato in ambulatorio in regalo al suo pediatra. Un bambino che ha iniziato così il suo percorso di lettore impegnato.



AUTRICE: Moony Witcher.  
 TITOLO: Geno e il sigillo nero di Madame Crikken.  
 CASA EDITRICE: Giunti Junior  
 NUMERO PAGINE: 331

### INTRODUZIONE

Il libro parla di un bambino i cui genitori sono stati rapiti ed egli vive con lo zio. Per questa perdita pensa di essere diverso da tutti e in qualche modo incapace di tutto.

Un giorno incontra una vecchietta e allora ...

Un libro molto bello e nello stesso tempo misterioso. Si basa sulla fantasia dei bambini: le magie. Ed è questo che stimola l'interesse di chi è bambino adesso e lo rimarrà per sempre.

È un libro tra la realtà e la fantasia; tra il mistero e la paura.

Il libro è scritto con un linguaggio semplice, ben articolato e quindi...

**...UN LIBRO COME SI DEVE.**

Piero Avitabile, anni 10, classe V



## Nati per Leggere in ospedale

L'esperienza di Nati per Leggere si è diffusa in tanti ospedali in Toscana, in Emilia-Romagna, in Campania. Riportiamo qui una esperienza dell'ospedale di Borgosesia con una testimonianza del nostro collega Andrea Guala, primario a Borgosesia e di un gruppo di lettrici volontarie adolescenti di quell'ospedale.

Caro direttore, in un periodo in cui la scuola è nel mirino dei media per gli episodi di bullismo soprattutto tra adolescenti, trovo molto bello riferirvi una esperienza di studenti di scuola media superiore coinvolti nel progetto NpL. Il progetto NpL è presente in Valsesia (VC) da alcuni anni e varie iniziative sono state attuate e sono in corso: una di queste è "NpL in ospedale". Nel reparto di Pediatria dell'ospedale di Borgosesia è presente una biblioteca ricca di libri per ogni età, frutto di una donazione di Mondadori e di due benefattori; gli scaffali sono aperti e ogni bimbo può scegliere il libro che lo attrae. Una ventina di volontarie è presente in ospedale cinque giorni alla settimana, proponendo la lettura di storie ai bambini ricoverati e soprattutto cercando di diffondere il messaggio della lettura ad alta voce ai loro genitori. Nel corso del tempo alcune hanno lasciato, altre sono arrivate e altre ancora hanno portato il progetto alla casa di riposo di S. Anna a Borgosesia. Nel 2005-2006 alcune scuole superiori sono state coinvolte (liceo scientifico, liceo classico) e 30 alunni per anno sono diventati volontari per NpL.

Andrea Guala

"La nostra infanzia è la prima esperienza di vita, la prima tappa di un cammino

che in seguito si rivelerà essere sempre più difficoltoso. L'infanzia è il periodo più importante, dorato, in cui siamo invulnerabili per la protezione materna, per la nostra piccola immensa innocenza e saggezza. È un momento che gli adulti devono tutelare e proteggere, alimentandolo con tutte le ricchezze che il mondo può offrire.

Una di queste preziosità è proprio la lettura, un bene che non si estingue, almeno finché il mondo adulto non cesserà di trasmetterlo alle generazioni future. Perché il libro, tra i suoi valori, ha il compito di avvolgerci in un involucro lucente, crea una dimensione interamente nostra; ma misteriosamente il libro ci prepara anche all'opposto: rivelarci al mondo esterno. Per questo la lettura, in particolare quella ad alta voce, è essenziale per la crescita di un bambino; oltre a essere un piacere e a infondergli sicurezza, sviluppa le sue capacità d'immaginazione, attenzione, memorizzazione, comprensione. Così, quando abbiamo appreso del progetto di volontariato Nati per Leggere, che ci permetteva di incontrare e leggere per i bambini del reparto di Pediatria dell'Oospedale di Borgosesia, abbiamo pensato di accettare; e non solo per la validità del progetto ma anche perché, ricordandoci del dono che ci hanno offerto i nostri genitori e gli altri adulti che ci circondavano, facendoci conoscere un mondo nuovo, il libro, non possiamo che essere grati alla lettura.

Allora ci siamo presentate all'ospedale, forse dapprima un po' intimorite e insicure per il comportamento da tenere, per la novità di ciò che stavamo facendo, ma anche a dire la verità, per il posto stesso nel quale ci trovavamo. A guidarci vi erano altre volontarie già esperte che, dopo averci spiegato il contenuto del progetto, ci hanno mostrato le aree del Reparto e accompagnate nelle stanze variopinte dei bambini, presentandoci ai piccoli pazienti e ai genitori presenti. E munite di libri colorati ci hanno messe al lavoro.

Abbiamo trovato varie fasce di età: alcuni erano bambini molto piccoli di 3 o 4 anni, che molto hanno apprezzato le avventure animate di rane, leoni e porcellini e che, seppure timidamente, han-

no prestato ascolto con occhi meravigliati alle nostre parole; altri invece sapevano già leggere, e hanno accettato volentieri la nostra compagnia, chiedendoci, una volta terminata una storia, di leggerne loro un'altra. Altri ancora erano adolescenti molto vicini alla nostra età con cui abbiamo preferito parlare di interessi comuni e di scuola, per poi offrir loro il piacere della lettura regalando loro dei libri che Nati per Leggere mette a disposizione di noi volontari, perché siano donati ai lettori, grandi e piccoli, del Reparto di Pediatria. Anche se il compito non è sempre facile perché ci si trova davanti a persone di età molto diverse e soprattutto dei quali non si conosce il rapporto con i libri e a volte bisogna saper anche solo offrire la propria compagnia poiché i bambini e gli adolescenti che si trovano nel reparto sono anche in diverse condizioni di salute. Nonostante questo, pensiamo che l'esperienza valga la pena di essere fatta. Infatti, anche se si porta avanti per pochi mesi, come abbiamo fatto anche noi, permette di conoscere persone nuove, che è vero forse non incontreremo più, ma che comunque hanno qualcosa da raccontare, senza dimenticare che è un'occasione in più per leggere anche solo qualche pagina con un'altra persona, cosa che non sempre si riesce a fare a causa della vita di tutti i giorni, tra la scuola, lo sport, lo studio e le varie attività".

Alessia Milani e Martina Volpato  
Classe II del Liceo Classico,  
Varallo Sesia

"Quando la professoressa Scarcella ci propose di partecipare al progetto Nati per Leggere ci incuriosimmo e decidemmo di provare questa nuova esperienza. Il pomeriggio del primo incontro eravamo emozionati poiché non sapevamo come comportarci e anche perché non siamo molto loquaci e quindi temevamo di annoiare i piccoli ospiti dell'ospedale più che riuscire a far loro passare delle ore piacevoli. Fortunatamente ad aspettarci all'entrata della Pediatria c'erano due volontarie che ci hanno rassicurate. Rotto il ghiaccio iniziale, siamo riuscite a instaurare un buon rapporto con i bambini e i ragazzi, grazie anche alla

# Nati

# per Leggere

*loro semplicità che ci ha fatto dimenticare ulteriormente le nostre titubanze.*

*Fin dal nostro primo incontro, con un bambino di sei anni, abbiamo compreso l'importanza della nostra presenza. Ogni incontro si trasformava in un momento di scambio che partiva dalla semplice lettura, giungendo a un dialogo in cui i ragazzini, non di rado, riuscivano ad aprirsi con una facilità esemplare senza malizie e sentendosi a proprio agio, come poche persone riescono a fare. I bambini riuscivano a trasmetterci la loro tranquillità e di conseguenza anche noi riuscivamo a rilassarci carpendo al meglio tutto ciò che questa esperienza poteva offrirci ma anche i "piccoli pazienti" riuscivano a estraniarsi dalla realtà ospedaliera, dimenticando così i loro malanni.*

*Abbiamo, inoltre, imparato ad apprezzare la forza d'animo di questi bambini che, nonostante il ricovero in ospedale, riuscivano a sorridere. Noi abbiamo incontrato ragazzini tra i 6 e i 14 anni. La lettura in questo caso non è stato un modo per sognare, come solitamente accade, bensì un mezzo dal quale far partire un dialogo, per confrontarci e conoscerci quel poco che basta per scambiarsi un sorriso. Ricordiamo, ad esempio, la nostra terza giornata passata in ospedale, dove abbiamo conosciuto Mirko, un ragazzo di 14 anni. Appena arrivate, non sembrava molto contento della nostra presenza, anzi un poco intimorito; ma appena scoperto che era un lettore appassionato di Topolino, abbiamo cominciato a parlare dei vari protagonisti del fumetto fino ad arrivare a problemi più personali. Ci ha spiegato infatti il motivo per il quale era lì, la paura per l'esame di terza media che avrebbe affrontato dopo alcuni mesi e dopo averci chiesto che scuola frequentavamo, ci ha rivelato i suoi sogni per il futuro.*

*Abbiamo notato come i bambini stranieri ricoverati, quando ricevevano i regali, che l'associazione dona a tutti i piccoli pazienti, sembravano ancora più felici rispetto agli altri, come se non se lo aspettassero. Riteniamo che la cosa più bella sia quella di trovare bambini di tutte le nazionalità, che hanno in comune la paura che un ricovero comporta; ma*

*davanti a un libro, a matite colorate, a fogli per disegno, i bambini dimenticano tutti i pregiudizi che gli adulti hanno. All'inizio credevamo che avremmo semplicemente letto dei libri, ma questa esperienza ci ha stupito e ci ha fatto comprendere che la lettura è veramente qualcosa di favoloso!"*

Cristina Pianca e Rebecca Fornaia,  
Classe III del Liceo Classico,  
Varallo Sesia

## Campania

Nel gennaio scorso, nella biblioteca comunale di Montesarchio (BN), si è tenuta una manifestazione di presentazione delle attività 2007 del progetto "Amico Libro-Nati per Leggere", diretto dalla professoressa Anita Parrella, per dare il benvenuto in biblioteca ai bambini nati nel 2006. A questi bambini sono stati donati un libro e un buono fruttifero di 50 euro, quale dono personale del sindaco di Montesarchio. È seguito con i bambini nati nel 2005 un incontro di lettura interattiva gestito da Serena Gaudino della Associazione Presidi del Libro Campania.

L'amministrazione comunale di Montesarchio sostiene attivamente il progetto di promozione della lettura per migliorare il futuro dei bambini e per consentire a tutti i ragazzi di Montesarchio di trovare in loco opportunità altrimenti reperibili solo spostandosi nel capoluogo di provincia. L'esempio di questo comune è una piacevole eccezione nel panorama dei comuni della Regione Campania che consente di sperare nella partnership con le istituzioni in una regione dove queste sono troppo spesso promuocono solo iniziative estemporanee scollegate tra di loro. In un'atmosfera emozionante per l'ampia partecipazione di genitori il sindaco e l'assessore alle politiche sociali con semplici parole hanno esposto il progetto di ulteriore ampliamento della biblioteca e la attivazione nel suo ambito di uno sportello giovani. La biblioteca, situata nella piazza centrale del paese, diverrà così sempre più un punto di riferimento per i bambini, i ragazzi e le loro famiglie consentendo a tutta la comunità di sentire l'amministrazione comunale

vicina ai loro bisogni. Il progetto ([www.amicolibro.net](http://www.amicolibro.net)) è attivo dal 2001 e integra le azioni delle scuole elementari di Montesarchio con quelle della biblioteca comunale "amicolibro".

*Pasquale Causa*

## Nati per Leggere in Brasile

Cari amici di NpL in Italia, ho vissuto in Italia per quattro anni. Abbiamo una figlia di un anno e così ho conosciuto il bellissimo progetto Nati per Leggere. Adesso siamo in Brasile e ho ripreso il mio lavoro come "formatore di insegnanti". Quando ho conosciuto il progetto ancora in Italia, attraverso la biblioteca di Cuneo, ho partecipato ai corsi per genitori ed educatori, in quell'epoca ho diviso con i miei amici brasiliani (personali e di lavoro) il mio entusiasmo per questo progetto. In seguito, ho partecipato anche al Convegno di Torino e con uno dei miei amici ho scritto un saggio che è stato presentato in un Convegno di Ludicità all'Università Federale di Bahia (Brasile), sulla importanza della lettura per lo sviluppo dei bambini. Oggi, io, insieme a una amica, anche lei pedagoga di una grande scuola privata di Salvador, desideriamo scrivere un progetto simile, rispettando il nostro contesto e storia, oltre che la letteratura locale. Per questo scriviamo a voi, per sollecitare un possibile scambio di idee, e chissà, anche la possibilità di una collaborazione tra i due Paesi. A noi piacerebbe portare qui il progetto Nati per Leggere, perché vediamo in questo una grande possibilità di contribuire con la formazione ed educazione dei nostri bambini e cambiare un poco della realtà difficile di molti dei nostri piccoli. Abbiamo cercato e qui non abbiamo trovato nessun progetto simile. Ne abbiamo altri, però uno così con i bambini fin dalla nascita no, specie con i bibliotecari e i pediatri. Siamo innamorate del vostro progetto, lo troviamo poetico e di importanza fondamentale per lo sviluppo dei piccoli.

*Edilane Carvalho Teles*  
Pedagogista brasiliana  
e-mail: [edilaneledes@hotmail.com](mailto:edilaneledes@hotmail.com)

# congressi

## Il counselling sistemico: una realtà in cammino

In 400, appartenenti a professionalità diverse nell'ambito delle aree sociale, sanitaria ed educativa, hanno partecipato a Milano a una giornata congressuale sul counselling sistemico, promossa da SICIS (Società Italiana di Counselling a Indirizzo Sistemico). Gli interventi, nelle sessioni parallele di gruppo del pomeriggio, si sono confrontati su esperienze specifiche maturate nei propri ambiti lavorativi (contesto sociale e di rete, contesto salute, contesto scolastico, formazione, sostegno alle famiglie e ai gruppi). Le sfide attuali del counselling sistemico sono state individuate nella prima parte del convegno con gli interventi di M. Gangemi e S. Quadrino. Hanno focalizzato l'attenzione rispettivamente su alcune criticità presenti nei disegni degli studi di valutazione dell'efficacia del counselling, al momento presenti in letteratura, e sulla giusta collocazione di un intervento professionale che deve essere metodologicamente corretto e deve saper riconoscere i confini entro cui operare. Ambiguità nella definizione di *counselling* e problemi relativi al disegno delle ricerche rendono difficile la selezione degli studi, accanto al limite dell'adozione di indicatori basati esclusivamente su obiettivi di salute, alla difficoltà di considerare la preferenza del paziente, all'impossibilità della cecità e al rischio di contaminazione tra i gruppi oggetto di studio. La proposta possibile deve prevedere una modalità di analisi della letteratura caratterizzata da una maggiore attenzione alla esplicitazione di *perché e come* si attua l'intervento, piuttosto che di *quanto* funziona. S. Quadrino ha condotto la riflessione sulla domanda specifica, ma spesso non ancora connotata, che richiede un intervento come quello del counselling e non un altro, e che va sviluppata con modalità e obiettivi rigorosamente diversi da quelli presenti in una consultazione con lo psicologo. La sfida è allora quella di un incontro professionale, dove deve essere molto chiaro che ci sono spazi e domande diverse a cui, chi impara a fare il counsellor, deve rispondere in modo

specifico. Ci sono domande in cui l'interlocutore si trova a dover operare scelte o a dover prendere decisioni, per cui ha il diritto di trovare interventi qualitativamente elevati, in luoghi connotati (l'ospedale, la circoscrizione, la scuola, gli ambulatori, i centri per gli anziani), svolti da un professionista con abilità di counselling, consapevole anche dei confini entro cui delimitare il proprio operare. T. Monini e S. Benedetti hanno illustrato il significato di un servizio di counselling educativo – familiare nell'ambito dei servizi pubblici per l'infanzia dell'Emilia Romagna, e in particolare l'esperienza formativa in corso nel centro per le famiglie di Ferrara. La finalità è quella di dare strumenti di lavoro di tipo relazionale e comunicativo nell'ambito di iniziative e interventi di sostegno alla genitorialità per cui i centri per le famiglie hanno un compito precipuo (sono luoghi abitati da figure educative cresciute più nella conoscenza delle condizioni che possono creare benessere delle relazioni, piuttosto che con una formazione sulla cultura del disturbo e della sofferenza nelle relazioni). Attraverso il counselling inoltre si può avviare un dialogo anche tra le diverse realtà coinvolte e facilitare un linguaggio comune tra gli operatori dei centri per le famiglie e quelli che, a vario titolo e in altri ambiti, impattano la relazione con i genitori. Attualmente, nella formazione in corso a Ferrara, sono coinvolti 21 operatori che costituiscono un gruppo omogeneo per ambito di intervento, ma eterogeneo per ambito di studio. Anche questa eterogeneità costituisce una risorsa perché può permettere di mettere in dialogo diverse identità, con l'obiettivo di una prospettiva comune possibile.

Federica Zanetto

## Tabiano: non solo parmigiano

Indubbiamente il ricordo più vivido, che una categoria conviviale come la nostra potrebbe portarsi a casa dopo il congresso di Tabiano, è quella cornucopia di sapore con l'aspetto esteriore di una mezza forma di parmigiano che da sempre lo connota. Tanto più che quest'anno,

ci ha confidato l'amico Boschi, nostro anfitrione, trattavasi di una produzione di montagna particolarmente ben stagionata e quindi, peccato per chi non c'era. Ma ancor più peccato, per aver perso una ennesima edizione così fruttuosa a tutti i livelli: da quello pratico a quello speculativo, da quello politico a quello etico, che è riuscita a oscurare l'estasi gustativa sempre in agguato fuori della sala.

Un filone importante delle relazioni è stato, cosa non nuova in ACP, il fare meglio con meno, cosa che, stranamente, non sempre ci solleva come dovrebbe. E così i presenti hanno potuto vedersi dimostrata, o riconfermata, l'inutilità di prassi consolidate, quali gli esami radio-scintigrafici per il reflusso vescico-ureterale, la profilassi antibiotica delle infezioni delle vie urinarie, l'EEG per la cefalea, l'ecografia per il RGE, o malfamate come le terapie della tosse (con cortisonici per aerosol e sciroppi mucolitico-balsamico-sedativi), e le ricette per lo svezzamento. Molto coinvolgenti i contenuti politico-organizzativi che, andando a toccare temi molto sensibili quali la continuità assistenziale e la chiusura-riconversione dei piccoli ospedali, individuati come strumenti chiave per il miglioramento dell'assistenza, hanno suscitato momenti di partecipazione anche vivace. Peccato solo che sia più di venti anni che ne parliamo! Su tutto questo, sia con le relazioni che nella discussione, si è sparso il condimento di saggezza dei patriarchi, ricordandoci costantemente, Biasini l'importanza di tenere i piedi in terra, e Panizon quella di provare anche a staccarli e volare alto. Per saperne di più, appuntamento al prossimo anno.

Lucio Piermarini

## Chi è dislessico?

I Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (DSA) interessano il 6% circa della popolazione italiana. Per la prima volta in Italia il tema è stato affrontato congiuntamente dalle principali Associazioni e Società Scientifiche competenti: dopo un impegnativo lavoro preparatorio, esse si sono confrontate nel corso di una Consensus Conference, pro-

# controluce

mossa dall'Associazione Italiana Disslessia, svoltasi nel settembre 2006 a Montecatini, con l'obiettivo di giungere alla stesura di linee guida comuni e condivise per l'individuazione degli indicatori di rischio, delle modalità diagnostiche appropriate, del corretto trattamento riabilitativo, degli strumenti compensativi necessari. L'ACP ha partecipato ai lavori scientifici della Consensus Conference, accanto a AID (Associazione Italiana Disslessia), SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), SSLI (Società Scientifica Logopedisti Italiani), FLI (Federazione Logopedisti Italiani), AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), ANUPI (Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani), AITA (Associazione Italiana Tecnici Audiometristi), AIOAO (Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia), AFNOO (Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi).

Il 26 gennaio 2007, a Milano, al Circolo della Stampa, sono stati resi noti i risultati raggiunti durante il confronto multiprofessionale e interdisciplinare di Montecatini. All'incontro, moderato da Luciano Lombardi e in cui è intervenuto Giorgio Tamburlini in qualità di External Operational Auditor, giudice super partes a cui spettava il compito di formulare un giudizio sulla metodologia scientifica della Consensus Conference, hanno attivamente partecipato tutti gli interlocutori che a livello scientifico, istituzionale e sociale sono coinvolti nella gestione dei DSA.

Sono stati indicati, quali motivazioni che hanno promosso il confronto scientifico interassociativo e interdisciplinare, i percorsi clinici diversi di bambini e adulti con DSA – le convergenze e divergenze nelle linee guida già esistenti (AID, SINPIA, AIRIPA) – l'eterogeneità di interventi e professionalità coinvolte – la necessità di politiche sanitarie fondate su standard clinici condivisi.

Tamburlini ha sottolineato il lavoro paziente, accuratissimo, tenace del Comitato Promotore della Consensus Conference, e l'importanza, il significato e il valore della ricerca di un approccio comune interprofessionale su un tema di grande

rilevanza e complessità, con ancora ampie aree di non conoscenza, a beneficio dei soggetti che ne sono coinvolti. È stato giudicato positivamente l'atteggiamento giustamente prudente delle raccomandazioni, che ne riconosce i limiti e li rende espliciti. È stato apprezzato l'approccio "work in progress", che prevede l'aggiornamento e lo sviluppo delle linee guida in aree ancora incerte e l'avvio di una ricerca epidemiologica (che verrà elaborata e proposta da un gruppo interassociativo già costituitosi, in cui è presente Serenella Corbo in rappresentanza di ACP). Sono stati evidenziati come limiti della Consensus Conference: la mancanza di una revisione sistematica delle prove disponibili (in questo caso il lavoro è partito da linee guida già esistenti sui DSA, approvate da società scientifiche); la non partecipazione dei pazienti e di altri operatori, con la conseguente esclusione di quesiti e problematiche assistenziali di rilievo per i pazienti e altre figure professionali coinvolte; l'esplicitazione delle aree di accordo e disaccordo, presente nei documenti preparatori e non in quelli finali; il tempo limitato per la redazione delle raccomandazioni da parte della giuria, a scapito di uno spazio più adeguato per il confronto e l'approfondimento. In considerazione di questi aspetti, Tamburlini ha proposto, nell'ambito del percorso successivo di aggiornamento delle linee guida, la formulazione sotto forma di "quesiti" delle aree di incertezza o discordanza tuttora presenti nell'ambito dei DSA; la revisione estesa della letteratura in merito; il tentativo di distinguere il "livello" di evidenze e consenso e la "forza" della raccomandazione; la possibilità di porre quesiti conoscitivi e assistenziali da parte di terzi. Indicatori utili per il monitoraggio successivo saranno l'implementazione delle linee guida, l'individuazione di aspetti non chiari delle attuali raccomandazioni e di ulteriori quesiti derivanti dalla loro applicazione e dalla pratica clinica nei DSA.

Proprio in considerazione delle problematiche non compiutamente trattate e della produzione continua di nuove evidenze, il Comitato Promotore della Consensus Conference ha annunciato la costituzione di un gruppo interassociativo e interdisciplinare di aggiornamento delle linee

guida, di cui si stanno definendo gli aspetti organizzativi e la regolamentazione.

Nel dibattito successivo, molto vivace e partecipato, è stato affrontato in particolare l'aspetto cruciale dell'interazione con il mondo della politica e della scuola, auspicando, tramite l'intervento delle Autorità interessate presenti all'incontro, la realizzazione di concrete misure operative nella gestione dei DSA, a ogni livello di competenza.

Federica Zanetto

## Allattamento al seno a Venezia

A Venezia, durante la settimana dedicata all'allattamento al seno, Michele Gange mi ha svolto un intervento sottolineando che la *mission* principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri e degli operatori del mondo dell'infanzia con un'ottica rivolta alla salute globale del bambino e della sua famiglia. In questo ambito va posta una concreta alleanza con le famiglie, con l'intenzione di aprire un dialogo costruttivo con i cittadini e le loro associazioni.

L'iniziativa del Baby Friendly Hospital (BFH), promossa dall'Unicef, ha dato l'opportunità di collaborare alla promozione della cultura dell'allattamento al seno, lavorando con i gruppi di mamme in allattamento. Mettere la famiglia al centro del processo – ha continuato Gangemi – è indispensabile per poter capire le problematiche e fornire un adeguato sostegno sia con i gruppi alla pari sia con l'aiuto degli operatori sanitari. Le azioni dell'ACP a sostegno del BFH prevedono quindi la creazione di una task-force multidisciplinare, coordinata dal dott. Conti Nibali e dedicata al sostegno dell'allattamento al seno, la promozione di una cultura del Codice internazionale OMS-UNICEF, rispetto alla commercializzazione di sostituti del latte materno, la sensibilizzazione sul tema del conflitto di interessi con un codice di autoregolamentazione rispetto all'Industria.

L'ACP è l'unica Società scientifica ad aver promosso una riflessione su questo tema che ci sembra indispensabile per la concreta realizzazione della BFH.

red

# L'innocuo piccolo bullo de *La guerra dei fiori rossi*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Cina Popolare, intorno alla metà degli anni Novanta. La rivoluzione maoista, che ha come obiettivo quello di fare diventare grande la nazione, chiede sacrifici a tutti, bambini inclusi. Se i genitori non possono badare ai loro figlioli, ci pensa lo Stato, con i suoi asili popolari, con il suo programma di rieducazione che vuole tutti in fila a scuola, nelle camerate, nei giochi, a mangiare, a fare pipì. Non c'è pianto che tenga. La regola vale anche per Qiang, affidato a soli 4 anni alle cure dell'austera maestra Li. Ribelle come può essere un bambino della sua età, Qiang non riesce a inserirsi nel gruppo degli altri bambini e vive l'esperienza come un prigioniero in un lager.

La guerra per conquistare note di merito – *i fiori rossi* del titolo – si combatte su cinque fronti: vestirsi da soli appena alzati, lavarsi le mani prima di sedersi a tavola, non mancare di rispetto alle maestre, osservare le regole e andare regolarmente di corpo tutte le mattine. Sono norme che Qiang non capisce e non accetta. La sua contestazione si tramuta in avversione contro tutti, a eccezione di Beiyang, la bambina che dorme nel lettino accanto al suo. Da piagnone e piscialletto si tramuta in piccola peste, fa a botte, è prepotente, manca di rispetto, diffonde la voce che la maestra si trasforma di notte in mostro divoratore di bambini e organizza contro di lei una spedizione notturna dell'intera scolaresca. Non conquisterà mai, ovviamente, i fiori rossi e dovrà subire la dura repressione, ma nessuno riuscirà a impedirgli di fare sberleffi e di sognare passeggiate notturne senza vestiti per sporcare il candido campo di neve con la sua pipì. Zhang Yuan, il regista di questo grazioso film, già premiato con il Leone d'argento a Venezia per *Diciassette anni*, ritorna sul tema dell'e-

ducazione/rieducazione cinese e sceglie il terreno vergine dei bambini. Impresa titanica sotto l'aspetto della regia, risolta brillantemente scegliendo di fare recitare i suoi piccoli attori con la mimica, l'espressione smarrita dei volti e le smorfie. Ma più delle straordinarie interpretazioni dei bambini – con quel diavolello del piccolo Dong Bowen su tutti – a rendere interessante questo film è la denuncia sottile contro un sistema educativo che tende ad annullare l'individuo a vantaggio della comunità. Trilussa, in un'epoca in cui gli uomini non potevano esprimere liberamente il loro pensiero, fece parlare gli animali; Zhang Yuan lascia da parte le metafore e sceglie i bambini per fare contestare a un intero popolo i divieti del libretto rosso. Cosicché non sappiamo proprio se ridere di fronte a certe assurde situazioni che si vengono a creare, oppure rattristarci per un'infanzia irregimentata, scandita da filastrocche e cori, premi e castighi, fiori rossi che si conquistano e si perdono.

È certo che, ancora una volta, la simpatia va per chi si ribella e non si può fare a meno di accostare il cinesino Qiang ai convittori di *Zero in condotta*, il capolavoro di Jean Vigo, che andrebbe ripristinato e riproposto a chi ha la responsabilità dell'educazione e della formazione dei ragazzi. Ribellione portata avanti con pianti e dispetti infantili, ma che per l'attenta censura cinese avrà avuto ugualmente il suo peso se per concedere il visto ha imposto dei tagli alla produzione. Notizie d'agenzia, infatti, informano che Zhang Yuan ha dovuto ritoccare il finale. Il film si chiude alla fine dell'anno scolastico, quando Qiang ritorna a sorridere per la libertà riconquistata. La maestra, nel salutarlo, gli impartisce l'ultima lezione: "Non essere così contento di andartene. Ti ricorderai gli anni all'asilo come i più felici e spensierati della tua vita. Ma non potrai tornare indietro, anche se lo vorrai. Quando sarai grande, capirai". Qiang non la sta a sentire e, appena fuori dall'asilo, si ferma a guar-

dare un corteo di lavoratori con le fasce rosse. Se essere grandi significa mettersi ancora una volta in fila, vuol dire che c'è poco da stare allegri per il futuro della Cina e dei cinesi. Le immagini della versione definitiva si bloccano sul primo piano malinconico del bambino, lasciando allo spettatore l'interpretazione dell'ultima inquadratura. Nella versione originale, invece, Qiang reagiva a modo suo: faceva ancora una volta la pipì e si candidava a diventare compagno del giovane studente che, quarant'anni dopo, nella Piazza Tien' Ammen di Pechino, con la sua busta di plastica in mano, si opponeva all'avanzare dei carri armati, fiero del suo coraggio e della sua solitudine. Lontana anni luce dal deprecabile *bullismo* che per alcuni nostri ragazzi sta diventando lo sport scolastico preferito, la contestazione di Qiang non è prepotenza, ma tentativo di dire ai responsabili politici che un popolo non può assomigliare in tutto e per tutto a un formicaio. Non avere voglia di ubbidire non è una malattia, ma innato desiderio di autonomia e libertà. Ci sarà tempo per regolare i bisogni corporali e acquisire autodisciplina. E se, per realizzare questa legittima aspirazione, anche i bambini di quattro anni sono costretti a ricorrere ai sogni, allora vuol dire che qualcosa non funziona nella gestione del potere. In questo senso, *La guerra dei fiori rossi*, pur con i suoi momenti di stasi che rallentano il ritmo del racconto, sconfina dalla Cina di Mao e diventa invito a riflettere sul mondo interiore dei bambini di tutto il mondo e sui loro diritti. Come – e scusate se è poco – un film di Truffaut. ♦

*La guerra dei fiori rossi*  
(*Kan shang qu Hen mei*)

Regia: Zhang Yuan

Con: Dong Bowen, Ning Yuanyuan,  
Chen Manyuan, Zhao Rui, Li Xiaofeng  
Cina, 2006

Durata: 92'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: [italospada@alice.it](mailto:italospada@alice.it)

# Venezuela: fare musica per costruire il futuro

Manuela Caltavuturo

Docente di Educazione musicale presso la Scuola Media, Pisa

## Abstract

### *Venezuela: making music for creating a future*

*Josè Antonio Abreu, orchestra conductor and ex Minister of Culture in Venezuela, in 1976 in Caracas created a orchestral System oriented towards lower-income social strata, aimed at giving free opportunities to youth in achieving education and better life conditions. It is a Orchestra System that works using music as the instrument that makes the social integration of different Venezuelan population groups possible, starting with little children, 3-4 years of age up to adults. At the moment about 240,000 instrumentalists, 300,000 choir members including also disabled children are involved. So, in order to build a future in Venezuela, one of the most violent Latin American country, Josè Antonio Abreu doesn't choose the path of humanitarian help but the path of culture, in the specific "making music together". For many of these young musicians a future as a professional musician is underway, for others it is an activity which has been able to give them self esteem and a desire for social ransom.*

**Key words** Venezuela. Music. Social ransom

*Josè Antonio Abreu, direttore d'orchestra ed ex Ministro della Cultura, nel 1976, a Caracas, ha dato vita a un sistema musicale che toglie i giovani dalla strada offrendo loro l'opportunità, completamente gratuita, di farsi una cultura e quindi costruirsi una vita. Si tratta di un sistema di orchestre che parte dal basso (addirittura dall'età di 3-4 anni) fino all'età adulta e attualmente coinvolge circa 240.000 strumentisti e 300.000 coristi, compresi ragazzi portatori di handicap. Dunque per costruire un futuro in Venezuela, considerato uno dei Paesi più violenti del Sud America, devastato dalle enormi differenze sociali, Josè Abreu non sceglie la via degli aiuti umanitari, ma quella della cultura e in particolare del "far musica insieme". Per molti di questi giovani si è già aperto un futuro come musicisti professionisti, per altri si tratta di un'attività che ha risvegliato il rispetto di se stessi e il desiderio di riscatto sociale.*

**Parole chiave** Venezuela. Musica. Riscatto sociale

Helmut Failoni, giornalista e conduttore radiofonico, riferisce nel suo "L'altra voce della musica" su uno dei primi inquietanti incontri fatti appena sbarcato a Caracas [1]. Si tratta di un bambino di circa dieci anni, magrissimo, quasi nudo, gli occhi fuori dalle orbite, le gambe ricoperte di cicatrici di chissà quale origine, che si muove come un forsennato: è un *huelepega* (sniffatore di colla), una vera piaga sociale in Venezuela, uno dei Paesi più violenti del Sud America, devastato dalle differenze sociali. Dopo avere interpellato l'autista del taxi sulla possibilità di fare qualcosa per quel bambino, il giornalista si è sentito rispondere di lasciar perdere, dopo averne visto qualcuno non ci avrebbe fatto più caso. Bambini come questo vivono alle soglie della povertà in quartieri putridi e malfamati come i *barrios*, ammasso di baracche

costruite in lamiera e mattoni sulle colline intorno a Caracas. Fare qualcosa significherebbe innanzi tutto alimentarli (poiché si sniffa per fame), vestirli, curarli, dargli un'abitazione decente e difenderli dai *malandros* che costringono chi abita questi quartieri a vivere dietro inferriate e filo spinato nel terrore continuo di essere assaliti in un clima di violenza irrespirabile.

Anche Josè Antonio Abreu, direttore d'orchestra ed ex Ministro della Cultura, trent'anni fa ha cercato di fare qualcosa, ma paradossalmente non ha riguardato niente di tutto ciò: in un garage della Candelaria, uno dei quartieri poveri di Caracas, ha aperto una scuola di musica e non ha trovato altro di meglio da fare che dare a ciascun bambino uno strumento musicale, insegnandogli a fare musica insieme ad altri bambini. Ed è proprio per

testimoniare questa incredibile esperienza che Helmut Failoni si è recato a Caracas al seguito del direttore d'orchestra, Claudio Abbado, che già da vari anni, insieme ad altri grandi musicisti occidentali, dà lì il proprio contributo.

Per la nostra cultura, dove la musica assume un ruolo spesso marginale, questa scelta può apparire assurda, portati come siamo a considerare solo accessorio tutto ciò che non riguarda i bisogni materiali. Nel film "Tocar y Luchar" (*Suonare e Lottare*), per ora non visibile nei normali circuiti, il regista Josè Alberto Arvelo ripercorre attraverso varie testimonianze la lotta di Josè Abreu che ha ottenuto, grazie alla sua tenacia, finanziamenti da tutti i governi di questo trentennio, e una dedizione completa dei suoi insegnanti che si sono dovuti anche improvvisare infermieri o assistenti sociali per far fronte alle difficili situazioni dei loro alunni.

Dice nel film lo stesso Josè Abreu: "Pensiamo ai programmi sociali che forniscono cibo, riparo, assistenza sanitaria, ma solo nutrendo l'anima della gente questi giovani musicisti troveranno anche le risorse per se stessi, per emanciparsi e migliorare la qualità della propria vita, diventando persone di grande valore e quindi una risorsa per la propria comunità. Quando costruisci la vita interiore di qualcuno, le possibilità che quelle vite hanno di migliorare ed elevare la società sono infinite".

Così in una città dove si viaggia in macchina con i vetri oscurati per non far capire di essere soli, e non ci si ferma mai al semaforo rosso, perché si può morire anche per un paio di scarpe, Josè Abreu ha puntato sulla spiritualità, sul valore della cultura, ha stimolato il desiderio di riscatto sociale e tutto ciò attraverso la musica, e, partito con 14 ragazzi dei quartieri più malfamati di Caracas, a tutt'oggi ne ha raggiunto un milione in tutta l'America Latina. Attualmente il Progetto coinvolge 240.000 orchestrali e 300.000 coristi tra giovani e adulti.

Ma perché proprio la musica?

"La musica trasforma e sublima l'animo umano" e "chiunque suonando generi bellezza e armonia musicale, inizia a conosce-

Per corrispondenza:

Manuela Caltavuturo

e-mail: manuela.caltavuturo@katamail.it

# musical-mente

re dentro di sé ciò che è l'armonia essenziale: l'armonia umana", dice ancora José Abreu nel film. Ma soprattutto la musica deve essere riconosciuta come elemento di socializzazione nel senso più alto della parola, perché esalta i valori di solidarietà e reciproca compassione. Ha la capacità di unire intere comunità, e in questo senso le orchestre giovanili acquistano il potere di cambiare il profilo sociologico di un paese. Infatti l'orchestra è una comunità che ha come caratteristica essenziale ed esclusiva l'aggregazione, la filosofia del gruppo che si riconosce come interdipendente dove ognuno è responsabile di tutti e tutti di ciascuno con il solo fine di generare bellezza (quante volte come insegnante di Educazione Musicale nella Scuola Media, sono stata redarguita dai genitori ai saggi di fine anno perché insoddisfatti del ruolo poco appariscente del proprio figlio!).

Il Progetto ha una struttura piramidale: la base delle orchestre giovanili è costituita da centri di formazione, in ognuno di essi ci sono 2 o 3 orchestre pre-infantili, infantili e giovanili; ci sono scuole di musica di ogni genere un po' dappertutto, anche per portatori di handicap e poi ancora scuole di liuteria, che recuperano i ragazzi dalla strada insegnando loro a costruire un violino, e cori per sordomuti che fanno musica con le mani creando splendide coreografie. Chiunque, se vuole, può imparare a suonare perché lo stato mette a disposizione tutto: insegnanti, strumenti e accompagnatori per i più piccoli indipendentemente dallo strato sociale.

Nelle orchestre si parte da piccolissimi, e si può assistere alla scena commovente di bambini che appena si reggono in piedi e già cercano di strappare qualche suono a un violino. L'idea costante è quella della musica d'insieme dove i più grandi insegnano ai più piccoli con un fortissimo spirito di gruppo. Il metodo è sempre quello dell'incoraggiamento, mai della punizione. Claudio Abbado afferma in un'intervista che, pur essendo l'Italia un Paese ricco di cultura, l'educazione musicale non è considerata uno dei fondamenti della vita culturale del nostro Paese come avviene in Venezuela che, considerato da molti Terzo Mondo, vanta al contrario un sistema orchestrale dal quale noi occidentali abbiamo soltanto da imparare [2]. La musica è una strada possibile per la crescita sociale e il Premio Unicef per la pace ad Abreu, dimostra che la lotta alla povertà e alla criminalità può partire anche dalla cultura.

Purtroppo anche in Italia le cronache nere dei giornali sono piene della violenza che ormai permea in modo incontrollato i rapporti familiari, di amicizia, di coppia e in genere i rapporti sociali. "Crisi dei valori" dicono i sociologi, che è come dire crisi della dimensione non materiale della vita. Ed è a causa dell'aumento dei fenomeni di bullismo, di intolleranza verso i diversi di qualsiasi tipo (portatori di handicap o extra-comunitari), di ricorso allo stupro e all'omicidio all'interno di gruppi di giovani coetanei, che dobbiamo cominciare a porci con urgenza il problema di dare un'alternativa ai nostri ragazzi. Quanti hanno confessato di avere compiuto atti vandalici solo per noia! Ragazzi senza alcun problema economico, ma con uno estremamente più pressante: quello di dare un senso alla propria vita. Per loro, come per i ragazzi dei *barrios* di Caracas, la musica può essere una grande risorsa.

Questa idea non è nuova, infatti fin dagli inizi del secolo scorso uno dei padri della Pedagogia musicale moderna, Emile Jaques-Dalcroze (1865-1950), proprio in Europa, aveva già affrontato queste problematiche e in un passo di sconcertante attualità afferma: "Sembra inverosimile che, in questa nostra epoca caratterizzata dalla nevrosi, non ci si preoccupi minimamente di trovare uno sbocco costruttivo agli impulsi e ai desideri inconsci. Che nei Paesi in via di sviluppo in cui tutti gli sforzi sono tesi al successo economico, non si cerchi di educare la sensibilità fin dalla prima infanzia... Eppure si potrebbero formare delle nuove generazioni con mentalità più flessibili, con una volontà più decisa, con una intelligenza più ricca e meno esclusiva, con un istinto più raffinato, con una capacità più profonda e completa di apprezzare la bellezza" [3].

Con stupefacente impegno sociale Jaques Dalcroze auspica una educazione che si rivolga alla collettività, considerando la formazione del singolo non solo per il suo sviluppo personale, ma anche per il contributo che sarà in grado di dare alla società di domani. L'attività musicale, lungi dall'essere una mera pratica, favorisce l'evoluzione della personalità sviluppando la concentrazione, la memoria, la creatività e l'integrazione sociale; inoltre, educando alla sensibilità, contribuisce a regolare, controllare e armonizzare l'intelligenza e la volontà.

La musica inoltre, più di qualunque altra forma espressiva, è una esperienza totaliz-

zante che coinvolge dal punto di vista cognitivo, emotivo, affettivo e corporeo, ed è quindi formativa dell'intera persona.

Nello splendido capitolo "La Scuola, la Musica, la Gioia" Jaques Dalcroze ci parla della musica come costruttrice di gioia che nasce nel bambino nel momento in cui le sue facoltà vengono liberate dalle inibizioni, prende coscienza del controllo che può esercitare su di esse e decide in che direzione farlo. "...Il dono di conoscersi dà un senso di libertà e indipendenza... La gioia nasce semplicemente realizzando il desiderio di utilizzare al massimo tutto ciò che è in noi, creando impressioni inconscie talmente forti da riversarsi all'esterno; infatti più gioia c'è in noi, più sentiamo il bisogno di comunicarla".

La musica d'insieme poi conduce dalla conoscenza di sé a quella degli altri visti non più come ostacolo alla propria libertà, ma come mezzo per amplificare le proprie possibilità espressive.

"Quando si canta in gruppo" (ma questo vale per tutte le esperienze musicali collettive) dice Ida Maria Tosto (esperta in Vocalità, docente al Conservatorio "L. Cherubini" di Firenze) "gli spazi interni di ognuno vengono messi fortemente in risonanza e, se l'ascolto collettivo è profondo e supporta una comune volontà espressiva, non si riesce più a distinguere se il suono è prodotto da noi stessi o dagli altri, le barriere corporee cadono e quasi magicamente la nostra laringe comincia a lavorare da sola, sostenuta e indirizzata dal suono collettivo... non siamo più noi che cantiamo, ma è il suono che canta dentro di noi procurandoci sensazioni di profondo piacere fisico e di vitalità" [4].

E, mentre scrivo queste parole, non posso fare a meno di ripensare alle immagini del film di Alberto Arvelo, in cui dai volti dei ragazzi che suonano esplose gioia pura e voglia di vivere e di essere felici che sfocia nel gesto consueto di alzare in aria il proprio strumento alla fine del concerto come a testimoniare che ancora una volta ha vinto la musica. ♦

#### Bibliografia

- [1] Failoni H. L'altra faccia della musica (libro con DVD). Milano: Il Saggiatore Ed. 2006.
- [2] Cappelli V. Un sogno possibile. Amadeus 2006, numero 6, pp. 41-3.
- [3] Dalcroze JE. Il Ritmo, la Musica e l'Educazione. RAI TV/Dipartimento Scuola Educazione Ed. ERI, Edizione italiana 1986.
- [4] Tosto IM. Come un battito d'ali. Quaderni della SIEM 1998;8:102-18.



# Libri per bambini. La grammatica del "vedere" nella percezione delle illustrazioni

## Quali immagini proporre ai piccolissimi?

Angela Dal Gobbo

Eperta di letteratura per ragazzi

### Abstract

#### *Books for children: the grammar of "seeing" in the perception of illustrations*

Angela Dal Gobbo is an expert in children's literature. The importance of illustrations and what a little children's figure books should necessarily have are both underlined in this paper. Considering that little children's literature experts say that creating a picture book is like composing a poem, it is extremely important to fix qualitative standards. Limits necessarily imposed by form (pages, type of illustration ...) are a difficult challenge for the Author: a superfluous word, like in a poem, can ruin the product. A tool for paediatricians involved in the promotion of reading aloud to be shared with parents.

**Key words** Children's books. Illustrations. Figure books

L'Autrice, in questo articolo, parla dell'importanza delle illustrazioni e di quello che non può mancare in un albo illustrato destinato a bimbi molto piccoli. Fissare degli standard qualitativi per la primissima infanzia è molto importante, considerando che gli esperti ci dicono che la realizzazione di un libro illustrato è come la composizione di una poesia: i limiti imposti dalla forma (pagine, tipo di illustrazione...) sono una sfida difficile per l'Autore: una parola di troppo e, come nella poesia, il prodotto qualitativamente crolla. Un strumento quindi, per i pediatri che promuovono la lettura ad alta voce da poter condividere con i genitori.

**Parole chiave** Libri per bambini. Illustrazioni. Albi illustrati

È utile, per il pediatra, conoscere le caratteristiche che devono possedere le illustrazioni destinate a bambini dal primo mese di vita ai due anni circa, partendo da alcune riflessioni sul significato del "vedere".

La domanda più radicale che ci si può porre è: "Perché abbiamo bisogno di vedere? Qual è la funzione del cervello visivo?". La vista riveste un'importanza fondamentale nell'ambito dei nostri sensi, tanto che difficilmente dubitiamo di ciò che ci è dato vedere; esistono peraltro espressioni verbali come "vedere con i propri occhi", oppure "vero come se lo vedessi qui, ora" che confermano quanto sia radicata questa opinione anche nel sapere popolare. Tale importanza dipende dal fatto che la visione è il meccanismo più efficiente per arrivare alla conoscenza del mondo; per riconoscere alcuni aspetti del reale essa è addirittura l'unico strumento a nostra disposizione, e ci rife-

riamo alle espressioni del volto, alla forma degli oggetti, alle superfici e ai colori.

Nel processo visivo il cervello è interessato a cogliere le proprietà costanti, immutabili, permanenti e specifiche degli oggetti, perché esse gli permettono di ordinarli per categorie. Percependo tramite gli occhi, il nostro cervello opera in modo attivo e svolge i fondamentali processi di selezione, eliminazione, confronto: seleziona le informazioni utili a identificare le proprietà costanti degli oggetti, elimina tutto ciò che non è utile a tal fine, confronta le informazioni acquisite con quelle già presenti. Tutto ciò ha lo scopo di individuare gli elementi essenziali dei corpi che ci circondano, al fine di rilevarne le caratteristiche ricorrenti per classificarli e riconoscerli.

Se si può presumere che lo stesso meccanismo venga messo in atto per acquisire la conoscenza delle illustrazioni, occorre però considerare che guardare le imma-

gini comporta una difficoltà in più, dal momento che esse sottostanno a regole convenzionali dovute all'esigenza di trasporre sul piano, in modo bidimensionale, quello che nella realtà ha tre dimensioni. L'operazione di proporre immagini ai bambini fin dalle prime settimane di vita appare perciò tanto più opportuna quanto più si intenda allenarli a decodificare il codice visivo; si tratta infatti di un linguaggio che possiede una propria "grammatica", se pur di tipo analogico, comunque soggetta ad apprendimento. Non è vero che le immagini siano più concrete e meno astratte delle parole e che non sia necessario imparare a comprendere le informazioni visive; è vero piuttosto che l'apprendimento avviene molto velocemente, perché il nostro cervello sembra essere predisposto per assimilare in maniera più precisa quanto percepito attraverso la vista, prima ancora che attraverso altri sensi.

Il tipo di immagini che più facilmente può essere decifrato è innanzitutto quello fotografico. Gli studi di area anglosassone rilevano l'importanza di offrire al neonato immagini fotografiche dei famigliari fin dalle prime settimane, inserendole ai lati della culla. È risaputo che il volto attira straordinariamente l'uomo e che il bambino è in grado di riconoscere quello della madre già a partire dai primi giorni di vita; proporre fotografie di visi dalle diverse espressioni è quanto fanno i primi libri in lingua inglese e *Guarda che faccia!*, del catalogo *Nati per Leggere*, opera in questo senso (figura 1) [1].

Il bambino impara a "leggere" il volto, il pianto, la sorpresa, il riso; ritrovare quelle stesse situazioni nelle pagine cartonate di un libro gli permette di cogliere la funzione fondamentale delle immagini, vale a dire la rappresentazione, in termini figurativi riconoscibili, del reale. Possiamo considerare che "essere rico-

Per corrispondenza:  
Angela Dal Gobbo  
e-mail: [angeladalgobbo@yahoo.it](mailto:angeladalgobbo@yahoo.it)

# nati per leggere

noscibili” sia il requisito e lo scopo principale delle immagini, se non altro di quelle che devono essere percepite dai piccoli nel primo anno; è perciò opportuno che le illustrazioni seguano precisi criteri figurativi. Autorevoli studi hanno dimostrato che risultano più comprensibili figure semplici e nitide, prive di dettagli eccessivi, chiaramente distinte dallo sfondo (che preferibilmente deve essere chiaro), decorate con colori intensi, saturi, stesi in modo omogeneo.

Una delle prime operazioni che il cervello deve operare consiste infatti nel distinguere le figure dal contesto, vale a dire dallo sfondo; nel mondo reale tridimensionale significa in pratica riuscire a valutare la distanza e le caratteristiche degli oggetti che ci circondano; nelle illustrazioni occorre invece riconoscere una forma rispetto allo spazio che la circonda. Se figura e sfondo sono entrambi ricchi di dettagli e vivamente colorati, l'operazione difficilmente avrà esito positivo.

Sta all'illustratore adoperarsi affinché la percezione risulti la più chiara possibile, realizzando a esempio sfondi chiari e omogenei, circoscrivendo le forme, utilizzando campiture omogenee di colore. Così infatti opera Altan quando colloca le figure sul fondo bianco della pagina e le isola delimitandole con un contorno nero (figura 2) e molti altri illustratori procedono in questo modo. Tuttavia l'assenza di questi requisiti non sempre compromette la visione, come è possibile vedere nell'esempio tratto da *La mia automobile* (figura 3), dove non c'è linea di contorno delle forme, o come in *L'uccellino fa...*, dove le ombre sono presenti nei bastoncini del tamburo e nel camion dei pompieri (e dunque il colore non è campito per aree omogenee) e gli sfondi sono di colore scuro (figura 4, 5) [2-3-4].

Anche colori tenui, accostamenti audaci, sfondi scuri possono essere introdotti nelle illustrazioni destinate a bambini al di sotto dell'anno di età, a patto che rimanga invariata la possibilità di cogliere la forma degli oggetti.

Oltre alla chiara distinzione figura/sfondo, è necessario che le immagini si avvalgano di convenzioni grafiche che comunichino in modo inequivocabile le

caratteristiche essenziali dei corpi, come avviene nelle illustrazioni di Eric Hill, il cui personaggio Spotty ha riscosso grande successo. *Il bagnetto di Spotty* (libro in gomma) contiene tutte le qualità appena elencate: una linea di contorno definisce la forma della barchetta delineando vele, albero, scafo; i colori sono intensi e omogenei; la figura si stacca nettamente dal fondo più chiaro e occupa la parte centrale della pagina (figura 6), mentre in quella accanto (figura 7) lo stesso oggetto è inserito in un contesto che ne chiarisce lo scopo, le dimensioni, l'uso [5].

Appare evidente il contrasto con un libro simile, *Aqua book 4*: le figure possiedono contorno blu, sono decorate con puntini e spirali irreali (ininfluenti alla comprensione dell'oggetto se non addirittura controproducenti), le nuvole sono a righe e gli uccellini portano gli stivali (figura 8), errori da evitare quando si desidera rivolgersi ai piccolissimi [6].

I primi libri infatti devono contenere illustrazioni semplici e rigorose, dove sia chiara non soltanto la differenza figura/sfondo, ma anche la reale caratterizzazione dell'oggetto raffigurato e il rapporto con il testo, affinché il bambino possa percepire e subito assimilare le corrette convenzioni visive e comprendere in modo chiaro e inequivocabile quale sia il rapporto con il testo verbale. Successivamente tale vincolo può essere superato e si possono presentare immagini evocative o astratte, che richiedono invece di essere interpretate; nei libri destinati ai piccolissimi queste avrebbero poco senso. Peraltra nei libri-dizionario, che presentano immagini accompagnate dal corrispondente termine linguistico, questo legame appare essenziale e necessario: l'immagine delle pantofole accanto alla parola “pantofole” ha lo scopo di assegnare un nome alla figura permettendo di collegare a un suono, astratto per il bambino, la concretezza di una forma (figura 9) [7].

Quando, intorno ai nove mesi di età, il bambino inizia a comprendere il significato delle parole sebbene ancora non riesca a parlare, questo tipo di libri gli risulterà particolarmente gradito. Il codice figurativo, che è analogico, assolve al compito di rendere immediata-

mente comprensibile una realtà che al bambino può essere sconosciuta, oppure può chiarire il nesso che lega il suono (significante) al suo referente.

Successivamente, quando i testi non sono più composti da parole isolate ma formano frasi e storie, l'albo illustrato cresce in complessità e in bellezza. Non esamineremo qui lo straordinario intrecciarsi di immagini e parole, ma desideriamo analizzare un ultimo aspetto delle illustrazioni: il fatto che, nonostante la facilità con cui possono essere interpretate, esse siano in realtà polisemiche, siano cioè in grado di convogliare più significati contemporaneamente. Non è chiaro, per esempio, cosa stia facendo il bambino nella seconda immagine del celeberrimo *Nel paese dei mostri selvaggi* (figura 10): sta scendendo le scale o sta volando? [8]. Il cane che si trova a sinistra fa parte dell'azione oppure è marginale, inserito per riempire lo spazio? Il bambino indossa un costume oppure è un essere fantastico, un ibrido tra animale e umano? Le immagini sono in grado di convogliare un numero molto alto di informazioni, alcune talmente specifiche che non sarebbe possibile trasmetterle con le sole parole; eppure il loro significato così ricco induce a un ampio ventaglio di interpretazioni possibili. Affinché risultino chiare, occorre che un testo verbale le accompagni. È per questo che l'albo illustrato è una forma espressiva pressoché perfetta, non la semplice somma di due linguaggi diversi, ma un tutto unico di livello superiore, dove le parole precisano le figure, indicano cosa osservare, mentre le figure aggiungono alle parole i dettagli che il testo impiegherebbe pagine e pagine per descrivere. La stretta relazione che si instaura tra le due forme espressive dà origine allo specifico dell'albo illustrato, dove esse sono inseparabili. Elementi come il tratto della linea, il colore e la sua stesura contraddistinguono lo stile di un artista e comunicano il tono emotivo di una storia, il carattere dei protagonisti – elementi impalpabili e tuttavia concreti, che creano l'atmosfera, il contesto, i personaggi. Quando i libri raccontano storie, allora tali elementi acquisiscono un peso considerevole nella lettura delle immagini e rendono particolarmente piacevole la loro fruizione.

Ma fino a quel momento le illustrazioni sembrano avere innanzitutto il compito di apparire chiare e di concorrere, con il testo, alla costruzione del racconto; ciò significa che, pur non essendo banali, le immagini devono esprimere rigore e semplicità.

Il fatto di proporre numerosi libri con figure, con fotografie, con immagini in tanti stili diversi consente di fatto al bambino di costruire un bagaglio di “conoscenze figurative” che non ha tanto la funzione, come alcuni sostengono, di stimolare la sensibilità “artistica” del piccolo e nemmeno è “la prima galleria d’arte”; costituisce piuttosto un vocabolario di “termini figurativi” che gli permettono di osservare e di comprendere i codici comunicativi che lo circondano. L’albo illustrato è un maestro in questo senso e non sono necessarie “istruzioni per l’uso”, perché il libro fa tutto da sé. Leggere con lui molti, diversi libri e rispondere alle domande poste dal bambino, osservare insieme le figure, non evitare mai di spiegargli tutto quello che egli chiede, è quanto di meglio un adulto possa offrire. Permette al piccolo di provare un profondo piacere generato, nei suoi primi anni e anche successivamente, dal semplice fatto di imparare, di saper riconoscere le cose, di riuscire a rapportarsi con l’“altro da sé” e ad acquisire così competenza e sicurezza. ♦

FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



FIGURA 9



PANTOFLE

FIGURA 10



#### Bibliografia

- [1] Manetti S, Causa P. Guarda che faccia! Firenze, Milano: Giunti; Trieste: Centro per la Salute del Bambino, 2004.  
 [2] Altan, Vola, uccellino! San Dorligo della Valle (TS): Edizioni EL, 1978, edizione speciale “Nati per Leggere”.  
 [3] Burton B. La mia automobile. Milano: Babalibri, 2003.  
 [4] Bravi S. L’uccellino fa... Milano: Babalibri, 2005, edizione speciale “Nati per Leggere”.  
 [5] Hill E. Il bagnetto di Spotty. Milano: Fabbri, 2003.  
 [6] Costa N. Aqua book 4, Casarile (MI): Sele giochi, s.d.  
 [7] Bussolati E, Rigo L. La notte, collana “Paroline”. Varese: La Coccinella, 2004.  
 [8] Sendak M. Nel paese dei mostri selvaggi. Milano: Babalibri, 1999.

## Editoriale

- 97 Unità territoriali, Case della salute eccetera: come e quando?  
*Giancarlo Biasini*

## Ricerca

- 98 Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria  
*Francesca Menniti-Ippolito, Roberto Da Cas, Monica Bolli, Annalisa Capuano*

## Attualità

- 103 *Lancet* e il commercio delle armi del suo editore: la Elsevier  
*Redazione*

## Info

- 104 Conflitti di interesse e pasticci editoriali in USA  
104 Conflitti di interesse, chemioterapia e influenza del tipo di compenso  
104 La falsa delibera lombarda: una commedia in 5 atti  
104 Mamme e neonati schedati  
104 Minimeeting a gogò  
104 Necessità di cure palliative  
105 Dati ISTAT sull'anoressia  
105 Disponibilità di posti in asili nido  
105 Bed sharing, SIDS e allattamento al seno  
105 ACP e Associazione Medici per l'Ambiente  
105 Chiarelli all'OMS per "Paediatrics and Child Health"  
105 Antiche massime

## Tenstories

- 106 Le persone con disabilità: un patto che cerca di rompere con il passato e di assicurare equità  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## Scenari

- 107 Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre?  
Ricerca delle prove di efficacia  
*Elena Cama, Valeria Ferrau, Simona Adelardi, et al.*

## Il caso che insegna

- 111 Rubor, tumor, calor, dolor... e psiche?  
*Matteo Chiappedi, Marzia Borgna, Angela Amoruso, et al.*

## Saper fare

- 114 Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita  
I genitori narrano la loro "storia"  
*Lucia Aite*

## Il punto su

- 118 Diagnosi e trattamento con ormone della crescita  
Compiti del pediatra di famiglia in relazione alla nota 39  
*Roberto Lala, Aldo Ravaglia*

## Vaccinacipi

- 122 Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: con quali obiettivi?  
*Luisella Grandori*

## Farmacipi

- 125 Antibiotici: usare con cautela!  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

## Informazioni per genitori

- 126 La conservazione degli alimenti in ambiente casalingo  
*Daniela Amadori, Roberta Cecchetti*

## Saggi

- 128 La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi  
*Trisha Greenhalgh, Giorgio Bert*

## Medicina e storia

- 131 I medici condotti e l'inchiesta agraria: la salute materno-infantile nel 1878  
*Franco Lupano*

## Libri

- 134 Pubblicazioni mediche. Guida alla scrittura  
*Silvia Maina, Rossella Iannone*  
Scioglilingua. Indovinelli. Passerotti  
*Giovanni Giannini*  
Dal bambino minaccioso al bambino minacciato  
*Francesco Montecchi*  
Geno e il sigillo nero di Madame Crikken  
*Moony Witcher*

## Nati per Leggere

- 136 Nati per Leggere in ospedale *Andrea Guala*  
137 Campania *Pasquale Causa*  
137 Nati per Leggere in Brasile *Edilane C. Teles*

## Congressi controllo

- 138 Il counselling sistemico: una realtà in cammino *Federica Zanetto*  
138 Tabiano: non solo parmigiano *Lucio Piermarini*  
138 Chi è dislessico? *Federica Zanetto*  
139 Allattamento al seno a Venezia *red*

## Film

- 140 L'innocuo piccolo bullo de *La guerra dei fiori rossi*  
*Italo Spada*

## Musical-mente

- 141 Venezuela: fare musica per costruire il futuro  
*Manuela Caltavuturo*

## Nati per Leggere

- 143 Libri per bambini. La grammatica del "vedere" nella percezione delle illustrazioni  
Quali immagini proporre ai piccolissimi?  
*Angela Dal Gobbo*

### 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](mailto: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.