

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

I bambini e i giochi



La redazione di Quaderni acp augura ai lettori, alle loro famiglie e alle famiglie dei loro assistiti, un Felice 2008



novembre-dicembre 2007 vol 14 n° 6

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
November-December 2007; 14(6)

241 Editorial

2007: the year of drugs for children?
Maurizio Bonati

242 Research

Epidemiological monitoring of diseases:
a pilot study in eight Italian hospitals
Briantea Paediatric Surveillance Unit

245 Current issues

ICF (International Classification of Functioning,
Disability and Health) for children and adolescents
Luigi Gualtieri

247 Public Health

Aedes albopictus: how should we defend ourselves
countries
Claudio Venturelli, Silvia Mascali Zeo

251 A window on the world

Quiet victims: children and HIV
Raffaella Ravinetto, Laura Ciaffi

252 Info

254 A close up on progress

Oxytocin and attachment
Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella

261 From literature to practice

KETEK, a strange story in eight series
Giovanni Peronato

262 Scenarios

Coeliac disease: is a self help diagnosis possible?
Giuseppe De Caro, Angela Alfarano, Elena Cama et al.

266 Appraisals

Drug safety in children.
All that paediatric clinical trials cannot do
Francesco Salvo, Achille Patrizio Caputi

269 Moovies

270 Forasustainableworld

Environmental pollutants and lung development
"Per un mondo possibile" Group

271 Vaccinacipi

Polio elimination? Maybe vaccination
is not enough
Luisella Grandori

272 Farmacipi

Very heavy weather for common cold's
pharmaceutical preparations
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

273 Tenstories

Liberia still faces challenges
in promoting human rights
Stefania Manetti

274 Informing parents

Weaning how and when: just ask him
Lucio Piermarini

278 Books

280 Born to read

282 Meeting synopses

284 Acp news

285 Letters

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

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

Ufficio soci

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

Stampa

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

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

**© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT**

LA COPERTINA

L'immagine riproduce "La befana della bambina povera" (1922), Lorenzo Viani, olio su cartone. Collezione privata.

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, riflessioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

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

(2) Bonati M, Impiccatore 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.

2007: l'anno dei farmaci per i bambini?

Maurizio Bonati

Responsabile Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Parole chiave Reazioni avverse. Farmaci off-label. Lista essenziale dei farmaci. AIFA. EMEA

Il Rapporto congiunto UNICEF-OMS *Essential medicines for children* dell'agosto 2006 affermava: "I bambini non sono dei piccoli adulti quando assumono i farmaci. Le modalità di assunzione, l'assorbimento, il metabolismo e l'escrezione dei farmaci nel bambino sono diversi da quelli dell'adulto. Questi fattori non sono costanti, ma variano con l'età. Si ricordi che la maggioranza dei farmaci nel mondo non è stata messa in commercio per essere somministrati ai bambini". L'uso dei farmaci nella popolazione pediatrica presenta particolari ed esclusive caratteristiche: la maggioranza delle prescrizioni è fatta in ambito extraospedaliero; l'efficacia clinica e la sicurezza d'uso in questa popolazione di pazienti sono poco documentate in quanto, sia per motivazioni etiche che per le caratteristiche (sintomatiche e autolimitanti) della maggioranza delle malattie, gli studi clinici controllati che coinvolgono bambini sono scarsi; molto spesso i farmaci vengono utilizzati nei bambini senza che siano stati registrati a tal fine (*off-label*) oppure a dosaggi inappropriati o, fatto preoccupante, al di fuori delle evidenze documentate di efficacia e sicurezza. I bambini risultano ancora come una popolazione largamente sconosciuta per quanto concerne l'uso razionale dei farmaci, perché ancora poco contaminata dalla conoscenza basata sulla metodologia delle evidenze scientifiche. Questa situazione critica non è peculiare della realtà italiana, ma comune a livello internazionale, come il Rapporto UNICEF-OMS ribadiva, quasi ad annunciare l'approvazione di una serie di provvedimenti legislativi e l'attivazione di iniziative, in particolare europee, volti a cancellare quella "disattenzione" nei confronti dei farmaci per i bambini e che possono essere così riassunti:

- a. dicembre 2006: viene approvato il "Regolamento europeo per la sperimentazione di farmaci per i bambini";
- b. gennaio 2007: entrano in vigore le "Linee guida per la conduzione di studi di

farmacovigilanza per i farmaci utilizzati nella popolazione pediatrica";

- c. maggio 2007: viene approvata nel corso dell'Assemblea dell'OMS la risoluzione *Better medicines for children* che descrive alcune strategie per migliorare l'accesso ai farmaci essenziali adeguati per qualità alla popolazione pediatrica;
- d. luglio 2007: viene stilata la prima lista di farmaci essenziali a uso pediatrico (200 farmaci, 450 formulazioni);
- e. settembre 2007: viene pubblicato il documento tecnico OMS "Promoting safety of medicines for children".

I bisogni (e il diritto) dei bambini di disporre di farmaci efficaci e sicuri e utilizzati in modo razionale dovrebbero essere quindi evasi, anche se i tempi necessari non saranno brevi. Nel frattempo, a livello nazionale, alcuni provvedimenti sono già stati presi e altri lo saranno in un prossimo futuro.

I rapporti annuali sul monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche prodotti dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei medicinali (OsMed) e dal Progetto ARNO indicano che tre visite pediatriche ogni quattro esitano con almeno due prescrizioni di farmaci, e che la spesa di uno di questi è a carico della famiglia. Sarà compito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), anche attraverso l'apposito gruppo di lavoro "Farmaci e bambini" costituito nel 2006, definire un programma condiviso con le Regioni di monitoraggio attento e costante dell'uso razionale dei farmaci nella popolazione pediatrica che favorisca quei prodotti di documentata efficacia e sicurezza e minor costo. Infatti, troppo spesso (2-10% delle prescrizioni), l'uso dei farmaci nei bambini è associato a un rischio di reazioni avverse anche gravi che possono richiedere un accesso al pronto soccorso o un ricovero ospedaliero o il protrarsi della degenza. Alcune gravi reazioni avverse, seppur raramente, risultano anche fatali. Spesso la comparsa di reazioni avverse nella popolazione pediatrica è associata all'uso *off-label* dei farmaci. I medici hanno il dovere di prescrivere un farmaco nel miglior interesse dei loro pazienti e segnalare la comparsa di eventuali reazioni avverse per comprendere

e prevenire questi episodi in tutta la popolazione.

Proprio la valutazione dell'utilizzo *off-label* dei farmaci e quella delle segnalazioni delle reazioni avverse giunte all'attenzione della Rete Nazionale di Farmacovigilanza costituiscono due delle attività prioritarie del gruppo di lavoro dell'AIFA "Farmaci e bambini". I risultati di esito dei primi mesi di lavoro sono rappresentati da 3 note informative importanti per la popolazione infantile, stilate dall'AIFA nel corso del 2007:

- a. è stata introdotta una nuova controindicazione relativa all'uso di specialità medicinali decongestionanti nasali a base di simpaticomimetici per uso topico nei bambini al di sotto di 12 anni;
- b. sono state emanate nuove informazioni di sicurezza relative all'utilizzo di Panacef/Cefaclor e all'aggiornamento del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto;
- c. sono state emesse nuove importanti informazioni relative all'uso della specialità medicinale Minirin/DDAVP (desmopressina) nella formulazione spray nasale.

Il lavoro di valutazione dei decongestionanti nasali è stato oggetto di un articolo formale pubblicato su alcune riviste nazionali (Quaderni acp 2007;14:154) e in corso di pubblicazione anche a livello internazionale. Inoltre, è in fase conclusiva la valutazione delle segnalazioni riguardanti l'uso di antiemetici, in particolare la metoclopramide e il domperidone. Complessivamente si tratta di formare un approccio metodologico nuovo che caratterizza l'attenzione rivolta alla popolazione pediatrica da parte dell'Agenzia Nazionale sul Farmaco che prevede anche la programmazione di interventi educativi e formativi, partecipati e condivisi, rivolti agli operatori sanitari, ai familiari e agli stessi pazienti (seppur piccoli), con l'obiettivo di rendere l'assistenza prestata, e ricevuta, nell'ambito del SSN più aderente ai bisogni di salute della popolazione pediatrica, somministrando farmaci secondo criteri di appropriatezza, di efficacia, di sicurezza e di economicità. ♦

Per corrispondenza:
Maurizio Bonati
e-mail: mother_child@marionegri.it

editoriale

Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella

Briantea Paediatric Surveillance Unit*

Abstract

Epidemiological monitoring of diseases: a pilot study in eight Italian hospitals

The paper reports the activity of an epidemiological surveillance network in eight hospitals in the Lombardia Region, Italy. 235 cases of 15 monitored diseases were reported in two years (148 during 2005 and 87 during 2006). Schönlein-Henoch purpura was the most commonly reported disease (81), followed by idiopathic thrombocytopenic purpura (24), diabetes mellitus (21 first diagnosis) and cerebral ischemia (2). Despite the short duration and the few number of cases observed, the analysis of the activity highlights the potential and the importance of an epidemiological surveillance network.

Quaderni acp 2007; 14(6): 242-244

Key words Epidemiology. Child. Schönlein-Henoch Purpura. Thrombocytopenic Idiopathic Purpura

L'articolo riporta i risultati dell'attività di una rete di sorveglianza epidemiologica costituita da otto ospedali lombardi. In due anni di attività, sono stati segnalati 235 casi di 15 patologie a bassa incidenza sottoposte a monitoraggio (148 nel 2005 e 87 nel 2006). La porpora di Schönlein-Henoch è risultata la patologia più frequentemente osservata (81 pazienti), seguita dalla porpora trombocitopenica idiopatica (24) e dal diabete mellito (21 primi casi). Sono stati, inoltre, segnalati due casi di ischemia cerebrale. Per quanto si tratti di un'esperienza limitata per arco temporale e numero di casi, l'analisi dell'attività evidenzia le potenzialità e l'importanza di una rete di monitoraggio epidemiologico sistematico.

Parole chiave Epidemiologia. Bambino. Porpora di Schönlein Henoch. Porpora trombocitopenica idiopatica

Introduzione

La raccolta sistematica dei dati epidemiologici è essenziale per produrre conoscenze sulla malattia, per valutarne l'impatto nella popolazione, l'andamento temporale, il decorso, l'efficacia degli interventi curativi e/o preventivi [1].

In Italia un monitoraggio epidemiologico sistematico è previsto per poche malattie: ricordiamo alcune malattie infettive (SIMI; INFLUNET), i tumori, le malformazioni congenite [2-5].

Per la maggior parte delle malattie è scarsa la disponibilità di dati correnti che consentano una stima accurata della prevalenza e incidenza delle diverse condizioni patologiche. Una forma frequente di raccolta dati è rappresentata dalle indagini campionarie temporali o dall'analisi dei ricoveri ospedalieri [6]. Bisogna considerare anche il fatto che i dati sono spesso raccolti e/o analizzati in modo retrospettivo, un approccio che pone ulteriori limiti a un uso dell'informazione

rapido ed efficiente, come richiederebbe ogni intervento di contenimento o prevenzione di epifenomeni.

La scarsità di dati epidemiologici è particolarmente rilevante in pediatria, un ambito da sempre orfano di evidenze.

Per ovviare a questi limiti, nel 1986, nel Regno Unito, è stata costituita la *British Paediatric Surveillance Unit* (BPSU), una rete di 1300 operatori sanitari a cui mensilmente viene richiesto di segnalare il numero di casi delle patologie in studio osservati nel mese precedente. Per ogni malattia è prevista l'elaborazione di un protocollo di studio e di criteri di definizione dei casi. Nel corso di venti anni di attività sono state monitorate 60 patologie e 14 sono attualmente sottoposte a monitoraggio [7-9].

Seguendo il modello inglese nel gennaio 2005, si è costituita la *Briantea Paediatric Surveillance Unit* (BrianteaPSU), una rete "sentinella" composta dai reparti di pediatria e neonatologia di otto ospe-

dali lombardi operanti prevalentemente nell'area della Brianza (omogenea dal punto di vista socio-economico-culturale), avente come scopo il monitoraggio attivo di alcune patologie con bassa incidenza o per le quali non esistono percorsi diagnostico-terapeutici definiti o condivisi.

Materiali e metodi

Durante la fase preliminare del progetto i partecipanti al gruppo di lavoro hanno elaborato un elenco di quindici patologie a bassa incidenza (tabella 1) da sottoporre a monitoraggio. Per ciascuna patologia sono stati definiti alcuni criteri diagnostici minimi per la definizione dei casi.

La raccolta dei dati è stata effettuata mediante un'apposita scheda validata nel corso di una fase pilota. Sono stati raccolti alcuni dati anagrafici (data di nascita, provincia di residenza, nazionalità della famiglia), la data del ricovero, la patologia. Per alcune patologie (varicella, complicanze della meningite) è stata, inoltre, predisposta una scheda dedicata per la raccolta di ulteriori informazioni riguardanti la terapia, il decorso e l'esito. I dati sono stati raccolti in un database di MS Access.

I dati sono stati confrontati con il tasso di ricoveri ospedalieri in Regione Lombardia per le patologie in esame, stimato in base ai dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, comprensivi di ricoveri ordinari e day hospital. Le patologie sono state identificate in base alla diagnosi principale di dimissione utilizzando il codice pertinente dell'*International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification* (ICD-9-CM). Nel caso delle iperbilirubinemie (codice ICD-9-CM 774) e delle complicanze della varicella (052, escluso 052,9) sono stati utilizzati i dati di tutti i relativi ricoveri, non potendo discriminare la gravità della malattia.

Risultati e discussione

Nel corso del 2005, primo anno di sorveglianza attiva, per le quindici patologie sottoposte a monitoraggio sono stati ri-

Per corrispondenza:
 Coordinamento Briantea Paediatric Surveillance Unit
 e-mail: brianteapsu@marionegri.it

research letters

TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER PATOLOGIA E TASSI DI INCIDENZA NELLA REGIONE LOMBARDIA (2000-2003) E NEGLI OSPEDALI BRIANTEAPSU

Patologie	Regione Lombardia		BrianteaPSU			
	Numero casi*	Incidenza* (per 100.000 bambini 0-14 anni)	Casi Attesi/anno**	Casi segnalati		
				2005	2006	Totale
Porpora di Schönlein-Henoch	338 (299-374)	28,4 (25,6-31,4)	28	50	31	81
Porpora trombocitopenica idiopatica	195 (169-233)	16,4 (13,9-19,9)	16	15	9	24
Diabete mellito	454 (380-542)	38,0 (31,8-44,6)	38	16	5	21
Tubercolosi	35 (23-48)	2,9 (2,0-4,0)	3	15	4	19
Malattia di Kawasaki	107 (90-134)	9,0 (7,5-11,5)	9	9	7	16
Sindrome nefrosica	204 (169-231)	17,1 (14,5-19,3)	17	9	6	15
Complicanze gravi della varicella	64 (51-82)	5,3 (4,4-6,9)	5	7	7	14
Malattia reumatica	37 (29-42)	3,1 (2,4-3,6)	3	9	4	13
Meningiti batteriche	91 (80-100)	7,7 (6,7-8,6)	8	5	7	12
Empiema	9 (6-11)	0,8 (0,5-0,9)	1	4	4	8
Malaria	37 (24-43)	3,1 (2,0-3,7)	3	2	3	5
Iperbilirubinemie neonatali gravi	1814 (1630-2078)	152,1 (139,8-171,1)	152	2	-	2
Ischemie cerebrali	0	-	0	2	-	2
Anafilassi	20 (8-45)	1,7 (0,7-3,9)	2	2	-°	2
Sindrome di Prader-Willi	49 (28-66)	4,1 (2,4-5,5)	4	1	-°	1
			289	147**	86**	233

* Media (min-max); ** N. eventi segnalati (attesi); ° dati non raccolti nel 2006. °° Un paziente ricoverato presentava due patologie.

coverati 147 bambini, con un numero di ricoveri per ospedale che variava da sei a trenta, mentre nel 2006 sono stati segnalati solo 87 casi (9-17 per ciascun ospedale, con un ospedale che non ha effettuato segnalazioni). Due pazienti presentavano al momento del ricovero due patologie. La patologia più frequentemente osservata negli ospedali delle rete, sia nel 2005 che nel 2006, è stata la porpora di Schönlein-Henoch (81 pazienti), seguita dalla porpora trombocitopenica idiopatica (24 casi osservati) e dal diabete mellito (21 primi casi osservati nel biennio in esame) (tabella 1).

Nonostante non vi fossero differenze rilevanti nel numero totale di ricoveri nei due anni di monitoraggio, per la maggior parte delle patologie il numero di casi segnalati nel 2006 era inferiore a quello del 2005, con l'eccezione di meningiti batteriche (aumentato da 5 a 7) e malaria (da 2 a 3), mentre il numero di casi di empiemi e di complicanze gravi della varicella è rimasto costante.

Anche il numero delle segnalazioni per ospedale è diminuito in tutti i centri, con

la sola eccezione di un ospedale. L'età dei pazienti variava da 2 giorni a 18 anni. Il 54% dei pazienti era di sesso maschile e nell'80% dei casi la famiglia era di nazionalità italiana. I pazienti risiedevano principalmente nelle province di Milano e Lecco (dove operano gli ospedali della BrianteaPSU). Il 52% dei ricoveri è avvenuto nel periodo gennaio-maggio.

Solo per la porpora di Schönlein-Henoch sono stati resi noti casi da tutti i centri coinvolti (con un numero di ricoveri/anno per ospedale da 2 a 10).

Alcune patologie sono state segnalate con maggiore frequenza in un singolo centro ospedaliero: per esempio 13/21 primi casi di diabete mellito sono stati segnalati dall'ospedale di Lecco (con un tasso di 5 per 1000 ricoveri) e 13/24 casi di porpora trombocitopenica idiopatica sono stati segnalati dall'ospedale di Monza (3 per 1000 ricoveri).

Confrontando i dati raccolti con i ricoveri pediatrici in Regione Lombardia e stimando in 100.000 gli abitanti minori di 14 anni residenti nel bacino di utenza

degli ospedali coinvolti, si osserva in generale una corrispondenza tra il numero di casi segnalati e quelli attesi in base all'incidenza in Lombardia (tabella 1). Alcune patologie fanno, però, eccezione. È stata osservata una differenza notevole tra il numero di iperbilirubinemie neonatali atteso e quello osservato, che è spiegabile con il fatto che il codice ICD-9-CM non consente di discriminare le iperbilirubinemie neonatali sulla base della gravità. Per quanto riguarda il diabete mellito, la differenza è dovuta al fatto che nell'ambito della BrianteaPSU la segnalazione riguardava solo i primi casi. È interessante, però, notare come per altre patologie la segnalazione è maggiore rispetto a quanto atteso, come, per esempio, per la porpora di Schönlein-Henoch: la differenza potrebbe essere dovuta alla presenza di "centri di riferimento" nella rete. Anche il numero di casi di tubercolosi nel 2005 era superiore agli attesi, cosa che non si è verificata nel 2006. Sono stati, inoltre, osservati due casi di ischemia cerebrale, mai osservati in Lombardia negli anni precedenti.

Un'analisi più approfondita ha riguardato le segnalazioni concernenti tubercolosi, complicanze della varicella e meningite.

Per quanto riguarda la tubercolosi, 13 bambini sono stati ricoverati in regime ordinario, 2 in day hospital. I casi sono stati ricoverati in 6 degli 8 ospedali partecipanti, con un numero di ricoveri 1-4 per ospedale (0,5-3,6 per mille ricoveri). I bambini ricoverati provenivano prevalentemente da famiglie straniere (10, di cui 6 di origine marocchina) o di nazionalità mista (2 casi); 3 bambini erano di famiglie italiane; 4 sono nati all'estero (3 in Africa).

14 casi di complicanze gravi della varicella (7 per anno di monitoraggio) sono stati osservati in 4 degli 8 ospedali; 6 erano polmoniti, 5 meningiti/encefaliti, 1 fascite e 1 porpora trombocitopenica, 1 non specificata. I pazienti avevano un'età media di 4 anni (range 2-13); 3 avevano un'età ≥ 12 anni. I 5 casi per cui è stato possibile raccogliere informazioni riguardo al decorso e all'esito si sono risolti con la guarigione.

Per quanto riguarda i 12 casi di meningite, 5 erano causati dal meningococco, mentre l'*Haemophilus influenzae*, lo pneumococco, lo streptococco emolitico di gruppo B e lo *Streptococcus agalactiae* erano responsabili di un caso ciascuno. Per 3 casi non è stato possibile ottenere informazioni sull'agente causale.

I bambini ricoverati avevano un'età media di 4 anni (range: 1 mese-9 anni).

Per soli 5 casi è stato possibile raccogliere informazioni più dettagliate riguardo al trattamento e all'esito (2 di questi erano deceduti).

Discussione e conclusioni

Per quanto si tratti solo di un'analisi su un numero molto piccolo di casi, i risultati di due anni di attività del gruppo di lavoro *Briantea Paediatric Surveillance Unit* evidenziano le potenzialità e l'importanza di una rete di monitoraggio epidemiologico, sia per la tempestività nell'osservare un fenomeno sia per la possibilità di raccogliere informazioni accurate che non si potrebbero ottenere utilizzando le banche dati amministrative, i cui dati sono raccolti, inoltre, in modo retrospettivo.

A questo riguardo, è da sottolineare la segnalazione, nel corso del 2005, di 15

casi di tubercolosi, che potrebbe essere indicativa di un aumento dell'incidenza della malattia e/o dell'emergere di bisogni assistenziali finora poco conosciuti; come, peraltro, induce alla riflessione il fatto che l'anno successivo i casi segnalati fossero 4, coerentemente con l'atteso sulla base dei ricoveri in Regione Lombardia.

L'osservazione di due casi di ischemia cerebrale accresce la consapevolezza della possibile comparsa, seppur rara, di questa patologia anche in età pediatrica e pone il problema dell'adattamento al bambino di protocolli diagnostico-terapeutici pensati per l'adulto.

Oltre alle potenzialità questa fase pilota ha, però, evidenziato anche alcuni limiti. Innanzitutto la possibilità di una sovrastima di alcune patologie dovuta alla presenza di centri di riferimento, ma anche, d'altro canto, la possibile sottosegnalazione di altre malattie.

Inoltre, la diminuzione in quasi tutti i centri ospedalieri del numero di segnalazioni tra il 2005 e il 2006 evidenzia la difficoltà di mantenere costanti l'attenzione e la sensibilità degli operatori coinvolti. Una difficoltà verosimilmente amplificata dal numero di patologie sottoposte a monitoraggio; focalizzarsi solo sulla segnalazione di un numero ristretto di patologie potrebbe consentire una maggiore continuità nel tempo dell'attività di monitoraggio.

Particolare difficoltà ha incontrato il tentativo di raccogliere un maggior numero di informazioni riguardo all'esito e al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per alcune patologie: per solo 1/3 dei casi di meningite e complicanze della varicella è stato possibile ottenere i dati. La raccolta di queste informazioni avrebbe potuto fornire dati utili per il monitoraggio epidemiologico, così come per un confronto sui percorsi intrapresi in ospedali che operano in un'area omogenea.

Nonostante i limiti e la breve durata dell'esperienza, il modello della *Briantea Paediatric Surveillance Unit*, migliorato e implementato, potrebbe essere replicato in altre realtà, così da estendere la rete di monitoraggio e da poter confrontare l'epidemiologia delle malattie in contesti territoriali e assistenziali differenti. ♦

Bibliografia

- [1] Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, 1998.
- [2] Sistema Informatizzato Malattie Infettive. <http://www.simi.iss.it/>.
- [3] INFLUNET. Italian Influenza Surveillance Network. <http://www.influnet.it/>.
- [4] AIRT Working Group. Italian cancer figures – report 2006: 1. Incidence, mortality and estimates. *Epidem Prev* 2006;30 (1 suppl 2): 8-10,12-28,30-101.
- [5] Calzolari E, Garani G, Cocchi G, et al. Congenital heart defects: 15 years of experience of the Emilia-Romagna Registry (Italy). *Eur J Epidemiol* 2003;18:773-80.
- [6] Galassi C, De Sario M, Biggeri A, Bisanti L, et al. Changes in prevalence of asthma and allergies among children and adolescents in Italy: 1994-2002. *Pediatrics* 2006;117:34-42.
- [7] British Paediatric Surveillance Unit. <http://bpsu.inopsu.com/>.
- [8] Lynn RM, Pebody R, Knowles R. Twenty years of active paediatric surveillance in the UK and Republic of Ireland. *Euro Surveill*. 2006;11:191-2.
- [9] Lynn R, Ross E. The British Paediatric Surveillance Unit: the first 20 years. *Arch Dis Child* 2007; 92:744-5.

* **Briantea Paediatric Surveillance Unit:** Alessandra Pianaroli, Andrea Sterpa, UO Pediatria, Azienda Ospedaliera di Vimercate, Presidio di **Carate Brianza**; Renato Malberti, UO Pediatria, Ospedale Bassini, Azienda Ospedaliera San Gerardo, **Cinisello Balsamo**; Luciano Beccaria, UO Pediatria, Azienda Ospedaliera Ospedale di Lecco, **Lecco**; Gianluigi Gargantini, Patrizia Rogari, U.O. Pediatria, Azienda Ospedaliera di Melegnano, **Melegnano**; Alberto Bettinelli, UO Pediatria, Azienda Ospedaliera Ospedale di Lecco, Presidio di **Merate**; Marina Col, Cesare Ghitti, Silvia Malguzzi, Marco Spinelli, Giuseppe Masera, Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliera San Gerardo, **Monza**; Paolo Tagliabue, UO Neonatologia, Azienda Ospedaliera San Gerardo, **Monza**; Giuseppe Ricciardi, Azienda Ospedaliera Vimercate, **Sesto San Giovanni**; Patrizia Calzi, Silvia Capanna, Azienda Ospedaliera di Vimercate, **Vimercate**.

Coordinamento: Maurizio Bonati, Maria Grazia Calati, Antonio Clavenna, Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", **Milano**.

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per bambini e ragazzi

Luigi Gualtieri

UO di Neuropsichiatria Infantile, ASL Cesena

Abstract

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) for children and adolescents

The first publication of ICDH in 1980 by WHO marked a significant change in the ways to define and take care of disabilities. The ICF is a further evolution in this classification system which tries to use a common language in taking care of health problems and disability by a multidisciplinary approach. All this will produce a significant fall-out on medical practice, research and social-health policies.

Quaderni acp 2007; 14(6): 245-246

Keywords Deficit. Disability. Handicap. Limitation

L'attenzione per le disabilità, per la loro definizione e per le diverse modalità di affrontarle ha segnato un consistente cambiamento dal 1980, data della prima pubblicazione dell'ICIDH da parte dell'OMS. L'ICF (evoluzione del precedente sistema di classificazione) vuole essere uno strumento innovativo per concezione e costruzione. Esso consente di utilizzare un linguaggio comune per cercare di affrontare i problemi della salute e della disabilità in maniera multidisciplinare. Avrà inoltre importanti ricadute sulla pratica medica, sulla ricerca e sulle politiche sociosanitarie.

Parole chiave Deficit. Disabilità. Handicap. Limitazione

Il 22 maggio 2001 la 54^a Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato e pubblicato la classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), riconosciuta da 191 Paesi come la nuova norma per classificare la salute e la disabilità [1].

Il modello descritto nell'ICF rappresenta un importante cambiamento di prospettiva sulla disabilità. Esso viene enunciato nei tre principi alla base della classificazione stessa:

- ▶ universalismo;
- ▶ approccio integrato;
- ▶ modello interattivo e multidimensionale del funzionamento e della disabilità.

Per la prima volta si assiste a una sorta di rivoluzione nella definizione di salute e disabilità, che fanno parte di uno stesso continuum multi-dimensionale.

Finora, il concetto di disabilità poteva interessare un "gruppo" minoritario all'interno della comunità, ora il modello "universale" colloca la disabilità in una condizione o in un'esperienza di salute che ogni persona può sperimentare nell'arco della propria vita, durante la quale tutti possono trovarsi in una specifica

condizione di salute che, in un contesto sfavorevole, può trasformarsi in disabilità. La classificazione ICF mette in evidenza innanzitutto il ruolo centrale dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica, accanto ai fattori contestuali della persona.

Si giunge così a una nuova definizione di disabilità come: una "condizione di salute in un ambiente sfavorevole".

L'ICF adotta sostanzialmente il modello biopsicosociale. Si supera così la dicotomia tra il modello puramente "medico" e quello puramente "sociale".

Lo strumento coglie la natura dinamica continua e reciproca delle interazioni individuo/ambiente e concepisce la disabilità come una variazione lungo tre dimensioni definite.

1. Funzioni corporee. *Mentali*, per esempio le funzioni dell'orientamento come funzioni mentali relative allo spazio, al tempo, all'orientamento rispetto a sé e agli altri. *Fisiche*, per esempio le funzioni dei muscoli respiratori coinvolti nella funzione respiratoria.

2. Attività e partecipazione. Come spostarsi usando apparecchiature/ausili:

spostare tutto il corpo da un posto all'altro, su qualsiasi superficie o spazio, utilizzando apparecchiature specifiche realizzate per facilitare lo spostamento o creare altri modi per spostarsi, come con i pattini, con gli sci, con l'attrezzatura per le immersioni, o muoversi per la strada usando una sedia a rotelle o un deambulatore.

3. Fattori ambientali. Come servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale e generale finalizzati a fornire sostegno a coloro che abbisognano di aiuto nel fare acquisti, nell'occuparsi dei lavori di casa, nei trasporti, nella cura di sé e degli altri, in modo da poter funzionare in maniera più piena all'interno della società.

In base a questa diversa logica, una persona può trovarsi ad avere:

- ▶ una menomazione senza avere limitazioni dell'attività (è il caso di una persona sfigurata dalla lebbra che può avere o non avere limitazioni dell'attività);
- ▶ limitazioni dell'attività senza evidenti menomazioni (è il caso di una persona con carenti capacità nelle attività quotidiane per diversi problemi);
- ▶ problemi di partecipazione senza menomazioni o limitazioni di attività (è il caso di una persona HIV positiva, o un ex paziente ricoverato per malattia mentale);
- ▶ un certo grado di influenza di un fattore disabilitante (è il caso di una persona in cui l'inattività può causare danno muscolare o l'istituzionalizzazione può portare a perdita di capacità sociali).

Nella stesura dell'ICF è stato adottato un linguaggio neutrale non tanto per evitare di "etichettare" le persone quanto piuttosto per "definire una condizione di salute" la cui alterazione o modificazione in una persona può portare disagio, interferenza con le attività quotidiane, o con la necessità di contatto con i servizi per la salute.

Per corrispondenza:

Luigi Gualtieri

e-mail: lgualtieri@ausl-cesena.emr.it

L'alterazione o modificazione può essere una malattia (acuta o cronica), un disordine, un trauma o un'offesa, oppure può riflettere altre condizioni correlate alla salute, come la gravidanza, l'anzianità, lo stress, le anomalie congenite o le predisposizioni genetiche. Ciò permette di porre tutte le condizioni di salute sullo stesso piano, di abbattere quel "muro" che spesso si erige di fronte a colui che è diverso e consente di analizzare, a parità di patologia, i contesti sociale, familiare, abitativo o lavorativo della persona, tutte condizioni che assumono un ruolo centrale nella qualità della vita.

L'adozione del modello ICF rappresenta un'evoluzione della classificazione ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1980 [2]. In questa classificazione veniva fatta la distinzione tra "menomazione" (*impairment*), definita come "perdita o anomalità di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica", e altri due termini:

1. "disabilità" (*disability*) intesa come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano";
2. "handicap" come "condizione di svantaggio conseguente alla menomazione o a disabilità che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali".

L'aspetto significativo di questo primo documento (ICDH) è stato quello di associare lo stato di una persona non solo a funzioni e strutture del corpo umano più o meno efficienti, ma anche ad attività individuali o di partecipazione alla vita sociale e ai diversi fattori ambientali.

Funzioni corporee: funzioni mentali, sensoriali e legate al dolore; della voce e dell'eloquio, dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, e dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e del sistema metabolico endocrino, genitourinarie e riproduttive, neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento; della cute e delle strutture correlate.

Strutture corporee: strutture del sistema nervoso, orecchio, occhio, e strutture correlate; strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio; strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico, e dell'apparato respiratorio; strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino, correlate ai sistemi genitourinario e riproduttivo, cute.

Attività e partecipazione: apprendimento e applicazione delle conoscenze; compiti e richieste generali, comunicazione, mobilità, cura della propria persona, vita domestica, interazioni e relazioni interpersonali, aree di vita principali, vita sociale, civile e di comunità.

Fattori ambientali: prodotti e tecnologia, ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo, relazioni e sostegno sociale, atteggiamenti, servizi, sistemi e politiche.

Tuttavia, gli studi effettuati sull'ICIDH, pur concordando sulla sua utilità, rilevavano sostanzialmente un limite concettuale contenuto nello strumento: avere una *malattia* implicava necessariamente e in modo consequenziale, avere una *menomazione*, una *disabilità* e quindi un *handicap*.

A seguito di ciò si è imposta una serie di revisioni, iniziate nel 1993, che hanno visto coinvolti più di 65 Paesi in Europa, America del Nord, Asia e Australia, per un lavoro durato sette anni e conclusosi nel 2001 con la pubblicazione dell'ICF. Questo ulteriore strumento ha superato i limiti del precedente, soprattutto perché intende il processo disabilitante come una interazione o relazione complessa fra la condizione di salute e i fattori contestuali (ambientali e personali).

In esso viene sottolineata ed enfatizzata l'interazione dinamica tra questi fattori e come gli interventi a livello di un elemento possano influenzare gli altri elementi correlati.

Inoltre, per l'ICF, le diverse dimensioni indicate si riferiscono sempre all'esperienza o alle circostanze della singola persona.

Le applicazioni di questo strumento non riguardano solamente la base scientifica che esso fornisce per classificare le condizioni di salute, ma permette di scegliere gli interventi più appropriati a seconda

che il problema della persona consista in una limitazione nelle attività, oppure una restrizione della partecipazione a causa di qualche discriminazione. Consente, quindi, non solo di migliorare le capacità della persona ma anche di avere indicazioni per modificare l'ambiente così da eliminare il maggior numero di ostacoli o barriere.

L'utilizzo di un linguaggio comune e di uno strumento universale può completare e sostanziare il coordinamento tra varie aree di intervento e fornire basi per una valutazione e una ricerca interdisciplinare comparabile e confrontabile.

Finora l'applicabilità della classificazione ICF riguardava solo gli adulti.

Di recente è stata pubblicata la classificazione del Funzionamento della Disabilità e della Salute da applicare a bambini e adolescenti di tutto il mondo (ICF-CY). Tale versione sarà presentata in una Conferenza mondiale che si terrà a fine novembre a Venezia.

Essa fornisce un linguaggio condiviso per cogliere i molteplici aspetti della crescita e dello sviluppo dei bambini nelle varie età, nelle più diverse condizioni di salute e nei Paesi più diversi: un grande passo, una riflessione complessa e complessiva sulla definizione dei bisogni dei bambini e sulla promozione dei loro diritti.

Sono stati approntati anche strumenti specifici per l'assessment, per il trattamento e l'integrazione delle disabilità secondo i criteri forniti dall'ICF, adulti e infanzia [3]. I pediatri dovranno cimentarsi ben presto con questo nuovo strumento la cui applicazione, all'inizio, potrà suscitare qualche difficoltà. ♦

Bibliografia

- [1] World Health Organization. ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Gardolo-Trento: Erickson, 2002.
- [2] World Health Organization. The International Classification of Impairments, Disability and Handicap: a Manual of Classification Relating to Consequences of Diseases. Geneva: WHO, 1980.
- [3] ASTRID "Portfolio per l'assessment" - Strumenti per la diagnosi funzionale e il trattamento delle disabilità: Firenze, Giunti OS Organizzazioni Speciali, 2007.

La Zanzara Tigre: come difenderci

Claudio Venturelli, Silvia Mascali Zeo
Dipartimento Sanità pubblica, Ausl Cesena

Abstract

Aedes albopictus: how should we defende ourselves

The tiger mosquito (Aedes albopictus) has appeared in Italy for the first time in the port of Genoa during the 1990 Autumn. In a very short period all Italian regions from north to south to the islands have been colonized. Due to its biological plasticity environmental impediments have also been surmounted. A research in the Emilia-Romagna region has confirmed that both manhole covers and saucers for flower pots are the preferred places for the growth of mosquito grubs. The investigation regarded Aedes albopictus role as a vector. In the summer of 2007 in this region, the first European epidemic centre of infection of Chikungunya has appeared. Since Aedes albopictus is a very efficient vector for different pathogens, keeping a great alert is mandatory.

Quaderni acp 2007; 14(6): 247-250

Keywords Tiger mosquito. *Aedes albopictus*. Dengue. Chikungunya

La Zanzara Tigre (*Aedes albopictus*) è stata individuata per la prima volta in Italia nell'autunno del 1990, nel porto di Genova. In breve tempo ha colonizzato quasi tutte le regioni italiane da Nord verso Sud, isole comprese e, grazie alla sua plasticità biologica, ha facilmente superato gli ostacoli di tipo ambientale. Una ricerca svolta in Emilia-Romagna ha confermato che tombini e sottovasi sono i luoghi prediletti per lo sviluppo delle larve di Zanzara Tigre. L'indagine condotta sul ruolo vettore di *Aedes albopictus* non aveva ancora evidenziato la presenza di Zanzare Tigre "infette", fino alla estate del 2007 quando si è verificato in Emilia-Romagna il primo focolaio epidemico europeo di Chikungunya. Rimane opportuno, tuttavia, mantenere l'allerta perché *Aedes albopictus* ha una grande efficienza nel veicolare numerosi agenti patogeni.

Parole chiave Zanzara Tigre. *Aedes albopictus*. Dengue. Chikungunya

Nel mondo esistono circa 2500 specie di zanzare diverse tra loro per abitudini alimentari e habitat. In Italia ne è stata classificata circa una settantina di specie. Tra queste una decina rende complicata la nostra convivenza a causa dell'abitudine di pungerci, procurando fastidi e in alcuni Paesi gravi malattie. Sono presenti nelle zone calde del pianeta in gran numero di specie, ma alcune di queste ben si sono adattate ai climi più rigidi, addirittura come quelli del Polo Nord. Le zanzare compiono il loro ciclo vitale per 3/4 in acqua (uovo, larva, pupa) e solo nella forma adulta si diffondono nell'ambiente aereo, trovando riparo, nelle ore più calde della giornata, tra la vegetazione [1]. Il ciclo di sviluppo è in stretta relazione con la temperatura, le ore di luce e la presenza di acqua. In primavera si completa in 15-20 giorni; in estate sono sufficienti 6-8 giorni per passare dall'uovo all'insetto adulto, la cui fem-

mina può riprodursi immediatamente originando dalle 200 alle 400 uova. Alcune zanzare svernano come adulte rifugiandosi negli scantinati, nei sottotetti, nelle stalle, altre passano l'inverno come uovo o come larva. Gli adulti di Zanzara Tigre (ZT) di norma sono presenti solo da aprile a novembre, ma le uova di questa specie riescono a sopravvivere anche a inverni piuttosto rigidi. Alcuni studi hanno provato che negli ultimi anni questa zanzara si è acclimata tanto da riuscire a deporre le proprie uova anche nei mesi invernali [2].

La Zanzara Tigre in Italia

La Zanzara Tigre (*Aedes albopictus*) è stata individuata casualmente per la prima volta in Italia nell'autunno del 1990, nel porto di Genova. Poco tempo dopo fu avvistata in Veneto; oggi ha colonizzato le Regioni italiane da Nord verso Sud, spostandosi con una rapidità che poco ha

a che fare con la caratteristica biologica che le è attribuita e che la vede piuttosto stanziale e pigra nel volo attivo [3]. In realtà non è corretto dire che *Aedes albopictus* si sia "spostata" nel senso che lo abbia fatto autonomamente. La maggior parte dei suoi viaggi li ha compiuti come ospite indesiderato su mezzi di trasporto, o aiutata dal vento. Importata attraverso il commercio di copertoni usati provenienti dal Sud degli Stati Uniti, dopo che questi avevano già fatto un lungo viaggio dal lontano oriente (il suo areale di origine è il Sud Est asiatico), si è introdotta in Italia e qui ha agevolmente superato gli ostacoli di tipo ambientale grazie alla sua plasticità biologica. Ha modificato negli anni la propria abitudine a utilizzare le cavità degli alberi presenti nella foresta pluviale, suo habitat naturale, sostituendoli con i numerosi piccoli contenitori presenti nelle nostre città. La natura ci insegna che, se offriamo opportunità a un animale di insediarsi, questo lo fa con facilità adottando tutte le strategie di sopravvivenza che la natura gli ha donato. La ZT presente in Italia ha quindi abitudini diverse da quella importata dal Sud Est asiatico circa venti anni fa. La variabilità genetica le ha consentito di esprimere adattamenti ai nuovi ambienti colonizzati, nei quali viene sottoposta a pressioni ambientali diverse da quelle di origine, come le minime termiche, il regime pluviometrico, il fotoperiodo, la tipologia dei focolai larvali, l'ospite da pungere, la competizione ecc. Oggi abbiamo di fronte a una zanzara in grado di allontanarsi dal proprio luogo di sviluppo con un volo attivo che la porta fino a quasi un chilometro di distanza. Eppure si tratta sempre di *Aedes albopictus*, che nei primi tempi veniva descritta come "pigra" in quanto non si allontanava che di poche decine di metri dal ristagno d'acqua dove le sue larve si erano sviluppate. Oggi è capace di volare in alto e introdursi nelle abitazioni al 20° piano, mentre solo alcuni anni fa si scriveva che volava ad altezza di caviglie e di bacino,

Per corrispondenza:
Claudio Venturelli
e-mail: cventurelli@ausl-cesena.emr.it

e raramente poteva superare il metro e mezzo dal suolo. L'insetto è riconoscibile per la caratteristica colorazione del corpo (nero a bande trasversali bianche sulle zampe e sull'addome, e con una striscia bianca che le solca il dorso e il capo). La femmina adulta ha bisogno di sangue per maturare le uova e punge di giorno verso la tarda mattinata e prevalentemente all'aperto, a differenza delle più comuni zanzare, come la *Culex*, che si presentano nelle ore notturne, riconoscibili dal caratteristico ronzio.

Dopo circa 60 ore dal pasto di sangue, depone le uova poco al di sopra del punto di bagnatura, esclusivamente in piccole raccolte temporanee di acqua stagnante. Oltre ai tombini (caditoie stradali, pluviali del tetto) predilige luoghi nei quali, grazie alla pioggia o all'azione dell'uomo, si raccoglie accidentalmente dell'acqua che poi ristagna per almeno 7 giorni. Quindi bottiglie, barattoli, cavità di alberi, lattine, bicchieri, annaffiatori, secchi, bacinelle, sottovasi, bidoni, vasche, teli di plastica, abbeveratoi per animali, grondaie otturate, piante in idrocoltura, pneumatici, anfore e rocce ornamentali, sono tra le più comuni riserve di ZT. Una ricerca all'interno del progetto "Per una strategia integrata di lotta alla ZT" della Regione Emilia-Romagna ha contribuito a chiarire quali siano i luoghi maggiormente a rischio per il suo sviluppo: abitazioni con cortile o giardino, parchi (giardini e spazi verdi di ampie dimensioni), vivai (inseriti in ambienti urbani), piazzali con o senza verde (parcheggi privati a uso pubblico, zone di carico-scarico all'interno delle aree produttive ecc.) [4]. I maggiori focolai a livello "domestico" sono rappresentati da tombini (40,8%) e sottovasi (30,8%). Questi ultimi non sono affatto da sottovalutare: in un sottovaso di medie dimensioni sono state trovate fino a 200 larve di ZT. Le aree private contribuiscono in modo determinante alla colonizzazione e al suo insediamento. La ricerca, però, ha anche permesso di rilevare presenze massicce di ZT in zone assolate e prive di verde.

La dimensione del fenomeno

Ma quante sono le zanzare? Nella stagione 2006 sono state sottratte nel territorio della Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini con circa 1.000.000 di abitanti) 853.680 uova di ZT con circa 400 ovi-

FIGURA 1: PIANO DI ABITAZIONE IN RELAZIONE ALLA PERCEZIONE DEL PROBLEMA

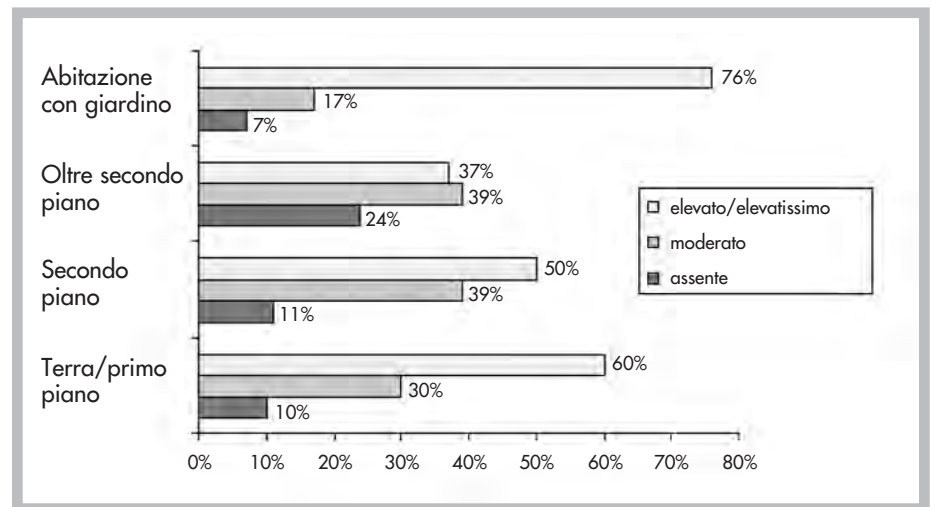
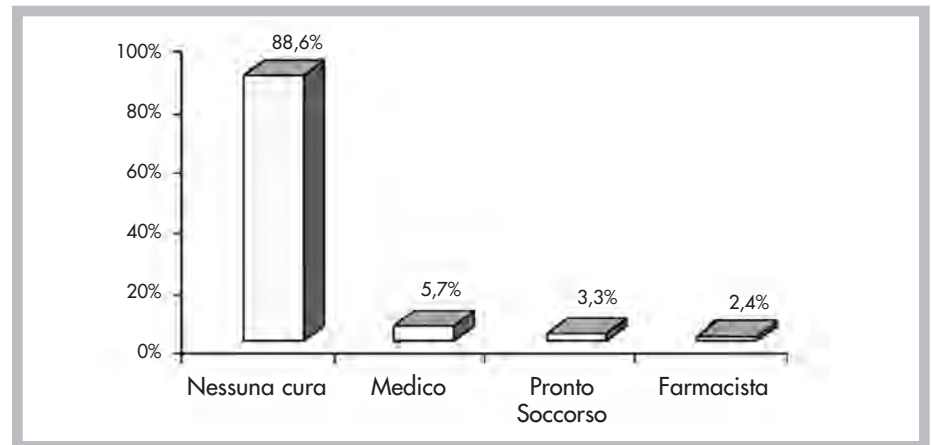


FIGURA 2: PERCENTUALE DI ACCESSO A CURE SANITARIE IN RIFERIMENTO A PUNTURA DI INSETTO



trappole attivate ad anidride carbonica (CO₂). Il sistema sfrutta la particolare modalità di ricerca dell'ospite da parte della zanzara femmina che è attratta appunto dalla CO₂. Le specie catturate con maggiore frequenza sono *Culex pipiens*, la zanzara comune che entra in casa e ci punge soprattutto di notte, e *Aedes caspius* che punge nelle ore del tramonto e di prima mattina in ambienti esterni.

Una prospettiva futura è quella di trovare una correlazione tra i dati raccolti con le ovitrappe e i più numerosi focolai sparsi nell'ambiente circostante: si suppone un rapporto di 1 a 10.000. Questo permetterebbe di avere un quadro complessivo vicino alla situazione reale. È ovvio che maggiore è la presenza di ZT e maggiore è il fastidio percepito

dalle persone. Per analizzare questo fenomeno sono state rivolte precise domande a un gruppo di intervistati, e i dati di percezione sono stati incrociati con le variabili che descrivono l'ambiente, con l'abitudine a trascorrere ore all'aperto e con il numero di anni di residenza [4]. È emerso che le persone residenti in abitazioni a piano terra e con giardino percepiscono i maggiori disagi (figura 1). La popolazione intervistata durante l'indagine ha dimostrato di conoscere l'esistenza del problema: il 69% del campione la descrive correttamente definendola "nera con striature bianche". Vi è però scarsa conoscenza della biologia dell'insetto. L'errore più diffuso è quello riferito a: "le zanzare nascono tra gli alberi?", domanda alla quale il 61% risponde di sì.

I problemi sanitari

L'indagine ha messo in evidenza il problema anche in termini di incidenza sanitaria, intesa come molestia per i pruriginosi pomfi causati dalle sue punture. Il 3,3% degli intervistati dichiara di essersi rivolto al Pronto Soccorso a causa delle punture di questo insetto, il 5,7% al medico/pediatra di famiglia e il 2,4% al farmacista (figura 2).

Alcune persone sono particolarmente sensibili, e un elevato numero di punture può dare luogo a reazioni allergiche che richiedono attenzione medica; altre persone lo sono molto meno. La categoria di coloro che non avvertono alcun fastidio è rappresentata da un ridotto numero di persone, che hanno risposte poco significative al liquido anticoagulante immesso dalla zanzara. La differenza di reazione "sogettiva" (legata alla sensibilità del singolo) crea confusione sulla reale consistenza del numero di zanzare presenti in determinate aree. Da una indagine condotta attraverso un questionario telefonico somministrato a circa 1000 persone residenti nei Comuni di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini, è emerso che circa il 37% degli intervistati negli ultimi anni ha modificato il modo di utilizzare gli spazi verdi a causa del problema ZT [5]. In realtà territoriali dove erano presenti abitazioni con un giardino privato questa percentuale superava il 50%. In alcune aree ciò si riflette anche sulle attività lavorative e nei ritrovi con tavoli all'aperto (bar, ristoranti). Il rimedio più utilizzato risulta essere il repellente (45%), anche se l'utilizzo del larvicida comincia a essere piuttosto diffuso (33%).

L'indagine condotta sul ruolo vettore della zanzara non aveva evidenziato la presenza di insetti "infetti" fino all'estate 2007 [10]. La ZT merita una particolare attenzione per la sua efficienza nel veicolare numerosi agenti patogeni esotici (*Dengue*, *Chikungunya*, *Febbre gialla*) e presenti nel bacino del Mediterraneo (*West Nile* e *Dirofilaria*) [6]. Il ruolo vettore, unito ai casi di importazione di alcune malattie di cui la ZT è vettore e che si sono verificate in Italia, fa comprendere l'importanza di mantenere sempre attiva ed efficace la sorveglianza verso questo e altri insetti. Si sta infatti assistendo al rapido modificarsi di equilibri bio-geografici consolidati e si aprono nuove situazioni di rischio ecologico e

sanitario, che richiedono un'attenta sorveglianza in quei luoghi definiti sensibili. Nel maggio 2005 l'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) ha adottato il nuovo Regolamento Internazionale di Sanità (IHR) che definisce in maniera specifica le misure di protezione della sanità pubblica a livello mondiale. In questo ambito gli Stati membri del WHO devono dotarsi delle idonee strutture e capacità di sorveglianza, in particolare nei porti e aeroporti internazionali, definiti appunto "luoghi sensibili".

In Emilia-Romagna, nel periodo 1999-2006, sono stati notificati 878 casi di malaria, per lo più di importazione; nel periodo 2004-2006 sono stati notificati 6 casi di Dengue, riscontrata su turisti rientrati da località dove la malattia è presente da tempo. Pur non preoccupando questo dato in sé, se lo si associa al dato alla elevata densità del potenziale vettore, diviene obbligatorio riflettere sui rischi sanitari che esso rappresenta.

Alcuni casi, pur singoli, sono istruttivi.

► Nel 1997 in Toscana è stato descritto il caso più recente di malaria "autoctona" trasmessa da una zanzara italiana. Il caso si è verificato nell'agosto del 1997 in una donna di 62 anni ricoverata presso l'unità di Medicina Interna dell'Ospedale di Grosseto con malaria da *Plasmodium vivax*. La donna non aveva effettuato viaggi fuori dell'Italia, come nessuno della sua famiglia. Non aveva subito trasfusioni di sangue o di derivati ematici e non era tossicodipendente. Viveva in una regione rurale scarsamente popolata, dove erano presenti potenziali vettori di malaria. Un'indagine porta a porta ha localizzato un portatore di gametofiti; si trattava di una donna proveniente dall'India, che viveva in una fattoria a 500 metri di distanza da quella della paziente. Nei locali adiacenti alla casa della paziente sono stati rinvenuti numerosi anofeli, potenziali vettori di malaria. Si è concluso che era stata infettata tramite puntura di *Anopheles labranchiae*, a sua volta infettata da *Plasmodium vivax* sulla donna indiana. Il caso è stato classificato come malaria introdotta [7].

► Nel 2005 in un ospedale del Nord Italia è stato ricoverato un bambino con febbre alta e con esami infettivologici normali. L'andamento della temperatura (picchi di febbre) ha suggerito la diagnosi di malaria, confermata dall'esame di laborato-

rio. Il bambino non aveva una storia di esposizione compatibile con la diagnosi: non viaggi, non abitazione in una zona a rischio, ma in collina. L'eziologia, poi confermata, era invece compatibile con una zanzara infetta importata con un carico di frutta esotica proveniente da aree malariche e distribuita nei punti vendita della zona di residenza del bambino, che si trovava proprio sopra a un negozio ortofrutticolo.

► Va ricordato che le epidemie di *West Nile* e *Chikungunya*, due virus trasmessi dalle zanzare, sono in rapida espansione in diversi Paesi con migliaia di casi.

Il virus *Chikungunya* ha fatto scattare una sorta di allarme generale negli ultimi tre anni con segnalazioni specifiche rivolte ai turisti che si recano nelle isole dell'Oceano Indiano (Mayotte, La Reunion, Mauritius, Seychelles, Maldive). Il problema si sta espandendo verso Est in India e Indonesia dove è tuttora in atto un'epidemia con migliaia di casi e dove uno dei vettori principali sembra essere proprio *Aedes albopictus*. Nello scorso numero di questa rivista è stato pubblicato un Preliminary Report sul primo focolaio epidemico di *Chikungunya* in Europa, che si è verificato in Romagna nella estate 2007 [10]. Il totale dei casi registrati nel corso dell'episodio ammonta a 16; fra questi un bambino.

Il virus *West Nile*, molto attivo in America ed Europa, sfrutta come via di diffusione gli uccelli (migratori e stanziali) e come vettori principali diverse specie di zanzara del genere *Culex* [8]. Altri patogeni assai pericolosi per l'uomo, potenzialmente veicolabili da *Aedes albopictus*, sono Rift Valley, Febbre gialla, Dengue, Encefalite giapponese.

Come proteggersi

Come è noto, la puntura di ZT è causa di un intenso fastidio che in alcuni casi può perdurare anche molto tempo. Nelle persone molto sensibili il fastidio può addirittura trasformarsi in manifestazioni allergiche anche gravi. Per alleviare la sensazione di fastidio causata dalle punture di Zanzara Tigre è possibile trattare l'area colpita con applicazioni di ghiaccio, crema a base di cortisone, aloe vera, o pomate a base di calendula, arnica e camomilla. Si sconsiglia di fare uso di creme antistaminiche, ammoniacale, o di strofinare i pomfi.

Per difendersi dalle punture di zanzare è consigliabile vestirsi con pantaloni lunghi e maniche lunghe, con colori chiari, e non utilizzare profumi [9].

Un metodo di difesa personale che può essere intrapreso consiste nell'utilizzo di repellenti. Per una buona efficacia tali prodotti vanno applicati prima di uscire e riapplicati poi secondo le istruzioni riportate sulla confezione. Indispensabile risulta la scelta di un prodotto che offra protezione per tutto il periodo in cui si soggiorna fuori casa. Esistono in commercio repellenti chimici come dietiltoluamide (DEET) o picaridina (KBR 3023) e fitorepellenti come oli essenziali di citronella, basilico, lavanda, geranio, soia, andiroba (*Carapa guaianensis*), Neem.

Il DEET risulta molto efficace, ad ampio spettro e ha una lunga durata: nel 30% protegge 6 ore, nel 15% 5 ore, nel 10% 3 ore, nel 5% 2 ore. Negli USA esistono delle limitazioni per i bambini sotto i 12 anni ed è proibito ai neonati. In Canada il DEET è proibito nei bambini sotto i 6 mesi, è autorizzato nei bambini tra 6 mesi e 2 anni a concentrazioni non superiori al 10% e non più di una volta al giorno; dai 2 ai 12 anni a concentrazioni non superiori al 10% e non più di tre volte al giorno. La picaridina KBR 3023 al 20% e al 10% protegge rispettivamente per 8 e 4-6 ore. Ha il vantaggio di non essere assorbita e risulta adatta a tutte le età al di sopra dei 2 anni.

Le tipologie di fitorepellenti sono varie: per esempio gli oli di citronella e lavanda offrono una protezione da 30 minuti fino a 2 ore, ma non sono da utilizzare nei bambini sotto i 2 anni. Candele al 3% e incensi al 5% possono ridurre del 40% le punture d'insetti.

Per difenderci dalle zanzare e garantire notti serene ai più piccoli la soluzione

migliore e più efficace rimane sempre la zanzariera.

Per limitare la diffusione di questo insetto in un qualsiasi territorio l'unica arma possibile è l'impegno delle istituzioni sanitarie, comunali e provinciali, che dovranno relazionarsi con i referenti nazionali dell'ISS. Per limitare la diffusione di questo insetto, molto possono già cominciare a fare anche i cittadini, seguendo semplici consigli. I medici dovrebbero suggerire di:

- ▶ evitare di abbandonare materiali in cumuli all'aperto, che possano raccogliere l'acqua piovana;
- ▶ eliminare l'acqua dai sottovasi, dagli annaffiatori, dai bidoni, dai copertoni;
- ▶ innaffiare direttamente con le pompe gli orti e i giardini, senza mantenere riserve di acqua a cielo aperto;
- ▶ usare, in caso di necessità, recipienti coperti e provvisti di zanzariera, ben fissata e tesa;
- ▶ introdurre pesci rossi, grandi predatori delle larve di zanzara, nelle vasche e nelle fontane dei giardini.

Il monitoraggio

La ZT è una specie estremamente adattabile e per impedire che negli anni prossimi il livello di popolazione raggiunga densità molto elevate, come peraltro si è verificato sistematicamente in molte città italiane, è molto importante mantenere un sistema di monitoraggio su ampia scala e un piano strategico di sorveglianza e controllo. Il monitoraggio è un metodo indiretto di sorveglianza che consente di ottenere informazioni al passo con lo sviluppo della popolazione di adulti, seguendone l'incremento e l'espansione sulla base del numero di uova "catturate" in semplici contenitori attrattivi nei confronti delle femmine gravide (ovitrappole). ♦

Bibliografia

- [1] Hawley WA. The biology of *Aedes albopictus*. Journal of the American Mosquito Control Association 1988;4:2-39.
- [2] Toma L, Severini F, Di Luca M, et al. Seasonal patterns of oviposition and egg hatching rate of *Aedes albopictus* in Rome. Journal of the American Mosquito Control Association 2003;19:19-22.
- [3] Romi R. *Aedes albopictus* in Italia: un problema sanitario sottovalutato. Ann Ist Super Sanità, 2001;37:241-7.
- [4] Venturelli C, Maggioli F. Caratteristiche degli ambienti e presenza di Zanzara Tigre: indagine sui diversi ambiti insediativi nel territorio urbano. Atti del Convegno "Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre", 23 febbraio 2005, Regione Emilia Romagna, Bologna 2007;50:29-41.
- [5] Venturelli C, Mascali Zeo S, Vitali P, et al. Definizione di una soglia di molestia: relazione tra grado di infestazione, disagio percepito e andamento meteorologico. Atti del Convegno "Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre", 23 febbraio 2005. Regione Emilia-Romagna, Bologna 2007;50:43-64.
- [6] Masetti A, Rivasi F. Screening entomologico per la ricerca di agenti patogeni. Atti del Convegno "Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre", 23 febbraio 2005, Regione Emilia-Romagna, Bologna 2007;50:105-13.
- [7] Baldari M, Tamburro A, Sabatinelli G, et al. Introduced malaria in Maremma, Italy, decades after eradication. Lancet 1998;351:1246-7.
- [8] Cancrini G, Frangipane di Regalbono A, Ricci I, et al. *Aedes albopictus* is a natural vector of *Dirofilaria immitis* in Italy. Veterinary Parasitology 2003;118:195-202.
- [9] Battistini G, Del Greco D. Problematiche socio-sanitarie legate alla presenza di *Aedes albopictus* nella città di Parma. Convegno nazionale sulla Zanzara Tigre, Parma 2006.
- [10] Palazzi M, Venturelli C. Prima epidemia di Chikungunya in Europa. Quaderni acp 2007;14: 237.

Siti web utili

- www.zanzaratigreonline.it
 www.epicentro.iss.it
 www.caa.it
 www.eurosurveillance.org/em/v11m12
 http://www2.ncid.cdc.gov/vector/SOPs/InsectTrai
 n.pdf
 http://www.mosquito.org/items4nonmems.php
 http://www.tumblebooks.com/town.swf

• Gli Autori dichiarano assenza di conflitto di interessi.

QUANTO È UTILIZZATA LA VERSIONE ON-LINE DI QUADERNI ACP?

Numero accessi: 4198

Europa	43,81 %
Nord America	8,67 %
Asia, Oceania, Africa	0,31 %
Accessi di provenienza non identificabile	47,21 %

Diamo qui sopra il numero di accessi registrati nel mese di **ottobre 2007**. Come si vede, il numero di accessi è superiore alla tiratura della rivista, per cui si può concludere che *Quaderni acp* è anche una rivista on-line.

Vittime silenziose: i bambini e l'HIV

Raffaella Ravinetto*, Laura Ciuffi**

*Presidente MSF Italia; **Consigliere MSF Italia

Quaderni acp si propone di offrire un panorama delle organizzazioni non governative che nei Paesi in via di sviluppo operano nel campo dell'assistenza all'infanzia. In questo numero presentiamo Medici Senza Frontiere (MSF) e la sua attività nel campo dell'AIDS pediatrico.

Parole chiave Medici senza frontiere. HIV. Organizzazioni non governative

“Medici Senza Frontiere” (MSF) è un'organizzazione internazionale medico-umanitaria, che porta soccorso alle popolazioni povere e alle vittime della guerra e delle catastrofi di origine naturale o umana, senza discriminazioni e in spirito di neutralità, imparzialità e indipendenza. Si occupa di AIDS dagli anni '90 e negli ultimi anni si è impegnata in particolar modo perché la terapia antiretrovirale sia disponibile per le popolazioni vulnerabili dei Paesi in via di sviluppo (PVS). I bambini sono particolarmente vulnerabili. Secondo UNAIDS¹, l'AIDS ne uccide ogni anno circa mezzo milione: circa 1400 decessi al giorno fra i minori di quindici anni. La mortalità si accompagna a un'incidenza che, a più di vent'anni dall'inizio della pandemia, è ancora in aumento: ogni minuto, un bambino contrae l'infezione dell'HIV. Moltissimi sono i bambini che, non contagiati, soffrono le conseguenze dell'AIDS: gli orfani erano, nel 2003, 15 milioni, e oggi circa il 9% dei bambini sub-sahariani ha perso almeno un genitore a causa dell'AIDS. La malattia dei genitori determina per i bambini gravi difficoltà economiche, sociali e psicologiche. Nel 90% dei casi, il virus è trasmesso dalla madre durante la gravidanza, il parto o l'allattamento. La trasmissione *verticale* è prevenibile con misure che comprendono la terapia antiretrovirale per la madre e il neonato, il parto cesareo e l'allattamento artificiale. Nei PVS tali misure non sono sistematicamente disponibili. Per esempio, non è ancora stata sviluppata una formulazione di farmaci antiretrovirali facilmente somministrabile al bambino alla nascita e nessun produttore pare intenzionato a farlo. Anche nel restante 10% dei casi, la trasmissione è dovuta alla povertà e alla vulnerabilità: per esempio, trasfusioni con sangue contaminato, e anche abusi sessuali.

Complessità della diagnosi e della terapia

In certi Paesi, l'AIDS costituisce la prima causa di morte sotto i 5 anni. La mortalità precoce è dovuta, in parte, a una diagnosi tardiva: fino a 18 mesi, infatti, non è possibile effettuare una diagnosi precisa usando le metodiche standard, basate sull'identificazione degli anticorpi. L'ideale sarebbe utilizzare un metodo diretto di ricerca del virus, ma le apparecchiature e i test disponibili sono troppo costosi per i PVS. La diagnosi tardiva si traduce nel decesso, entro i 2 anni di età, di circa la metà dei bimbi nati con l'HIV. MSF segue circa settemila bambini in terapia antiretrovirale nei PVS. I risultati di alcuni programmi sono stati presentati alla Conferenza Internazionale di Sidney nel luglio 2007². Dal punto di vista clinico, i risultati sono spesso positivi: la probabilità di sopravvivenza di una coorte di bambini ugandesi era del 91% dopo 6 mesi e dell'86% dopo 12 mesi di terapia antiretrovirale. Ma i risultati virologici, indicatori della sopravvivenza a lungo termine, non sempre sono ottimali; questo comporta la necessità di passare a terapie di seconda linea, molto costose e particolarmente complesse in età pediatrica. Per quanto il campione sia numericamente limitato, il dato conferma le preoccupazioni rispetto all'efficacia della terapia antiretrovirale, quando si è costretti a somministrarla utilizzando formulazioni non adatte ai bambini. In mancanza di alternative appropriate, si devono frazionare le compresse destinate agli adulti, o fare ricorso a sciroppi difficili da dosare correttamente, soprattutto per gli orfani affidati alle cure degli anziani della famiglia. Questo può tradursi nella involontaria somministrazione di dosi approssimative e nell'induzione di resistenze. L'OMS raccomanda il ricorso a combinazioni pediatriche a dosi fisse, che semplificano la corretta assunzione della terapia; ma queste preparazioni sono ancora poco disponibili sul terreno.

Un problema di giustizia

I bambini sono le vittime più silenziose e trascurate della pandemia: a livello globale e locale, si investe poco per prevenire e curare l'AIDS pediatrico e per sviluppare strumenti diagnostici e terapeutici adeguati. Forse perché i bambini dei Paesi poveri hanno scarsa visibilità; forse persino perché non hanno valore “produttivo”, ed è meno “urgente” occuparsi di loro. Il tutto va poi visto nel contesto generale dei Paesi poveri, dove i sistemi di salute sono fragili e l'accesso all'assistenza sanitaria limitato. La mancanza di formulazioni farmaceutiche adeguate, in particolare, si spiega col fatto che l'AIDS pediatrico è ormai una patologia prevalente nei Paesi poveri di risorse, e perciò non rappresenta un campo di investimento privilegiato per l'industria, che concentra gli investimenti per lo sviluppo farmaceutico su settori più redditizi. Così, la terapia antiretrovirale per i bambini è più difficile, più costosa e meno diffusa di quella per gli adulti, per i quali siamo tuttavia ben lontani dall'obiettivo, eticamente imperativo, del trattamento universale; solo il 28% di coloro che globalmente necessitano della terapia antiretrovirale la sta ricevendo!

È perciò imperativo che i Governi, i donatori, l'industria, i Ministeri della Salute e le ONG, diano reale priorità:

- ▶ allo sviluppo di programmi per la prevenzione della trasmissione verticale, allo sviluppo di formulazioni farmaceutiche adatte ai bambini nel contesto dei Paesi poveri;
- ▶ all'integrazione della prevenzione, diagnosi e trattamento dell'HIV-AIDS nei programmi di salute rivolti ai bambini.

Offrire la possibilità di non essere contagiati, o di essere adeguatamente curati, ai bambini del “Sud” come a quelli del “Nord” del mondo, è un imperativo etico non negoziabile, che deve stare a cuore a tutti gli operatori sanitari, dovunque essi operino. ♦

¹ http://www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/default.asp

² <http://www.accessmed-msf.org/prod/publications.asp?scntid=24720071027315&contenttype=PARA&>

Per corrispondenza:
Medici senza Frontiere
<http://www.msf.it>

Più vaccini per tutti i bambini

Per accelerare lo sviluppo di vaccini contro ceppi di germi presenti anche nei Paesi in via di sviluppo (per esempio pneumococchi) nella riunione del G8 dello scorso febbraio è stato deciso di stanziare 1,5 miliardi di dollari attraverso un nuovo strumento di finanziamento: l'*Advance Market Commitments* (AMCs). L'AMCs consiste nella promessa di acquistare un vaccino nel momento in cui sarà disponibile, se soddisferà i criteri di efficacia, utilità e prezzo stabiliti da una commissione indipendente. In questo modo si potrebbero rendere disponibili vaccini anche su alcuni mercati che in genere possono acquistarli dopo quindici o più anni dalla loro produzione, cioè solo dopo che saranno stati ripagati gli investimenti delle case farmaceutiche. Gli AMCs sono stati salutati con soddisfazione, ma anche con perplessità. Secondo alcuni l'AMCs avrebbe successo solo se la competizione fosse aperta anche alle aziende dei Paesi emergenti (Le Scienze 2007;9:27).

Equivalenti: il futuro del farmaco?

Il *Sole 24 ORE Sanità* di settembre u.s. ha pubblicato in supplemento il fascicolo "Equivalenti: il futuro del farmaco". Vi sono molti contributi, tutti finalizzati a promuovere l'uso dei generici e a ribadire la loro equivalenza rispetto ai farmaci griffati. La spesa pro capite lorda per i farmaci in Italia è di 228 € che sale a 265 € in Sud/isole. Tale spesa viene raggiunta grazie a una prescrizione di 857,4 Ddd/1000 abitanti (Ddd = *Defined daily dose*) come media nazionale che sale a 931,7 Ddd/1000 abitanti in Sud/isole. Quando si analizza la percentuale di Ddd per farmaci equivalenti, si osserva che quella nazionale è del 25,5% e quella del Sud/isole del 23,6%. Il direttore scientifico della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) sostiene che il segreto del successo degli equivalenti sta nella prescrizione "informata" del principio attivo. Viene anche posta in evidenza l'importanza della collaborazione dei farmacisti; visto che il loro guadagno è proporzionale al costo del farmaco dispensato, bisognerebbe prevedere – secondo la FIASO – un sistema di buoni o sconti che per lo meno non compensi gli introiti del venditore.

Interrogazione parlamentare sui latti

La senatrice Valpiana ha presentato una interrogazione al Ministro della Salute nella quale, premesso che:

► il Garante per la protezione dei dati personali ha sancito il divieto per le case editrici di proseguire la "schedatura" di decine di migliaia di nominativi di neo-mamme e neonati raccolti a fini di marketing, e ciononostante le pratiche proseguono;

► premesso ancora che una casa editrice, che pubblica alcuni periodici su tematiche relative alla gravidanza e alla prima infanzia, è stata segnalata come promotrice di prodotti avvalendosi di medici e infermieri di strutture ospedaliere che avevano il compito di distribuire coupon con i quali veniva raccolta una serie di dati (nome e cognome della mamma e del bambino, professione, data di nascita, numero di telefono ecc.);

► premesso che i coupon, distribuiti anche presso studi ginecologici, pediatrici e farmacie sono risultati, tra l'altro, privi di una corretta informativa e formulati in modo da non consentire di manifestare validamente il consenso;

la senatrice chiede di sapere se il Ministro sia a conoscenza di tale questione e se intenda richiamare il personale delle strutture ospedaliere pubbliche alla stringente e rigorosa attenzione dei regolamenti e delle norme di cui al Decreto legislativo 196/2003, nonché del Decreto ministeriale 500/1994, anche al fine di evitare il reiterarsi di simili episodi illeciti, pro futuro.

Una protesi del 1000 a.C.

Una protesi al posto di un alluce destro è stata individuata in una mummia del 1000-600 a.C. Per accertare se fosse cosmetica o funzionale un gruppo di ricerca dell'Università di Manchester sta reclutando volontari amputati disposti a provare funzionalmente una copia del manufatto (Le Scienze 2007:9:34).

Beni e servizi per l'infanzia

Nell'ultimo anno la produzione di beni e servizi legati alla prima infanzia è cresciuta in modo esponenziale: sono ben 11.403 le imprese italiane che si occupano dei bisogni di mamme e bambini.

È questo il dato diffuso dalla Camera di Commercio di Milano: secondo l'elaborazione sui dati del registro delle imprese al secondo trimestre 2007, le Regioni più "specializzate" sono la Lombardia col

23,6% delle imprese iscritte come asili nido e il 70% delle fabbriche di carrozzine e passeggini, e la Campania con il 16,9% dei negozi per neonati e bambini e il 29,9% delle scuole materne e speciali. Il settore che è cresciuto di più? Gli asili (2117 attivi, +12,2% in un anno) e l'abbigliamento per l'infanzia (6804 imprese, +6,2% dallo scorso anno). Gli asili in un anno crescono in tutte le Regioni: Liguria (+30,3%), Lazio (+24,3%), Emilia-Romagna (+17,4%), Sicilia (+15,8%), Toscana (+14%) e Lombardia (+12,9%). Per i negozi di abbigliamento per bambini e neonati gli affari vanno bene nelle Marche (+11,7%), in Abruzzo (+11,2%) e in Lombardia (+10,3%). Tra le province italiane, regina dei baby settori è Napoli con 1052 imprese attive; seguono Roma con 594 imprese e Milano con 569 imprese. Bergamo è la provincia che primeggia per fabbriche di carrozzine: sono 12, il 30% del totale italiano (Help Consumatori del 05/09/2007).

Sanità: Italia 18^a o 2^a?

L'Italia è 18^a in Europa per quanto riguarda l'assistenza sanitaria a misura di consumatore, perdendo sette posizioni rispetto allo scorso anno, quando si piazzò all'11^o posto. A dirlo l'"Euro health consumer index" nell'edizione 2007, una classifica redatta da Health Consumer Powerhouse – azienda che fornisce informazioni sui sistemi sanitari in Europa, con sede a Bruxelles che la stila dal 2005. L'edizione 2007 della classifica, che considera 29 Paesi, ha visto sveltare al primo posto l'Austria, seguita dai Paesi Bassi, vincitori dell'edizione 2005, e dalla Francia che invece è arrivata prima lo scorso anno. "L'Italia dispone attualmente di servizi di informazione sanitaria piuttosto buoni, trasparenti e accessibili. Peccato che i cittadini non ne sono bene informati: un po' più di marketing non guasterebbe!" ha detto Johan Hjertqvist, presidente di Health Consumer Powerhouse commentando i risultati italiani. L'"Euro health consumer index" premia ogni anno il migliore tra i sistemi sanitari nazionali dei Paesi europei, prendendo in considerazione cinque aspetti fondamentali per i consumatori: i diritti e l'informazione dei pazienti, i tempi di attesa per trattamenti comuni, i risultati delle terapie, la generosità del sistema e l'accesso ai farmaci. L'Index viene tracciato attraverso una combinazione di statistiche pubbliche e ricerca indipendente,

sulla salute

Health Consumer Powerhouse (Reuters, 1 ottobre 2007). Per contro, secondo il Comitato indipendente di valutazione delle buone pratiche (OMS) la Sanità italiana è la seconda al mondo per capacità e qualità dell'assistenza in rapporto alle risorse investite (Il Sole 24 ORE Sanità 2007;9-15 ottobre, pg 8).

Attenti a cosa diamo ai nostri lattanti!

L'Agenzia spagnola per la sicurezza alimentare e nutrizione (Aesan) ha ordinato il ritiro dal commercio del *Blevit Digest* (Laboratori Ordesia), prodotto a base di camomilla e finocchio; l'Agenzia sospetta una relazione causa-effetto per due casi di botulismo in lattanti a cui era stato somministrato il prodotto. Le indicazioni del *Blevit Digest* sono le coliche del lattante. Se fosse accertata la relazione causale, avremmo un motivo in più per riflettere sulle terapie "mediche" delle cosiddette "coliche del lattante"!

<http://www.aesan.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>

I coloranti e la iperattività

La Commissione Europea chiede all'Autorità europea per la sicurezza alimentare di Parma (Efsa), dalla quale dipende l'approvazione dell'uso di ogni tipo di additivo alimentare, se i coloranti di bibite e merendine possono determinare iperattività. Una volta che l'Efsa avrà espresso il suo parere su questo studio, la Commissione deciderà se sarà necessario emanare nuove regole in questo settore. Il dubbio nasce dopo la segnalazione di una ricerca britannica dell'Università di Southampton pubblicata su *Lancet*.

Secondo lo studio "alcuni coloranti e additivi per alimenti possono peggiorare le condizioni di quei bimbi, tra i 3 e i 9 anni, che presentano comportamenti riconducibili a iperattività". Dello stesso parere è l'Agenzia britannica per la sicurezza alimentare (Fsa).

Le conclusioni sono il frutto di test condotti su oltre 300 bambini "che mostravano significativi cambiamenti di comportamento quando bevevano succhi di frutta aromatizzati o colorati". Lungo è l'elenco dei coloranti e degli additivi risultati "colpevoli". Si va dall'E110 alla carmoisina (E122), all'artrazina (E102), al rosso ponceau (4R) e agli additivi come il sodio benzoato (E211)", hanno dichiarato gli autori della ricerca.

http://www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753820_home.htm

"Frutta Snack - Melamangio con gusto"

Incentivare il consumo di frutta e verdura a scuola e in famiglia quale buon sistema per prevenire forme tumorali e patologie cardiovascolari; educare alla salute attraverso una corretta alimentazione e un comportamento più critico nei confronti delle sofisticate strategie pubblicitarie. E ancora, sviluppare la capacità di scegliere consapevolmente un alimento tra la pluralità di comportamenti suggeriti dai mass-media. Sono questi gli obiettivi del Progetto "Frutta Snack - Melamangio con gusto", promosso dal Ministero della Salute e da quello della Pubblica Istruzione nell'ambito del programma interministeriale "GuadagnareSalute (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_605_allegato.pdf). Il Progetto, per il corrente anno scolastico, si attuerà in 80 scuole e coinvolgerà circa 60.000 ragazzi nelle aree urbane di Bologna, Roma e Bari. La sperimentazione prevede la distribuzione di merende sane e gustose composte da frutta in collaborazione con le ditte operanti nel settore e i gestori dei bar scolastici. Inoltre - in alternativa alle solite merendine ipercaloriche - saranno allestiti distributori automatici erogatori di frutta fresca, trasformata o miscelata (per esempio con yogurt). Verrà infine prodotto materiale divulgativo per i ragazzi e le famiglie e i ragazzi diventeranno protagonisti in quanto, attraverso le loro risposte a un questionario, sarà monitorata la validità dell'iniziativa.

Spot "di corsa" sui medicinali

Un decreto del Ministero della Salute (18 agosto 2007) vieta che, negli spot, le avvertenze relative alle caratteristiche di prodotto e le avvertenze mediche siano limitate ai precipitosi 3 secondi finali dello spot che li rendono incomprensibili. Le caratteristiche di prodotto devono essere scandite "con parole chiare e udibili". La sorveglianza è affidata ai Nas che in caso di infrazione potranno applicare sanzioni pecuniarie (Altroconsumo/salutest 2007).

Mortalità materna

Bosnia, Danimarca, Irlanda, Italia, Grecia e Svezia sono gli Stati con i migliori indici di mortalità materna: eguale o minore di 3/100.000 nati vivi. La Gran Bretagna e la Francia registrano un valo-

re di 8/100.000, gli USA di 11, l'Olanda di 6, la Finlandia di 7, la Germania di 4 (Lancet 2007;370:1311).

Ossido nitrico

Sul numero di ottobre di *Nature Reviews Neuroscience* è stato pubblicato un articolo dal titolo "Nitric oxide in the central nervous system: neuroprotection versus neurotoxicity". In questo lavoro, di cui è co-autore il dott. Cesare Mancuso, ricercatore universitario confermato presso l'Istituto di Farmacologia dell'Università Cattolica di Roma, viene focalizzata l'attenzione sulle molteplici funzioni dell'ossido nitrico nel sistema nervoso centrale: da neurotrasmettitore a regolatore dell'asse dello stress, da neurotossina ad agente neuroprotettivo. Inoltre, è stata evidenziata l'importanza dell'ossido nitrico nella patogenesi di malattie neurodegenerative quali la demenza di Alzheimer e il morbo di Parkinson, ed è stato discusso l'uso di sostanze antiossidanti di origine naturale, queste ultime in grado di contrastare gli effetti tossici dell'ossido nitrico nella terapia di queste patologie (SIF-Infoma - News Letter 27/2007).

Cari amici,

vi dobbiamo dare una notizia bruttissima. Il 3 dicembre un incidente automobilistico ci ha portato via

PASQUALE CAUSA

Ci ha portato via la Sua inarrestabile voglia di sognare alto e di proporre all'ACP progetti e interventi capaci di trascinare chi l'ascoltava, anche se, spesso, Gli si doveva raccomandare di calarli nella dura realtà. Egli, dal sognare alto e dagli accigliati entusiasmi dell'aula, era poi capace di passare al quotidiano. Lo ha dimostrato con l'approfondimento dei problemi dell'avvio alla lettura precoce, della quale ha studiato e provato la praticabilità nell'ambulatorio. È una cosa che gli è piaciuto molto fare e la collezione di questo Suo lavoro, su un tema che è molto caro a noi e ai bambini ai quali è stato dedicato. Cercheremo di non disperderlo. Tutti abbiamo avuto la Sua amicizia e conosciuto la Sua intelligenza; oggi ci sentiamo più soli.

Sit tibi terra levis

Ossitocina e attaccamento

Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella
 Pediatri di famiglia, ACP Puglia e Basilicata

Abstract

Oxytocin and attachment

Mother-infant Attachment Bonding (AB) begins at birth from the combined action of hormones and neuromediators, the most important of which is Oxytocin (OT). This is an hypothalamic hormone that supervises the preservation of the species. OT acts as antagonist of the Hypothalamus-pituitary-adrenal axis, the latter responsible of the individual's self preservation (attack and escape reactions). OT is implied in physiological and behavioural aspects induced by social relations in a general context, but it is mainly involved in the physiology of mating, child-birth and lactation. Oxytocin governs all the correlated behaviours: couple bonding and mother-infant AB. By means of OT, proximal care promote mother-infant AB. Interventions that reduce OT actions (as Epidural analgesia, delay in starting breastfeeding, forced separation of mother and infant in hospital and at home) are inconsiderable because they don't support parenting and impair the formation of a firm AB, extremely important for a child's psycho-physical and social wellbeing.

Quaderni acp 2007; 14(6): 254-260

Key words Oxytocin. Attachment. Proximal care. Parenting

Il legame di attaccamento madre-bambino si instaura sin dalla nascita per l'azione congiunta di ormoni e neuromediatori, fra cui il più importante è l'ossitocina (OT), ormone ipotalamico che sovrintende alla conservazione della specie. L'OT agisce in antagonismo con l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che è invece responsabile della conservazione dell'individuo (reazioni di attacco e fuga). L'OT è implicata negli aspetti fisiologici e comportamentali indotti dalle relazioni sociali in un contesto generale, ma soprattutto è implicata nella fisiologia dell'accoppiamento, del parto e dell'allattamento, dei quali contestualmente governa i correlati aspetti comportamentali: il legame di coppia e il legame di attaccamento madre-bambino. Le cure prossimali tramite l'azione dell'OT promuovono il legame madre-bambino. Interventi che ne riducono l'azione (come l'analgia epidurale al parto, il ritardo nell'inizio dell'allattamento al seno, la forzata separazione di madre e bambino in ospedale e a casa) sono sconsigliabili in quanto non sostengono la genitorialità e pregiudicano la formazione di un saldo legame di attaccamento, che è alla base del benessere psico-fisico e sociale del bambino.

Parole chiave Ossitocina. Attaccamento. Cure prossimali. Genitorialità

Il legame madre-bambino è cruciale per la sopravvivenza della specie, pertanto è regolato da ferree leggi biologiche e molti aspetti sono geneticamente determinati.

Dagli 8 mesi di vita circa il legame di attaccamento madre-bambino è garantito dal sistema comportamentale innato dell'attaccamento (descritto da Bowlby) che fino ai 36 mesi ha la sua massima espressione. In questo momento della vita, che coincide con l'acquisizione di una mobilità autonoma (i più precoci infatti iniziano a gattonare e a camminare), la prossimità alla madre è garantita dall'ansia

provocata dalla separazione, soprattutto in presenza di pericoli ambientali; i bambini cercano quindi di recuperare attivamente la prossimità limitando le attività di esplorazione.

Il legame di attaccamento madre-bambino è garantito sin dalla nascita da una serie di comportamenti e di emozioni, la cui regia è dettata dall'azione congiunta di ormoni e neuromediatori (prolattina, oppioidi, dopamina, GABA, serotonina). Tra tutti un ruolo rilevante lo riveste l'ossitocina (OT).

L'OT è un ormone composto da nove aminoacidi; viene prodotto, come sito

primario, dai neuroni magnocellulari del nucleo paraventricolare e dal nucleo sopraottico dell'ipotalamo. Questi neuroni proiettano i loro assoni terminali nella neuroipofisi, rilasciando di lì l'ormone nel torrente sanguigno. L'OT inoltre è sintetizzata nei neuroni parvocellulari del nucleo paraventricolare dell'ipotalamo e in altri nuclei del sistema limbico che mostrano estese proiezioni in tutto il sistema nervoso centrale, determinando influenze sul comportamento sociale. Alcuni recettori cerebrali per l'OT appaiono transitori, altri sono presenti solo durante l'infanzia o lo sviluppo, altri regolati dagli steroidi gonadici, altri ancora presenti costantemente.

Perifericamente organi bersaglio di questo ormone sono mammella, utero, ovaio, testicolo, prostata, ma anche rene, cuore e sistema vascolare, timo, cellule adipose, pancreas, surrene [1-2].

L'OT è strettamente correlata strutturalmente alla vasopressina, da cui si differenzia per un solo aminoacido. Ambedue fanno parte di una famiglia di nonapeptidi che possono essere rintracciati filogeneticamente fino agli invertebrati.

L'OT e la vasopressina sono ormoni che si ritrovano solo nei mammiferi, probabilmente derivati dall'arginina - vasotocina (antico peptide implicato nel comportamento riproduttivo di rettili, anfibi e uccelli) che se ne differenzia per un solo aminoacido [3].

L'OT è un ormone prosociale e sovrintende a una serie di funzioni implicate con la trasmissione dei geni e la conservazione della specie quali l'accoppiamento, la nascita, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari.

È secreta in seguito a generici stimoli cutanei non dolorosi (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle) quali si producono per il contatto intimo con altri esseri viventi, ma anche in seguito a stimoli cutanei specifici collegati alle funzioni della riproduzione e dell'allevamento della prole quali il rapporto ses-

Per corrispondenza:
 Annamaria Moschetti
 e-mail: cetra4@alice.it

aggiornamento avanzato

suale, il parto, la suzione della mammella. In queste occasioni sovrintende ai cosiddetti riflessi di emissione:

1. durante il rapporto sessuale il picco di OT associata all'orgasmo determina l'eiaculazione attraverso la stimolazione di cellule muscolari lisce del tratto riproduttivo e nella donna la contrazione della parete vaginale [4];
2. durante il parto la distensione della vagina e della cervice uterina, determinata dalla testa del feto, determina un picco di OT che provoca la contrazione dell'utero producendo l'espulsione del feto e successivamente della placenta. L'OT perdura elevata nel sangue fino a un'ora dopo il parto [5];
3. la suzione della mammella da parte del bambino stimola la secrezione pulsatile di OT, che determina la contrazione delle cellule mioepiteliali che circondano i dotti galattofori con la conseguente emissione del latte (figura 1).

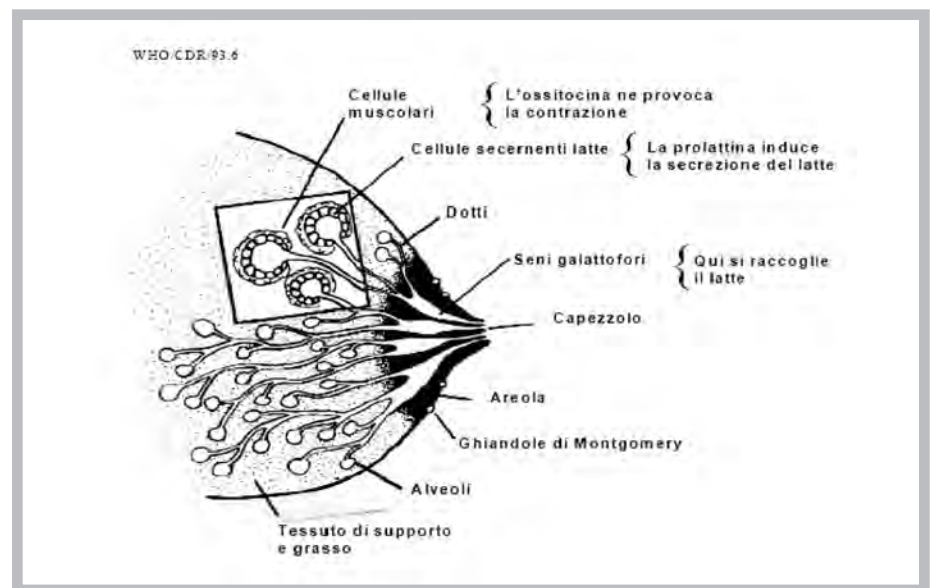
Ma l'OT viene secreta anche in seguito a contatti meno "ravvicinati" di quello pelle a pelle, per esempio alla semplice visione della persona amata [6-7] o nel corso di transazioni interumane tra pari caratterizzate dalla fiducia reciproca [8-9], quindi per stimoli esclusivamente psichici.

L'ormone, oltre che sovrintendere agli aspetti organici della riproduzione umana, determina e regola la produzione degli stati della mente e delle emozioni che favoriscono l'accoppiamento, il legame parentale, l'accudimento della prole; il compito della riproduzione non sarebbe portato a termine con successo, infatti, se il piccolo dell'uomo, assolutamente inetto, non potesse fruire di un accudimento costante e protratto nel tempo fino all'epoca della sua maturità.

La competenza genitoriale è, a sua volta, garantita dal "legame" emozionale che tiene uniti i partner riproduttivi tanto da farne una coppia di genitori e dal "legame" emozionale che lega la madre, che di solito è il caregiver primario, al bambino, tanto da indurla a scegliere di tenerlo presso di sé con perseveranza, di proteggerlo dai pericoli e di accudirlo nel migliore dei modi. La natura dunque provvede a creare le condizioni per le quali il neonato e la madre, attraverso una serie di meccanismi finemente rego-

FIGURA 1: ANATOMIA DELLA MAMMELLA; L'OT PROVOCA LA CONTRAZIONE DELLE CELLULE MUSCOLARI CHE CIRCONDANO I DOTTI

(<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/oms.htm>)



lati, si legano di un legame "amoroso" che li tiene *costantemente* vicini e che è, esso stesso, indotto dalla vicinanza (con un meccanismo di feedback positivo), così che la madre può fornire al bambino cure adatte alla sua sopravvivenza e alla sua crescita. Le cure "prossimali" sono uno dei fondamenti della naturale attitudine degli esseri umani a essere efficienti genitori.

Ma per capire le complesse azioni dell'OT bisogna prima tenere presente che sono gli indicatori ambientali relativi alla sicurezza che danno il "nulla osta" al processo procreativo e quindi all'azione ossitocinica. In gravi situazioni di pericolo ambientale, è preferibile sia garantita la sopravvivenza dell'individuo singolo, che è più in grado di fuggire e di aggredire difendendo così il patrimonio genetico di cui è portatore, piuttosto che di una madre gravida o con figli piccoli, assai più vulnerabile e destinata a soccombere essa stessa con la sua prole disperdendo il suo patrimonio genetico e quello trasmesso ai piccoli.

Ed è per questo che il sistema deputato alla difesa dell'individuo è in stretta relazione con il sistema deputato alla riproduzione della specie, essendoci tra i due un rapporto di reciproco controllo, inibizione-modulazione [10].

Gli indicatori di rischio ambientale possono, tramite l'attivazione dell'amigdala

e la sua azione sull'ipotalamo, inibire le attività riproduttive inibendo il desiderio sessuale e la fertilità, determinando la morte del neonato attraverso l'ipogalattia o l'agalattia, o producendo l'abbandono del neonato tramite il disinvestimento affettivo. Tali fattori, in condizioni meno drammatiche, agiscono modulando l'accudimento materno in funzione della pericolosità ambientale, in modo da forgiare opportunamente la reattività agli stress e quindi le competenze difensive della discendenza [11-13].

Per contro, situazioni di tranquillità ambientale, innescando o "liberando" le attività riproduttive, "disarmano" gli individui tramite la sotto-regolazione dell'asse della conservazione dell'individuo e attivano così comportamenti e attività "prosociali" favorevoli alla riproduzione: calma, "socievolezza", fiducia reciproca, confidenza, legami di coppia e parentali e sul versante biologico mantenendo qualità e quantità del latte, migliorando la funzione immune e opponendosi al catabolismo mediato dai glicocorticoidi.

L'amigdala è il centro nervoso attraverso il quale vengono intercettati i segnali di pericolo. Il nucleo laterale dell'amigdala riceve e integra gli input sensoriali provenienti dalle regioni limbiche e prefrontali e, tramite l'attivazione del nucleo centrale, evoca le risposte alla paura

(attacco e fuga, aumento della vigilanza, evitamento).

L'OT possiede una grande azione inibitoria sull'amigdala, dimostrata in vivo negli esseri umani attraverso la risonanza magnetica funzionale.

In laboratorio l'attivazione dell'amigdala attraverso la visione di facce e scene spaventose viene annullata o ridotta dalla somministrazione intranasale di OT [14-15].

Questo spiega perché l'incremento dell'OT nel corso dell'allattamento aumenta la resistenza della nutrice agli sforzi fisici; e difatti l'ACTH plasmatico, il cortisolo e la risposta della glicemia all'esercizio fisico risultano significativamente attenuati, così come i livelli basali di noradrenalina. Anche la reattività agli stress psicologici è ridotta [16-18]. L'allattamento ha conseguentemente una dimostrata azione di protezione verso gli stati d'ansia e depressivi (notoriamente associati a una iperattività dell'amigdala e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene) con tutto quanto ne consegue in termini di salute per il lattante e per la madre [19-20].

E, per inciso, sarebbe l'azione di calmierazione sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene dell'OT a costituire la base biologica della promozione della salute nelle epoche successive della vita, dovuta alle relazioni interumane supportive, con particolare riferimento alla prevenzione delle patologie cardiovascolari [21-24]. Allorquando le condizioni ambientali siano favorevoli per la riproduzione, l'ormone ne governa le funzioni agendo sia sul versante organico che su quello psicologico; infatti induce contestualmente modifiche del comportamento umano funzionali alla costituzione di un legame parentale col partner riproduttivo e un legame genitoriale con la prole, all'interno di legami sociali cooperativi. Osservazioni ed esperimenti su mammiferi (soprattutto quelli monogami che elargiscono cure biparentali) dimostrano una specifica azione dell'OT sul comportamento. L'osservazione della patologia, le tecniche neuroradiologiche e i test specifici dimostrano un analogo effetto dell'ormone nell'uomo. Tali effetti sono diretti, ma anche mediati dall'azione delle endorfine endogene e dalla complessa interazione con altri ormoni e neuromediatori.

Azione dell'OT nella formazione del legame di coppia e del legame parentale

Ci sono numerose dimostrazioni negli animali dell'azione dell'OT sulla formazione del legame di coppia e del legame madre-figlio. Gli studi più suggestivi riguardano due tipi di topi: il *Microtus ochrogaster*, topo di prateria, e il *Microtus montanus*, topo di montagna.

Queste due specie si differenziano notevolmente sia per la distribuzione e la densità dei recettori per l'OT che per il diverso comportamento sociale [3].

Il topo di prateria è tipicamente monogamo, vive in gruppi multigenerazionali e con un singolo partner riproduttivo col quale condivide il nido e il territorio, e col quale è in frequente contatto. I maschi partecipano alle cure parentali e scacciano gli intrusi dell'altro sesso. Alla morte del partner solo il 20%, sia dei maschi che delle femmine, si riaccoppia. I piccoli rimangono sessualmente repressi a lungo e per le femmine la pubertà sopraggiunge solo dopo l'esposizione a un segnale chimico proveniente dall'urina di un maschio non accoppiato. Dopo l'esposizione per 24 ore a questo segnale, la femmina diviene recettiva e, dopo essersi ripetutamente accoppiata col maschio, forma con questo un rapporto stabile. I neonati mostrano di desiderare un contatto sociale e dopo una breve separazione emettono segnali sonori da stress (distress call) e secernono corticosterone.

Il topo di montagna, invece, vive in tane isolate, mostra scarso interesse per il contatto sociale ed è chiaramente non monogamo. Il maschio mostra scarse cure parentali e le femmine abbandonano i loro piccoli poco dopo la nascita. Questi sin da subito non rispondono con il "pianto" (distress call) alla separazione.

Se sottoposto al "test di preferenza del partner" (dopo l'accoppiamento il topo viene lasciato libero di scegliere dove posizionarsi in una gabbietta con tre scomparti in cui il primo scomparto contiene il partner, il secondo è vuoto, il terzo un topo estraneo), il topo di prateria preferisce nettamente stare col compagno col quale precedentemente si era accoppiato, mentre quello di montagna preferisce stare da solo.

Le prove dell'implicazione dell'OT in questi differenti comportamenti sono date dalla diversa distribuzione e densità

dei recettori per questa nel cervello dei due tipi di topo, ma anche perché:

1. altri tipi di topo che mostrano simili differenze nel comportamento sociale mostrano la stessa differenza nella distribuzione dei recettori [25];
2. dopo il parto, nel periodo in cui i topi di montagna per un breve periodo hanno comportamenti parentali, il pattern dei legami recettoriali dell'OT muta per diventare simile a quello dei topi di prateria [25];
3. la somministrazione intracerebrale di OT provoca la formazione di un rapporto di coppia, anche in assenza di accoppiamento [26];
4. l'inizio del comportamento materno in femmine nullipare è facilitato dalla somministrazione intracerebrale di OT. Mentre l'iniezione di antagonisti dell'OT, o la distruzione delle cellule ipotalamiche che la producono, inibisce significativamente il comportamento materno [27-28].

Nelle pecore l'anestesia epidurale, bloccando il picco di OT post-partum, inibisce il comportamento materno, mentre la stimolazione vagino-cervicale induce la madre ad accettare un altro piccolo anche tre giorni dopo l'avvenuto attaccamento al proprio [29].

L'azione dell'OT sui comportamenti umani può essere osservata in quelle condizioni patologiche in cui l'OT aumenta a livello del sistema nervoso centrale al di fuori delle condizioni che normalmente la determinano. Una elevazione patologica di OT è stata riscontrata nel liquido cefalorachidiano di soggetti che presentano una forma di Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) [30].

Il DOC è caratterizzato da pensieri ricorrenti e indesiderati (ossessioni) e da comportamenti ricorrenti e incontrollabili (compulsioni), tra i quali quelli legati alla pulizia e all'evitamento di pericoli potenziali, e può considerarsi una esagerazione patologica di un istinto di protezione e cura, tanto Leckmann afferma che "alcune forme di DOC sono l'estremo di un range di comportamenti normali mediati dall'OT e sistemi correlati e che alcuni comportamenti normali cognitivi, affiliativi e sessuali contengono elementi simili alle caratteristiche del DOC" [31]. Questa patologia, significativamente, esordisce più frequentemente nel periodo post-partum [32].

Appare estremamente suggestiva in questo senso l'osservazione della qualità dell'accudimento delle madri depresse, per le quali è ipotizzabile una "down-regulation" dei comportamenti riproduttivi e pro-sociali per un'iperattivazione dell'amigdala. Uno studio ha infatti dimostrato che le madri con pregressa depressione post-partum avevano minor probabilità, a 30-33 mesi di età del bambino, di utilizzare i seggiolini, abbassare la temperatura dell'acqua calda e giocare con i bambini, mentre quelle con depressione in atto attuavano meno comportamenti protettivi (quali coprire le prese di corrente e chiudere gli armadietti) [33]. Un ulteriore contributo alla comprensione dell'azione psicotropa dell'OT è dato dall'uso di tecniche neuroradiologiche.

Nell'uomo uno studio eseguito usando la RMN funzionale ha mostrato che la visione di fotografie del proprio bambino o del proprio compagno attiva nel cervello regioni specifiche per ciascun tipo di legame e regioni comuni [7]. Le aree attivate appartengono al sistema della ricompensa e sono aree ad alta densità di recettori dell'OT e vasopressina.

Entrambe le immagini inoltre disattivano un gruppo comune di regioni associate con le emozioni negative (anche l'amigdala), il giudizio sociale e la "mentalizzazione" (o "teoria della mente"), cioè il discernimento delle intenzioni e delle emozioni altrui, la valutazione dell'affidabilità sociale, delle espressioni del viso e del giudizio morale, in altre parole tutti quegli stati mentali che ci "distanziano" dagli altri.

L'attaccamento umano utilizza, dunque, secondo le parole degli Autori, un meccanismo che consente di superare le distanze sociali (promozione della "confidenza") disattivando i circuiti usati per il giudizio sociale critico e le emozioni negative, mentre lega gli individui attraverso il coinvolgimento del circuito cerebrale della ricompensa, spiegando il potere dell'amore a motivare e a dare piacere.

Un altro studio ha confermato l'attivazione delle regioni correlate al circuito cerebrale della ricompensa associate con il gioco d'azzardo e di regioni della corteccia orbito-frontale laterale associate con la teoria della mente, con i comportamenti ossessivo-compulsivi e con il controllo della rabbia [6].

L'attività genericamente prosociale e aggregante dell'OT è dimostrata dalla sua relazione col sentimento della fiducia. Infatti, in soggetti sottoposti a test di laboratorio, il livello di OT plasmatica risultava significativamente più elevato quando questi percepivano, in una procedura standardizzata di gioco, l'atteggiamento di fiducia da parte di un altro giocatore che elargiva somme di denaro confidando di vederselo restituire [8-9]. Ma un ulteriore importante effetto sulla mente è dovuto a questo ormone: esso determina, in un'azione concertata con quella delle endorfine endogene, il piacere di stare vicini e la conseguente ricerca attiva della prossimità da parte dei partner della relazione amorosa.

Come già detto, la prossimità è estremamente vantaggiosa per la sopravvivenza ed è per questo che il contatto fisico è premiato dal piacere e dalla riduzione del dolore, effetti mediati dalla OT e dalle sue interazioni con il sistema degli oppioidi endogeni (specialmente μ e κ , recettori nella sostanza grigia periacqueduttale) [34-38].

La potente interazione dell'OT con il sistema degli oppioidi endogeni è dimostrata dalla efficacia del contatto pelle a pelle madre-neonato nella riduzione del dolore provocato dalla puntura del calcagno del bambino per scopi diagnostici e valutata attraverso la percentuale di tempo durante la quale il neonato piange o fa smorfie di dolore nel corso della procedura [39].

Durante la riunione tra madre e figlio la quota di contatto fisico tra i due sarebbe, dunque, regolata dalla reciproca attivazione dei rispettivi sistemi oppioidi. Questa attivazione dei sistemi oppioidi potrebbe rinforzare il bisogno di attaccamento del bambino e di accudimento da parte della madre e costituire la base della mutua dipendenza.

Inoltre il contatto fisico determina, attraverso l'inibizione dell'amigdala e quindi dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, calma e riduzione dello stress. A questa azione concorre anche l'attivazione, dovuta alle stimolazioni tattili affettive, degli inputs serotoninergici ascendenti all'ippocampo, il quale ha un'azione inibitrice sull'amigdala [40].

Il piacere derivante dal contatto fisico, col suo grande valore evolutivistico, spiegherebbe gli studi pionieristici di

Harry Harlow, che dimostrò nelle scimmie che il bisogno primario del piccolo non è l'alimentazione, ma il contatto fisico con la madre. Infatti piccoli di scimmia separati dalla madre preferivano un surrogato fatto di pelliccia, col quale rimanevano a lungo in stretto contatto a uno fatto di filo di ferro, anche se la finta madre di ferro aveva un biberon.

Non diversamente nel neonato umano il contatto fisico è un bisogno fondamentale. È stato dimostrato che nei primi giorni dopo la nascita il neonato piange se separato dalla madre e si tranquillizza se posto a stretto contatto col suo corpo [41]. Reciprocamente, la madre nel periodo post-partum tende a reagire al pianto del proprio neonato con una reazione pronta, come evidenziato dall'incremento del cortisolo salivare e della frequenza cardiaca, reazione non presente in donne che non hanno partorito [42]. Inoltre ci sarebbe una sensibilità specifica dell'emisfero destro al pianto infantile e un'attivazione dell'amigdala in ambo i genitori sottoposti all'ascolto del pianto del figlio e solo nelle donne anche se ascoltano il pianto di un bambino estraneo [43-44]. Questi dati, nel loro complesso fanno capire che il pianto del neonato è una reazione geneticamente determinata dalla separazione e che esiste il vantaggio evolutivistico di una rapida risposta allo stress infantile.

Il bambino, anche in seguito, tende a rispondere col pianto alla distanza fisica dalla madre. Lo dimostra uno studio comparativo sulla qualità del sonno e sulla frequenza del pianto di bambini fino a 3 mesi di vita, fatto su una popolazione che per motivi culturali tende spontaneamente ad adottare cure prossimali (tenere in braccio, dormire insieme ecc.) come gli abitanti di Copenaghen rispetto a una popolazione, quali gli abitanti di Londra, che per diversi motivi culturali adotta uno stile meno prossimale nell'allevamento. È stato dimostrato, come prevedibile, che i bambini londinesi piangono il 50% in più dei bambini di Copenaghen [45].

Riassumendo, all'azione dell'OT è riferibile una serie di comportamenti ed emozioni che concorrono a determinare quello che viene definito comunemente "legame amoroso". Questo ha un elevato valore dal punto di vista evolutivistico.

TABELLA 1: COMPOSIZIONE DEL LATTE MATERNO IN VARIE SPECIE ANIMALI E NELL'UOMO

Mammiferi: tipo di cure, intervalli tra i pasti, composizione del latte				
Animale	Tipo di accudimento	Intervallo tra i pasti	Proteine (%)	Grassi (%)
cervo	nascondiglio	5-15 ore	10,4	19,7
cane	tana	2-4 ore	3,9	4,5
scimpanzé	trasportato	continuo	1,2	3,7
uomini	trasportato	variabile	0,9	3,8

È l'“amore” il principale legame tra madre e bambino. L'amore è un sentimento complesso che contiene in sé il piacere della vicinanza e la conseguente ricerca del contatto fisico, la cura dell'altro e la preoccupazione per la sua incolumità, la fiducia e la confidenza reciproci e un certo “pregiudizio positivo” sulle altrui caratteristiche. Il legame amoroso realizza, tra i contraenti la relazione amorosa, una mutua dipendenza, che è funzionale rispettivamente alla cura del bambino e alla continuità della relazione di coppia e parentale, e cioè alla trasmissione dei geni e alla conservazione della specie.

Le relazioni d'amore (parentali e genitoriali) sono favorite da un contesto di basso rischio ambientale e di basso stress soggettivo.

L'OT, secreta all'atto dell'accoppiamento, nel corso del parto e dell'allattamento, agisce sulla mente dei partner della relazione sessuale e sulla coppia madre-neonato e madre-lattante, svolgendo i suoi effetti squisitamente psicotropi. La semplice vicinanza della persona alla quale si è “legati” (guardarla, toccarla) induce di per sé l'attivazione di aree cerebrali ricche in OT, garantendo la continuità del legame amoroso anche al di là del contatto fisico specificamente correlato alle funzioni procreative e nutritive.

Alla nascita il picco materno ematico di OT, che perdura per un'ora dopo il parto, sembrerebbe costituire la base fisiologica di una sorta di “imprinting” degli esseri umani: la madre all'atto di ricevere il neonato è naturalmente predisposta e facilitata all'“innamoramento”.

La precoce suzione del seno e lo stretto contatto fisico col neonato, mantenendo il picco ematico di OT, garantiscono la continuità nel tempo e il rinforzo dell'input emozionale iniziale. Concomitantemente l'azione delle endorfine

prodotte nel corso del travaglio e del parto nella madre e quelle assunte dal neonato attraverso il colostro e il latte di transizione, che ne è ricco per un passaggio dal torrente ematico materno, garantirebbero a entrambi la qualità del piacere al primo incontro e quindi la ricerca di una reiterazione dell'esperienza oltre che la tranquillizzazione dopo l'esperienza faticosa del parto (il livello di endorfine nel colostro e nel latte di transizione delle donne che partoriscono tramite cesareo è significativamente inferiore) [46-47].

Il legame d'amore insieme ad altri sistemi comportamentali garantisce al piccolo immaturo dell'uomo un tipo particolare di accudimento: le “cure prossimali”. Con questo termine si intende quel modo di accudire un bambino tenendolo vicino al proprio corpo: dormire insieme, prenderlo in braccio “a richiesta” per coccolarlo, per consolarlo, per trasportarlo, tenerlo presso di sé in genere.

Ci sono differenze tra le specie nel tipo di cure [48]. Gli esseri umani, al di là di una variabilità dovuta a fattori culturali nell'approccio alle cure infantili o a differenze determinate da fattori ambientali o squisitamente individuali, sono tra le specie che somministrano al piccolo cure prossimali [49-50].

Essi, come tutti i primati, partoriscono piccoli estremamente immaturi. A differenza però delle altre specie che partoriscono piccoli immaturi – *Altricial young* (per esempio cane) – non li lasciano, in quanto incapaci a seguirli nell'approvvigionamento del cibo, nel nido, ma li portano con sé. Essi si comportano in questo come le specie con neonati evoluti (per esempio pecore) che godono di cure prossimali perché possono seguire le madri da subito (*precocial young*) [48].

L'appartenenza degli uomini alle specie che godono di cure prossimali si evince

indirettamente anche dalla composizione del latte che è meno denso caloricamente, perché è possibile attingervi spesso per la costante vicinanza alla madre (tabella 1).

Implicazioni per la pratica clinica

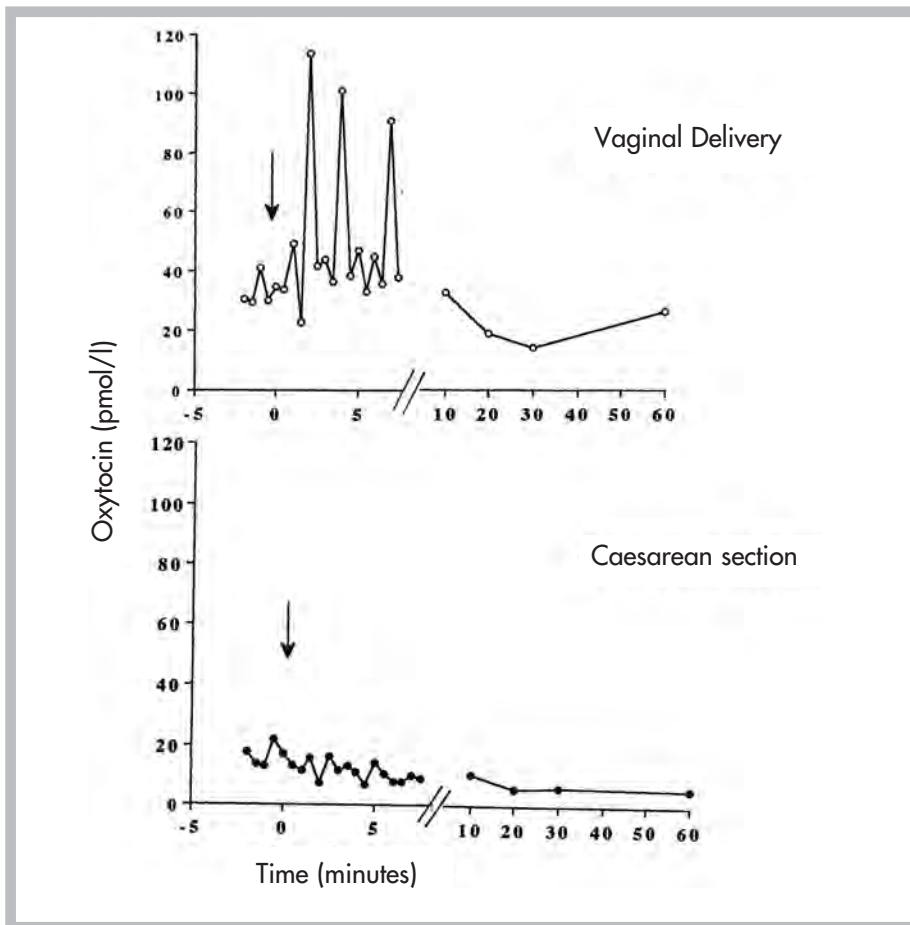
Alla luce di quanto detto è opportuno non interferire con la possibilità delle madri di offrire spontaneamente cure prossimali secondo la loro naturale tendenza modulata attraverso le caratteristiche individuali. Tale promozione passa attraverso la riorganizzazione delle cure ospedaliere: contatto pelle a pelle e rooming-in, precoce, contatto con la madre e allattamento al seno. Ma anche attraverso politiche sociali di protezione della donna lavoratrice e contrastando operativamente alcuni pregiudizi sulle cure del neonato e del bambino relativi alla supposta nocività per la salute o lo sviluppo psicologico di pratiche prossimali come il cosleeping o il tenere in braccio [51-52]. Non è inutile ribadire che politiche per contrastare la povertà e la guerra promuovono la salute dei bambini anche attraverso la tutela della formazione e della qualità del legame di attaccamento madre-bambino operata dalla riduzione degli agenti stressanti ambientali [53].

Organizzazione del punto nascita

Per la promozione del legame madre-bambino i neonati devono poter stare per tutto il periodo dopo la nascita accanto alla madre e non essere collocati nei “nidi”; devono potersi trovare tra le braccia della madre e attaccarsi al seno sin da subito. Queste indicazioni sono peraltro contenute nella dichiarazione congiunta OMS e UNICEF “L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno” che risale al 1989 e che contiene i cosiddetti “10 passi per la promozione dell'allattamento al seno” [54].

La prova dell'efficacia di queste strategie nel promuovere il legame madre-bambino è dimostrata dalla netta riduzione di abbandoni negli ospedali che hanno adottato queste pratiche virtuose in quelle realtà del mondo dove l'abbandono del neonato era pratica frequente [55-56]; inoltre si è avuta un'importante ricaduta sulla promozione dell'allattamento al seno, sulla riduzione del pianto, sulla migliore regolazione termica e metabolica e sul legame madre-bambino [50-57].

FIGURA 2: LIVELLI DI OT IN SEGUITO ALL'ALLATTAMENTO AL SENO IN DONNE DOPO PARTO VAGINALE E CESAREO [4]



Anestesia epidurale

L'anestesia epidurale produce un'assenza del picco ossitocinico post-partum, determinata dal fatto che non giunge al cervello lo stimolo periferico della dilatazione della cervice uterina e della vagina [58]; inoltre costituisce anche un fattore di rischio per il successo dell'allattamento al seno [59-60]. Alla luce di tali considerazioni l'anestesia epidurale dovrebbe essere limitata ai casi in cui vi sia una reale necessità e non come opzione possibile, se non preferibile, per partorire "senza dolore" (figura 2).

Parto cesareo

Il parto cesareo interferisce allo stesso modo, come è dimostrato dalla riduzione dei "pulse" di OT ematici all'atto della prima suzione e inoltre, come detto, riduce in maniera statisticamente significativa il livello di endorfine nel colostro e nel latte di transizione (figura 2) [61].

L'allattamento al seno

Un posto a parte va riservato all'allattamento al seno che presso la nostra cultura è troppo precocemente abbandonato a favore del latte in formula o vaccino. Tale pratica, che secondo le indicazioni OMS va promossa fino al secondo anno di vita, non solo ha effetti positivi sulla salute del neonato e della madre ma, attraverso lo stimolo ossitocinico costante nel tempo, promuove il legame madre-bambino. Pratiche prossimali, come il cosleeping, dimostratamente si associano al successo dell'allattamento al seno in una relazione causale non chiarita. Non è difficile ipotizzare però che le due pratiche prossimali, entrambe sotto il governo dall'azione dell'OT, in un'azione concertata e simultanea interagiscono potenziandosi vicendevolmente: vedere il bambino e tenerlo a contatto stretto aumenta l'OT che promuove la fuoriuscita del latte e la suzione; la suzione determi-

nando la produzione di OT promuove il legame, la ricerca della prossimità, il piacere a essa connesso, inducendo la reiterazione dell'esperienza del contatto fisico [62-63].

Promozione delle cure prossimali per scopi terapeutici

Se non interferire con la spontanea formazione e il mantenimento del legame madre-bambino è l'obiettivo delle cure ordinarie, la promozione attiva di questo legame si rende necessaria nel caso di bambini adottati. Alcuni Autori suggeriscono la proposizione attiva di cure prossimali per i bambini adottati soprattutto quelli post-istituzionalizzati: cosleeping, marsupio e allattamento al seno (proposto soprattutto per promuovere il legame madre-bambino) [64-65].

È stato dimostrato inoltre che l'uso del marsupio in luogo della sdraietta, e quindi una implementazione dello stretto contatto fisico, è in grado di aumentare gli attaccamenti sicuri e aumentare la responsività materna in un campione di donne a basso reddito [66].

Alla luce di tutto questo è proponibile l'implementazione delle cure prossimali anche nelle madri ansiose o depresse; difatti è stato dimostrato che promuovendo il contatto fisico migliora la reattività del bambino e la sua espressione di affetti positivi; sul versante materno, altresì, l'allattamento e il contatto fisico mitigano l'iperreattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene [67]. ♦

Bibliografia essenziale

NB: I numeri richiamati nel testo si riferiscono alla bibliografia completa di 67 voci che il lettore può trovare nella edizione online sul sito www.quaderniacp.it

- Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 2004;21:1155-66.
- Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103: 1211-7.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995;84:468-73.
- Griggle KD. A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2007;20:14-26.
- Groër MW. Differences Between Exclusive Breastfeeders, Formula-Feeders, and Controls: A Study of Stress, Mood, and Endocrine Variables. *Biological Research For Nursing* 2005;7:106-17.
- Horsley T, Clifford T, Barrowman N, et al. Benefits and Harms Associated With the Practice of Bed

Sharing. A Systematic Review. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:237-45.

Insel TA. Neurobiological basis of social attachment. Am J Psychiatry 1997;154:726-35.

Leckman JF, Goodman WK, North WG, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. Psychoneuroendocrinology 1994;19:723-49.

St. James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, et al. Infant Crying and Sleeping in London, Copenhagen and When Parents Adopt a Proximal Form of Care. Pediatrics 2006;117:1146-55.

Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. Psychoneuroendocrinology 1998;23:819-35.

ANCHE IN ITALIA APPROVATO L'USO DEL RISPERIDONE PER L'AUTISMO

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha approvato l'estensione dell'indicazione d'uso del Risperidone al trattamento dei disturbi del comportamento dirompente (compreso il disturbo della condotta) in bambini e adolescenti nei quali prevalgano comportamenti aggressivi o altri comportamenti antisociali.

In base alle evidenze disponibili, la terapia con Risperidone appare efficace nel ridurre i sintomi comportamentali, anche se manca un follow-up sufficiente per documentare se questi benefici si mantengano nel tempo.

Già il 6 ottobre 2006 la *Food and Drug Administration* lo aveva approvato per il trattamento dei sintomi comportamentali nell'autismo; nel giugno u.s., la FDA ha esteso le indicazioni d'uso del farmaco al trattamento della schizofrenia negli adolescenti (13-17 anni) e degli episodi maniacali del disturbo bipolare nei bambini > 10 anni

Determinazione AIC/N/V n.1805 del 3 settembre 2007.

G.U. 25 settembre 2007.

Jesner OS, Aref-Adib M, Coren E. Risperidone for autism spectrum disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.

Art. No.: CD005040.

DOI:10.1002/14651858.

CD005040

pub2

<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2007/NEW01686.html>

STRUMENTI DI VALUTAZIONE E DIAGNOSI NELLA UNITÀ OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA DELLA INFANZIA E DELLA ADOLESCENZA

14 e 15 dicembre, CESENA - Piazza A. Moro, 90

Facoltà di Psicologia, Aula C

14 dicembre

- 9,00 **Introduzione** Chairman Andrea Melella, Direttore DSM Cesena
- 9,15 Bruna Zani, Preside della Facoltà di Psicologia
- 9,30 Maria Basenghi, Direttore Generale AUSL Cesena
- 9,45 Paolo Sacchetti, Ufficio formazione AUSL Cesena
- 10-10,45 *Diagnosi descrittiva e diagnosi esplicitiva in psicopatologia della età evolutiva*
Paolo Curci - Lezione Magistrale
- 10,45-11,15 *Tavola rotonda sul tema*
Silvana Contento, Mauro Mariotti, Renato Moschen
- 11,15-11,30 *Discussione con il pubblico*
- 11,45-12,30 *La valutazione diagnostica dell'adolescente con crisi dissociativa*
Mauro Mariotti. *Discussione.* Modera: Andrea Tullini
- 14,30-15,15 *La valutazione diagnostica della patologia ansiosa in età scolare*
Gruppo di ricerca NPI-ASL Modena. *Discussione*
- 15,30-16,15 *La valutazione diagnostica del disturbo alimentare nella prima infanzia*
Nicoletta Modena. *Discussione*
- 16,30-17,15 *La psicologia cognitiva applicata alla valutazione diagnostica: nuovi strumenti di misura*
Silvana Contento. *Discussione*
- 17,30-18,15 *La comunicazione della diagnosi*
Doriana Chiuchiù. *Discussione*

15 dicembre

- Modera: Paolo Stagi
- 9-9,45 *Organizzazione di un laboratorio di psicometria*
Rossella Paperini. *Discussione*
- 10-10,45 *La valutazione diagnostica del bambino con disturbo di apprendimento e diagnosi differenziale del ritardo mentale*
Ciro Ruggerini. *Discussione*
- 11-11,45 *La diagnosi differenziale tra disturbo di apprendimento e disturbo ipercinetico*
Francesco Ciotti. *Discussione*
- 12-12,4 *Percorsi diagnostici nei disturbi pervasivi dello sviluppo*
Serenella Grittani. *Discussione*
- Pausa pranzo*
- Modera: Giustino Melideo
- 14,30-15,15 *Strumenti di valutazione diagnostica in adolescenza*
Luigi Gualtieri. *Discussione*
- 15,30-16,15 *L'"MMPI" - Adolescent, un possibile accordo sugli aspetti psicodiagnostici tra diverse esigenze di cura*
Francesco Rizzo. *Discussione*
- 16,30-17,15 *Identità di genere e indagine psicopatologica*
Ugo Uguzzoni. *Discussione*
- 17,30-18,15 *Valutazione delle risorse genitoriali e interventi di tutela in età evolutiva*
Furio Lambruschi. *Discussione*

Segreteria e informazioni:

Ufficio Formazione e Aggiornamento Azienda USL Cesena

e.mail: gmazzoni@ausl-cesena.emr.it

Fax 0547 303948

Ketek, una strana storia in otto puntate

Giovanni Peronato
 UO di Reumatologia, Ospedale S. Bortolo, Vicenza

Abstract

Ketek, a strange story in eight series

In the year 2001, concerned about its hepatotoxicity, FDA voted against the approval of telithromycin (Ketek). FDA required a safety study from Sanofi-Aventis. Although serious violations emerged during the trial, FDA approved Ketek for acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis, acute bacterial sinusitis, and community-acquired pneumonia. Besides, the efficacy studies were only noninferiority trials. A recent post-marketing analysis showed that the rate of acute liver failure was from 3.5 to 11 times higher for telithromycin in respect to other antibiotics with similar indications. By the end of 2006, Ketek has been implicated in 53 cases of hepatotoxicity. On february 12, 2007, just a day before the USA Congress' hearing on the Ketek case, FDA relabeled the drug and restricted its use.

Quaderni acp 2007; 14(6): 261

Key words Ketek. Telithromycin. Hepatotoxicity. Sanofi-Aventis

Nel 2001 la FDA non approvò l'autorizzazione al commercio della telitromicina (Ketek) per un dubbio di epatotossicità e chiese alla Sanofi-Aventis uno studio di safety. Lo studio rivelò notevoli violazioni nella sua conduzione, ma la FDA autorizzò il farmaco per alcune indicazioni: esacerbazioni di bronchiti croniche, sinusite acuta batterica e polmoniti comunitarie. Da segnalare che i trial di efficacia erano solo di non inferiorità. Una recente analisi post-marketing ha dimostrato che il dato di epatotossicità era da 3.5 a 11 volte superiore a quello di farmaci analoghi. Infatti, a fine 2006, Ketek è implicato in 53 casi di epatotossicità. La FDA ha ristretto le indicazioni nel febbraio 2007: solo un giorno prima che se ne occupasse il Congresso degli USA.

Parole chiave Ketek. Telitromicina. Epatotossicità. Sanofi-Aventis

Una *dear doctor letter* dell'AIFA/EMA segnala i problemi insorti nell'uso della telitromicina (Ketek di Sanofi-Aventis). Da qui la domanda: Ketek è più efficace e più sicuro dei macrolidi in commercio? Per avere una risposta sembra utile riassumere alcune voci di letteratura apparse di recente sulla vicenda di questo farmaco.

1. Nel 2001 FDA ha respinto la richiesta di approvazione del Ketek poiché il suo comitato di esperti riteneva utile avere maggiori dati sulla sicurezza, soprattutto per i problemi riguardanti l'acuità visiva e il danno epatico. La FDA richiedeva a Sanofi-Aventis uno studio di *safety*. In soli 5 mesi 1800 medici arruolavano 24.000 pazienti (con un rimborso di \$ 400 a paziente), randomizzati a telitromicina vs amoxi/clavulanico, non in cieco [1]. Consegnato lo studio, alle prime verifiche apparvero numerose irregolarità. Una dottoressa aveva da sola raccolto 400 pazienti e aveva costituito di sana pianta molti dati e per questo subiva poi una condanna penale. Un medico aveva arruolato 251 casi e risultò aver raccolto dati in modo del tutto scorretto. Il medico ammise la sua inesperienza al *Wall Street Journal*, giustificandosi con il fatto che era il suo primo studio clinico [2]. In seguito a controlli più precisi, 4 tra i 10 centri che

avevano arruolato il maggior numero di pazienti dovettero essere segnalati all'autorità giudiziaria per gravi irregolarità nella raccolta dati. Nonostante ciò lo studio venne ritenuto sostanzialmente valido, ma le importanti anomalie indussero la FDA a pretendere ulteriori prove di *safety*. Non si pretese però un secondo studio controllato, come si doveva, ma vennero richieste le segnalazioni spontanee di tossicità post-marketing di Francia e Germania. Per quanto riguarda l'efficacia del farmaco va ricordato che tutti gli studi di approvazione del Ketek sono del tipo detto di "non inferiorità", un tipo di prova che un workshop tenuto nel 2004 dalla stessa FDA dichiarava inaccettabile per patologie autorisolvibili (come faringiti e sinusiti). In questo ambito studi di non inferiorità non possono fornire dati di efficacia convincenti [3].

2. Nel 2004, dopo queste travagliate vicende, l'approvazione del farmaco arrivò comunque. Il lancio fu coronato da successo: Sanofi-Aventis dichiarò essere il maggiore nella storia degli antibiotici.

3. Nel corso del 2005 le prescrizioni furono 3,5 milioni: il fatturato 193 milioni di dollari [2].

4. Nel febbraio 2005 si registrò negli USA la prima morte associata a insufficienza epatica.

È bene ricordare che la possibilità di danno epatico era alla base della prima richiesta di uno studio di *safety*. Nel marzo 2006 venivano pubblicati tre casi di insufficienza epatica acuta, uno mortale, un secondo risolto con trapianto di fegato [5]. Però alla fine del 2006, nonostante 53 segnalazioni di epatotossicità, la FDA non modificava la scheda informativa.

5. Nel febbraio 2007 il Congresso USA iniziava le audizioni sulla vicenda Ketek.

6. Qualche giorno dopo la FDA eliminava i dati dello studio dal suo sito web.

7. Dal 2004 a oggi sono stati segnalati negli USA 23 casi di epatite severa, 4 fatali, legati al Ketek.

8. L'unico provvedimento restrittivo compare solo nel febbraio 2007: la FDA rimuove le indicazioni della sinusite batterica acuta e della riasacerbazione di bronchite cronica per le quali il Ketek ha comunque solo studi di non inferiorità.

Concludendo la telitromicina ha un'incidenza di epatotossicità da 3,5 a 11 volte gli altri antibiotici approvati per le sue stesse indicazioni d'uso. I suoi report di epatotossicità sono in numero maggiore di quanto non siano stati per il troglitazone o la trovafloxacina, già rimossi dal mercato per questi motivi [4]. Non essendoci evidenze che la telitromicina sia né clinicamente superiore agli altri antibiotici usati nelle stesse indicazioni né un farmaco salva-vita, pazienti, medici e terzo pagante dovrebbero reconsiderarne la sua utilità di scelta [4]. ♦

Bibliografia

- [1] Ross DB. The FDA and the Case of Ketek. *N Engl J Med* 2007;356:1601-4.
- [2] Barie PS. A Fine Pile of Paté: The Cautionary Tale of Telithromycin, Hepatic Failure, and Study 3014. *Surgical Infections* 2006;7:247-9.
- [3] Kaul S. Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. *Ann Intern Med* 2006;145:62-9.
- [4] Graham DJ. Telithromycin and acute liver failure. *N Engl J Med* 2006;355:2260-1.
- [5] Clay KD. Brief communication: severe hepatotoxicity of telithromycin: three case reports and literature review. *Ann Intern Med* 2006;144:415-20.

• **L'Autore dichiara assenza di conflitto di interessi.**

Per corrispondenza:
 Giovanni Peronato
 e-mail: giovanniperonato@alice.it

leggere e fare

Celiachia: è possibile una diagnosi fai da te?

Giuseppe De Caro, Angela Alfarano, Elena Cama, Maria Carmela Lia, Marina Foti, Nunziata Laganà, Andrea Chiaro, Giuseppe Ciccarello, Simona Faraci, Carmen Donatella Sindoni
Università degli studi di Messina

Con la collaborazione del "Gruppo scenari" di Quaderni acp, coordinato da Maria Francesca Siracusano e Antonio Clavenna

Abstract

Coeliac disease: is a self help diagnosis possible?

Coeliac disease (CD) is one of the most frequent autoimmune diseases in developed countries. The prevalence varies from 0.3% to 1% of the whole population. Serological tests have a fundamental importance in the diagnosis of CD in order to select patients who need an intestinal biopsy and also to monitor patients' compliance to therapy and diet. Transglutaminases (tTG) has been identified as the diseases auto antigen and its serological dosing has great sensibility and specificity. Recently a home diagnostic kit for CD through the detection of tTG's blood levels has been developed. The aim of this scenario is to evaluate the diagnostic test's validity. Data found in literature show a high sensibility (96.7%) compared to serological determination of tTG but a slightly lower specificity (93.5%). The diagnostic kit is available for home use while the settings in all the studies analysed are specialized referring centres, or in ambulatory setting. This could be responsible for an distort estimation of results. Its interpretation should then be entrusted to a specialist.

Quaderni acp 2007; 14(6): 262-265

Key words Coeliac disease. Transglutaminases

La malattia celiaca (MC) è una delle patologie autoimmuni più comuni nei Paesi occidentali, con una prevalenza che varia dallo 0,3% all'1% della popolazione generale. I test sierologici rivestono una fondamentale importanza nell'inquadramento della MC, al fine di identificare i pazienti che necessitano di biopsia intestinale, ma anche per monitorare la risposta alla terapia e la "compliance" dietetica dei pazienti. La transglutaminasi (tTG) è stata identificata come l'autoantigene della malattia celiaca e il suo dosaggio sierico presenta un'elevata sensibilità e specificità. È stato di recente messo in commercio un nuovo kit per il dosaggio domiciliare della tTG di classe IgA su goccia di sangue. I dati presenti in letteratura mostrano una sensibilità (96,7%) comparabile con il dosaggio serico della tTG, ma una specificità lievemente inferiore (93,5%). Il test presente in commercio viene proposto per una rapida esecuzione al domicilio, mentre in tutti gli studi esaminati il setting è rappresentato dal centro specialistico di riferimento o dagli ambulatori medici. Tale discrepanza potrebbe risultare in una stima alterata dei risultati. L'interpretazione del suo risultato deve essere, pertanto, affidata a uno specialista o almeno al medico curante.

Parole chiave Malattia celiaca. Transglutaminasi

Scenario clinico

Sono stati pubblicati sui quotidiani alcuni articoli, la cui somiglianza denuncia la diffusione attraverso un'agenzia di stampa dal titolo "Celiachia: arriva in farmacia il test fai-da-te" e anche "Celiachia: scopri l'intolleranza a casa". Descrivono la possibilità di una diagnosi a domicilio del paziente sostanzialmente in questi termini. La diagnosi di celiachia può essere fatta a casa grazie a un test rapido (TR), acquistabile in farmacia (Xeliac test, Eurospital, 39 euro). Il test è in grado di individuare l'intolleranza al glutine. Per farlo basta estrarre con

l'apposito pungidito compreso nel kit una goccia di sangue, metterla in una provetta con un particolare diluente, inserire una mini-striscia reagente e in pochi minuti la diagnosi di celiachia è fatta. Se l'esame risulta negativo, sulla striscia compare un'unica banda trasversale, se positivo le bande saranno due. In questo caso, sarà necessario sottoporre l'esaminato, per una diagnosi certa, a una biopsia intestinale. I quotidiani spiegano che la validità dell'esame si basa sulla ricerca degli anticorpi spia della celiachia; che è stata dimostrata in uno studio di un centro di riferimento finlandese,

confermato da una ricerca dell'ospedale Burlo Garofolo di Trieste. Dalle indagini è emersa una sensibilità pari al 96,3% (vedi glossario).

I lunghi tempi di attesa sono così superati grazie alla velocità del risultato e alla semplicità di esecuzione del test. La notizia passata sui quotidiani conclude, passando dalla diagnosi in famiglia alle strategie di screening, che velocità del risultato, semplicità di esecuzione e alta sensibilità farebbero di questo test lo strumento ideale per lo screening di massa della celiachia.

Questa notizia comporterà certamente numerose richieste delle famiglie ai pediatri. Ci siamo posti il problema di verificare la correttezza dell'informazione data al pubblico e ci siamo chiesti se il test rapido per la celiachia, venduto direttamente al pubblico ed effettuato a domicilio, possa sostituire il test di laboratorio classico (ELISA) nella determinazione del titolo di anticorpi anti-transglutaminasi, con uguale sensibilità e specificità, e rappresentare un test di screening di massa eseguibile a domicilio.

Background

La malattia celiaca (MC) è una delle patologie autoimmuni più comuni nei Paesi occidentali, con una prevalenza stimata tramite screening di popolazione asintomatica pediatrica intorno all'1% [1]. Ovviamente il rischio di celiachia varia in base alla popolazione considerata: è basso nella popolazione generale infantile, è moderato nei familiari di primo grado [2] e in persone con malattie autoimmuni [3], è elevato nei soggetti con sintomi gastrointestinali (forma classica) [4]. I test sierologici rivestono una fondamentale importanza nell'inquadramento della MC, al fine di identificare i pazienti che necessitano della biopsia intestinale che resta comunque il gold standard diagnostico. I test sierologici sono inoltre l'indagine che consente di monitorare la risposta alla terapia e l'adesione del paziente alla dieta.

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

GLOSSARIO

Sensibilità: capacità del test di individuare i pazienti veramente malati; indica la percentuale di pazienti malati positivi al test. Veri positivi al test/tutti i malati.

Specificità: capacità del test di individuare i pazienti senza malattia; indica la percentuale di persone sane negative al test. Veri negativi al test/sani.
Per calcolare sensibilità e specificità si usano le colonne della tabellina 2x2.

Queste due informazioni non rispondono alle domande che interessano principalmente il medico. Le domande sono queste:

1. Se il test risulta positivo, qual è la probabilità che il paziente abbia veramente la malattia? **Valore predittivo positivo:** probabilità di malattia in un paziente con test positivo.

2. Se il test risulta negativo, qual è la probabilità che il paziente non abbia la malattia? **Valore predittivo negativo:** probabilità di non avere la malattia in un paziente con test negativo. Per calcolare VPP e VPN uso le righe della tabellina 2x2.

I valori predittivi non rappresentano, però, la modalità più idonea per esprimere le probabilità post-test di una malattia, perché sono legati e influenzati dalla prevalenza della malattia nel campione considerato (popolazione studiata).

Al medico quindi è utile conoscere quanto il risultato di un test sia verosimile; tale informazione viene fornita dal **Rapporto di verosimiglianza (LR)** che è una caratteristica propria del test e il cui valore non cambia con la frequenza della malattia nella popolazione studiata.

LR è un rapporto fra probabilità ed esprime quante volte il test è più o meno probabile in un soggetto malato.

LR + : probabilità di avere una malattia in presenza di un test positivo.

LR - : probabilità di avere una malattia in presenza di un test negativo.

LR + = frequenza dei VERI POSITIVI/frequenza dei FALSI POSITIVI = sensibilità/complemento della specificità (1 - specificità).

LR - = frequenza dei FALSI NEGATIVI/frequenza dei VERI POSITIVI = complemento della sensibilità (1 - sensibilità/specificità).

La transglutaminasi (tTG), utilizzata nei test sierologici, è stata identificata come l'autoantigene della malattia celiaca e il suo dosaggio serico presenta, secondo una metanalisi del 2006 [5], una elevata sensibilità (94%) e specificità (95-97%). Come funziona il test rapido (TR)? È basato sull'utilizzo della tTG presente nei globuli rossi del paziente, che viene liberata emolizzando la goccia di sangue prelevata dal dito; se nel siero è presente l'anticorpo anti tTG, si formano dei complessi che vengono evidenziati legando la tTG a una superficie solida rivestita da proteine catturanti la tTG.

Per una più approfondita comprensione del funzionamento del kit si rimanda alla lettura [7-8].

La domanda

In pazienti con diverso rischio di malattia celiaca [POPOLAZIONE], il test rapido [INTERVENTO], confrontato

con il dosaggio sierologico mediante ELISA [CONFRONTO], ha una sovrapponibile accuratezza diagnostica? [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Abbiamo iniziato la ricerca su fonti di letteratura secondaria: *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDRS)*, *EMBASE* e *DARE* utilizzando il termine "Transglutaminases". La ricerca non ha evidenziato alcun articolo pertinente. Su *Clinical Queries* di *PubMed*, verificammo l'esistenza dei termini MeSH "Coeliac disease" and "Transglutaminases" e inserendo in *Find Systematic Reviews*, rintracciamo la metanalisi già citata [5]. Abbiamo quindi condotto la nostra ricerca sulla letteratura primaria su *PubMed* con i termini "Coeliac disease" and "Transglutaminases" inserendo la funzione LIMITS (*Humans, English*). Sono stati trovati sei articoli pertinenti.

Due articoli sono stati esclusi dalla valutazione perché i dosaggi erano eseguiti su siero e non su sangue, come avviene per il TR, la cui validità vogliamo verificare [6-9].

Risultati

I quattro studi selezionati hanno tutti l'obiettivo di verificare sensibilità e specificità del kit di TR in commercio, basato sulla rapida rilevazione di anticorpi anti-tTG; utilizzano però un disegno abbastanza disomogeneo. Perché si possa dimostrarne l'accuratezza diagnostica, il TR deve avere sensibilità e specificità concordanti con la misurazione di IgA-IgG anti-tTG misurati con il metodo ELISA. Poiché il TR viene effettuato su una goccia di sangue ottenuta con il pungidito, la valutazione che interessa il nostro confronto è solo quella effettuata sulla goccia di sangue. Abbiamo quindi esaminato solo queste ricerche, escludendo i risultati dei dosaggi su siero. L'articolo di Baldas et al [9], che utilizza come confronto solo l'immunofluorescenza (IF) e con solo otto controlli sani, è stato escluso dalla nostra valutazione (tabella 1).

Questo un breve sunto dei lavori.

1. Lo studio di Nemeč et al. [6] utilizza retrospettivamente campioni di siero e campioni di sangue su una popolazione arruolata prospetticamente; il TR è confrontato con la misurazione di anticorpi anti-tTG con metodo ELISA, calcolando sensibilità e specificità. La popolazione controllo non è stata sottoposta a biopsia intestinale, che è considerata il gold standard per la diagnosi di MC. Nei 51 soggetti confermati celiaci alla biopsia intestinale, 46 sono risultati positivi al TR, il che gli attribuisce una sensibilità del 90,2%; da questo calcolo occorre però escludere tre soggetti che a causa del deficit di IgA sono risultati negativi al TR ma positivi all'ELISA con la misurazione degli anticorpi della classe IgG; così calcolata la sensibilità del TR è del 96%. Tutti i controlli sono risultati negativi (specificità 100%).

2. Lo studio di Raivio et al. [7] analizza in laboratorio campioni di sangue conservati di celiaci diagnosticati precedentemente e di controlli, tutti sottoposti a biopsia intestinale. Confronta il TR con

TABELLA 1: SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ DEL TEST RAPIDO SU SANGUE INTERO (TR) VERSUS ELISA (E) O IMMUNOFLOURESCENZA (IF)

Studio	Setting	Popolazione	Intervento	Risultati %
Nemec G et al. 2006	III livello	- 51 celiaci non trattati (età media: 7 anni; range 1-43) - 100 controlli non celiaci (età media: 15 anni; range 3-50)	TR su sangue intero (<i>Biocard Celiac disease stick, Finland</i>) versus E	TR Sensibilità 90,2 Specificità 100 E Sensibilità 100 Specificità 97
Raivio T et al. 2006	III livello e Ambulatorio di medicina generale	- 121 celiaci non trattati (età media: 12 anni; range 1,6-68) - 150 sospetti celiaci (78 per sintomi; 72 per familiarità) - 107 controlli non celiaci (età media: 15 anni; range 0,9-72)	TR su sangue (<i>Biocard Celiac disease stick, Finland</i>) versus E e IF (EMA) in laboratorio retrospettivo e in ambulatorio prospettico	TR Sensibilità 96,7 Specificità 93,5 VPP 94,4 VPN 96,2 E Sensibilità 99,2 Specificità 100 VPP 100 VPN 99,1 TR (ambulatorio) Sensibilità 95,5 Specificità 97,1
Korponay-Szabo IR et al. 2005	III livello	164 con sintomi gastrointestinali, di cui 99 con biopsia positiva e 65 con biopsia negativa 165 soggetti con sospetto di MC di vario grado	TR versus E e IF (EMA) retrospettivo TR versus E e IF (EMA) prospettico	TR Sensibilità 97 Specificità 96,9 E Sensibilità 99 Specificità 100 TR Sensibilità 97,4 Specificità 97,6 E Sensibilità 97,4 Specificità 100

EMA (immunofluorescenza) e tTG (E-LISA) e su questi calcola sensibilità, specificità, Valore Predittivo Positivo (VPP) e Negativo (VPN).

Una seconda parte dello studio ha come setting l'ambulatorio di medici generici e arruola prospetticamente una popolazione di 150 pazienti sospetti celiaci. L'accuratezza del TR è valutata nei confronti degli altri test sierologici, e gli Autori trovano una concordanza del 96,7 con sensibilità e specificità del 95,5% e 97% rispettivamente. Il gold standard diagnostico (biopsia) è stato effettuato solo in 44 dei 47 soggetti risultati positivi al TR e in tutti è stata confermata la diagnosi di celiachia (VPP 100%). Tre soggetti negativi al TR, ma positivi alla sierologia risultavano celiaci alla biopsia.

3. Lo studio di Korponay et al. [8], utilizza prelievi congelati di 164 pazienti già diagnosticati (studio retrospettivo) e 165 nuovi soggetti con sospetto di malattia, arruolati prospetticamente di cui 46 con alto rischio di malattia celiaca, 84 con malattie autoimmuni (rischio medio) e 35 con basso sospetto. I soggetti con alto sospetto e quelli con basso sospetto sono stati sottoposti a biopsia intestinale

a prescindere dai risultati degli anticorpi. Il confronto anche in questo studio è tra il TR ed EMA e tTG, ma il calcolo dell'accuratezza diagnostica dei tre test è stato effettuato utilizzando solo i risultati dei soggetti sottoposti a biopsia intestinale (137 celiaci e 147 controlli); sensibilità e specificità sono risultate del 97,1% e 97,3%.

Commenti

I risultati che abbiamo esaminato rispondono alla domanda sull'accuratezza diagnostica del TR, che risulta in tutti gli studi concordante con i test di laboratorio. Lo studio di Raivio et al. [7] ci fornisce i dati che meglio rispondono al nostro quesito, perché prende in esame una popolazione di sospetti celiaci, arruolata prospetticamente e che esegue il test negli ambulatori dei medici generici. Inoltre, l'accuratezza diagnostica del test è calcolata solo sui soggetti sottoposti a biopsia intestinale, cioè solo su soggetti sicuramente affetti da MC correttamente diagnosticata, e non sui positivi ai test che potrebbero però essere negativi alla biopsia e quindi non celiaci.

I risultati inducono a considerare il TR come un test appropriato per l'area delle

cure primarie. Nessuno studio ha come setting il domicilio del paziente e nulla sta a indicare che la stessa accuratezza diagnostica sia riproducibile quando il test, la cui esecuzione è piuttosto complessa e delicata, sia effettuato dal paziente stesso o dalla sua famiglia.

Conclusioni

Sulla base dei risultati, il TR per la determinazione delle IgA anti-tTG può rappresentare una valida alternativa all'ELISA per il primo approccio nell'ambito dell'algoritmo diagnostico della malattia celiaca in ambulatori medici. Questi, stando allo stato attuale della ricerca, rappresentano la sede ideale dove eseguire il test e non il domicilio del paziente come recita la pubblicità del test commercializzato in Italia. ♦

Il commento del pediatra gastroenterologo

La dimostrazione dell'alta prevalenza di MC nella popolazione generale e soprattutto l'alto rischio di malattie autoimmuni dipendenti dal glutine o associate a MC, in soggetti celiaci non ancora dia-

gnosticati, ha stimolato un gran numero di studi di screening di popolazione asintomatica e di selezione dei casi (case finding) nell'ambito delle cure primarie per colmare il gap diagnostico soprattutto in età adulta. Mancano studi comparativi che definiscano la strategia più costo/efficacia per la ricerca dei celiaci mancanti, anche se quella di case finding, soprattutto a livello delle cure primarie, sarebbe in teoria preferibile per incrementare la consapevolezza della malattia da parte dei medici. La disponibilità di un test rapido nell'ambulatorio del medico di medicina generale o del pediatra di famiglia potrebbe incrementare il tasso di diagnosi laddove l'accuratezza diagnostica del test venga definita da studi condotti in questo setting. La commercializzazione del test rapido per MC e il battage pubblicitario che l'ha accompagnato sono stati indirizzati invece alla popolazione, con il suggerimento di acquistare il test in farmacia, in presenza di sintomi, o proposto come screening di massa. Come l'analisi della letteratura effettuata dallo "Scenario" pubblicato in questo numero di Quaderni acp sottolinea, non è stata eseguita alcuna verifica dell'accuratezza diagnostica del test a livello "domiciliare". La stessa accuratezza diagnostica in termini di valore predittivo negativo varia con il variare della prevalenza di MC nella popolazione generale e, ammesso che l'effettuazione del test a domicilio equivalga in termini di accuratezza diagnostica a quella eseguita in un III livello, la probabilità di avere escluso la MC in soggetti con sintomi sfumati o asintomatici è bassa. Ben diverse sarebbero le conclusioni se l'accuratezza diagnostica di tale test venisse verificata a livello delle cure primarie, con case finding da parte del medico, a condizione che il gold standard (la biopsia intestinale) venga effettuato in soggetti sintomatici o a rischio di celiachia (i familiari di soggetti con MC), a prescindere dal risultato del test sierologico. Recenti studi, infatti, dimostrano che, contrariamente a quanto si era auspicato con la scoperta della tTG (un test con valore predittivo negativo molto elevato, che ci dà la possibilità di reperire coloro che hanno il test negativo e che non hanno la MC), in presenza di un rischio di MC diverso da quello della popolazione generale (1%),

è comunque opportuno approfondire il sospetto diagnostico con un esame istologico che valorizzi anche i segni minimi di reattività al glutine, costituiti dall'incremento dei linfociti intraepiteliali, in presenza di un aplo tipo HLA compatibile. Studi che comparino l'efficacia di uno screening di massa in età pediatrica e in età adulta verso una strategia di case finding con l'utilizzo di un test rapido ambulatoriale saranno, pertanto, benvenuti.

Giuseppe Magazzù
magazzug@unime.it

Bibliografia

- [1] Tommasini A, Not T, Kiren V, et al. Mass screening for coeliac disease using antihuman transglutaminase antibody assay. Arch Dis Child, 2004;89:512-5.
- [2] Esteve M, Rosinach M, Fernandez-Benares F, et al. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in first-degree relatives of patients with coeliac disease: clinical relevance of lymphocytic enteritis. Gut 2006;55:1739-45.
- [3] Valentino R, Savastano S, Tomaselli AP, et al. Prevalence of coeliac disease in patients with thyroid autoimmunity. Horm Res 1999; 51:124-7.
- [4] Hill I, Fasano A, Schwartz R, et al. The prevalence of coeliac disease in at-risk groups of children in the United States. J Pediatr 2000;136:86-90.
- [5] Zintzaras E, Germentis AE. Performance of antibodies against tissue transglutaminase for the diagnosis of coeliac disease: meta-analysis. Clin Vaccine Immunol 2006;13:187-92.
- [6] Nemeč G, Ventura A, Stefano M, et al. Looking for coeliac disease: diagnostic accuracy of two rapid commercial assays. Am J Gastroenterol 2006;101: 1597-600.
- [7] Raivio T, Kaukinen K, Nemes E, et al. Self transglutaminase-based rapid coeliac disease antibody detection by a lateral flow method. Aliment Pharmacol Ther 2006;24:147-54.
- [8] Korponay-Szabo IR, Raivio T, Laurila K, et al. Coeliac disease case finding and diet monitoring by point-of-care testing. Aliment Pharmacol Ther 2005;15:22:729-37.
- [9] Baldas V, Tommasini A, Trevisiol C, et al. Development of a novel rapid non-invasive screening test for coeliac disease. Gut 2000;47:628-31.

TABIANO 16 bis

22-23 Febbraio 2008

I NUOVI BISOGNI *Programma provvisorio*

Venerdì 22 febbraio

ore 9.00

Il pediatra e il rischio ambientale
(Burgio jr)

L'epidemia del disturbo mentale
(fatti e fantasie) (Da definire)

L'Obesità e il pediatra di famiglia
(Tanas, Ferrara)

All'ombra del problema-che-non-c'è
(Peratoner, Pordenone)

Diagnosticabilità e curabilità
dei tumori infantili (Paolucci, Modena)

Il vaccino anti-HPV previene
il tumore? (Di Mario, Modena)

I migliori asili del mondo
a Reggio Emilia (Da definire)

ore 15.00

Operare il varicocele?
(Ricci-Petitoni, Milano)

Curare (o non curare) la vitiligine
(Di Lernia, Reggio E.)

La patologia renale silente, o quasi
(Peratoner, Pordenone)

ore 18.00 sessioni parallele

Dermo quiz (Di Lernia)

Chirurgia pediatrica (Ricci-Petitoni)

Obesità (Tanas)

Vaccini nuovi e vecchi

(Grandori-Di Mario)

Genitorialità (Gualtieri-Biasini)

Sabato 23 febbraio

ore 9.00

Sostenere la genitorialità

Riflessioni sulla genitorialità
(Gualtieri, Cesena)

Genitori Più (Speri, Verona)

Nati per la Musica (Gorini, Rimini)

Ecco il mio sito (Volta, Montecchio E.)

ore 12.00

Vi parlo di Google (Panizon, Trieste)

ore 12.45

Chiusura dei lavori

(Peratoner, Pordenone)

Informazioni: boschigiuseppe@alice.it

AVVISO PER I LETTORI

Tutti gli scenari clinici
finora pubblicati su

Quaderni acp

possono essere consultati
ricercandoli su

www.quaderniacp.it
in "Area didattica"

Per quesiti sui temi trattati,
o suggerimenti sui quesiti
da trattare scrivere a:
redazionequaderni@fiscali.it

Sicurezza dei farmaci nei bambini

Quello che i trial clinici pediatrici non possono fare

Francesco Salvo, Achille Patrizio Caputi
 Dipartimento Clinico-Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università di Messina
 Relazione al Convegno Argonauti 2007



Abstract

Drug safety in children. All that paediatric clinical trials cannot do

The lack of knowledge regarding drugs for children could be reduced by paediatric clinical experimentations. The spontaneous reports of adverse reactions could be a precious source of information regarding risks, considering the great limitation of paediatric clinical studies. The number of serious or fatal events is surely underestimated. In Italy the problem of under reporting is evident. A way to increase reports of adverse drugs reactions (ADR) could be to involve Italian paediatricians in a national pharmacological network surveillance system. A group of paediatricians from Messina, Sicily, started a network called "FarmaPed", a pilot study with the aim to make paediatricians aware of the importance of ADR spontaneous reports and to inform them on problems involving drug toxicity in children. All participants send a report to their pharmacology surveillance coordinator and a copy to the University Department of Clinical and Experimental Pharmacology (Centre of coordination; CC). The CC writes an answer to the report and sends it by email to all network's participants, thus sharing the case. The CC also analyses periodically all reports and sends a newsletter to all participants containing news on safety profiles of drugs for paediatric use (Farm@news).

Quaderni acp 2007; 14(6): 266-268

Key words Pharmacovigilance. Adverse reactions. Surveillance network

La sperimentazione clinica in pediatria potrebbe ridurre il deficit di conoscenza sui farmaci per i bambini. Considerate le limitazioni nella conduzione di studi clinici pediatrici formali, la segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse rappresenta una preziosa fonte di informazioni sui rischi associati all'uso di farmaci in questa popolazione. Il numero di eventi gravi o fatali è sicuramente sottostimato. Il problema della sottosegnalazione è molto evidente in Italia. Coinvolgere i pediatri italiani in un network di farmacovigilanza potrebbe essere utile per aumentare la cultura della segnalazione di sospette reazioni avverse. Un gruppo di pediatri di Messina ha dato vita al network "FarmaPed", un progetto pilota che ha lo scopo di sensibilizzare i pediatri alla "pratica" della segnalazione spontanea e "(in)formarli" sui problemi legati alla tossicità dei farmaci nei bambini. I partecipanti, dopo aver inviato la segnalazione al responsabile di farmacovigilanza, ne inviano una copia al Dipartimento Clinico-Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università (Centro Coordinatore: CC). Il CC, una volta ricevuta la segnalazione, elabora una risposta commentata sulla segnalazione e la invia per e-mail a tutti i partecipanti al network, condividendo il caso con loro, effettua analisi periodiche delle segnalazioni e invia agli aderenti una newsletter sulle principali novità di sicurezza sui farmaci in ambito pediatrico (Farm@news).

Parole chiave Farmacovigilanza. Reazioni avverse. Rete di sorveglianza

Il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità sulla sicurezza dei farmaci nei bambini del 2006 conclude affermando che: "tutte le volte 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, a fronte di un beneficio incerto o addirittura nullo" [1]. Tale concetto è

generalizzabile a tutta la popolazione, ma è particolarmente vero nei bambini, in cui l'uso off-label dei farmaci è molto più frequente che nella popolazione adulta. Garantire ai bambini lo stesso standard di sicurezza dei farmaci della popolazione adulta è un obiettivo da perseguire, ma le difficoltà sono molte, alcune delle quali difficilmente superabili.

Il problema della sperimentazione clinica sui bambini è stato posto ormai da molto tempo, proprio per cercare di ridurre il deficit di conoscenza del "comportamento" del farmaco nel bambino [2]. C'è, inoltre, da sottolineare che l'industria farmaceutica è di per sé poco motivata a sviluppare farmaci e produrre linee guida sulle dosi da somministrare ai bambini [3]. Tali studi sono infatti spesso molto costosi e occorrono trial clinici separati per neonati, bambini e adolescenti. Altro dato da non sottovalutare è la frequente riluttanza dei genitori a fornire il consenso all'industria per effettuare uno studio controllato sul proprio bambino. Se aggiungiamo, inoltre, che il potenziale mercato per farmaci pediatrici è spesso marginale con profitti che difficilmente supererebbero i costi di una sperimentazione clinica, possiamo capire come i farmaci a tutt'oggi siano poco studiati sulle popolazioni di bambini/ragazzi. Come reagire a tutto questo? Certamente tanto possono fare le autorità regolatorie. Alcune modifiche normative e incentivi alle industrie effettuati dall'FDA hanno indotto le industrie a valutare efficacia e sicurezza di alcuni nuovi e vecchi farmaci nei bambini. Il risultato è stato che, dal 1998 al 2004, sono stati modificati i foglietti illustrativi di 87 principi attivi e relative specialità medicinali [4]. In Europa è stato invece creato nel 1999 un network per studiare i farmaci per i bambini e, nel 2004, la Commissione Europea ha deciso di incentivare le industrie a fare ricerca sui bambini sul modello americano [5]. Studiare i farmaci per i bambini prima della loro registrazione risolverebbe solo in parte i problemi. Si avrebbero maggiori informazioni sulle patologie da trattare e si potrebbero ridurre di molto i problemi legati al dosaggio del farmaco e gli eventuali problemi legati a intossicazioni o overdose [6]. A questo si deve aggiungere che i foglietti illustrativi di nuovi farmaci spesso non forniscono indicazioni ai medici non solo sul dosaggio, ma anche su efficacia e tollerabilità

Per corrispondenza:
 Achille Caputi
 e-mail: achille.caputi@unime.it

il punto su

dei prodotti in età pediatrica. Da ciò derivano numerosi errori clinici, come iperdosaggio o esposizione accidentale. In ospedale, il 36-67% dei bambini riceve prescrizioni di farmaci "off-label", percentuale che aumenta in pazienti con patologie complesse (neoplastiche e renali) o nelle unità di terapia intensiva [7]. Da alcuni studi effettuati sulla popolazione extra-ospedaliera, risulta che il 10-33% delle prescrizioni è "fuori-indicazione" e che il 22-56% di queste prescrizioni riguarda bambini [8-10]. Inoltre, è ormai accertato che i farmaci utilizzati fuori indicazione aumentano il rischio di sviluppare reazioni avverse (ADR) [7-11]. Ciò mette in risalto la necessità di valutare approfonditamente il rapporto rischio/beneficio di un trattamento farmacologico, prima di somministrare un farmaco a un bambino.

Le sperimentazioni pre-marketing, per quanto fondamentali, sono in grado di fornire informazioni adeguate quasi esclusivamente sul beneficio di un farmaco. Tuttavia, a causa di alcune loro limitazioni intrinseche, essi non sono in grado di fornire tutti gli elementi necessari per definirne il profilo di sicurezza. Infatti le sperimentazioni cliniche vengono effettuate su un numero limitato di pazienti, solo in pochi casi superiore a 10.000 unità. ADR rare o molto rare (1 caso su 100.000 o 1.000.000 di trattati) non saranno quindi rilevate durante gli studi pre-marketing. Inoltre, i trial clinici hanno una durata prestabilita e non riescono per questo a dare informazioni definitive su eventuali tossicità croniche del farmaco. Sarebbe infine impossibile sperimentare un farmaco in pazienti affetti da più patologie e in terapia con altri farmaci. Questi concetti valgono per gli adulti e, a maggior ragione, per i bambini. Per esempio, il potenziale di tossicità di uno xenobiotico è superiore nei bambini più piccoli rispetto agli adolescenti, a causa dell'imaturità dei meccanismi di detossificazione e della difficoltà nella definizione dei corretti schemi di dosaggio individuali.

Sebbene la maggior parte dei dati disponibili in letteratura sia per lo più riferita agli adulti, è facilmente intuibile come il problema della sicurezza dei farmaci sia di particolare rilevanza nei bambini. La maggior parte degli studi pubblicati riguarda pazienti ospedalizzati o ricoverati

in Pronto Soccorso, mentre solo una piccola parte riguarda la medicina territoriale. Una metanalisi del 2001 ha stimato che l'incidenza di ADR pediatriche è di 1,46% nella medicina territoriale e che oltre il 2% dei ricoveri ospedalieri dei bambini è dovuto a patologie di origine iatrogena [12]. Secondo uno studio realizzato in Italia attraverso un sistema di monitoraggio attivo dei pediatri, l'incidenza di ADR risulta pari a 15,1 bambini ogni 1000 trattati [13]. Una recente ricerca ha stimato che il 14,1% dei bambini ricoverati sviluppa una ADR, mentre quasi 3 bambini su 100 sono ricoverati a causa di una malattia prodotta da un farmaco (14). Da un'analisi effettuata in un ospedale norvegese il 28% dei bambini trattati con farmaci sviluppa un'ADR: il 7% al momento del ricovero, il 18% durante il ricovero e il 9% dopo la dimissione [15]. Tra le esperienze italiane, un recente studio multicentrico ha associato l'uso di antibiotici a piastrinopenia e il vaccino esavalente a convulsioni febbrili, confermando quanto suggerito dalle segnalazioni di sospette reazioni avverse in età pediatrica [16].

Considerate le limitazioni nella conduzione di studi clinici pediatrici formali, risulta evidente che la segnalazione spontanea organizzata di sospette reazioni avverse rappresenta una preziosa fonte di informazioni sui rischi associati all'uso di farmaci in questa popolazione. I medici dovrebbero segnalare scrupolosamente gli eventi avversi osservati nei bambini, specialmente quelli gravi, che coinvolgono un'interazione tra farmaci e quelli non riportati dal foglietto illustrativo. Da un'indagine condotta dall'FDA sulle segnalazioni di sospette reazioni avverse fatali, in bambini sotto i 2 anni di età è risultato che l'uso di farmaci era associato a una media di 243 decessi per anno. Nel 24% di questi casi, il farmaco era stato assunto dalla madre durante la gravidanza o il parto o l'allattamento [17]. Secondo gli Autori, il numero di eventi gravi o fatali è stato sicuramente sottostimato. Un altro rapporto dell'FDA ha rilevato che circa il 90% delle reazioni avverse gravi non viene segnalato [18]. Il problema della sottosegnalazione è ancora più evidente in Italia, e non solo relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse in pediatria. Al di là delle motivazioni della non segnalazione fornite in

vari studi, anche italiani, resta il problema che il nostro Paese, pur modificando e migliorando i decreti legge sulla farmacovigilanza, non ha ancora completamente recepito le indicazioni OMS in tema di segnalazione spontanea organizzata, per coinvolgere attivamente gli operatori sanitari (si veda anche a pag. 272) [19].

Queste sono:

- a. facilitazione della segnalazione e riscontro di ciascuna segnalazione al segnalatore (feedback);
- b. educazione continua sulla sicurezza dei farmaci e sui benefici che il sistema di segnalazione spontanea può apportare alla comunità, sia in termini di riduzione del rischio per il paziente che di risparmio di risorse per curare le ADR;
- c. progressivo coinvolgimento del segnalatore in una rete permanente di farmacovigilanza con rapida messa a disposizione dei risultati del sistema.

Il perseguire queste indicazioni potrebbe accrescere la cultura sulla patologia iatrogena e in tal modo aumentare la sensibilità alla pratica della segnalazione. D'altra parte, come affermato da Leape, "il principale scopo della segnalazione di un evento avverso è quello di imparare dall'esperienza e condividere tale esperienza in modo che altri possano evitare che lo stesso evento indesiderato si ripeta" [20]. La segnalazione spontanea non può stimare l'incidenza delle ADR nella popolazione, adulta o pediatrica che sia. Il suo ruolo è infatti quello di lanciare dei segnali di allarme. In altre parole, serve a fornire agli operatori del settore delle idee su cui impostare studi più adeguati, approfonditi e rigorosi.

Tutto ciò in Italia pare non essere compreso fino in fondo. Tuttavia esistono alcune iniziative che potrebbero aiutare gli operatori sanitari del nostro Paese a diventare protagonisti di un sistema attivo di farmacovigilanza e avvicinare l'Italia agli standard di altri Paesi.

Tra le iniziative intraprese, vi è quella della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) che, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina, ha creato la rete di segnalatori "Pharmasearch". Tale rete è operativa dall'1/1/2002, e ha lo scopo di coinvolgere i Medici di Medicina Generale (MMG) in un progetto di

educazione continua in farmacovigilanza. Ai medici, che volontariamente hanno aderito alla rete, è stato chiesto di inviare copia della scheda di segnalazione di ADR da loro compilata, e già inviata al proprio responsabile della farmacovigilanza, al Centro Coordinatore di Messina. I compiti di tale Centro, una volta ricevuta la segnalazione, ripercorrono le indicazioni dell'OMS:

- invia per e-mail un commento sulla ADR segnalata e sul possibile nesso di causalità tra reazione avversa e farmaci assunti dal paziente;
- inserisce in un database i dati raccolti;
- elabora periodicamente i dati e li invia (sotto forma di brevi report) a tutti i componenti della rete.

Da un iniziale gruppo di 11 segnalatori si è giunti a oltre 300 MMG aderenti, per un totale di quasi 3000 segnalazioni ricevute. La rete ha pubblicato su riviste internazionali, sul periodico della SIMG e su una sezione dedicata del sito web www.farmacovigilanza.org, alcune analisi della banca-dati, nonché alcuni case report particolarmente interessanti.

Su questo modello, un gruppo di pediatri messinesi ha dato vita al network "FarmaPed", un progetto pilota che ha lo scopo di sensibilizzare i colleghi pediatri alla "pratica" della segnalazione spontanea e "(in)formarli" sui problemi legati alla tossicità dei farmaci nei bambini. Oltre all'analisi periodica delle segnalazioni e alle risposte alla singola segnalazione, la rete fornisce agli aderenti una newsletter sulle principali novità di sicurezza sui farmaci in ambito pediatrico (*Farm@news*). Dall'ottobre 2006 sono prevenute 18 segnalazioni, che rappresentano il 43,9% delle segnalazioni effettuate da tutti i pediatri messinesi [20]. Le iscrizioni sono tutt'ora aperte (sercontti@glauco.it) e speriamo di coinvolgere pediatri che provengono da tutta l'Italia. Per partecipare servono buona volontà, un indirizzo e-mail e soprattutto la coscienza che "un medico che non riconosce o non sospetta una reazione avversa da farmaci è un ulteriore fattore di rischio per il paziente!" [21]. ♦

Gli Autori dichiarano assenza di conflitto di interessi. Fondi o strumenti per l'elaborazione dell'articolo provengono dall'istituzione da cui dipendono.

Bibliografia

- Menniti-Ippolito F, Traversa G, Da Cas R, et al. Sicurezza dei farmaci in pediatria. Rapporti ISTISAN 06/16,2006.
- Bonati M, Choonara I, Hoppu K, et al. Closing the gap in drug therapy. *Lancet* 1999; 353:1625.
- Cuzzolin L, Atzei A, Fanos V. Off-label and unlicensed prescribing for newborns and children in different settings: a review of the literature and a consideration about drug safety. *Exp Opin Drug Saf* 2006;5:703-18.
- <http://www.fda.gov/cder/pediatric/labelchange.htm>.
- <http://www.euractiv.com/en/health/medicine/s-children/article-132015>.
- Cote CJ, Karl HW, Notterman DA, et al. Adverse sedation events in pediatrics: analysis of medications used for sedation. *Pediatrics* 2000;106:633-44.
- Horen B, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Adverse drug reactions and off-label drug use in paediatric outpatients. *Br J Clin Pharmacol* 2002; 54:665-70.
- McIntyre J, Conroy S, Avery A, et al. Unlicensed and off label prescribing of drugs in general practice. *Arch Dis Child* 2000;83:498-501.
- Chalumeau M, Treluyer JM, Salanave B, et al. Off label and unlicensed drug use among French office based paediatricians. *Arch Dis Child* 2000; 83:502-5.
- Wilton L, Pearce G, Mann R. The use of newly marketed drugs in children and adolescents prescribed in general practice. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1999;8:S37-S45.
- Choonara I, Conroy S. Unlicensed and off-label drug use in children: implication for safety. *Drug Saf* 2002;25:1-5.

[12] Impicciatore P, Choonara I, Clarkson A, et al. Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Br J Clin Pharmacol* 2001;52:77-83.

[13] Menniti-Ippolito F, Raschetti R, Da Cas R, et al., for the Italian Paediatric Pharmacovigilance Multicenter Group. Active monitoring of adverse reactions in children. *Lancet* 2000;355:1613-4.

[14] Haffner S, von Laue N, Wirth S, Thürmann PA. Detecting adverse drug reactions on paediatric wards: intensified surveillance versus computerised screening of laboratory values. *Drug Saf* 2005; 28:453-64.

[15] Buajordet I, Wesenberg F, Brørs O, Langslet A. Adverse drug events in children during hospitalization and after discharge in a Norwegian University Hospital. *Acta Paediatr* 2002;91:88-94.

[16] Menniti-Ippolito F, Da Cas R, Bolli M, Capuano A. Studio multicentrico sulla sicurezza dai farmaci in pediatria. *Quaderni acp* 2007;14:98-102.

[17] Moore TJ, Weiss SR, Kaplan S, Blaisdell CJ. Reported adverse drug events in infants and children under 2 years of age. *Pediatrics* 2002;110: e53.

[18] FDA Center for Drug Evaluation and Research Report to the Nation: Improving Public Health Through Human Drugs. Rockville, MD: Food and Drug Administration, 2002.

[19] Cosentino M, Leoni O, Banfi F, et al. Attitudes to adverse drug reaction reporting by medical practitioners in a Northern Italian district. *Pharmacol Res* 1997;35:85-8.

[20] Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347:1633-8.

[21] Benichou C. ADR, a practical guide to diagnosis and management. Wiley, 1996.

Gli Argonauti IX

In viaggio per Itaca

Messina, 2 - 4 Maggio 2008



Segreteria Organizzativa:

Sunmeetings snc
via XXVII Luglio, 1
98123 Messina
tel. 0902929379
fax 0906510803
mobile 3497713672
E-mail info@sunmeetings.com



La difficoltà del confronto in "Mio fratello è figlio unico"

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

A dispetto di quanti parlano male del cinema italiano, i francesi ne tessono le lodi. Ed è così che molti spettatori si sono resi conto che l'ultimo film di Daniele Luchetti (*Arriva la bufera, Dillo con parole mie, Domani accadrà, I piccoli maestri, Il portaborse, La scuola*), oltre a meritare tutti i cinque "David di Donatello" conquistati, è degno di una lettura più attenta. Solo in apparenza, infatti, *Mio fratello è figlio unico* è un film politico.

Lo ha precisato lo stesso regista quando ha detto che "la lotta politica resta sullo sfondo e in primo piano è il rapporto fra due fratelli che si amano e si rispettano, ma non riescono a confrontarsi". La difficoltà del confronto va oltre la sfera familiare e diventa la causa principale dei contrasti sociali, generazionali, storici. Ambientato prevalentemente a Latina, tra gli anni Sessanta e Settanta, il film si ispira al romanzo autobiografico "Il fasciocomunista" di Antonio Pennacchi e narra, con la voce fuori campo del protagonista, una storia che è al tempo stesso dramma e commedia. Due fratelli, Accio e Manrico, hanno uno strano modo di volersi bene: si criticano, si prendono a pugni, seguono due opposte ideologie, si respingono e si cercano, si innamorano della stessa ragazza.

Apparentemente sono del tutto diversi tra di loro, in realtà si completano. Due facce di una medaglia che si chiama famiglia, città, nazione. Accio, dodicenne, lascia la famiglia e la casa fatiscente in cui abita; a salutarlo, dietro il pullman che lo porta in seminario, c'è solo Manrico, il fratello maggiore. E solo Manrico andrà a trovarlo "per farlo rinsavire" e per portargli una foto di attrice che gli sveglierà i primi appetiti sessuali e gli farà riprendere la via di casa. Pur spinti da analoghi sentimenti di giustizia sociale, i due fratelli aderiscono a due ideologie opposte: Accio si iscrive al Movimento Sociale Italiano, Manrico al Partito Comunista. E così cresceranno in

perenne conflitto, senza comprendersi, uniti solo dal solido vincolo di sangue. Ci vorranno episodi di violenza, di scontri in piazza e di morte per spingerli l'uno nelle braccia dell'altro. Troppo tardi per Manrico che da operaio in fabbrica è diventato progressivamente organizzatore di scioperi e manifestazioni, attentatore, ricercato dalla polizia; appena in tempo per Accio che apre gli occhi sul mondo che lo circonda, mette a frutto la sua vitalità e diventa capofamiglia, padre di suo nipote, operatore di giustizia senza differenze di colore politico.

Il film si chiude con Accio che, dal terrazzo della nuova casa occupata con la forza, guarda il mare e sorride. Il desiderio di aiutare gli ultimi, che lo ha accompagnato fin dagli anni del seminario, si è finalmente concretizzato.

Un film che si segue con piacere, ma che lascia, a storia finita, alcune domande senza risposte; o, se si vuole, con tante e tutte valide. Chi è il figlio unico tra i due fratelli? Nella loro diversità, sia Accio che Manrico potrebbero con uguale diritto appropriarsi del titolo e dei versi dell'omonima canzone di Rino Gaetano. Cosa c'è veramente dietro l'amore-odio di due fratelli? Lo sfascio della famiglia, l'exasperazione degli ideali, le rivendicazioni sindacali, la ricerca di una fede, cristiana, fascista o comunista che sia, l'Italia degli anni di piombo? E ancora: è proprio così repentino negli uomini il passaggio dal crocifisso alla pistola, dalle manifestazioni in piazza alla lotta armata, dalla legalità alla clandestinità? Qual è la strada giusta per fare del bene e aiutare gli ultimi? Fino a che punto è lecito scontrarsi con le regole? Se nemmeno l'essere fratelli è sufficiente per confrontarsi e comprendersi, a che cosa bisogna fare ricorso? Luchetti, com'è giusto che sia, non sconfinava oltre il suo mestiere di regista.

Da sempre attento ai problemi sociali, racconta una storia ma lascia le riflessioni agli spettatori, i quali, a seconda dell'età e del proprio vissuto, possono vedere in questo film ciò che vogliono e dare ragione o torto a rossi e neri, a educatori ed educandi, a padri e figli. E questo perché dietro due ragazzi di provincia allo

sbando, c'è tutta la nostra incertezza esistenziale.

Emblematica, a tal proposito, la posizione degli adulti che non riescono a fornire concrete soluzioni, vuoi perché impegnati a risolvere urgenti problemi di sussistenza, come i genitori che aspettano da anni una casa popolare, vuoi perché dediti a strumentalizzare i bollenti spiriti dei giovani con ordini impartiti dall'alto, slogan, letture di parte, saluti fascisti e pugni chiusi.

E così *Mio fratello è figlio unico* esce fuori dalla cornice familiare e storica che fa da sfondo alla vicenda e si personalizza e modernizza: negli anni Sessanta, come nel Duemila, abbiamo tutti dei fratelli e siamo tutti figli unici. Una lettura a più facce il cui merito va, oltre che a Luchetti e alla coppia di sceneggiatori Rulli e Petraglia, al cast degli attori, da elogiare in blocco: dal piccolo Vittorio Emanuele Propizio al sorprendente Elio Germano (rispettivamente Accio dodicenne e giovane), da Riccardo Scamarcio nel ruolo di Manrico, idolo in scena e fuori delle giovanissime, a Luca Zingaretti, Anna Bonaiuto, Angela Finocchiaro e all'esordiente Diane Fleri. ♦

Mio fratello è figlio unico

Regia: Daniele Luchetti

Con: Elio Germano, Riccardo Scamarcio, Angela Finocchiaro, Luca Zingaretti, Anna Bonaiuto, Massimo Popolizio, Vittorio Emanuele Propizio, Diane Fleri
Italia, 2007

Durata: 100'

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@alice.it

Inquinanti ambientali e sviluppo del polmone

A cura del gruppo ACP Pediatri "Per un Mondo Possibile"

Continua la collaborazione del gruppo ACP "Per un Mondo Possibile" (<http://pumpacp.blogspot.com/>) per segnalazione di articoli sui temi ambientali. Gli articoli di questo numero sono stati letti da Laura Todesco e da Giuseppe Primavera

Parole chiave *Polluzione. Funzione polmonare. Disturbi neurovegetativi*

Funzione polmonare in bambini esposti a inquinazione

In questo articolo, in pubblicazione su *Am J Respir Crit Care Med*, anticipato dalle pagine on-line della rivista nell'aprile 2007, Martinez e coll. con uno studio di coorte prospettico hanno valutato gli effetti sullo sviluppo della funzione polmonare di bambini di Città del Messico da esposizione a lungo termine a particolato (PM₁₀), biossido di azoto (NO₂) e ozono (O₃).

Gli Autori premettono che spesso a Città del Messico le concentrazioni di O₃ superano i limiti consentiti di 110 ppb (massima media giornaliera di un'ora) e che nei bambini asmatici sono stati dimostrati una riduzione delle funzioni respiratorie e un aumento dei sintomi respiratori.

L'indagine è stata effettuata in 39 scuole scelte in modo randomizzato in un raggio di 2 km da 10 stazioni fisse di rilevamento della qualità dell'aria. È stata seguita una coorte dinamica di 3170 alunni non asmatici di 8 anni all'inizio dello studio. Per tre anni sono state eseguite ogni sei mesi valutazioni spirometriche con la consegna di questionari ai bambini, agli insegnanti e alle famiglie. L'entità della perdita nel follow up è definita rilevante, ma non è specificata per entità e motivazioni; si tratta di un limite dello studio. La stima dell'esposizione dei bambini agli inquinanti era basata sui dati registrati dalla stazione di rilevamento della qualità dell'aria più vicina alla scuola. L'esposizione a lungo termine per ogni giorno del periodo in studio è stata stimata come la media dei valori di concentrazione dei precedenti 6 mesi.

Le analisi statistiche usate per correlare la concentrazione di inquinanti e il deficit di crescita della funzione polmonare nel tempo sono state effettuate con modelli lineari generalizzati a effetti misti. I risultati sono stati corretti per esposizioni acute e altri fattori confondenti.

Il deficit di crescita di FVC e FEV₁ era significativamente associato all'esposizione a O₃, PM₁₀ e NO₂. L'incremento delle concentrazioni medie di un range interquartile di O₃ (IQR= 11.3 ppb) era associato con un deficit annuale in FEV₁ di 12 ml nelle bambine e di 4 ml nei maschi, di PM₁₀ (IQR= 36.4 µg/m³) con un deficit annuale in FEV₁ di 11 ml nelle bambine e di 15 ml nei maschi, di NO₂ (IQR= 12.0 ppb) con un deficit annuale in FEV₁ di 30 ml nelle bambine e di 25 ml nei maschi. Lo studio contribuisce ad avvalorare le evidenze che l'esposizione per lungo termine a inquinanti dell'aria comporta deficit di sviluppo polmonare nei bambini.

Martinez RR, et al. Lung Function Growth in Children with Long-Term Exposure to Air Pollutants in Mexico City. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; published ahead of print on April 19, 2007 as doi:10.1164/rccm.200510-1678OC.

Pollutanti organici e disturbi neuroevolutivi

Un numero crescente di studi prospettici ha riportato un'associazione inversa tra i livelli di varie sostanze neurotossiche ambientali presenti nel sangue materno e cordonale e le funzioni cognitive in età infantile; alcuni studiosi hanno messo in dubbio che questi lievi decrementi siano permanenti o che possano portare a disturbi di sviluppo clinicamente significativi. Lo studio di Lee e coll. è il primo a dimostrare una correlazione positiva tra livelli di dibenzo-p-diossine e dibenzofurani e la prevalenza di disturbi dell'apprendimento (LD) e disturbo da deficit dell'attenzione (ADD) tra i bambini di 12-15 anni. Lo studio trasversale è stato condotto su 278 bambini inclusi nella National Health and Nutrition Examination Survey 1900-2000. Comparati con i bambini che avevano livelli di POPs (Persistent Organic Pollutants) non dosabili, gli OR di prevalenza di LD tra i bambini con livelli dosabili di diossine (HPCDD e OCDD) e furani (PPCDF) erano 2,08 (IC 95% 1,17-3,68), 2,72 (1,24-5,99) e 2,18 (1,15-4,15) rispettivamente. Per ADD, gli OR erano rispettivamente 3,41 (1,08-10,8), 3,33 (0,94-11,8) e 2,31 (0,62-8,63). Gli OR sono stati aggiustati per età, sesso, razza, indi-

ce di povertà, età materna in gravidanza, peso alla nascita, BMI e intake di grassi saturi. Gli altri 4 POPs studiati non erano significativamente associati a LD/ADD. Lo studio ha diverse limitazioni ammesse dagli stessi Autori: il disegno trasversale, la diagnosi di LD o ADD riferita dai bambini o dai genitori e la mancata misurazione di altri POPs come i ritardanti di fiamma o il metilmercurio. Gli Autori auspicano, quindi, che il ruolo eziologico dell'esposizione ai POPs sul rischio di disturbi neuroevolutivi possa essere chiarito da ampi studi prospettici. Lo studio suggerisce alcune considerazioni. Circa 100.000 sostanze chimiche industriali risultavano registrate nella UE nel 1981; di queste almeno 200 hanno effetti clinici neurotossici negli adulti e molti altri hanno effetti simili in modelli di laboratorio. Gli effetti nocivi della gran parte di tali sostanze sul cervello del feto e del bambino non sono invece conosciuti, a parte la documentazione di evidenti danni funzionali dopo esposizioni ad alte dosi. Studi di buona qualità stanno però mettendo in evidenza la presenza di effetti avversi anche a bassi livelli di esposizione. Siamo probabilmente in presenza di un continuum di effetti tossici dose-dipendenti, una silenziosa pandemia di neurotossicità le cui dimensioni sono ancora sconosciute. La necessità di proteggere il bambino si è scontrata finora con l'alto livello di prove richiesto, in contrasto con il principio di precauzione. Rappresenta, quindi, una grande opportunità per la UE l'entrata in vigore il 1° giugno 2007 del regolamento REACH, che stabilisce disposizioni che si applicano alla fabbricazione e immissione sul mercato di sostanze chimiche. Perché queste disposizioni funzionino è necessaria un'alleanza tra politica, industria e mondo scientifico sulla quale è d'obbligo un certo scetticismo. Così insegna l'esperienza del piombo eliminato dalle benzine negli anni '90, pur essendo noti da decenni i suoi effetti nocivi.

Lee DH, Jacobs DR, Porta M. Association of serum concentrations of persistent organic pollutants with the prevalence of learning disability and attention deficit disorder. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:591-6. ♦

Per corrispondenza:
Giacomo Toffol
e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Polio. Eradicazione. Vaccino Sabin e Salk. Virus polio vaccinali

Un percorso a ostacoli

Non vi è dubbio che passare dai 35.000 casi di poliomielite segnalati all'OMS nel 1988 ai circa 700 registrati finora nel 2007 sia stato un risultato di dimensioni ragguardevoli che ha dimostrato la grande efficacia della vaccinazione. Ma il traguardo dell'eradicazione, fissato inizialmente per il 2000, si sta spostando sempre più in là: oggi si parla del 2010. Mentre la malattia è calata progressivamente fino all'azzeramento dei casi in ampi territori, certificati polio free – le Americhe nel 1994, l'area del Pacifico Occidentale nel 2000 e l'Europa nel 2002 – altrove si sono osservate forti oscillazioni delle frequenze e riaccensioni epidemiche.

La polio: dov'è?

Il Paese più colpito dalla polio è l'India, dove tuttora si conta circa la metà dei casi mondiali. Alcuni motivi di questo triste primato si possono identificare nella precaria situazione igienica, nella scarsa efficacia del vaccino per le infezioni intestinali d'altra origine, nella grave malnutrizione che compromette l'immunità e soprattutto nella grande debolezza dei servizi sanitari. Non a caso oggi la polio in India è concentrata nelle aree rurali più povere [1]. Inoltre la dipendenza dai finanziamenti internazionali o da organizzazioni umanitarie per l'esecuzione delle campagne vaccinali crea problemi di discontinuità. Lo stesso Direttore dell'OMS, Margaret Chan, si lamenta per le promesse disattese dai Paesi del G8, su questo obiettivo [2]. L'altro luogo del mondo più colpito dalla polio è l'Africa. Qui, oltre ai determinanti già citati per l'India, troviamo le guerre e la fuga di intere popolazioni accampate in luoghi insospitati, privi delle risorse elementari. Non a caso in questi ultimi anni sono state segnalate epidemie in Darfur e in Sudan. Inoltre appare emblematica – per diversi motivi – la vicenda della Nigeria. Secondo alcune fonti, le

autorità fecero interrompere la vaccinazione, sostenendo che il vaccino contenesse estrogeni allo scopo di minare la loro fertilità. Altri ipotizzano che il rifiuto sia nato dalla forte diffidenza dopo la morte di diversi bambini durante la sperimentazione di un antibiotico, condotta in modo illegale [3]. Di fatto la vaccinazione venne interrotta per alcuni anni agli inizi del 2000, con conseguenze disastrose: grandi epidemie che si propagarono in ben 21 Paesi limitrofi, in precedenza liberi dalla polio. A complicare la situazione, dopo la ripresa faticosa della vaccinazione e i primi buoni risultati, quest'anno la Nigeria è stata colpita da un'epidemia da virus derivati da Sabin (Sabin-like).

In Medio Oriente la polio è tuttora endemica in Afghanistan e in Pakistan, dopo un periodo di fiammate epidemiche. Alcuni sottolineano che, in molti di questi Paesi, i bambini muoiono di più per altri motivi e che la polio non costituisce un problema prioritario: mancano infatti acqua potabile, cibo e una vita serena.

I virus polio e i vaccini

Dopo l'ultimo caso da virus polio 2 segnalato nel 1999, sono stati registrati nel mondo solo casi dovuti al tipo 1 e 3. Ciò ha suggerito la produzione di vaccini monovalenti contro il polio 1 e 3, anche perché pare che il tipo 2 comprometta la risposta agli altri due virus contenuti nel trivalente. Un evento inatteso è stata la constatazione che i virus Sabin sono in grado di mutare e addirittura di provocare epidemie. La prima avvisaglia si ebbe nel 2000, con la prima epidemia da virus Sabin-like nei Carabi, poi nelle Filippine, in Madagascar, Indonesia, Cambogia, Niger, Myanmar e infine in Nigeria nel 2007 [4]. Questo fenomeno si è verificato solo in presenza di basse coperture vaccinali (< 30%), ma aggiunge elementi di grande complessità ai fini dell'eradicazione. La sorveglianza, tutt'altro che semplice, assume quindi un ruolo di primaria importanza nel guidare le azioni. Non va poi dimenticato che i virus Sabin possono mutare e tornare virulenti durante il passaggio intestinale; si stimano 2-4 casi di paralisi flaccida ogni milione di dosi. E ciò sarà intollerabile quando la malattia dovesse diventare rara ovunque, come è accaduto nei

Paesi più ricchi. Ma il passaggio universale al Salk nelle fasi finali dell'eradicazione pone problemi non trascurabili per i costi, la via di somministrazione (i.m.) e la minore capacità di ridurre l'escrezione intestinale dei virus polio.

Il futuro

L'OMS ha predisposto un piano dettagliato per raggiungere l'eradicazione [5], ma la dinamicità della situazione e i tanti problemi connessi richiederanno continui aggiustamenti. Si prospettano tempi lunghi, e questo renderà meno propensi a offrire finanziamenti i donatori e i politici che desiderano vedere risultati veloci. Infine sicuramente anche le industrie che producono i vaccini cercheranno di influenzare le decisioni per i loro interessi.

Conclusioni

Riuscire a eradicare la polio appare una sfida più ardua del previsto. Strada facendo, si sono evidenziati imprevisti collegati al comportamento dei virus polio – selvaggi e vaccinali – e problemi collegati al comportamento degli uomini. Tutto ciò dimostra da un lato i limiti della nostra conoscenza e dall'altro la stretta connessione tra i fattori sociali, culturali, politici e la salute delle persone. I luoghi del mondo dove ancora esiste la polio sono molto eloquenti. Risulta evidente, anche in questo caso, che un approccio mirato alla singola malattia non è efficace e inoltre che gli strumenti della medicina – da soli – non bastano a produrre salute. ♦

Bibliografia

- [1] Kar A. Eradication versus control for poliomyelitis. *Lancet* 2007;370:131-2.
- [2] Reynolds T. Polio: an end in sight? *BMJ* 2007; 335:852-4.
- [3] Raufu A. Nigerians in drug trial take their case to US court. *BMJ* 2003;326:899.
- [4] WHO. Circulating Vaccine-derived poliovirus 2000-2007. <http://www.polioeradication.org/case-count.asp>.
- [5] WHO. Global polio eradication initiative. Strategic Plan 2004-2008. WHO 2003.

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

Farmaci antiraffreddore ancora nella bufera

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

Parole chiave Antitosse. Paracetamolo. GERD

FDA: no agli antitosse e antiraffreddore sotto i 6 anni

Il 19 ottobre u.s. il Comitato consultivo sui farmaci non soggetti a prescrizione della *Food and Drug Administration* ha votato il ritiro dal commercio dei farmaci da banco contro tosse e raffreddore (sedativi della tosse, decongestionanti da soli o in associazione ad antistaminici) destinati a bambini di età inferiore a 6 anni. La decisione si basa sul riscontro che, tra il 1969 e l'autunno 2006, la FDA ha ricevuto segnalazioni di 54 casi di morte in bambini che avevano assunto decongestionanti e di 69 in terapia con antistaminici. Nella maggior parte dei casi si trattava di bambini < 2 anni il cui decesso era dovuto a sovradosaggio accidentale o a errori di somministrazione da parte dei genitori.

Considerando che le evidenze disponibili non sembrano documentare l'efficacia di questi farmaci nel ridurre la sintomatologia e che questi farmaci sono venduti senza obbligo di prescrizione, 13 dei 22 membri del Comitato hanno votato per vietarne la commercializzazione.

La FDA deve ora decidere se adottare il parere del Comitato.

Un provvedimento più restrittivo è stato assunto dall'Agenzia Italiana del Farmaco nei confronti dei decongestionanti nasali, per i quali è stata decisa la controindicazione all'uso al di sotto dei 12 anni di età (Quaderni acp 2007;14:154-159).

Gardiner Harris. FDA panel urges ban on medicine for child colds. The New York Times, 20 ottobre 2007. <http://www.fda.gov/>.

Rinofaringite: basta il paracetamolo

Ulteriori conferme alla mancanza di benefici dei farmaci cosiddetti antiraffreddore giungono da uno studio pubblicato nell'agosto 2007 sull'*International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*.

Uno studio clinico randomizzato ha, infatti, confrontato il paracetamolo in associazione con difenidramina e pseudoefedrina versus il solo paracetamolo in 201 bambini dai 2 ai 12 anni con rinofaringite acuta; non sono state osservate differenze statisticamente significative nello score della sintomatologia a 5 giorni né nell'incidenza di complicazioni.

Quindi, in caso di necessità, se si consiglia di utilizzare un farmaco come trattamento sintomatico, la scelta dovrebbe cadere sul paracetamolo.

Unuvar E, Yildiz I, Kilic A, et al. Is acetaminophen as effective as an antihistamine-decongestant-acetaminophen combination in relieving symptoms of acute nasopharyngitis in children? A randomised, controlled trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2007;71:1277-85.

I farmaci antireflusso sono over-prescritti nei lattanti?

Molti lattanti con rigurgito riceverebbero farmaci antireflusso anche in assenza di malattia da reflusso gastroesofageo (GERD). Sono i risultati di uno studio condotto presso il *Pediatric Specialty Center del West Jefferson Medical Center*, che ha valutato il pH esofageo di 44 lattanti con rigurgito di durata > 2 settimane (42 dei quali in trattamento con farmaci). Solo per 8 (il 18,2%) il risultato del test era indicativo della presenza di patologia.

Nei lattanti in terapia farmacologica la sospensione dei medicinali non ha comportato un peggioramento della sintomatologia.

Khoshoo V, Edell D, Thompson A, Rubin M. Are we overprescribing antireflux medications for infants with regurgitation? *Pediatrics* 2007;120:946-9.

OMS: promuovere la sicurezza d'uso dei farmaci pediatrici

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il 21 settembre 2007 le linee-guida sul monitoraggio della sicurezza di impiego dei farmaci nei bambini. Le linee-guida sono rivolte a operatori sanitari, agenzie regolatorie, centri di farmacovigilanza, università e industria farmaceutica, e hanno lo scopo di accrescere l'attenzione e la consapevolezza sull'importanza del monitoraggio della sicurezza dei farmaci in età pediatrica. La pubblicazione riporta una panoramica dei problemi e delle possibili soluzioni su come affrontare gli effetti collaterali dei farmaci nei bambini; in particolare, attraverso l'implementazione dei sistemi di segnalazione spontanea e la collaborazione tra governi, agenzie regolatorie, istituti di ricerca e industria farmaceutica.

World Health Organization. Promoting safety of medicines for children. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Promotion_safe_med_childrens.pdf.

Come migliorare la registrazione dei farmaci in Europa?

Per quanto l'istituzione dell'Agenzia Europea dei Medicinali (*European Medicines Agency*, EMA) abbia comportato dei vantaggi, ci sono alcuni aspetti critici che non possono essere trascurati, come quelli riguardanti la trasparenza e l'indipendenza dell'agenzia. Silvio Garattini e Vittorio Bertelè sul *British Medical Journal* del 23 ottobre 2007 avanzano alcune proposte per migliorare il lavoro dell'Agenzia:

- ▶ incrementare il ruolo dell'EMA rispetto alle Agenzie regolatorie nazionali e rendere più omogenei i criteri per la registrazione dei medicinali;

- ▶ autorizzare solo farmaci con un documentato "valore aggiunto" (maggiore efficacia, minore tossicità, minor costo) rispetto ai trattamenti correnti;

- ▶ sostenere la ricerca indipendente anche nel processo di sviluppo dei farmaci (per es. prevedere che uno studio di fase III sia pianificato e coordinato da un ente indipendente accreditato);

- ▶ aumentare la trasparenza: rendere disponibili le valutazioni cliniche sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci; far conoscere l'esito delle votazioni in seno all'Agenzia, con il "parere di minoranza" (le ragioni di chi si è opposto all'autorizzazione), i conflitti di interesse, gli studi richiesti all'industria per la fase post-marketing e la loro attuazione;

- ▶ implementare la farmacovigilanza attiva, attraverso studi finalizzati a valutare l'incidenza di reazioni avverse gravi (per es. sanguinamento gastrointestinale; rabdomioli). Dovrebbe essere istituito all'interno dell'EMA un comitato indipendente che si occupi di farmacovigilanza, distinto dal *Committee for Human Medical Products*;

- ▶ rimuovere i bias esistenti sia nella pubblicazione degli studi che nella registrazione dei farmaci.

Gli Autori riconoscono che le proposte avanzate potrebbero rendere più difficile la registrazione dei farmaci e allungare i tempi della commercializzazione; un allungamento della durata del brevetto potrebbe essere proposto in cambio della disponibilità di farmaci più efficaci e sicuri.

Garattini S, Bertelè V. How can we regulate medicines better? *BMJ* 2007;335:803-5.

Si veda anche la notizia a pagina 260 e 266. ♦

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

10 Stories the world should hear more about



La Liberia nella sfida per la promozione dei diritti civili

Rubrica a cura di Stefania Manetti

In un precedente numero della rivista (2007;4:183) una delle Ten Stories riguardava la Liberia nella sua difficile ripresa dopo anni di lotte civili. In attesa della lista delle Ten Stories del 2007 aggiorniamo i lettori sui progressi fatti da questo Paese, sulle sfide ancora aperte, sull'impegno dell'ONU di affiancare questa nazione e sostenerla, in particolare verso la promozione dei diritti civili e dello sviluppo economico.

Esperti indipendenti dell'ONU ci informano che, mentre la Liberia ha fatto notevoli progressi nella sicurezza e nello sviluppo economico, numerose sono le sfide che deve ancora affrontare nel cammino verso la promozione dei diritti civili.

Charlotte Abaka, esperta ONU del Comitato sulla Eliminazione delle Discriminazioni contro le Donne (CEDAW), durante la sua visita alla nazione africana, in ricostruzione dopo quattordici anni di guerre civili, ha incontrato rappresentanti della società civile, del governo e delle agenzie ONU, condividendo con loro "il bisogno pressante che la nazione deve fronteggiare oggi per la promozione dei diritti civili". La Liberia è sopravvissuta a una guerra civile con 150.000 morti e 85.000 persone fuggite attraverso i confini del Paese.

Mrs. Abaka ha apprezzato molto lo sforzo fatto dal governo nella attuazione di una legge a garanzia dei diritti dei lavoratori. "Rimangono tuttavia molti problemi che ostacolano la promozione e la protezione dei diritti civili" ha detto Abaka, esprimendo grande preoccupazione per i ritardi delle Commissioni ONU e governative preposte.

L'implementazione di una legge contro lo stupro rimane una questione seria ancora da affrontare: "Sono sconvolta nell'aprendere dagli interlocutori che lo stupro rimane il crimine più frequente in questo Paese". I dati dei procedimenti giudiziari in casi di stupro non sono disponibili a causa di una carenza di servizi; inoltre la polizia e i pubblici ministeri basano pesantemente i giudizi di questi crimini sulle evidenze mediche, scoraggiando le vittime a denunciare ciò che esse hanno subito. Inoltre Mrs. Abaka fa notare che nel Paese persistono e sono diffuse tradi-

zioni e pratiche dannose, come la mutilazione dei genitali nelle bambine.

Da questo Paese in ricostruzione arrivano però anche buone notizie sul fronte della educazione e della promozione del sapere. La missione ONU in Liberia (UNMIL) deputata al mantenimento della pace ha appena consegnato nella periferia urbana di Monrovia, la capitale, una scuola per 1500 bambini musulmani e cristiani. "La scuola è il simbolo del progresso che la Nazione sta facendo e dell'impegno che l'UNMIL ha preso con il governo per andare incontro al bisogno dei cittadini" ha detto Jordan Ryan (ONU) durante la cerimonia di consegna dell'edificio. Adesso subentra il Ministero della Educazione nell'assumersi il compito di farla funzionare bene. Il Ministro della Educazione, Jopseph Korto, ha assicurato che una delle prime priorità del Paese è proprio quella di mandare i bambini a scuola. "L'accesso alla istruzione è un diritto, non un privilegio" egli ha detto, "ogni volta che UNMIL o i nostri sostenitori ci assistono nella costruzione di nuove aule noi del Ministero della Educazione celebriamo un giorno di gioia". La scuola appena avviata nel villaggio di Sawegheb è l'unico esempio di integrazione e nasce per far fronte ai bisogni della comunità islamica presente in Liberia.

La decisione di estendere il mandato dell'UNMIL da parte dell'ONU di un anno risiede nell'ottica di consentire all'UNMIL di adattarsi alle priorità del Paese in continua evoluzione e di portare, mantenendo la stabilità, il governo della Liberia verso l'acquisizione graduale e consapevole delle proprie responsabilità. Difficile appare al momento stabilire i tempi di questo ritiro dell'UNMIL. Da par-

te del Segretario Generale dell'ONU c'è tuttavia l'intenzione di fare una valutazione tecnica a metà 2010 per poter poi programmare il prossimo futuro. Occorrerà porre attenzione alle elezioni previste per il 2011 nel prendere una decisione relativa al ritiro della Missione ONU.

Il report dell'ONU tuttavia stressa gli enormi sforzi fatti dal presidente Ellen Johnson-Sirleaf nel consolidamento della pace e nella promozione dello sviluppo economico del Paese. Le principali conquiste riguardano soprattutto l'implementazione di tutte le misure richieste per eliminare le sanzioni legate ai diamanti e al legname, con un incremento delle entrate pubbliche del 48%. Anche sul versante della povertà l'impegno di preparare ad interim una strategia per la riduzione della stessa è stato portato a termine, insieme al ripristino dell'acqua e della elettricità, per la prima volta dopo quindici anni, in alcune zone di Monrovia.

Le iscrizioni scolastiche sono ad oggi aumentate del 40%; sono migliorati inoltre anche i rapporti con i Paesi limitrofi. Il Governo ha inoltre focalizzato gli sforzi per consolidare la propria autorevolezza, combattendo la corruzione, implementando il settore sicurezza, riconquistando il controllo e la regolazione delle proprie risorse naturali e fortificando la capacità delle sue istituzioni. Tutte conquiste ragguardevoli per un Paese che rinasce da una situazione di totale illegalità e le cui istituzioni e infrastrutture si erano completamente sfaldate. ♦

Per ulteriori informazioni:
<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=24084&Cr=Liberia&Cr1=>

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

tenstories

Come e quando svezzare: chiedetelo a lui

Lucio Piermarini
Pediatra, Terni

Parole chiave *Divezzamento. Alimenti. Competenza alimentare*

Un aspetto, in parte nuovo, della medicina e della pediatria degli ultimi 20-30 anni è stato la condivisione, da parte della comunità degli scienziati, di una ben definita modalità di valutazione di tutte le procedure mediche per quel che riguarda prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, organizzazione sanitaria ecc.

In concreto, ci si è messi d'accordo che nulla è lecito fare che non abbia come fondamento una ricerca scientifica che ne dimostri la validità. Come in un tribunale ci vogliono le prove per condannare o assolvere, in medicina occorrono le prove per accettare o rifiutare una terapia, un vaccino, un esame di laboratorio. Questo si faceva anche prima; ricercatori e medici scrupolosi ci sono sempre stati, ma oggi tale atteggiamento è diventato sistematico, accolto anche nelle leggi, e quindi non più ignorabile da parte dei medici. Negli ultimi anni si è fatta piazza pulita, perché inutile o dannoso di almeno due terzi di quanto noi medici eravamo abituati a fare, convinti che fosse giusto solo perché lo facevamo da tanto tempo o perché ce lo avevano insegnato venerandi o rinomati professori.

Fine di un mito

Nel mucchio dei rifiuti è finito anche lo "svezzamento" così come tutti i genitori, da almeno un paio di generazioni, lo hanno conosciuto e con lui lo stereotipo di bambino capriccioso, furbo, pigro, viziato, inappetente e comunque incompetente.

Le mamme se lo facevano insegnare dal pediatra, pur sapendo già quello che sarebbe stato loro raccontato perché era ormai entrato nelle nostre abitudini, uguale per tutti i lattanti, come se si trattasse di polli in batteria, il tutto scritto su un foglietto fornito dalle ditte di alimenti "per l'infanzia" con i prodotti già indicati. È finito tra i rifiuti proprio perché le

"prove" della sua ragione d'essere non si sono trovate. Invece si sono trovati molti fatti, in gergo tecnico "evidenze", che ci hanno portato ad affrontare lo svezzamento in maniera diversa dall'usuale.

Intanto dovremmo parlare non di svezzamento (che indica più propriamente l'abbandono definitivo del latte materno), ma di passaggio da una alimentazione esclusivamente a base di latte a una fatta di latte e altri alimenti. Questa integrazione è necessaria perché il latte materno, a partire dai 6-8 mesi, incomincia a perdere gradualmente la sua completezza per alcune vitamine e sali minerali. Con l'introduzione, altrettanto graduale, di altri alimenti, definiti per questo "complementari", è possibile supplire a queste progressive carenze e garantire al bambino una nutrizione adeguata.

Si sono dimostrati, in tal modo, l'inutilità, e anche la pericolosità di "svezzare" prima dei 6 mesi, basate solo sull'opinione, più o meno interessata, che il latte umano diventasse precocemente inadeguato. Oggi le più importanti organizzazioni sanitarie mondiali, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Fondo per l'Infanzia dell'ONU (UNICEF), considerano il latte umano l'alimento ideale per i bambini fino a 6 mesi di vita. E se manca il latte umano, va bene un "latte artificiale" (più propriamente definito come un alimento "sostituto del latte umano", fatto a sua somiglianza).

Altre ricerche hanno dimostrato che, intorno ai 6 mesi di vita, l'apparato digerente dei lattanti raggiunge la maturità e consente l'introduzione di alimenti complementari.

La maturità riguarda anche tutta la successione di movimenti indispensabili per l'assunzione, la masticazione (pur senza denti), lo spostamento laterale e all'indietro e infine la deglutizione dei cibi solidi. Noi, abitualmente, non consideriamo la complessità dell'atto di assunzione di cibo, ma labbra, lingua, guance, mandibola, faringe devono lavorare in perfetta coordinazione per ottenere il

risultato che il boccone finisca in esofago e non in trachea, con tragiche conseguenze. Il bambino acquisisce queste competenze da solo e non ha quindi senso, come ancora si vede fare, iniziare anche solo con la frutta, a 4-5 mesi, allo scopo di "allenarlo" all'uso del cucchiaino. A tempo debito lo farà spontaneamente e gradualmente, senza problemi, come imparerà a camminare e a parlare, senza che nessuno lo allenasse attivamente prima del tempo.

Ma c'è di più: per quanto possa sembrare strano, i bambini sono anche in grado di svezzarsi da soli; anzi lo sono sempre stati. Basterebbe pensare a quello che è il naturale comportamento di tutti i mammiferi superiori, scimpanzé e simili, per convincersene. Basterebbe anche tornare indietro nel tempo per scoprire che la convinzione che l'integrazione del latte umano con altri alimenti debba essere decisa da esperti, e non dall'interazione naturale tra mamma e bambino, è relativamente recente.

Fu negli anni Venti-Trenta del secolo scorso che, espropriando la competenza millenaria delle donne, senza alcuna dimostrazione scientifica, ma secondo l'autorevole opinione del professore Tale o Tal'altro, si cominciò a individuare alimenti specifici per i lattanti, con tempi differenziati di introduzione ma, come abbiamo già detto, sempre più anticipati, e anche con professionali raccomandazioni alla cautela, quasi a dire: "state attenti che questa roba fa male, ma gliela diamo ugualmente". La storia scientifica, seppure con cospicuo ritardo, ha poi fatto giustizia, riportando alla luce, nel lavoro di ripulitura dalle chiacchiere, numerosissime ricerche, distribuite anch'esse lungo quasi tutto il secolo scorso, e dimenticate, che ci hanno fornito un complesso di informazioni relative al comportamento dei bambini in età di "svezzamento" assolutamente sorprendenti. Informazioni, e questo è ancora più sorprendente, alla portata di tutti, genitori e pediatri, ma assolutamente male interpretate.

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
e-mail: giovannaelucio@googlemail.com

informazioni per genitori

Cosa fare, come fare

Tutti conoscono quella eccitazione che i bambini mostrano di solito quando assistono al pasto dei genitori: sgranano gli occhi, allungano tronco e braccia per arrivare al piatto e cercano di arraffare il cibo e portarselo alla bocca, mostrando di volerli riprovare quale che sia il sapore gustato.

Questo avviene poiché, come avviene per molte funzioni e per tutto il periodo del suo sviluppo, l'istinto di conservazione gli suggerisce di imitare i suoi genitori qualunque cosa facciano. L'apprendimento per imitazione dei genitori, sia che leggano sia che mangino sia che ascoltino musica, è alla base della crescita del bambino. Nel caso del pasto della famiglia, trattandosi di un bambino per cui mangiare fino a quel momento ha voluto dire solo succhiare, senza esperienza di altri cibi, è solo dopo aver assaggiato e deglutito quello che ha portato alla bocca che egli comprende che si tratta di qualcosa associabile a cibo. Del resto il feto, bevendo il liquido amniotico, fa esperienza di tutti i sapori e odori del cibo assunto dalla mamma; e lo stesso avviene con il latte materno. Questo mette i lattanti in grado di riconoscere questi sapori sia nel latte che nei cibi solidi e, contrariamente a quanto fantasticato, anche di apprezzarli maggiormente. In ogni caso egli preferisce quel che mangiano i genitori non perché è più buono, ma proprio perché lo mangiano i genitori. Tutti i pezzi di questo puzzle si ricompongono intorno all'età di 6 mesi, come se fosse una fase di

sviluppo obbligata come tante altre. Verrebbe da dire: "sembra quasi come se ci facesse capire di volere alimenti diversi dal latte proprio quando comincia ad averne bisogno e si sente pronto a farlo con successo e senza rischi, fidandosi di quel che facciamo noi genitori". E di chi dovrebbe altrimenti fidarsi?

Ricambiamolo fidandoci di lui. D'altra parte, ci siamo fidati di lui fin da neonato, quando abbiamo abbandonato l'allattamento a ore fisse e ci siamo dati all'allattamento a richiesta. A maggior ragione, ora che è più maturo, continuiamo a fidarci praticando lo "svezzamento a richiesta".

Quello che prima si faceva solo per esperienza e tradizione, ora possiamo farlo con la sicurezza che ci deriva dalle conoscenze e dal riconoscimento dei passati errori. In concreto, trascorsi i 6 mesi di vita, quando il bambino comincerà a mandare i suoi segnali di interesse per ciò che state mangiando, perché solo quello vuole, non dovrete far altro che accontentarlo. Potete farlo in occasione di qualsiasi pasto. Naturalmente la vostra dieta deve essere corretta sotto tutti i punti di vista, qualitativo e quantitativo (controllatela con il vostro pediatra), e tenete conto del fatto che il vostro bambino non ha i denti, e dovrete frantumare perciò i bocconi, così come dovremmo fare noi adulti masticando. Basterà fare a pezzettini la pasta e il pane, tritare più finemente la carne (va bene anche un piccolo trita-prezzemolo) e ancora di più verdure e frutta, data la loro indigeribilità

per i non erbivori, come noi siamo. Un cibo che non fa male a voi, non farà male neanche a lui. Gli alimenti cosiddetti "speciali per bambini" sono fatti con le stesse materie prime dei vostri: sono solo preparati dall'industria. Furono inventati quando si diceva di svezzare i lattanti di 2-3 mesi. Il vostro vecchione di 6-7 mesi non ne ha più bisogno, questa età (anche questo aspetto è stato attentamente studiato), mette al riparo dai tanto temuti rischi allergici, rendendo inutile ritardare l'introduzione degli alimenti ritenuti più in causa nelle allergie, quali uovo, pesce, frutta secca ecc. Altrettanto inutile è eliminare il sale; nessuno ha infatti potuto dimostrare una sua pericolosità. Senza contare che, pur raccomandando esplicitamente di escluderlo, lo abbiamo sempre aggiunto, mimetizzato nel formaggio parmigiano.

Spizzicando ai vostri pasti, la sua richiesta di latte diminuirà proporzionalmente. Ogni giorno il numero degli assaggi aumenterà, tanto da trasformarsi, in settimane o mesi, in un vero pasto, con il risultato che un bel giorno scoprirete che il vostro bambino mangia normalmente con voi, ai vostri orari, i vostri stessi piatti, sempre con appetito (il suo) e senza lasciare nulla perché è lui che chiede e voi che concedete, e non il contrario. Non mettetegli fretta! Le carenze del latte materno e quindi l'opportunità di integrarlo, che è l'obiettivo del bambino, insorgono gradualmente, e non di colpo, tanto da rendere necessaria l'immediata sostituzione di una intera poppata. Il vostro bambino potrebbe arrivare a fare un pasto complementare completo, magari spezzettato in tanti piccoli assaggi dispersi lungo la giornata, anche a 9-10 mesi, senza alcun danno. Più forzerete la mano, più rischierete di andare incontro a rifiuti, conflitti, ansie, fallimenti. A voler cambiare a forza ciò che è naturale, si rischia solo di rovinarlo. Imparate a mangiar bene, fidatevi di lui e vivrete felici.

MESSAGGI CHIAVE

- ▶ Tenere sempre il bambino a tavola con i genitori non appena è in grado di stare seduto con minimo appoggio sul seggiolone o in braccio.
- ▶ Aspettare i sei mesi come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.
- ▶ Aspettare le richieste di cibo del bambino; di solito tenderà di raggiungerlo con le mani o uno sguardo sostenuto ed eccitato.
- ▶ Soddisfare qualsiasi sua richiesta, sempre e ovunque, purché si tratti di cibo idoneo a giudizio dei genitori.
- ▶ Smettere gli assaggi se il bambino smette di chiederli, o se il pasto della famiglia è finito.
- ▶ Non cambiare ritmi e durata dei pasti dei genitori. Il bambino deve, necessariamente, e lo farà senza alcuno sforzo, prendere il loro ritmo.
- ▶ L'allattamento prosegue a richiesta fin quando la mamma e il bambino saranno, entrambi, d'accordo a continuarlo.

COMMENTI

1. Cosa dice il pediatra di famiglia

Patrizia Rogari, pediatra di famiglia

Ho re-iniziato il mestiere di pediatra di famiglia dopo venti anni in ospedale, con l'idea di diventare risorsa di autonomia

per queste nuove famiglie così fragili, alla ricerca di certezze assolute, anche a costo di aspettare ore in Pronto Soccorso. Cercando di preparare il materiale per gestire la quotidianità, mi sono ritrovata a vedere le stesse ricette per lo svezzamento che 20 anni fa, lavorando in consultorio, mi avevano passato i colleghi più esperti, e che pari pari proponevo alle mamme dei lattanti. Dopo avere letto e condiviso le considerazioni espresse da Lucio Piermarini su questo numero di *Quaderni acp* e già espresse su *Medico e Bambino* e *UPPA*, pur non avendo mai sperimentato queste “nuove” modalità di alimentazione complementare, ho deciso di provare.

Ho quindi fotocopiato lo “speciale svezzamento” su *Medico e Bambino* e ho iniziato a proporre questa lettura prima di incontrare le mamme a piccoli gruppi per discuterne insieme.

Mi sono così trovata a dover sfatare i soliti miti: ma come faccio a capire se è allergico a qualcosa... il sale da subito... la frutta rossa... l'uovo e il pomodoro così presto... la porzione...

Cerco allora di portare il discorso sui tempi del singolo bambino, sulla gratificazione reciproca che nasce dal poter soddisfare una sua richiesta, sulla necessità di investire con pazienza nella prevenzione delle abitudini alimentari selettive.

La prima difficoltà che ancora incontro spesso è aspettare il 6° mese: sembra che l'introduzione della frutta dopo i 4 mesi per abituare il bambino al cucchiaino sia un appuntamento obbligato, imprescindibile. In realtà la gran parte dei genitori aderisce al progetto di procedere senza fretta, aspettando le richieste del bambino.

Allo stesso modo è una sfida superare le resistenze a consentire e facilitare l'assaggio senza limiti rigidi; se nel colloquio mi sembra di avere affrontato i nodi critici, in particolare la mancanza di evidenze a sostegno di proposte selettive, a volte il ritorno che ho nei contatti successivi è quello di un aggiustamento personale, un riportarsi verso la media... ancora la pappa, pur con un pizzico di fantasia e di libertà. A 7-8 mesi riprendo il discorso a livello individuale, cercando di sostenere i genitori che devono ancora compiere qualche passo.

In ogni caso sono sempre contenta quando vedo tanti “miei” bambini di 10-12

mesi che prendono ancora il latte materno e mangiano di tutto, con gusto.

A volte mi sento ancora una principiante, penso che potrei fare meglio, se magari ci fosse un osservatore esterno durante i colloqui, o potessi osservare io stessa qualche collega nel suo lavoro. Per il futuro un mio pensiero è quello di trovare mamme che abbiano condiviso questo percorso e vogliano trasmetterlo, con la loro esperienza, ad altre, al mio posto, proprio a significare che il pediatra, sullo svezzamento, deve fare un passo indietro. Sicuramente ci vorrà tempo, ma lavorando insieme, cambieremo.

2. Cosa dice il counsellor

Federica Zanetto, Pediatra, Insegnante counselling sistemico

È comunque un percorso a tappe quello che inizia quando viene proposta l'introduzione di cibi complementari in un'alimentazione del bambino fino a quel momento esclusivamente a base di latte. Questo, nell'ambito dei periodici bilanci di salute in ambulatorio, è sempre un momento significativo per i genitori, espressione di un passaggio evolutivo di cui prendere atto, e dove il pediatra si impegna in genere in accurate spiegazioni dettate da una lunga consuetudine e da insegnamenti consolidati, come sottolinea L. Piermarini e come conferma P. Rogari nella sua testimonianza di pediatra di famiglia quotidianamente in prima linea rispetto a questi aspetti di “cura” (*mi sono ritrovata a vedere le stesse ricette per lo svezzamento che venti anni fa, lavorando in consultorio, mi avevano passato i colleghi più esperti...*).

La proposta di un modello diverso, sulla base di evidenze “che ci hanno portato ad affrontare lo svezzamento in maniera diversa dall'usuale”, ci ricorda Piermarini, e che presuppone il “rispetto totale della capacità di autoregolazione del bambino, affidando al bambino la responsabilità della richiesta e ai genitori la responsabilità della correttezza della dieta di tutta la famiglia” [1], impegna il pediatra a una propria responsabilità, che è quella di una informazione che tenga conto di tutti questi aspetti.

Informare per far fare: ci sono alcune considerazioni che il pediatra deve avere in mente per poter condividere in modo

efficace con i genitori questo approccio diverso, comunque inatteso e certo non scontato (nemmeno nella comunità pediatrica) all'introduzione di altri alimenti “complementari” al latte. Esse devono tenere conto di regole, aspettative, preoccupazioni, abitudini spesso difficili da abbandonare (“... a volte il ritorno che ho nei contatti successivi è quello di un aggiustamento personale, un riportarsi verso la media... ancora la pappa...”). Non è infatti sempre facile per i genitori strutturare in modo efficace e utile alle proprie decisioni quanto sanno già o vengono a conoscere:

- ▶ di solito, in tema di alimentazione nel primo anno di vita, sono diversi i punti di vista presenti in famiglia rispetto a comportamenti ritenuti giusti o sbagliati, e sono molti i consigli che ne derivano in nome di diete equilibrate e osservanza delle norme;
- ▶ le fonti di informazione di cui attualmente dispongono i genitori, anche in tema di alimentazione bilanciata, sono molteplici, ma il loro “consumo è oggi frammentario, incoerente, episodico, eccessivo e carente al tempo stesso” [2];
- ▶ non lasciare un tempo ai genitori, affrettare la decisione può rendere poco praticabile la proposta;
- ▶ di fronte alle incertezze dei genitori rispetto alla propria capacità di rispettare la “competenza” del bambino, la tendenza spontanea del pediatra può essere quella di spiegare, consigliare, rassicurare, parlando magari anche di cose che non vengono riferite, ma che si immaginano, o usando informazioni che in realtà non emergono dal colloquio.

Come far passare allora delle informazioni che, “alla portata di tutti, ma assolutamente male interpretate”, siano precise, coerenti, ordinate, e possano ampliare le possibilità di scelta da parte dei genitori e metterli nelle condizioni di poter individuare cosa dovranno fare e come, per proporre i cibi solidi al bambino?

Cruciale è l'attenzione costante agli obiettivi concreti dei messaggi che il pediatra vuole trasferire, individuandone alcuni intermedi, a breve termine: organizzare, come nell'esperienza riportata, dei momenti informativi condivisi, veri-

ficando quali sono i passi che il genitore può tollerare, può aiutare a rendere più facile la rinuncia a scelte e soluzioni meno appropriate (“... mi sono così trovata a sfatare i soliti miti... ho iniziato a proporre questa lettura prima di incontrare le mamme a piccoli gruppi per discuterne insieme...”). Il pediatra non può prescindere da quanto il genitore (o la famiglia) sa già o pensa di sapere, esplorando anche cosa eventualmente ha già provato a fare o cosa pensa di poter fare (“... sembra che l'introduzione della frutta dopo i 4 mesi per abituare il bambino al cucchiaino sia un appuntamento obbligato...”).

Sa anche che non c'è l'obbligo di informare su tutto subito: dare le spiegazioni diluite, poco per volta, possibilmente agganciate a quanto messo in campo dai genitori, le rende più comprensibili e utilizzabili: se troppo ampie, le informazioni in genere non vengono recepite e, come le rassicurazioni e le generalizzazioni, servono solo al pediatra per confermare a se stesso che è stato detto tutto quello che c'era da dire o che si è cercato di non preoccupare il genitore [3].

Va data ai genitori la possibilità di riprendere osservazioni e riflessioni sui messaggi ricevuti, proponendo, se necessario, un colloquio successivo: anche nell'esperienza riportata la pediatra si rende disponibile in tal senso, attenta al percorso che sta cercando di costruire con i genitori (“... a 7-8 mesi riprendo il discorso a livello individuale, cercando di sostenere i genitori che devono ancora compiere qualche passo...”).

Ridiscutere e riadattare le scelte e gli “aggiustamenti personali” della famiglia, senza esprimere giudizi di valore, aiuta anche in questo ambito di intervento a costruire la relazione, aspetto cruciale per perseguire obiettivi condivisi e possibili, e per mobilitare le risorse e le capacità di risposta della famiglia. ♦

Bibliografia

- [1] Piermarini L. Alimentazione complementare a richiesta: oltre lo svezzamento. *Medico e Bambino* 2006;25(7):439-42.
 [2] Vineis P. Perché la società di mercato non aiuta la prevenzione. *Janus* 2001;1:11-20.
 [3] Quadrino S, Gangemi M. I messaggi che ottimizano le cure. *Area Pediatrica* 2002;4:53-8.

ACP (Associazione Culturale Pediatri) – APeG (Associazione Pediatri in Gruppo)

IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA PIACENZA, 19 APRILE 2008

Park Hotel Best Western

Il Convegno nasce dalla volontà di coniugare l'esperienza maturata all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri in tema di cronicità (i “bisogni” del paziente), con quella dell'Associazione Pediatri in Gruppo in tema di organizzazione (i “bisogni” del pediatra di famiglia). L'incontro propone analisi e confronto su alcuni contributi di esperienza e di integrazione tra le diverse figure che operano nell'ambito della malattia cronica. La ricerca di un metodo e di un modello di intervento, in cui siano garantiti la presa in carico, la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà, deve fare i conti con contesti organizzativi quasi sempre molto diversi. Ciò complica la realizzazione di un buon progetto.

PROGRAMMA PRELIMINARE

- 9-9,30 Introduzione
 9,30-11 **PRIMA SESSIONE**
Epidemiologia della cronicità infantile
Progetto B.I.P.P. Survey sulla ventilazione a lungo termine in età evolutiva. I “bisogni speciali” del bambino e della sua famiglia, e degli operatori
 11-11,15 Discussione
 11,30-13 **SECONDA SESSIONE**
Esperienze a confronto
 La diagnosi
La comunicazione di diagnosi di disabilità
 La gestione
Strumenti per la famiglia e gli operatori per affrontare la quotidianità e gli eventi prevedibili: il modello CF
 L'integrazione
Gestione territoriale del bambino oncologico
Cartella informatizzata condivisa tra centro specialistico e pediatra di famiglia
 13-13,30 Discussione
 15-17,30 **TERZA SESSIONE**
Quando i genitori si incontrano... nasce un'Associazione
Cosa abbiamo imparato: tavola rotonda, con la partecipazione dei relatori e la possibilità di domande libere dal pubblico

Segreteria scientifica

F. Zanetto: Tel: 3358077629 – e-mail: zanettof@tin.it
 A. Ulliana: Tel: 3493353652 – e-mail: anton.u@fruts.ud.it

Segreteria organizzativa

Associazione Culturale Pediatri - c/o Gianni Piras
 Tel.: 079 3027041 - Fax: 079 3027471
 e-mail: segreteriaacp@tiscali.it

Per informazioni e iscrizioni: www.acp.it

Libri: occasioni per una

Cioccolato in fiale: i diritti delle bambine e dei bambini in ospedale



Anonimo
Cioccolato in fiale
Editore Phoebus
Distribuzione
gratuita

Fiale di cioccolato? Antibiotici di panna montata? Corsie d'ospedale trasformate in campo di pallone? È un sogno. Mah! Forse qualche volta no.

“Quando un bambino entra in ospedale perde i suoi punti di riferimento, la stanza che lo accoglie è anonima, non ci sono i suoi giocattoli, non ci sono amici: perde spesso i suoi diritti. Tutto il personale del reparto e la stessa Amministrazione devono tentare di alleggerire il senso di insicurezza e di disagio psicologico che inevitabilmente il bambino sente”: con queste parole il Direttore Sanitario dell'Ospedale Cardarelli di Napoli presenta il libro *Cioccolato in fiale: i diritti dei bambini in ospedale*, che verrà donato a tutti i bambini ospiti della UOC di Pediatria dell'ospedale.

Nel libro vengono elencati gli articoli di cui è composta la Carta dei diritti delle bambine e dei bambini in ospedale, realizzata dall'UNESCO e adottata da molti ospedali pediatrici italiani ed europei. Ma non da tutti gli ospedali.

Il libro è stato realizzato dalle insegnanti della scuola in ospedale, che lavorano presso il Reparto di Pediatria del Cardarelli, con il contributo del personale infermieristico e medico della UO di Pediatria.

“Ciascun operatore sanitario è impegnato a rispettare i vostri diritti e non solo a parole” scrive il direttore dell'UO di Pediatria nella lettera ai bambini e ai loro genitori che apre il volume. Il libro che si chiude con un foglio bianco dal titolo “Caro dottore ti scrivo” in cui ogni bam-

bino può esprimere impressioni, critiche, consigli sul reparto, su tutto: sul cibo, sulle maestre, su medici e infermieri, anche esprimendo il proprio gradimento con un voto. Come a scuola fanno con lui.

Il libro ricorda molto il sussidiario delle scuole elementari e ha sulla pagina di sinistra il testo degli articoli dei diritti dei bambini in ospedale tradotti in inglese, francese, spagnolo e arabo, e su quella di destra giochi, indovinelli, spazi bianchi per disegnare il reparto così come appare agli occhi dei bambini.

Un libro interattivo in cui da un lato l'ospedale parla ai bambini e dall'altro i bambini parlano ai medici e a tutto il personale che li assiste, fornendo indicazioni che potranno essere preziose se serviranno a migliorare la qualità dell'assistenza.

Uno strumento per farli sentire meno tristi durante il tempo trascorso in ospedale e un mezzo per poter interagire con loro e con i loro genitori.

È un piccolo dono realizzato grazie al contributo della Fondazione Banco di Napoli per l'assistenza all'infanzia, segno dell'impegno di tutto il personale ospedaliero affinché durante l'esperienza difficile del ricovero ogni bambino possa cogliere anche l'amore e l'attenzione che ci sono intorno a lui. Nel rispetto di tutti i suoi diritti.

Paolo Siani

Un libro per bambini fa crescere l'amore per la musica



Andrea Apostoli (a cura di)
Ma che musica!

Brani di *Classica* e *Jazz* da ascoltare e da guardare per bambini da 0 a 6 anni secondo la *Music Learning Theory* di Edwin G. Gordon. Libro+CD di 16 brani
Illustrazioni di Alexandra Dufey

Edizioni Curci, 2006
pagine non numerate, euro 15

Il libro fa parte di una collana dedicata allo sviluppo dell'attitudine musicale del bambino ed è a lui direttamente indirizzato perché possa ascoltare i brani del CD allegato, osservare le illustrazioni e ascoltare i testi letti da un adulto.

Le dimensioni, quelle di un CD, rendono in effetti il libro perfettamente fruibile e manipolabile già dalle mani di un bambino di pochi mesi.

Dopo una breve introduzione di Andrea Apostoli, musicista e formatore, presidente dell'AIGAM (Associazione Italiana Gordon per l'Apprendimento Musicale: www.aigam.org), si entra nella parte illustrata: ogni brano del CD è accompagnato da vivaci disegni che rappresentano i brani musicali e aiutano a identificare gli strumenti musicali maggiormente impiegati nel singolo brano. Il repertorio a prima vista colpisce per la sua apparente lontananza da ciò che si è soliti proporre ai bambini: autori quali Albéniz, Grieg, Ravel, Debussy, Stravinsky, Chick Corea, per citarne solo alcuni, non sono per lo più destinati a un pubblico preparato e colto?

Invece queste musiche sono state scelte proprio per fornire al bambino, come afferma Apostoli, “*un insieme di stimoli musicali molto vari e quindi utili allo sviluppo della sua musicalità... ed è proprio grazie a questo ascolto precoce che egli potrà successivamente capire e apprezzare generi musicali generalmente inaccessibili a molti*”.

I brani, selezionati da mani esperte e attente ai gusti del bambino, risultano di fatto accessibili all'ascolto e particolarmente adatti per ascoltatori “in erba”.

Alla fine vi sono utili indicazioni su come utilizzare le proposte musicali a casa, all'asilo nido o alla scuola dell'infanzia e a seconda dell'età del bambino (0-12 mesi, 12-36 mesi, 3-6 anni).

Concludendo: un'opera ben riuscita che non mancherà di affascinare anche genitori e pediatri e che sicuramente concorrerà, come auspicato dall'Autore, “*a far crescere tanti bambini con l'amore per la musica*”.

Stefano Gorini

buona lettura

I libri sono la password
per diventare migliori
di quello che siamo.

George Steiner

Sperimentazione e violazione dei diritti



Gaia Marsico

*La sperimentazione
umana.
Diritti violati /
diritti condivisi*

Franco Angeli, 2007
pp. 272, euro 23

Un libro che nasce dal percorso culturale di Gaia Marsico che, attraverso il suo lavoro, ha vissuto la storia dell'evoluzione dei Comitati Etici in tante parti d'Italia, fin dalla loro costituzione nel 1998. Ciò le ha permesso di conoscere e di riflettere su una realtà complessa e spesso esasperante: "la sperimentazione umana".

Il sottotitolo *Diritti violati / diritti condivisi* spiega l'approccio singolare dell'Autrice, che ci fornisce una documentazione analitica sugli aspetti tecnici, regolatori e metodologici della ricerca e nello stesso tempo ci accompagna in un cammino di attenzione prioritaria alla persona e ai suoi diritti, specie se si tratta di persone "speciali" come donne e bambini, o di aree critiche come l'informazione e il coinvolgimento in pediatria, o l'emergenza/urgenza e la terapia intensiva, dando grande rilievo alla necessità della partecipazione dei cittadini e della trasparenza.

Per arrivare a uno sguardo globale, interrogandosi sul significato del progresso e della ricerca nel Nord e nel Sud del mondo e sui tanti interrogativi presenti e futuri come le malattie dimenticate, i conflitti di interesse, la *vendita* delle malattie (*disease mongering*), fino alla sperimentazione nell'ambito della genetica, nuova frontiera in cui si incontrano molti diversi interessi, non tutti rassicuranti.

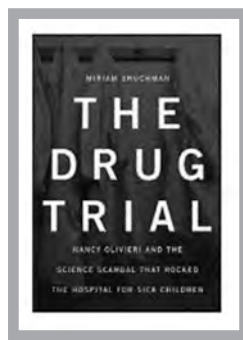
Su tutti questi temi l'Autrice documenta e informa e nello stesso tempo aiuta a riflettere sulle radici più profonde e strutturali del rapporto tra medicina e società e sui limiti della scienza medica, che si condensano in queste sue parole: "L'il-

lusione, la promessa di speranze e l'ostentazione di certezze, sul presente e sul futuro, rischiano di offuscare il senso critico della cittadinanza, ma talvolta anche della comunità scientifica". L'estrema sintesi del contenuto di questo libro – di facile e piacevole lettura, pieno di sollecitazioni e "rivelazioni" per i non addetti ai lavori – la troviamo nella premessa della stessa Marsico: "La sperimentazione è legittima quando è una concretizzazione dell'articolo 32 della Costituzione, poiché è uno dei modi per tradurre le incertezze della medicina nella ricerca di risposte sempre meglio adeguate ai bisogni.

Questo è il senso del libro. Non parte, ma arriva alla sperimentazione per parlare dei due temi che costituiscono la memoria e l'orizzonte: il diritto universale alla salute e la partecipazione, come normale pratica di democrazia".

Luisella Grandori

Il caso di Nancy Olivieri ricercatrice onesta



Miriam Shuchman

*The drug trial.
Nancy Olivieri and
the Science Scandal
that rocked
the Hospital
for Sick Children*

Random House
Canada, 2005
pp. 205, Can \$ 34,95

Nell'editoriale dell'ottobre 1999 raccontammo, soli fra le riviste italiane, la storia di un conflitto di interesse di grande rilevanza etica: il caso di Nancy Olivieri versus Apotex.

Questa la storia: nel 1987 Olivieri progetta un trial per l'Apotex sul deferiprone, un chelante del ferro da sperimentare sui bambini talassemici.

Il grosso vantaggio di questo farmaco sulla desferrioxamina è che può essere dato per bocca e non per via parenterale. Durante la sperimentazione si cominciò a manifestare un effetto secondario inat-

teso. Il sovraccarico di ferro nel fegato sembrava poco controllato, anzi il rischio di fibrosi epatica era alto.

Inoltre il farmaco produceva neutropenia nel 10% dei casi. La Olivieri informò pazienti e famiglie di questi possibili effetti sgradevoli. Apotex, appresa la notizia, sospese la sperimentazione e minacciò di denunciare la Olivieri per le notizie date. L'ospedale presso cui la ricercatrice lavorava (*Hospital for Sick Children*) rifiutò di sostenere le spese legali perché la sperimentatrice non aveva comunicato al comitato etico i dati di tossicità; si era limitata, infatti, a produrre la documentazione della ditta.

L'ospedale nominò una commissione per avere un giudizio su tutta la faccenda, ma poiché tale commissione era presieduta da un professore di un'università che aveva ricevuto dalla Apotex una donazione di 760.000 dollari canadesi, la Olivieri ne rifiutò il giudizio.

L'affare si imbrogliò ulteriormente quando la dottoressa pubblicò sul *NEJM* (1998;339:417) i suoi dati. L'Apotex la denunciò perché nel protocollo sottoscritto era contenuta la clausola della non pubblicazione in presenza di dati negativi. Giuridicamente aveva ragione. Eticamente era un disastro.

Alla fine di tutta la storia il *College of Physicians and Surgeons* definì il comportamento della Olivieri come esemplare. La vicenda era stata riferita in almeno tre libri di Autori molto autorevoli (Jerome Kassirer, Marcia Angel e Sheldon Krinsky). Un ultimo libro è uscito due anni fa a grande distanza dai fatti nel tentativo di intorbidare le acque con aneddoti della vita privata della Olivieri e dei suoi sostenitori e molto materiale "off the record". Non si rinuncia insomma a cercare di demolire la personalità umana di chi si è comportato correttamente neppure dopo la chiusura di casi con giudizi definitivi.

Giancarlo Biasini

P.S. Come dice Franco Panizon, nelle redazioni ogni tanto si perde qualcosa e più di rado lo si ritrova. Questa è una recensione perduta e solo oggi – dopo due anni – ritrovata. Ma completa quella sul libro di Gaia Marsico.

Nati



Abruzzo

Il 28 febbraio 2007, nella Sala delle Assemblee dell'Ospedale S. Maria di Collemaggio, si è svolto il Convegno: "Nati per Leggere a L'Aquila".

Accompagnato da un depliant illustrativo delle numerose attività che dal 2003 hanno caratterizzato il cammino programmatico di "Nati per Leggere a L'Aquila", il Convegno, organizzato dall'Azienda Sanitaria Locale dell'Aquila, Dipartimento di prevenzione, UO Medicina scolastica in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri, ha voluto fare il punto sulle attività svolte e ha lanciato nuovi messaggi per il futuro. La prima parte ha visto gli interventi del dott. Vincenzo Colorizio, direttore del Dipartimento di prevenzione della ASL, il quale ha sottolineato l'importanza del progetto evidenziandone le diverse sfaccettature operative che lo stesso ha assunto a L'Aquila nel percorso finora seguito. Sono seguite le relazioni "Nati per Leggere, una ricetta di salute" della dott.ssa Maria Graziani, responsabile della Medicina Scolastica della ASL dell'Aquila, e "La medicina cura?" della dott.ssa Paola Faccia, dell'Associazione Culturale Pediatri.

Sono stati messi in evidenza alcuni importanti punti che le problematiche del progetto di promozione della lettura fanno emergere quotidianamente. Le relatrici hanno sottolineato alcune caratteristiche peculiari del rapporto bambino-scuola / famiglia-lettura, come l'importanza dell'ascolto, il ruolo della scuola d'infanzia e primaria, la lettura come "atto d'amore" e nello stesso tempo

"recupero dell'unica forma di vera comunicazione verbale". La proiezione del video curato dall'Accademia dell'Immagine avente per argomento le attività di Nati per Leggere a L'Aquila ha fatto il punto su parte delle progettualità realizzate. Nei locali di accesso alla Sala delle Assemblee è stata allestita la mostra "Leggere e ascoltare sono piaceri salutarissimi", a cura delle insegnanti del Circolo Didattico "Comenio" di Scoppito, che già nel corso del 2006 aveva compiuto un progetto di promozione della lettura. La seconda parte del Convegno, costituita da interventi riguardanti le singole progettualità realizzate nell'anno precedente e vivacemente coordinata dalla giornalista di RAI 3, Lara Nicoli, ha visto protagonisti operatori culturali, amministratori locali e dirigenti scolastici che hanno esposto il contenuto degli interventi fatti, ne hanno evidenziato le caratteristiche e hanno, tutti, sottolineato l'importanza di alcuni aspetti comuni alle problematiche della promozione della lettura.

In particolare il responsabile della Biblioteca dell'Infanzia, Antonello Sipari, ha messo in evidenza i progetti realizzati nel 2006 in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri dell'Aquila. La Biblioteca è una struttura che nasce e opera all'interno dell'Agenzia per la Promozione Culturale della Regione Abruzzo.

Il progetto "Clap clap clap... il mio libro è più alto di me...", ha coinvolto scuole d'infanzia e genitori del Distretto Scolastico n° 1 di L'Aquila. Tale progetto, insieme di letture per i piccoli ascoltatori eseguite da attori della Compagnia di teatro ragazzi L'UOVO, da lettori professionisti e volontari, e incontri esplicativi del progetto con i genitori degli alunni, ha coinvolto la maggior parte delle scuole d'infanzia e in particolare alcuni circoli didattici particolarmente attivi nel promuovere interventi dedicati alla promozione della lettura.

I dirigenti scolastici di Navelli, prof. Nicola Menna, e di Pizzoli, prof. Pasquale Magliocco, hanno ribadito l'importanza dell'ascolto e dell'attenzione, fondamentali nella lettura "vicariale" per una identificazione puntuale dei ruoli dell'a-

scoltatore e del lettore. Soltanto allora la lettura sprigionerà le sue potenzialità.

Alcuni amministratori locali hanno ribadito come non sia possibile demandare ogni tipo di responsabilità alle strutture locali, che pur tuttavia hanno un ruolo importante come possibili risorse economiche per l'avvio del progetto. In effetti le numerose attività svolte in questi anni recenti, nonostante la giovane età del Progetto a L'Aquila, hanno creato una ragnatela di interventi che fanno ben sperare per il futuro. Obiettivo del Convegno è stato anche quello di definire un percorso futuro. Le collaborazioni con le Scuole e con la Biblioteca dell'infanzia verranno potenziate. Si proporrà ai dirigenti scolastici di ampliare le ore di intervento anche al mattino così come la progettualità riguarderà anche l'illustrazione per l'infanzia intesa come "narrazione e lettura parallela". Si procederà alla stesura di un corso di formazione per lettori volontari e verso un coinvolgimento più diretto dei genitori, come emerso dalle risposte ai questionari ricevuti nel 2006.

È d'obbligo fare un'importante annotazione finale: durante il Convegno hanno "allietato la serata" gli attori della compagnia di animazione teatrale per ragazzi "Brucaliffo" di L'Aquila. In tal senso è di fondamentale importanza sottolineare come l'elemento ludico, gioioso e improvvisato rappresenti l'altro indispensabile volto dell'intero progetto: comprendere che soltanto la vivace serenità circense dei momenti di raffronto con l'altro costituiscono il giusto humus per ottenere insperati successi interpersonali. "Last but not least": una doverosa, importante menzione alla dott.ssa Vincenza Bontempo dell'ACP; una specie di "fantasma del palcoscenico", puntuale e attento burattinaio dalla imprescindibile forza organizzativa.

"Nati per Leggere" ha imboccato, a L'Aquila, la sua giusta strada soprattutto per la presenza silenziosa e, al tempo stesso, chiassosa della dott.ssa Bontempo, vero nume tutelare di una progettualità che ha fatto della promozione della lettura un vero e significativo "atto d'amore".

Antonello Sipari

per Leggere

Lazio

I progetti Nati per Leggere crescono: le risorse periferiche traggono forza e credibilità dal lavoro del coordinamento nazionale e viceversa. È successo anche a noi: Roma Nord, La Giustiniana. Ripercorro al volo questi cinque anni. Nel 2003 alcune decine di libri in sala d'attesa, un gruppo di mamme, un corso di formazione piccolo, ma grande allo stesso tempo, con Alessandra Sila. Ma di questo abbiamo già raccontato. Poi, i corsi di formazione per pediatri e per lettori volontari alla Biblioteca centrale per i ragazzi, diretta da Letizia Tarantello. Due mesi di appuntamenti appassionanti. Prosegue la routine dolcissima dei libri in sala di attesa. Rita Frangella, la segretaria di studio, consiglia, riordina, aggiusta, con dedizione intelligente.

Ogni tanto un momento speciale: maggio 2006, lettura ad alta voce di una mamma, Francesca Servoli, nella miriade di eventi per "Roma Capitale Mondiale del Libro". Lo abbiamo raccontato in "Nati per Leggere. Storie Piccine" su *Quaderni acp* 2006;13;203. Anna Nava, mamma finlandese attivissima, aveva presentato nel 2004 il progetto al concorso "Idee in Comune": riceviamo un premio nel giugno 2006.

Finalmente ricchi, ci poniamo il simpatico problema di come investire; selezionare, acquistare, catalogare, schedare libri. Daniela Bizzoni, con cui avevo condiviso venti anni fa la nascita di un asilo autogestito, si appassiona e spende le sue ore invernali tra scatole di libri nuovi, mentre in studio impazza l'influenza. Cinque gruppi di etichette colorate: giallo, verde, rosso, blu e argento per le diverse età, da 0 a 5 anni. Superiamo i 500 libri. Catalogo in excel su richiesta. Ultima puntata, per ora: il Comune di Roma ci ha consegnato la stanza tanto attesa, presso la Casa di Riposo del Quartiere. Arrediamo una vera sala di lettura: Biblioteca "La Pagina Magica". Gli anziani sono stupiti e contenti di questo movimento inconsueto, che li coinvolge.

Le scuole materne della zona organizzeranno visite a piccoli gruppi in orario scolastico, forti del protocollo di intesa

con il Ministero della Pubblica Istruzione. E poi... chissà? Pagina Magica!

Flavia Luchino

Lombardia

È stata inaugurata a Milano, il 7 giugno, presso il "Centro Benedetta D'Intino", la Biblioteca dedicata ai bambini con difficoltà motorie e di comunicazione. Il settore di Comunicazione aumentativa e alternativa del Centro è rivolto a bambini con bisogni comunicativi complessi per difficoltà nel linguaggio ricettivo ed espressivo, nella sfera motoria, cognitiva e del comportamento. La sede è a Milano in Via Sercognani 17, tel. 0239263940, www.benedettadinino.it

La Biblioteca è allestita in uno spazio al piano terra dell'accogliente struttura milanese; è dotata di libri strutturalmente modificati e provvisti dei codici aumentativi, "a misura" delle differenti esigenze dei bambini e delle loro famiglie. Come sottolineato da Aurelia Riva-rola, neuropsichiatra infantile, responsabile del Settore "Comunicazione aumentativa e alternativa", è cruciale creare contesti motivati per favorire, attraverso la lettura, l'interazione tra il bimbo disabile, il suo ambiente di vita e i suoi principali partner comunicativi. Anche i bambini con difficoltà motorie e di comunicazione, cui vengono di solito proposti i libri con l'unico obiettivo dell'apprendimento, devono poter scegliere il libro fatto apposta per loro, devono poter trovare scaffali e leggitto a loro misura, devono poter provare gioia nello scoprire trame e personaggi, nel rileggere più volte una stessa frase, nel ritrovare un pezzetto di sé girando e rigirando le pagine di un libro.

Federica Zanetto

Sardegna

Leggere fiabe è sempre un bel dono, un atto d'amore; significa stabilire profonde relazioni tra il grande che racconta e il piccolo che ascolta; è costruire un ponte che unisce il mondo del bambino con quello degli adulti. Chiunque può leggere fiabe, ma farlo bene significa cono-

scerne le funzioni, il linguaggio e il suo valore pedagogico.

Partendo da queste premesse, si è svolto a Cagliari dal 18 aprile al 23 maggio 2007 il corso "Leggere fiabe, seminario sulla lettura ad alta voce", promosso e organizzato dal gruppo ASPECO (Pediatra Consultoriale e di Comunità) e dal Centro Regionale Documentazione Biblioteche per Ragazzi, nell'ambito del progetto "Nati per Leggere", rivolto agli educatori degli asili nido di Cagliari e Monserrato. I contenuti del corso, tenuto dall'attore/formatore Andrea Meloni, sono stati i seguenti:

- ▶ approfondire le competenze sulla lettura dei racconti popolari e di magia;
- ▶ riconoscere i significati delle fiabe;
- ▶ acquisire competenze sulla costruzione di letture creative;
- ▶ sperimentare tecniche sull'uso espressivo della voce.

Tramite la compilazione di un questionario finale, al termine del corso i 18 partecipanti hanno espresso un livello elevato di gradimento. Ritengono di aver acquisito buone conoscenze tecniche e pratiche, sentendosi tutti in condizioni di applicare quanto appreso nel proprio lavoro, orientandolo anche su tematiche di importante impatto sociale quali il rispetto dell'ambiente, il rispetto delle "diversità", la tolleranza razziale.

A conclusione del seminario le bibliotecarie del Centro Regionale Documentazione Biblioteche per Ragazzi della Provincia di Cagliari hanno richiamato gli aspetti più rilevanti del progetto "Nati per Leggere", illustrando le bibliografie che sono state prodotte in ambito nazionale e regionale e le principali case editrici che pubblicano libri per questa fascia di età.

Gli educatori e le educatrici che hanno partecipato al Corso sono stati invitati a prendere in mano e a sfogliare una selezione di libri per bambini di età prescolare, suddivisi per tipologia e tematiche. Infine, si è posto l'accento sull'importanza che, in famiglia e nell'ambito lavorativo, gli adulti riescano a trasmettere ai bambini l'entusiasmo e l'interesse per i libri e la lettura.

Silvio Ardu

congressi

Il counselling sistemico. Confronto nazionale su buone prassi

A distanza di un anno da una giornata congressuale svoltasi a Milano nel novembre 2006, aperta a professionalità diverse nell'ambito delle aree sociale, sanitaria ed educativa, e promossa da SICIS (Società Italiana di Counselling a Indirizzo Sistemico), restano attuali le sollecitazioni emerse nel confronto tra esperienze specifiche maturate in diversi ambiti lavorativi (contesto sociale e di rete, contesto salute, contesto scolastico, formazione, sostegno alle famiglie e ai gruppi).

Le sfide del counselling sistemico, individuate nella prima parte del Convegno con gli interventi di Michele Gangemi e Silvana Quadri, devono fare i conti con alcune criticità presenti nei disegni degli studi di valutazione dell'efficacia del counselling, al momento presenti in letteratura, e con la 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. Cruciale è anche 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.

Un servizio di counselling educativo-familiare nell'ambito dei servizi pubblici dell'infanzia, come quello illustrato da T. Monini e S. Benedetti sulla base di alcune esperienze in atto in Emilia-Romagna, deve offrire 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. Nella formazione condotta 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

A Roma Sistema Salute

Il 21/09/07, a Roma, nell'ambito di un Convegno organizzato dall'Associazione Italianeuropei per la presentazione di Sistema Salute, è stato presentato un documento che raccoglie le analisi, i suggerimenti e le proposte fatte da un pool di esperti della Sanità del Senato, coordinati dal senatore I. Marino, Presidente della Commissione Sanità del Senato. Il documento viene proposto come stru-

mento di discussione per una maggiore condivisione delle scelte in materia di sanità tra politici, tecnici e cittadini, con la richiesta alle società scientifiche delle priorità di intervento. Perché esistono il disavanzo del SSN e il divario tra pubblico e privato, come affrontare le difficoltà della loro integrazione tra ospedale e medicina del territorio sono alcuni dei temi affrontati dagli esperti con chiarezza e obiettività, accanto alla presentazione di un esempio di sistema di valutazione della qualità delle performance nelle aziende sanitarie, già in uso in Toscana. Hanno chiuso il Convegno il Ministro della Sanità Livia Turco e l'on. Giuliano Amato, Presidente dell'Associazione Italianeuropei.

L'aspetto positivo è l'innovazione del metodo partecipativo, almeno per il sistema politico italiano, con il primo tentativo di chiedere e armonizzare pareri diversi e spesso contrastanti su un sistema complesso come la sanità italiana.

L'aspetto critico sta nel fatto che nel documento e nella sua presentazione non vi è stato alcun accenno alla salute materno-infantile, quando è ben noto che un Paese che non investa prioritariamente sulla salute dei suoi bambini perde in partenza la scommessa sul suo futuro. Pertanto l'ACP ha inviato al senatore Marino le priorità individuate dalla nostra Associazione. Altro fatto interessante e innovativo: il Senatore ha prontamente risposto riconoscendone la grande utilità per iniziare a discutere anche di pediatria.

Laura Reali

Vaccinare per obbligo o per scelta?

Molte sono state le considerazioni e le sollecitazioni emerse nell'incontro tra istituzioni, medici, cittadini, giornalisti che ACP ha voluto promuovere nella consapevolezza che solo un confronto retto e un cammino condiviso, pur nel rispetto delle diversità, possono fornire una risposta ai bisogni collettivi via via emergenti nell'ambito di un'attività medica complessa e peculiare quale è la prevenzione mediante vaccinazione. Specie ora che si pone il problema della fine dell'obbligo vaccinale.

controluce

La libera adesione alle vaccinazioni è un obiettivo da perseguire, che deve tenere conto di alcuni aspetti di particolare criticità: un percorso culturale che deve riferirsi ai grandi diritti e doveri dell'uomo, con la consapevolezza di una complessità in più quando si parla di libera scelta in ambito vaccinale, inerente al possibile contrasto tra diritto del singolo e diritto della comunità (si veda a pag. 285).

Accanto a una cultura europea in generale più propensa alla non obbligatorietà e accanto alla possibilità, negli USA, del dissenso, inteso come obiezione medica, religiosa o filosofica (un pensiero diverso rispetto alla salute e alla malattia), in Italia a che punto siamo?

Il Piano Nazionale Vaccini, il Piano per la Prevenzione, la Legge Regionale in Veneto, la procedura della Regione Emilia-Romagna (preferita al posto di una legge, in attesa di un percorso definito a livello nazionale), il dibattito in corso in altre realtà regionali, un documento condiviso da tutta la Pediatria italiana caratterizzano in questo momento il panorama nazionale in tema di vaccinazioni. Le criticità sono rimaste le stesse, con persistenti disuguaglianze nelle strategie vaccinali, nel regime di offerta dei vaccini, nelle coperture vaccinali, nel sistema informativo, nell'organizzazione dei percorsi di prevenzione delle malattie infettive.

Ci sono requisiti culturali (riflessione su diritti e doveri, aspetti comunicativi), organizzativi (anagrafi vaccinali, sorveglianza delle reazioni avverse e delle malattie infettive), info-formativi (azioni omogenee, indipendenti, fondate sulle migliori evidenze) che sono alla base del superamento dell'obbligo vaccinale e che richiedono ancora sforzi di miglioramento e coordinamento. Accanto a tutto questo, la formazione congiunta di tutti gli operatori coinvolti, l'informazione delle famiglie, l'indicazione dei criteri per la gestione del dissenso, la programmazione delle diverse tappe sono passi indispensabili nel percorso nazionale verso la libera adesione alle vaccinazioni.

Obbligo o scelta?

Il rischio è quello di un passaggio solo formale e non culturale. L'idea di salute

come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività implica un impegno capillare a tutti i livelli, dall'accademia al quartiere, accanto al richiamo a precise norme di riferimento: il dettato dell'articolo 32 della Costituzione Italiana, l'articolo 5 della Convenzione di Oviedo, la Carta dei Diritti dell'Unione Europea, la Dichiarazione dell'UNESCO. "Scegliere" è difficile, è una pratica che richiede un lavoro lungo e culturale, soprattutto in un contesto sociale dove circolano troppe informazioni, quasi "volute", spesso fonte di confusione, e dove non viene concesso spazio al dubbio e all'incertezza, che vanno invece comunicati e condivisi.

Perché ridiscutere l'obbligo oggi?

Rispondono i fautori della fine dell'obbligo: perché è difficile la coesistenza di vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie; perché prevenzione significa partecipazione convinta, non obbligo; perché i genitori sono disponibili alla raccomandazione per il diritto alla prevenzione; perché medici e servizi sono pronti ad accettare, su se stessi, l'obbligatorietà dell'offerta vaccinale attiva.

Ancora: le Istituzioni nazionali sottolineano che il federalismo vaccinale non è una strategia perseguibile, data la grandissima differenza di diritto alla prevenzione che esso comporta; che di questo devono tenere conto la stesura in corso del nuovo Piano Nazionale Vaccini e la rispettiva revisione dei LEA; che il Piano Nazionale Prevenzione, alla sua terza certificazione, vede tutte le Regioni attive; che sono in corso due programmi di sorveglianza di laboratorio delle infezioni da Pneumococco, coordinati da ISS e Meyer; che il nuovo sistema informativo relativo alle malattie infettive sarà attivo dalla fine del 2007; che a novembre 2007 è previsto l'avvio del piano di formazione per la vaccinazione HPV; che la ricerca è in questo momento poco attiva; che il peso dei vaccini sulla spesa della salute è marginale.

Cosa dicono le Regioni?

La modifica dell'articolo V ha comportato un modello organizzativo più adeguato alle caratteristiche del territorio, ma

anche una Sanità più strettamente legata alla politica. Non ha cambiato gli operatori, la popolazione, la geografia regionale, né i problemi che caratterizzano i servizi vaccinali (invecchiamento del personale, aumentato carico di lavoro, maggiori responsabilità). Di questi ultimi restano e sono da valorizzare i punti di forza: un'attività storicamente consolidata, operatori più motivati della media, il buon inserimento in una "rete" nazionale.

Da sottolineare ancora una volta il rischio di penalizzare le aree più fragili, in un sistema comunque ancora non pronto alla caduta dell'obbligo, né culturalmente, né strutturalmente: accanto a realtà più rodute, con investimenti e scelte operative mirate, persistono aree in cui le disuguaglianze sono pesantemente presenti anche in ambito preventivo.

Qual è il punto di vista degli operatori vaccinali?

La Sanità pubblica deve affrontare oggi il rispetto dell'obbligo vaccinale con strumenti contraddittori e, come tali, inadeguati: da un lato viene raccomandata la ricerca del consenso attraverso il dialogo e la corretta informazione, dall'altro nella maggior parte delle Regioni viene mantenuta la sanzione amministrativa.

Quali le azioni da mettere in campo?

Informare la popolazione, instaurare una buona relazione con i genitori, formare il personale (formazione tecnico-specifica in campo vaccinale, ma anche formazione sulla comunicazione efficace); trasformare i servizi vaccinali (in Italia prevalentemente di matrice igienistica), eliminando attività inutili, obsolete o inappropriate e adeguando la normativa (in quanto servizi deputati a produrre salute e non burocrazia); sospendere le sanzioni, pensare a un percorso informativo per gli obiettori e per il rifiuto informato; avviare la riforma delle procedure per il riconoscimento del danno da vaccino, con garanzia di tempi rapidi, criteri certi e decisioni basate sulle evidenze scientifiche.

Federica Zanetto

Buone notizie per noi dell'ACP. Siamo nel Nelson!

La XVIII edizione del *Nelson* nel capitolo sulle otiti, curato dal Prof. Kerschener, inserisce nella bibliografia il lavoro multicentrico dell'ACP (Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, et al. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:679-84) al quale hanno collaborato 13 gruppi locali per un totale di 169 pediatri di libera scelta dell'ACP. Questo conferma la rilevanza scientifica del lavoro che ha avuto un coinvolgimento di tutta la segreteria per la ricerca dell'ACP sin dalla fase della stesura del protocollo e che rappresenta una delle poche ricerche libere da conflitti di interesse interamente autofinanziato.

La soddisfazione che tutti i partecipanti [1] allo studio avranno certamente nell'apprendere di avere contribuito all'avanzamento delle conoscenze scientifiche sull'appropriato uso dei farmaci in una patologia così frequente sarà certamente di stimolo per continuare a lavorare insieme attorno a progetti di ricerca clinica che siano applicabili alla routine assistenziale.

[1] ACP ASOLO: *Banchetti Fabiola, Callegari Miriana, Carnazza Silvia, Chiavelli Goffredo, Dal Lago Lorenzo, Dalla Pozza Daniela, Dell'Antonia Fabio, Montini Camilla, Orlandi Alberto, Pietrobon Ferruccio, Seminara Maria Elena, Toffol Giacomo, Zini Alessandro, Zuccolo Maria Luisa.*

ACP BASILICATA e PUGLIA: *Cappa Vittoria, Cazzato Teresa, Cicchelli Michele, Clarizio Dino, Curcio Rocchino, Dell'Edera Laura, Frappampina Enzo, Galante Antonio, Geronimo Gianfranco, Grosso Roberto, La Sala Clementina, Leuzzi Rosalba, Lisi Vito, Martoccia Michele, Mattia Marella, Moschetti Annamaria, Pellegrini Annamaria, Rella Filippo, Viziello Lucia.*

ACP BRINDISI: *De Robertis Carmela, Gianfredi Francesco, Mattei Giuseppe, Quaranta Elisabetta, Simeone Giovanni.*

ACP CAMPANIA: *Auciello Aurora, Barretta Martino, Castiello Maurizio, Cioffi Luigi, D'Ambra Raffaele, Di Costanzo Anna, Di Santo Giuseppe, Falco Pietro, Izzo Annamaria, Longobardi Giuseppe, Marino Antonio, Merolla Ennio, Mottola Lorenzo, Opallo Antonio, Pellegrini Leopoldo, Romano Salvatore, Ruggiero Maria.*

ACP DEI DUE MARI: *Bozzarello Anna Maria, Cerenzia Cesare, Chiarella Rita, Dardano Bruna, Dominijanni Vittoria, Froio Vittoria, Gallo Serafina, Giampà Franco, Lentidoro Irene, Morica Daniela, Perri Ida, Schiavone Elvira, Scoliere Laura, Squillacioti Francesca, Tiani Giancarlo, Ventrice Sabina, Xynge Angélique.*

ACP DELLO STRETTO: *Barone Silvana, Cammarota Maria Stella, Conti Nibali Sergio, Crupi Isodiana, Morabito Letterio, Parlagreco Giuseppina, Ricciardi Sara, Saccà Maria Grazia, Santisi Giovanna, Scaffidi Melania, Scorza Alessandra, Siracusano Maria Francesca, Ventura Maddalena.*

ACP LAZIO: *Cannavò Rossella, Corbo Serenella, De Sanctis Floriana, Di Cosimo Maria Elisabetta, Ferrara Anna Maria, Marolla Luisa, Marolla Federico, Melideo Fernanda, Oliviero Lucia, Preziosi Francesca, Sarno Vittoria, Valente Michele, Vignuda Caterina.*

ACP LIGURIA: *Bruschettini Pierluigi, Conforti Giorgio, Di Fuccia Giovanni, Ferrando Alberto, Lepre Giorgio, Panseri Rosa, Piccolo Gian Franco, Poggi Luisa, Scalisi Salvatore, Semprini Giovanni, Zera Marcella.*

ACP LUCREZIA CORNER: *Angonese Irmanna, Baio Antonino, Ballarin Samuela, Balliana Franco, Barachino Angela, Barbaresco Maria Cristina, Boscolo Roberto, Caprioglio Camilla, Cozzani Sandra, D'Amanti Vito, Doria Mattia, Esposito Giorgio, Ferrara Enrico, Macri Nicoletta, Marchesini Lidia, Medico Maria Gabriella, Monetti Nicola, Neidhardt Carlo, Parolini Gian Paolo, Passarella Andrea, Regini Paolo, Righetti Andrea, Scalambryn Ave, Veronese Marino.*

ACP MILANO: *Ballerini Emanuela, Battilana Maria Pia, Biolchini Angela, Bolla Patrizia, Cajani Maria Rita, Casiraghi Ezio, Cazzaniga Riccardo, Clerici Schoeller Mariangela, Garrone Anna, Liotti Giuseppe, Limonta Monica, Mantegazza Monica, Mauri Laura, Meregalli Giuseppina, Metta Gabriella, Nova Aurelio, Picciotti Michela, Rabbone Maria Letizia, Santamaria Marzia, Torrieri Maria Concetta, Zanetto Federica*

ACP TOSCANA: *Bettucci Elisabetta, Biancalani Luciana, Cappelli Elisabetta, Chiccoli Antonina, Inzitari Nicola, Milanese Antonio, Orzalesi Susanna, Pasquini Anna, Pierattelli Monica, Sabatini Walter, Solito Enrico*

ACPC VERONA: *Brutti Paolo, Carraro Federica, Chiamenti Claudio, Currò Domenica, Gangemi Michele, Iuliano Maria, Mazzi Marco, Merlin Donatella, Miglioranza Paola, Monicelli Ugo, Nardi Maddalena, Niero Enrico, Previdi Mauro, Raimo Francesco, Soffiati Francesco, Tommasi Mara, Vallone Graziano, Zanini Silvia.*

PEDIATRI SINGOLI ACP: *Angelini Paola, Barbato Maria, Bollettini Stefano, Cavallo Rosario.*

Le indicizzazioni di Quaderni acp

L'Institute for Scientific Information (ISI), della Thomson Scientific & Heal-

thcare, specializzata nell'indicizzazione di riviste scientifiche ha inviato una lettera al Direttore di *Quaderni acp* con la quale chiede di potere visionare un'intera annata della rivista.

È possibile, dunque, che nel prossimo futuro *Quaderni acp* sia indicizzata, oltre che su EMBASE, anche sul database dell'ISI. Vi terremo aggiornati.

Patrocinio ministeriale a Nati per la Musica

Il Ministero per i Beni e le Attività Culturali ha concesso il patrocinio per il progetto "Nati per la Musica". Con la speranza che questo atto formale sia l'inizio di un percorso di diffusione di NpM.

Una corrispondenza

(Da Ospedale Bambino Gesù 2007;3:180)

Caro Direttore,

leggo su *Ospedale Pediatrico Bambino Gesù* (2207;1:13-19) un articolo molto bene documentato di Alberto Tozzi dal titolo "Alla ricerca delle evidenze". In tabella 3 è contenuto un elenco di pubblicazioni secondarie.

Fra le riviste italiane non viene citata la rivista che ho il piacere di dirigere e che, dal numero 1 del 2002, pubblica scenari fortemente orientati all'applicazione pratica. Gli scenari sono disponibili con accesso gratuito anche online (quaderniacp.it, Area didattica). Si tratta evidentemente di una svista. Cordiali saluti e auguri di buon lavoro.

Giancarlo Biasini

Caro Prof. Biasini,

sono colpevole di un imperdonabile errore. *Quaderni acp* è una delle riviste che meglio incarna lo spirito dell'applicazione pratica delle evidenze in pediatria e che da più tempo segue questa strada in Italia. Probabilmente la mia svista deriva da un eccesso di affetto che mi ha fatto considerare scontata la citazione di *Quaderni acp*.

Sono certo però che questo incidente sarà utile a stimolare la curiosità dei lettori della *Rivista OBG* che non leggono abitualmente *Quaderni acp*, e a indurli a una visita al suo sito web". ♦

Un forum dei lettori sulle vaccinazioni

Per obbligo o per scelta: ma sono uguali coloro che scelgono?

L'amico Rosario Cavallo ci manda questa sua lettura del Convegno ACP di Roma "Per obbligo o per scelta" di cui riferiamo a pag. 282. La sua riflessione ci sembra molto interessante.

La discussione sull'abolizione dell'obbligo vaccinale sarà uno dei temi caldi che la pediatria italiana si troverà ad affrontare. L'ACP ha con molta tempestività voluto porre questo tema al centro nel seminario tenuto a Roma il 14 settembre scorso.

Sono stati riconosciuti i meriti storici dell'obbligo nella diffusione di una cultura vaccinale ormai entrata nel sentire comune. Tutti hanno riconosciuto il diritto inalienabile del cittadino di aderire alle scelte sanitarie per personale convinzione e non per coercizione. Il criterio della obbligatorietà appare oggi culturalmente superato. A questo punto sono cominciate a emergere le differenze interpretative tra due modi diversi di intendere le vaccinazioni e in particolare quelle gestite dalla Sanità Pubblica.

Da un lato è emersa l'interpretazione secondo cui lo Stato (o la Regione) deve garantire l'accesso gratuito e volontario di tutti a tutti i vaccini messi sul mercato. Tutti devono averli gratuitamente senza nessun accenno a qualsiasi tipo di priorità: scientifica, organizzativa o strutturale. Seppure con una piccola gradazione di termini questa posizione è stata difesa dai rappresentanti di Stato e Regioni. L'altra interpretazione, sostenuta anche qui con una certa gradazione da operatori e società scientifiche (SIP e ACP; la SISMI ha mandato un messaggio, la FIMP invitata era assente), invita a considerare maggiormente il valore collettivo e di comunità delle vaccinazioni. Prima di pensare ai diritti diciamo "aggiuntivi" (peraltro riconosciuti giusti) della parte "forte" della popolazione, questa visione chiede di garantire i molto più impellenti diritti di base dei soggetti "deboli" che diversamente continueranno a vedere crescere il loro divario di opportunità. Si chiede insomma di proce-

dere nel rispetto del *principio di priorità*, essendo impossibile avere tutto e subito. In questo modo è possibile che l'abolizione dell'obbligo diventi una buona opportunità per tutti: pensare ad assicurare *nei fatti e prima* di fare passi importanti, come l'abolizione dell'obbligo, l'adeguamento di servizi e strutture vaccinali agli standard di eccellenza *in tutti gli angoli della purtroppo varia Italia*.

Tutti riconoscono che è indispensabile un monitoraggio epidemiologico delle patologie, dei tassi di copertura, delle reazioni avverse; una anagrafe aggiornata e crociata; personale formato adeguatamente e motivato; strumenti di informazione al pubblico efficaci; sperimentati canali di comunicazione tra centro e operatori; sistemi di sorveglianza attiva per monitorare le eventuali patologie da rimpiazzo...

Un servizio così strutturato probabilmente è capace di garantire tassi di copertura elevati e stabili anche senza l'obbligo; capace non solo di "ammortizzare" l'esistenza degli obiettori ma di garantire a tutti di esercitare con convinzione il proprio diritto a essere vaccinato, che è il significato più vero e più nobile dell'abolizione dell'obbligo.

Nella realtà non è così: ci sono aree che non hanno questi livelli; che sono carenti finanche da un punto di vista igienico; con coperture già oggi a rischio: si vedano i recenti episodi di epidemia di morbillo che potrebbero ripetersi per difterite, tetano, polio. I più esposti a questi rischi sono i soggetti deboli, quelli che per mancanza di conoscenze dovute a ignavia, sospetto verso le proposte di una società che non è vissuta come amica, non hanno le conoscenze e la consapevolezza che permettono di esercitare con convinzione i diritti. Il rischio concreto e intollerabile è che, per voler assicurare "tutto" ai soggetti "forti" prima di garantire l'indispensabile ai soggetti "deboli", si può diventare una sorta di Robin Hood alla rovescia togliendo ai poveri per dare ai ricchi.

Interpretazioni diverse che meritano confronti seri. I confronti si possono fare solo quando si legittima la parte dialetticamente contrapposta, ma qualcuno ha dimostrato di avere ancora delle difficoltà nel sostenere questo confronto.

Speriamo che nella discussione (già in corso) sul nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione questa parte non sia prevalente e si possano assumere decisioni coerenti, condivise e prese su dati realmente validi e indipendenti da conflitti di interesse; diversamente da quanto fatto col Piano Nazionale Vaccini precedente. È paradossale che nel corso della discussione di Roma sia stata annunciata come "imminente" la sorveglianza nazionale sulla patologia invasiva da Pneumococco. Imminente... anni dopo l'introduzione in calendario della vaccinazione; una inversione del tutto incomprensibile.

Rosario Cavallo

Leggere criticamente le politiche vaccinali

Sono un medico del Dipartimento di Prevenzione di un'Azienda sanitaria del Lazio e ho avuto il piacere di leggere l'articolo, pubblicato sulla rivista da Lei diretta, sulla vaccinazione antinfluenzale dei bambini sani (2007;3:122). Condivido tutte le considerazioni presenti nell'articolo, sia quelle di carattere epidemiologico, sia quelle sulla sicurezza vaccinale; credo che manchi quasi del tutto (con poche eccezioni) da parte di noi operatori della sanità una lettura "critica" delle politiche vaccinali ufficiali italiane e statunitensi e credo che questo atteggiamento, anziché contrastare l'avversione dell'opinione pubblica rispetto alle vaccinazioni, la favorisca. Ben vengano perciò interventi come il Vostro, che non possono far altro che favorire un approccio serio e scientifico nei confronti di qualsiasi atto vaccinale.

Maura Coia

Non crediamo di peccare di immodestia se pensiamo di avere contribuito in questi anni a formulare proprio una lettura critica delle politiche vaccinali. E spesso in grande solitudine, per cui ci è gradita ogni adesione.

Gli entusiasmi sull'anti-HPV

Il vaccino anti-papillomavirus (HPV) è stato salutato inizialmente dalla classe

medica italiana con grande entusiasmo e quasi senza critiche. Il Ministro ha annunciato che si sarebbe partiti con la vaccinazione di massa delle dodicenni dal 2008 e sui media si è parlato della grande novità. Per la prima volta abbiamo uno strumento di prevenzione primaria di un tumore, non legato agli stili di vita o all'inquinamento, su cui incidere è difficile. Peccato che il costo dell'anti-HPV sia elevatissimo e che occorrono 3 dosi. Il 19 aprile ho scritto al Forum di Pediatria online una lettera un po' provocatoria sul tema, che ha suscitato un dibattito. Da un lato gli entusiasti del vaccino mi ricordano le 1500 morti all'anno per tumore della cervice uterina e il fatto che, anche quando è stato introdotto l'anti-epatite B, si diceva che i risultati si sarebbero visti solo a distanza (ma i costi erano molto inferiori e i risultati misurabili anche nel breve e medio periodo). Mi rimproverano di ragionare in termini economici, anzi di profitto, ma le case farmaceutiche i profitti li fanno eccome, soprattutto in regime di monopolio. E non era ormai chiaro che gli interventi di sanità pubblica devono sempre tener conto del rapporto costo/beneficio? Dall'altro lato gli scettici lamentano uno scarso impegno sul fronte dello screening con Pap test e citano i dati della Merck stessa: una riduzione del 12,2% di lesioni precancerose in donne trattate con il vaccino versus placebo (solo?). C'è anche chi dubita della sicurezza nella fascia di età proposta come target.

È emerso poi che anche negli USA è in corso un vivace dibattito sulla reale efficacia dell'anti-HPV nel prevenire il cancro, sulla mancanza di dati di sicurezza per la fascia di età individuata come target sulla durata della protezione, sul rischio che emergano tipi non contenuti nel vaccino. Da uno studio su *JAMA* di febbraio risulta che solo il 3,4% delle donne studiate dai 14 ai 59 anni è infettata da uno dei tipi contenuti nel vaccino. Diane Harper, che ha collaborato alla messa a punto dell'anti-HPV come ricercatore indipendente, afferma che l'età scelta come target per la vaccinazione di massa non è quella ideale, perché non siamo certi dell'efficacia (potrebbe addirittura esserci un aumento di casi) e per-

ché sulle ragazze più giovani non vi sarebbero sufficienti dati di sicurezza. Tutti i trial della Harper riguardano soggetti fra i 15 e i 25 anni. L'Autrice americana suggerisce di vaccinare le donne intorno ai 18 anni, dopo aver verificato l'assenza di infezione, che di norma guarisce spontaneamente in qualche mese se si interrompe il contatto.

Dunque ci troviamo di fronte a una rivoluzione copernicana: il primo vaccino anti-cancro? Oppure si tratta solo di un grosso affare economico? O le due cose insieme?

E se in alternativa alla vaccinazione di massa, che oltre al grande costo vivo delle dosi, richiede un notevole sforzo organizzativo, riflettessimo anche su altre strategie?

Marinella Lavelli

Della anti-HPV parliamone con genitori e ragazze

Sono pediatra di famiglia a Roma da venticinque anni. Quando ho cominciato a lavorare, mi sono battuta nel consigliare la vaccinazione antimorbillo a tutti i miei assistiti, in un'epoca in cui i colleghi dell'ospedale di zona erano contrari. Sono riuscita a raggiungere un'elevata copertura vaccinale. In tutti questi anni ho avuto solo 3 casi di morbillo su 880 assistiti.

Quando è comparso il vaccino acellulare anti-pertosse, ho partecipato allo studio pilota in collaborazione con l'Istituto di Puericultura dell'Università "La Sapienza". Non sono quindi una pediatra contraria alle vaccinazioni.

Ma comincio ad avere dei dubbi. Alla comparsa del vaccino eptavalente anti-pneumococco non me la sono sentita di sostenere le indicazioni del responsabile della mia ASL che inseriva antipneumococco e antimeningococco come vaccini da eseguire a partire dal 3° mese insieme all'esavalente; in scrittura piccola piccola, sotto, si indicava che si trattava di vaccinazioni facoltative e a pagamento.

L'assenza di dati epidemiologici sui ceppi circolanti in Italia ha rinforzato un mio dubbio circa la vaccinazione di massa. Ho comunque affrontato sempre l'argomento con i genitori, spiegando

che la probabilità di ammalarsi di meningite da pneumococco è estremamente rara, soprattutto se non ci sono fratelli e se il bambino non frequenta l'asilo nido. L'annuncio della campagna di vaccinazione anti-papillomavirus (HPV) mi ha davvero sconcertata e ancor di più alcuni articoli, comparsi su riviste italiane di alta tiratura: spicca a lettere cubitali un 350.000 casi/anno di tumore della cervice!

Ho deciso quindi di approfondire l'argomento anche perché lo dovrò affrontare con le mamme e le ragazze che sono mie pazienti. Ho letto tutti gli articoli che sono riuscita a reperire, su riviste internazionali. Ho visto i dati epidemiologici riportati sul sito del CeVEAS e pian piano il problema si ridimensiona. Riassumo i miei motivi di dubbio:

► Non si conosce la prevalenza dei ceppi HPV 16 e 18 nella popolazione italiana (dai pochi studi effettuati nella popolazione femminile del Nord Italia con Pap test positivo l'HPV 16 è presente nel 35% dei casi, il 18 è ancora più raro. Una ricerca effettuata su prostitute immigrate, sicuramente più a rischio, ha mostrato una prevalenza dei ceppi 33, 58, 70 e 81. Il 70% delle donne sessualmente attive si infetta con HPV, ma la maggior parte (70-90%) delle infezioni è transitoria; il virus viene eliminato dal sistema immunocompetente.

► La progressione infezione → lesione precancerosa → tumore in situ, può richiedere decenni. Il 70% delle lesioni regredisce spontaneamente in tre anni. Secondo alcuni, quasi il 100% delle lesioni precancerose individuate con il Pap test, se eseguito regolarmente alle date proposte, può essere curato. In Italia però la percentuale di donne che si sottopone al Pap test è solo del 70%, ma scende al 50% nelle fasce di età 25-40 anni, quando il rischio di lesioni precancerose è più elevato. In USA si calcola che il rischio di una donna di ammalare di carcinoma della cervice è del 6,2/1000 e il rischio di morire è dello 0,8/100 donne malate.

► Esistono vari fattori di rischio, oltre al numero dei partners, che favoriscono l'insorgenza del tumore come:

– utilizzo prolungato di contraccettivi orali;

- contemporanea infezione con HSV tipo 2;
- fumo di sigaretta;
- inizio precoce dell'attività sessuale.

Allora mi chiedo: era necessario impegnare risorse economiche così elevate senza avere organizzato servizi, registri ad hoc per valutare la compliance e gli effetti collaterali? Non sarebbe stato meglio impegnarsi ad aumentare il numero di donne che si sottopongono al Pap test?

Negli USA, nonostante quanto ci vogliono far credere le case produttrici del vaccino, solo tre Stati hanno inserito l'obbligatorietà della vaccinazione ai fini della frequenza della scuola superiore.

Anche in Europa ci sono dubbi. Al momento, in Francia, il vaccino è raccomandato alle ragazze di 14 anni e a quelle fino a 23 anni, con scarsa attività sessuale; in Germania alle ragazze di 12-17 anni; in Austria a maschi e femmine all'inizio dell'attività sessuale. In tutti questi Paesi non è chiaro comunque chi ne sosterrà il costo.

A questo punto mi sento abbastanza pronta per l'incontro con le mamme ed esprimere tutte le mie perplessità. Sono infatti in grado di:

- ▶ informarle sulla storia naturale della malattia;
- ▶ fornire i pochi dati epidemiologici che possediamo;
- ▶ elencare gli altri fattori di rischio, oltre all'infezione, che favoriscono lo sviluppo del tumore;
- ▶ ricordare la necessità di eseguire il Pap test a partire dai 25 anni di età se sessualmente attive, sia per le vaccinate che per le non vaccinate;
- ▶ riferire tutte le incognite legate alla vaccinazione: quanto dura l'immunità? Saranno necessari richiami e quanti? E infine devo tenere d'occhio la letteratura sull'argomento per eventuali novità.

Luisa Marolla

Marinella e Luisa hanno sollevato tutti i dubbi che si è posta la comunità scientifica di fronte all'introduzione di questo vaccino: dai vuoti conoscitivi sull'efficacia e sulla sicurezza a lungo termine alla mancanza di valutazioni nazionali di

impatto (di salute, organizzativo, costo/efficacia). Non è un caso che in Europa (tranne in quattro Paesi) si stia ancora valutando il vantaggio presunto di questa vaccinazione rispetto all'implementazione del Pap test. La scelta più interessante è quella della Finlandia che sta eseguendo un grande trial di popolazione su una coorte di circa 20.000 adolescenti e deciderà in base ai risultati disponibili nel 2020 [1]. Il bisogno/dovere di conoscere e di valutare rigorosamente prima di decidere appare sempre più in contrasto con una poco comprensibile urgenza di agire. Specie in questo caso, viste le caratteristiche della malattia che si manifesta a distanza di decenni dall'infezione, e la disponibilità di un altro strumento di prevenzione di comprovata efficacia, il Pap test. In effetti stupisce che nessuno si sia mai scandalizzato che tante donne non possano usufruire dello screening, anche in molte Regioni italiane (anche nel Nord del Paese!), mentre si ritiene inaccettabile non offrire subito il vaccino, la cui efficacia sul tumore ha ancora bisogno di prove.

Quanto agli interessi economici che Luisa e Marinella sollevano, non vi è dubbio che sono forti.

Il Wall Street Journal, in un articolo molto critico di qualche mese fa, descriveva le cifre da capogiro investite nel marketing dalla Merck, che il vaccino produce negli USA. Ma questo potrebbe significare solo che il mercato fa il suo mestiere, diverso è sapere, come afferma il CeVEAS su Medico e Bambino [2], che "la pressione generata dalle industrie, principalmente sui politici, sembra essere stata determinante nell'accelerare l'adozione della vaccinazione anti-HPV, limitando la possibilità di analisi e discussione all'interno della comunità scientifica". Può essere utile, per rendersi conto delle dinamiche in atto, rileggere l'articolo "Il valore intangibile della vaccinazione" – pubblicato anni orsono su Quaderni acp [3] e discusso a più voci su Ricerca & Pratica [4] – che illustra le richieste (pretese?) dell'industria agli Stati, per continuare a produrre i vaccini. Non c'è da stupirsi che possano nascere perplessità sulle ultime strategie vaccinali. I margini di incertezza sia per

l'antipneumococcica che per l'anti-HPV sono obiettivamente ampi e il divario tra le riflessioni della comunità scientifica e le scelte di sanità pubblica appare a volte stridente e preoccupante: chi decide? Lo Stato o l'industria? Ci troviamo ad agire in una realtà non facile; non ci rimane che affrontarla senza nascondere le incertezze nemmeno a noi stessi e imparare a comunicarle con trasparenza ai genitori. Per questo è fondamentale "tenere d'occhio la letteratura" imparando a discernere il grano dalla pula. Senza rinunciare a esprimere le nostre perplessità anche ai decisori, come ha fatto l'Associazione Pediatria di Comunità (APEc, affiliata all'ACP) con una lettera aperta ai Ministri Turco e Padoa Schioppa sulla decisione, tanto repentina, di introdurre la vaccinazione anti-HPV nel nostro Paese. Chi lo desidera può scaricarla dal sito web, firmarla e spedirla [5]. Luisella Grandori

Nulla si può aggiungere alla risposta di Luisella Grandori. O forse sì: lo stupore sullo stesso comportamento di fronte alla vaccinazione anti-HPV di Regioni con alto titolo di adesioni alla offerta gratuita del Pap test rispetto a regioni (anche del Nord del Paese) che il Pap test né lo suggeriscono né lo offrono, e che sono quindi in condizioni di partenza del tutto diverse.

Ci si consenta di dire che questo strano comportamento fa nascere molti dubbi sulla capacità della classe politica di affrontare problemi di programmazione sanitaria alla luce della tanta dichiarata diversità regionale che è alla base della orgogliosa richiesta di autonomia.

gcb

[1] Lehtinen M, Apter D, Dubin G, et al. Enrolment of 22,000 adolescent women to cancer registry follow-up for long-term human papillomavirus vaccine efficacy: guarding against guessing. *Int J STD & AIDS* 2006;17:517-21.

[2] Di Mario S, Basevi V, Magrini N. Vaccinazione anti-HPV: alcuni interrogativi per il pediatra. *Medico e Bambino* 2007;26(5):279-80.

[3] Traduzione di: Il valore "intangibile" della vaccinazione. *Quaderni acp* 2003;1:38.40.

[4] Editoriale "collettivo". Come incentivare l'industria a sviluppare nuovi vaccini. *Ricerca e Pratica* 2002;18:263-9. Visibile online <http://www.acp.it/vaccinazioni/Editoriale.pdf>.

[5] Associazione Pediatria di Comunità http://www.associazionepediatricomunita.it/vaccino_hpv_invia.htm.

INDICE DELLE RUBRICHE

ACP News

Newsletter: prosegue il percorso fra i gruppi	2	93	F. Zanetto
I gruppi locali alle riunioni di <i>Quaderni acp</i>	2	93	P. Neri
Le quattro priorità dell'Associazione Culturale Pediatri	4	147	Consiglio Direttivo ACP
Accordo con ISDE	4	165	Red
Dopo WONCA	4	165	Red
Buone notizie per noi dell'ACP. Siamo nel Nelson!	6	284	Red
Le indicizzazioni di <i>Quaderni Acp</i>	6	284	Red
Patrocinio ministeriale a Nati per la Musica	6	284	Red
Una corrispondenza	6	284	G. Biasini

Aggiornamento avanzato

L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) in età evolutiva	1	34	A. Costantino et al.
La spirometria in ambulatorio	2	75	C. Braggion et al.
Le cure palliative rivolte ai bambini	5	213	F. Benini et al.
Ossitocina e attaccamento	6	254	A. Moschetti, L. Tortorella

Attualità

<i>Lancet</i> e il commercio delle armi del suo editore	3	103	Red
Emergenza scuola: l'Italia, Cenerentola d'Europa	4	152	F. Ciotti
Prima epidemia di Chikungunya in Europa	5	237	M. Palazzi, C. Venturelli
L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per bambini e ragazzi	6	245	L. Gualtieri

Caso che insegna (il)

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quando si inizia dalle complicanze	2	82	A. Vigo et al.
Rubor, tumor, calor, dolor... e psiche?	3	111	M. Chiappedi et al.
Un bambino con vomito ricorrente e chetosi	5	222	G. Primavera, A. Tedeschi

Congressi controlloce

L'integrità nella ricerca	2	90	F. Zanetto
Cure palliative ai bambini	2	90	P. Elli
La tratta di donne e bambini	2	91	V. Spagnolo
Comunicare e parlare	2	91	F. Zanetto
Il counselling sistemico: una realtà in cammino	3	138	F. Zanetto
Tabiano: non solo parmigiano	3	138	L. Piermarini
Chi è dislessico?	3	138	F. Zanetto
Allattamento al seno a Venezia	3	139	Red
Obesità, la nuova epidemia	5	238	M. Valente
Gli Argonauti... in viaggio	5	238	Red
Educazione Continua in Medicina e Salute dei Cittadini	5	238	S. Manetti
Medicina e Potere. Giornate di studio	5	239	F. Zanetto
Il counselling sistemico.			
Confronto nazionale su buone prassi	6	282	F. Zanetto
A Roma: Sistema salute	6	282	L. Reali
Vaccinare per obbligo o per scelta?	6	282	F. Zanetto

Editoriale

Giocare sulle ali... e dare respiro alle attività dell'Associazione	1	1	M. Gangemi
Il nuovo Codice di deontologia medica	2	49	M. Gangemi
Unità territoriali, Case della salute eccetera: come e quando?	3	97	G. Biasini
Le priorità dell'ACP per i prossimi anni	4	145	M. Gangemi
<i>Lancet</i> ha vinto la battaglia: la Reed Elsevier rinuncia al mercato delle armi	4	146	G. Biasini
I consultori familiari: felice intuizione vicina a morire	5	193	G. Biasini
2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	M. Bonati

Esperienze

Trasformare il ricovero ospedaliero. Iniziamo un dibattito?	4	171	P. Siani et al.
---	---	-----	-----------------

Farmacipi

Otite media acuta: meglio attendere prima dell'antibiotico	1	45	IRFM
Decongestionanti nasali: attenzione pericolo di morte	2	86	IRFM
Antibiotici: usare con cautela!	3	125	A. Clavenna, F. Fortiguerra
Decongestionanti nasali nei bambini i rischi superano i benefici	4	154	AIFA
Desmopressina nell'enuresi: evitare gli spray	5	226	A. Clavenna, F. Fortiguerra
Farmaci anti-raffreddore ancora nella bufera	6	272	A. Clavenna, F. Fortiguerra

Film per ragazzi

Il segreto di Esma	1	15	I. Spada
Ma che cos'è la felicità?	2	92	I. Spada
L'innocuo piccolo bullo de <i>La guerra dei fiori rossi</i>	3	140	I. Spada
Le difficoltà della crescita: <i>L'estate di mio fratello</i>	5	227	I. Spada
La difficoltà del confronto in <i>"Mio fratello è figlio unico"</i>	6	269	I. Spada

Focus

Sulla efficacia della Educazione Medica Continua	5	232	Red
--	---	-----	-----

Formazione

Aggiornamento "su misura" con gli Updates del BMJ	4	168	S. Manetti
---	---	-----	------------

Forum

Dalla voce materna al cervello del neonato	4	188	Red
--	---	-----	-----

Info

Nuovo direttore generale all'OMS	1	28	Red
Mortalità in Iraq	1	28	Red
Soldi ai congressi: stop da Farmindustria	1	28	Red
Omaggi ai medici: stop alla Stanford University	1	28	Red
Dichiarato in Italia un conflitto di interessi	1	28	Red
Europa (e Italia) ancora vulnerabili al morbillo	1	28	Red
Matusuniversity	1	29	Red
Lombardia e Dicofarm	1	29	Red
I nazisti Reiter e Wegener	1	29	Red
I misfatti dei cesarei	1	29	Red
Falso scientifico omeopatico	1	29	Red
RTC o revisioni sistematiche?	1	29	Red
Difensore del minore	1	29	Red
Latte Coop	1	29	Red
L'articolo dell'anno 2006	2	70	Red
Altri due "Ospedali amici dei bambini"	2	70	Red
Nuovo accordo sindacale in Toscana: più reperibilità telefonica	2	70	Red
Outsourcing: niente di buono	2	70	Red
Tossicità del paracetamolo in adulti	2	70	Red
Minimeeting: pranza tassati	2	70	Red
Stranieri temporaneamente presenti (STP)	2	70	Red
Disuguaglianze: le pandemie uccidono i poveri	2	70	Red
Disuguaglianze: gli incidenti uccidono i poveri	2	70	Red
Ancora sui lattini	2	71	Red
"Mente Viva" con poco omega 3	2	71	Red
Una curiosa contesa fra un Autore e una rivista	2	71	Red
Studenti in medicina e salute globale	2	71	Red
Conflitti di interesse e pasticci editoriali in USA	3	104	Red
Conflitti di interesse e influenza del tipo di compenso	3	104	Red
La falsa delibera lombarda: una commedia in 5 atti	3	104	Red
Mamme e neonati schedati	3	104	Red
Minimeeting a gogò	3	104	Red
Necessità di cure palliative	3	104	Red
Dati ISTAT sull'anorexia	3	105	Red
Disponibilità di posti in asili nido	3	105	Red
Bed sharing, SIDS e allattamento al seno	3	105	Red
ACP e Associazione Medici per l'Ambiente	3	105	Red
Chiarelli all'OMS per "Paediatrics and Child Health"	3	105	Red
Antiche massime	3	105	Red
Pazienti "informati" dalle aziende farmaceutiche?	4	164	Red
Conferenza contro l'obesità: premio ad Albiate	4	164	Red
Convenzione sui diritti delle persone con disabilità	4	164	Red
Costo dei congressi sponsorizzati in Emilia-Romagna	4	164	Red
Spot della Mellin censurati	4	165	Red
Lo Stato di Kano contro Pfizer	4	165	Red
Ricerca traslazionale	4	165	Red
Latte crudo	4	165	Red
Più rifiuti che acquisti	4	165	Red
Nimesulide: attenzione!	5	210	Red
Domperidone: attenzione!	5	210	Red
Il 5% dei fondi a giovani ricercatori	5	210	Red
Il Ddl "Interventi per la qualità del SSN" non è più lui...	5	210	Red
L'informatizzazione non incide sulla qualità	5	210	Red
I Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale	5	211	Red
L'AIDS: errori degli epidemiologi?	5	211	Red
Fare con meno	5	211	Red
Industrie e latte formulato su <i>Lancet</i>	5	211	Red
No comment	5	211	Red
Più vaccini per tutti i bambini	6	252	Red
Equivalenti: il futuro del farmaco	6	252	Red
Interrogazione parlamentare sui lattini	6	252	Red
Una ipotesi del 1000 a.C.	6	252	Red
Beni e servizi per l'infanzia	6	252	Red
Sanità: Italia 18 ^{sa} o 2 ^{da} ?	6	252	Red
Attenti a cosa diamo ai nostri lattanti!	6	253	Red
I coloranti e la iperattività	6	253	Red
"Frutta Snack - Melamangio con gusto"	6	253	Red
Spot "di corsa" sui medicinali	6	253	Red
Mortalità materna	6	253	Red
Ossido nitrico	6	253	Red

Informazioni per genitori

Come leggere con i bambini	1	48	CSB
Lo sviluppo dei bambini e la musica	2	87	Red
La conservazione degli alimenti in ambiente casalingo	3	126	D. Amadori, R. Cecchetti
La spina bifida si può prevenire	4	163	A. Volta
Come e quando svezzare: chiedetelo a lui	6	274	L. Piermarini

Leggere e fare (scenari)

È utile valutare l'insulino-resistenza e la sindrome metabolica in adolescenti con sindrome dell'ovaio policistico?	1	39	G. Mazzarella
Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne?	2	73	Gruppo Scenari
Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre?	3	107	E. Cama et al.
Formule addensate nei lattanti con RGE: sono veramente (in)utili?	4	160	E. Cama
Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio?	5	218	R. Buzzetti, S. Conti Nibali
Ketek, una strana storia in otto puntate	6	261	G. Peronato
Celiachia: è possibile una diagnosi fai da te?	6	262	G. De Caro et al.

Lettere

SIDS, ciuccio e lettone	1	30	A. Cattaneo
Qualcuno ci apprezza	1	31	M. Binagli
Un po' per gioco? Attenti alle premalattie	1	31	E. Marri
La diarrea dei bambini si cura con il tè?	1	31	A. Guala
La promozione della salute nei Paesi del Sud del mondo	2	95	A. Alberti
Nati per la Musica a Verona	2	96	M. Gangemi
Pneumococco: attenzione bersaglio in movimento	5	240	L. Grandori
Un forum dei lettori sulle vaccinazioni per obbligo o per scelta?	6	285	R. Cavallo
Leggere criticamente le politiche vaccinali	6	285	M. Coia
Gli entusiasmi sull'anti-HPV	6	285	M. Lavelli
Della anti HPV parliamone con genitori e ragazze	6	286	L. Grandori

Libri

Dall'altra parte	1	26	Red
The Neurosciences and Music II	1	26	G. Biasini
Scrittura cuneiforme	1	26	S. Manetti
Elogio delle azioni spregevoli	1	27	F. Zanetto
La bambina nel bidone	2	94	G. Giulianelli
Pubblicazioni mediche. Guida alla scrittura	3	134	G. Biasini
Scioglilingua-Indovinelli-Passerotti	3	134	M. Patella
Dal bambino minacciato al bambino minacciato	3	135	C. Panza
Geno e il sigillo nero di Madame Crikken	3	135	P. Avitabile
Birth to five	4	184	S. Manetti
Nascere musicali. Percorsi per educatori e genitori	4	184	M. Patella
La speranza in galera	4	185	F. Morandi
La fine della famiglia	4	185	G. Biasini
Il pediatra e la famiglia	5	228	M. Gangemi
Concepire la nascita	5	228	A. Volta
Disuguaglianze nella salute in Campania	5	229	G. Laino
Come fare Educazione continua in Medicina	5	229	S. Manetti
Cioccolato in fiata	6	278	P. Siani
Ma che musica!	6	278	S. Gorini
La sperimentazione umana. Diritti violati/diritti condivisi	6	279	L. Grandori
The drug trial	6	279	G. Biasini

Medicina e storia

La salute materno-infantile nel 1878	3	131	F. Lupano
--------------------------------------	---	-----	-----------

Musical-mente

Musica, cibo per le neuroscienze?	1	22	R. Zatorre
Venezuela: fare musica per costruire il futuro	3	141	M. Caltavuturo
Incontro fra Neuroscienze e Musica	4	190	L. Lopez

Narrative Medicine

Una scelta osteggiata: il vaccino antipneumococcico	1	42	F. Zanetto, M. Gangemi
Il medico e le storie	5	220	G. Bert

Nati per Leggere

Regno Unito	1	20	S. Manetti
Sardegna	1	20	S. Ardu
Sicilia	1	21	Red
Toscana	1	21	Red
Friuli-Venezia Giulia	1	21	D. Dose
Lombardia	1	21	F. Zanetto
Germania	2	88	P. Alessandri
Svizzera	2	88	A. Castelli
Trentino-Alto Adige	2	88	Red
Lombardia	2	88	F. Zanetto
Veneto	2	89	Red
Una lettera dell'AIB alla Regione Veneto	2	89	F. Ghersetti
Nati per Leggere in ospedale	3	136	A. Milani, M. Volpato
Campania	3	137	P. Causa
Nati per Leggere in Brasile	3	137	E. Carvalho Teles

Libri per Bambini. La grammatica del "vedere"	3	143	A. Dal Gobbo
Piemonte	4	186	M. Clerici
Emilia-Romagna	4	186	Red
Lettere a Nati per Leggere	4	186	Red
Toscana 1: Nati per Leggere	5	230	P. Neri, P. Seppia
Toscana 2: Nati per la Musica	5	231	Red
Lazio	5	231	R. Carbone
Marche	5	231	L. Tubaldi
E infine Croazia!	5	231	Red
Abruzzo	6	280	A. Sipari
Lazio	6	281	F. Luchino
Sardegna	6	281	S. Ardu

Organizzazione sanitaria

Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto	2	67	P. Siani
La dimissione dall'ospedale. Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital	5	207	I. Giani

Osservatorio internazionale

Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute infantile	1	15	M. Bonati, R. Campi
La biblioteca come spazio interculturale	4	166	G. S. Pérez
"Save the Children": accanto ai bambini di tutto il mondo	5	212	G. De Loiro
Vittime silenziose: i bambini e l'Hiv	6	251	R. Ravinetto, L. Ciaffi

Perunmondopossibile

Esposizione al traffico, sviluppo polmonare, tumori e comportamento	4	180	Gruppo "Per un mondo possibile"
Inquinanti ambientali e sviluppo del polmone	6	270	Gruppo "Per un mondo possibile"

Punto su (il)

Diagnosi e trattamento con ormone della crescita	3	118	R. Lala, A. Ravaglia
Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: uno sguardo alle prove scientifiche	4	177	T. Jefferson
Sicurezza dei farmaci nei bambini	6	266	F. Salvo, A. P. Caputi

Research letter

La prescrizione per DCI in Pediatria ambulatoriale	1	46	S. Conti Nibali et al.
Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella	6	242	Brianza Paediatric Surveillance Unit

Ricerca

Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2005)	1	3	C. Cuoghi
L'allattamento al seno nel Dipartimento interaziendale Materno-Infantile di Firenze	1	6	G. Rapisardi et al.
Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato	2	50	T. Burmaz et al.
La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi	2	56	E. Baken et al.
Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria	3	98	F. Menniti-Ippolito et al.
Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria	5	194	G. Primavera et al.

Rischio sociale

La crescita psicologica dei bambini stranieri	2	61	M. Mazzetti
---	---	----	-------------

Saggi

La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi	3	128	T. Greenhalgh, G. Bert
--	---	-----	------------------------

Salute pubblica

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	1	11	L. Gualtieri, M. Piraccini
La sicurezza in ambiente domestico	2	64	E. Cossu
I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari	5	203	E. Zuccato et al.
La Zanzara Tigre: come difenderci	6	247	C. Venturilli, S. Mascali Zeo

Saper fare

Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita	3	114	L. Aite
La promozione della lettura in famiglia	4	173	P. Causa

Ten stories

Le situazioni dei rifugiati protratti	1	32	S. Manetti
Somalia: in drastico aumento gli effetti della carestia	2	72	S. Manetti
Le persone con disabilità: un patto che cerca di rompere con il passato e di assicurare equità	3	106	S. Manetti
Liberia: una grande sfida verso lo sviluppo	4	183	S. Manetti
La Liberia nella sfida per la promozione dei diritti civili	6	273	S. Manetti

Vaccinaci

Pneumococco e influenza	1	44	L. Grandori
Il vaccino contro il papillomavirus arriva a primavera; intanto laviamoci le mani	2	85	L. Grandori
Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: con quali obiettivi?	3	122	L. Grandori
Vaccinare per obbligo o per scelta?	4	181	L. Grandori
Pneumococco: a che punto siamo?	5	225	L. Grandori
Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta	6	271	L. Grandori

INDICE ANALITICO

Accesso alle cure Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute infantile	1	15	<i>M. Bonati, R. Campi</i>	Chikungunya Prima epidemia di Chikungunya in Europa La Zanzara Tigre: come difenderci	5	273	<i>C. Venturelli, M. Pazzi</i> 6 247 <i>C. Venturelli, S. Mascali Zeo</i>
Acido folico Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria	5	194	<i>G. Primavera et al.</i>	Comucazione aumentativa e alternativa L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) in età evolutiva	1	34	<i>A. Costantino et al.</i>
Adenotonsillectomia Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne? OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quando si inizia dalle complicanze	2	73	<i>Gruppo Scenari</i> 2 82 <i>A. Vigo et al.</i>	Comunicazione della diagnosi Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita	3	114	<i>L. Aite</i>
Adolescenti È utile valutare l'insulino-resistenza e la sindrome metabolica in adolescenti con sindrome dell'ovaio policistico? Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi	1	39	<i>G. Mazzarella</i> 5 198 <i>G. Cirillo</i>	Conflitto di interesse Sulla efficacia della Educazione Medica Continua: si può fare un bilancio?	5	232	<i>Red</i>
Aedes albopictus La Zanzara Tigre: come difenderci	6	247	<i>C. Venturelli, S. Mascali Zeo</i>	Consultori familiari I consultori familiari: felice intuizione vicina a morire	5	193	<i>G. Biasini</i>
Aggiornamento Aggiornamento "su misura" con gli Updates del BMJ	4	168	<i>S. Manetti</i>	Counseling Una scelta osteggiata: il vaccino antipneumococcico Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita. I genitori narrano la loro "storia"	1	42	<i>F. Zanetto, M. Gangemi</i> 3 114 <i>L. Aite</i>
AIFA 2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	<i>M. Bonati</i>	Cure palliative pediatriche Le cure palliative rivolte ai bambini	5	213	<i>F. Benini et al.</i>
Albi illustrati Libri per Bambini. La grammatica del "vedere"	3	143	<i>A. Dal Gobbo</i>	Dengue La Zanzara Tigre: come difenderci	6	247	<i>C. Venturelli, S. Mascali Zeo</i>
Allattamento al seno Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2005) L'allattamento al seno nel Dipartimento interaziendale Materno-Infantile di Firenze Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria La dimissione dall'ospedale. Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital	1	3	<i>C. Cuoghi</i> 1 6 <i>G. Rapisardi et al.</i> 5 194 <i>G. Primavera et al.</i> 5 207 <i>I. Giani</i>	Denominazione Comune Internazionale La prescrizione per DCI in Pediatria ambulatoriale	1	46	<i>S. Conti Nibali et al.</i>
Ambiente Le priorità dell'ACP per i prossimi anni I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari	4	145	<i>M. Gangemi</i> 5 203 <i>E. Zuccato et al.</i>	Depuratori I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari	5	203	<i>E. Zuccato et al.</i>
Ambiente e salute Le quattro priorità dell'ACP	4	147	<i>Consiglio Direttivo ACP</i>	Desmopressina Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray	5	226	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>
Anomalia congenita Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita. I genitori narrano la loro "storia"	3	114	<i>L. Aite</i>	Dimissione del neonato La dimissione dall'ospedale. Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital	5	207	<i>I. Giani</i>
Antibiotici Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne?	2	73	<i>Gruppo Scenari</i>	Disabilità L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) in età evolutiva L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per bambini e ragazzi	1	34	<i>A. Costantino et al.</i> 6 245 <i>L. Gualtieri</i>
Appropriatezza prescrittiva Diagnosi e trattamento con ormone della crescita	3	118	<i>R. Lala, A. Ravaglia</i>	Disuguaglianze Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute infantile Le priorità dell'ACP per i prossimi anni Le quattro priorità dell'ACP	1	15	<i>M. Bonati, R. Campi</i> 4 145 <i>M. Gangemi</i> 4 147 <i>Consiglio Direttivo ACP</i>
Asma La spirometria in ambulatorio	2	75	<i>C. Braggion et al.</i>	Ecotossicologia I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari	5	203	<i>E. Zuccato et al.</i>
Associazione Culturale Pediatri Le quattro priorità dell'ACP	4	147	<i>Consiglio Direttivo ACP</i>	Educazione Medica Continua Sulla efficacia della Educazione Medica Continua	5	232	<i>Red</i>
Attaccamento La promozione della lettura in famiglia Ossitocina e attaccamento	4	173	<i>P. Causa</i> 6 254 <i>A. Moschetti, L. Tortorella</i>	Educazione musicale Lo sviluppo dei bambini e la musica	2	87	<i>Red</i>
Bambini Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella	3	98	<i>F. Menniti-Ippolito et al.</i> 5 198 <i>G. Cirillo</i> 6 242 <i>Briantea Paediatric Surveillance Unit</i>	Effetti avversi Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: uno sguardo alle prove scientifiche	4	177	<i>T. Jefferson</i>
Bambini disabili I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	1	11	<i>L. Gualtieri, M. Piraccini</i>	EMEA 2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	<i>M. Bonati</i>
Bambini stranieri I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza La crescita psicologica dei bambini stranieri	1	11	<i>L. Gualtieri, M. Piraccini</i> 2 61 <i>M. Mazzetti</i>	Enuresi Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray	5	226	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>
Benessere Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi	5	198	<i>G. Cirillo</i>	Evidenze Aggiornamento "su misura" con gli Updates del BMJ	4	168	<i>S. Manetti</i>
Biblioteca La biblioteca come spazio interculturale	4	166	<i>G. S. Pérez</i>	Epatotossicità Ketek, una strana storia in otto puntate	6	261	<i>G. Peronato</i>
Celiachia Celiachia: è possibile una diagnosi fai da te?	6	262	<i>G. De Caro et al.</i>	Epidemiologia Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio? Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella	5	218	<i>R. Buzzetti, S. Conti Nibali</i> 6 242 <i>Briantea Paediatric Surveillance Unit</i>
Certificati di assistenza al parto Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto	2	67	<i>P. Siani</i>	Farmaci off-label 2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	<i>M. Bonati</i>
				Farmacovigilanza Sicurezza dei farmaci nei bambini. Quello che i trial clinici pediatrici non possono fare	6	266	<i>F. Salvo, A. P. Caputi</i>
				Fattore di rischio Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio?	5	218	<i>R. Buzzetti, S. Conti Nibali</i>
				Febbre Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre? Ricerca delle prove di efficacia	3	107	<i>E. Cama et al.</i>

Fisioterapia					
Rubor, tumor, calor, dolor... e psiche?	3	111	<i>M. Chiappedi et al.</i>		
Fluticasone					
Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne?	2	73	<i>Gruppo Scenari</i>		
Formazione					
La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi. Intervento a Wonca Europe 2006	3	128	<i>T. Greenhalgh, G. Bert</i>		
Emergenza scuola: l'Italia, Cenerentola d'Europa	4	152	<i>F. Ciotti</i>		
Aggiornamento "su misura" con gli Updates del BMJ	4	168	<i>S. Manetti</i>		
Formula addensata					
Formule addensate nei lattanti con RGE: sono veramente (in)utili?	4	160	<i>E. Cama</i>		
Fumo passivo					
Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria	5	194	<i>G. Primavera et al.</i>		
Funzione polmonare					
Inquinanti ambientali e sviluppo del polmone	6	270	<i>Gruppo "Per un mondo possibile"</i>		
Genitorialità					
Le quattro priorità dell'ACP	4	147	<i>Consiglio Direttivo ACP</i>		
Ossitocina e attaccamento	6	254	<i>A. Moschetti, L. Tortorella</i>		
GERD					
Farmaci anti-raffreddore ancora nella bufera	6	272	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>		
Handicap					
L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per bambini e ragazzi	6	245	<i>L. Gualtieri</i>		
HIV					
Vittime silenziose: i bambini e l'Hiv	6	251	<i>R. Ravinetto, L. Ciaffi</i>		
Ibuprofene					
Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre? Ricerca delle prove di efficacia	3	107	<i>E. Cama et al.</i>		
ICF					
L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per bambini e ragazzi	6	245	<i>L. Gualtieri</i>		
Immigrati					
Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato	2	50	<i>T. Burmaz et al.</i>		
La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi	2	56	<i>E. Baken et al.</i>		
La biblioteca come spazio interculturale.	4	166	<i>G. S. Pérez</i>		
Incidenti domestici					
La sicurezza in ambiente domestico: epidemiologia degli incidenti e possibilità di interventi di prevenzione	2	64	<i>E. Cossu</i>		
Indice di sviluppo umano					
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute infantile	1	15	<i>M. Bonati, R. Campi</i>		
Infanzia					
Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato	2	50	<i>T. Burmaz et al.</i>		
Infezioni					
Pneumococco: a che punto siamo?	5	225	<i>L. Grandori</i>		
Influenza					
Pneumococco e influenza: evidenze, raccomandazioni e bisogno di innovazione	1	44	<i>L. Grandori</i>		
Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: con quali obiettivi?	3	122	<i>L. Grandori</i>		
Insulino-resistenza					
È utile valutare l'insulino-resistenza e la sindrome metabolica in adolescenti con sindrome dell'ovaio policistico?	1	39	<i>G. Mazzarella</i>		
Integrazione					
La biblioteca come spazio interculturale	4	166	<i>G. S. Pérez</i>		
Intossicazioni					
Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray	5	226	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>		
Istruzione					
Emergenza scuola: l'Italia, Cenerentola d'Europa	4	152	<i>F. Ciotti</i>		
Ketek					
Ketek, una strana storia in otto puntate	6	261	<i>G. Peronato</i>		
Laurea					
Emergenza scuola: l'Italia, Cenerentola d'Europa	4	152	<i>F. Ciotti</i>		
Libri per bambini					
Libri per bambini. La grammatica del "vedere"	3	143	<i>A. Dal Gobbo</i>		
La promozione della lettura in famiglia	4	173	<i>P. Causa</i>		
Lista essenziale dei farmaci					
2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	<i>M. Bonati</i>		
Madri immigrate					
Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato	2	50	<i>T. Burmaz et al.</i>		
Malattie inguaribili					
Le cure palliative rivolte ai bambini	5	213	<i>F. Benini et al.</i>		
Malattie respiratorie dell'infanzia					
La spirometria in ambulatorio	2	75	<i>C. Braggion et al.</i>		
Mediatore culturale					
Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato	2	50	<i>T. Burmaz et al.</i>		
Medici senza frontiere					
Vittime silenziose: i bambini e l'Hiv	6	251	<i>R. Ravinetto, L. Ciaffi</i>		
Medicina narrativa					
Il medico e le storie	5	220	<i>G. Bert</i>		
Medico condotto					
La salute materno-infantile nel 1878	3	131	<i>F. Lupano</i>		
Migranti					
La crescita psicologica dei bambini stranieri	2	61	<i>M. Mazzetti</i>		
Mortalità infantile					
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute infantile	1	15	<i>M. Bonati, R. Campi</i>		
Musica					
Musica, cibo per le neuroscienze?	1	22	<i>R. Zatorre</i>		
Lo sviluppo dei bambini e la musica	2	87	<i>Red</i>		
Venezuela: fare musica per costruire il futuro	3	141	<i>M. Caltavuturo</i>		
Incontro fra Neuroscienze e Musica	4	190	<i>L. Lopez</i>		
Narrazione					
Comunicazione della diagnosi di malformazione congenita alla nascita	3	114	<i>L. Aite</i>		
Il medico e le storie	5	220	<i>G. Bert</i>		
Nascita					
Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto	2	67	<i>P. Siani</i>		
Neurobiologia					
Musica, cibo per le neuroscienze?	1	22	<i>R. Zatorre</i>		
Neuroscienze					
Musica, cibo per le neuroscienze?	1	22	<i>R. Zatorre</i>		
Incontro fra Neuroscienze e Musica	4	190	<i>L. Lopez</i>		
Off-label					
2007: l'anno dei farmaci per i bambini?	6	241	<i>M. Bonati</i>		
Ondansetron					
Un bambino con vomito ricorrente e chetosi	5	222	<i>G. Primavera, A. Tedeschi</i>		
Organizzazioni non governative					
Vittime silenziose: i bambini e l'Hiv	6	251	<i>R. Ravinetto, L. Ciaffi</i>		
Ormone della crescita					
Diagnosi e trattamento con ormone della crescita	3	118	<i>R. Lala, A. Ravaglia</i>		
OSAS					
OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quando si inizia dalle complicanze	2	82	<i>A. Vigo et al.</i>		
Ospedali Amici dei Bambini					
La dimissione dall'ospedale. Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital	5	207	<i>I. Giani</i>		
Ossitocina					
Ossitocina e attaccamento	6	254	<i>A. Moschetti, L. Tortorella</i>		
Otite media					
Otite media acuta: meglio attendere prima dell'antibiotico	1	45	<i>IRFMN</i>		
Paracetamolo					
Paracetamolo e/o ibuprofene nel trattamento della febbre? Ricerca delle prove di efficacia	3	107	<i>E. Cama et al.</i>		
Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray	5	226	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>		
Farmaci anti-raffreddore ancora nella bufera	6	272	<i>A. Clavenna, F. Fortiguerra</i>		
Partecipazione					
L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) in età evolutiva	1	34	<i>A. Costantino et al.</i>		
Pediatra di famiglia					
Diagnosi e trattamento con ormone della crescita	3	118	<i>R. Lala, A. Ravaglia</i>		
La promozione della lettura in famiglia	4	173	<i>P. Causa</i>		
Piombo					
Esposizione al traffico, sviluppo polmonare, tumori e comportamento	4	180	<i>Gruppo "Per un mondo possibile"</i>		
Pneumococco					
Pneumococco e influenza: evidenze, raccomandazioni e bisogno di innovazione	1	44	<i>L. Grandori</i>		

Poliomielite Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta	6	271	L. Grandori	Save the Children "Save the Children": accanto ai bambini di tutto il mondo per salvaguardarne i diritti	5	212	G. De Loiro
Polisonnografia OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quando si inizia dalle complicanze	2	82	A. Vigo et al.	Scuola Emergenza scuola: l'Italia, Cenerentola d'Europa	4	152	F. Ciotti
POMI I consultori familiari: felice intuizione vicina a morire	5	193	G. Biasini	Seggiolini di sicurezza Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria	5	194	G. Primavera et al.
Porpora di Schonlein Henoch Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella	6	242	Briantea Paediatric Surveillance Unit	Servizi sanitari La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi	2	56	E. Baken et al.
Porpora trombocitopenica idiopatica Il monitoraggio epidemiologico delle malattie: l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella	6	242	Briantea Paediatric Surveillance Unit	Sindrome delle apnee notturne (OSAS) Esiste una terapia farmacologica per la sindrome delle apnee notturne?	2	73	Gruppo Scenari
Posizione del sonno Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria	5	194	G. Primavera et al.	Sindrome del vomito ciclico Un bambino con vomito ricorrente e chetosi	5	222	G. Primavera, A. Tedeschi
Povert� I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	1	11	L. Gualtieri, M. Piraccini	Sindrome dell'ovaio policistico E' utile valutare l'insulino-resistenza e la sindrome metabolica in adolescenti con sindrome dell'ovaio policistico?	1	39	G. Mazzarella
Prevenzione Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato La sicurezza in ambiente domestico	2	50	T. Burmaz et al.	Spirometria La spirometria in ambulatorio	2	75	C. Braggion et al.
Priorit� Le priorit� dell'ACP per i prossimi anni	4	145	M. Gangemi	Storia della medicina La salute materno-infantile nel 1878	3	131	F. Lupano
Probiotici Otite media acuta: meglio attendere prima dell'antibiotico	1	45	IRFMN	Sviluppo Lo sviluppo dei bambini e la musica Incontro fra Neuroscienze e Musica	2	87	Red
Psicoterapia Rubor, tumor, calor... e psiche?	3	111	M. Chiappedi et al.	4	190	L. Lopez	
Reazioni avverse Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria 2007: l'anno dei farmaci per i bambini? Sicurezza dei farmaci nei bambini	3	98	F. Menniti-Ippolito et al.	Sviluppo polmonare Esposizione al traffico, sviluppo polmonare, tumori e comportamento	4	180	Gruppo "Per un mondo possibile"
Reed Elsevier Lancet ha vinto la battaglia: la Reed Elsevier rinuncia al mercato delle armi	4	146	G. Biasini	Taglio cesareo Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto	2	67	P. Siani
Reflusso gastroesofageo Formule addensate nei lattanti con RGE: sono veramente (in)utili?	4	160	E. Cama	Telitromicina Ketek, una strana storia in otto puntate	6	261	G. Peronato
Relazione terapeutica Il medico e le storie	5	220	G. Bert	Tosse Farmaci anti-raffreddore ancora nella bufera	6	272	A. Clavenna, F. Fortiguerra
Rete di sorveglianza Sicurezza dei farmaci nei bambini. Quello che i trial clinici pediatrici non possono fare	6	266	F. Salvo, A. P. Caputi	Traffico Esposizione al traffico, sviluppo polmonare, tumori e comportamento	4	180	Gruppo "Per un mondo possibile"
Ricoveri ospedalieri Studio multicentrico sulla sicurezza dei farmaci in pediatria Trasformare il ricovero ospedaliero	3	98	F. Menniti-Ippolito et al.	Transglutaminasi Celiachia: � possibile una diagnosi fai da te?	6	262	G. De Caro et al.
Rischi Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi	5	198	G. Cirillo	Trial randomizzati Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: uno sguardo alle prove scientifiche	4	177	T. Jefferson
Rischio psicosociale Trasformare il ricovero ospedaliero. Iniziamo un dibattito?	4	171	P. Siani et al.	Tumori Esposizione al traffico, sviluppo polmonare, tumori e comportamento	4	180	Gruppo "Per un mondo possibile"
Risperidone Otite media acuta: meglio attendere prima dell'antibiotico	1	45	IRFMN	Turismo sessuale I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	1	11	L. Gualtieri, M. Piraccini
Roma III (criteri) Un bambino con vomito ricorrente e chetosi	5	222	G. Primavera, A. Tedeschi	Umanizzazione Trasformare il ricovero ospedaliero	4	171	P. Siani et al.
Sanit� pubblica Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio?	5	218	R. Buzzetti, S. Conti Nibali	Vaccinazione anti-HPV Il vaccino contro il papillomavirus arriva a primavera; intanto laviamoci le mani	2	85	L. Grandori
Sanofi-Aventis Ketek, una strana storia in otto puntate	6	261	G. Peronato	Vaccinazione antinfluenzale Pneumococco e influenza: evidenze, raccomandazioni e bisogno di innovazione Vaccinare contro l'influenza i bambini sani: con quali obiettivi?	1	44	L. Grandori
Salute materno-infantile I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi	1	11	L. Gualtieri, M. Piraccini	3	122	L. Grandori	
Salute mentale Le quattro priorit� dell'Associazione Culturale Pediatri	4	147	Consiglio Direttivo ACP	Vaccinazione antipneumococcica Pneumococco e influenza Pneumococco: a che punto siamo?	1	44	L. Grandori
Salute pubblica La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi	2	56	E. Baken et al.	5	225	L. Grandori	
Saturimetria nel sonno (monitoraggio) OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Quando si inizia dalle complicanze	2	82	A. Vigo et al.	Vaccinazioni Vaccinare per obbligo o per scelta?	4	181	L. Grandori
				Vaccino antipneumococcico coniugato Una scelta osteggiata: il vaccino antipneumococcico Pneumococco: a che punto siamo?	1	42	F. Zanetto, M. Gangemi
				5	225	L. Grandori	
				Vaccino Sabin e Salk Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta	6	271	L. Grandori
				Valutazione MORE Aggiornamento "su misura" con gli Updates del BMJ	4	168	S. Manetti
				Virus polio vaccinali Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta	6	271	L. Grandori
				Zanzara tigre Prima epidemia di Chikungunya in Europa La Zanzara Tigre: come difenderci	5	273	C. Venturelli, M. Pazzi
				6	247	C. Venturelli, S. Mascali Zeo	

Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.

Quaderni acp

Il Blog

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

[Home](#)[La rivista](#)[News](#)[Appuntamenti](#)[Libri](#)[\[Login\]](#)

Ultime...

- [Antirotavirus: posizione ACP](#)
- [Convegni in contemporanea](#)
- [Coscia o prosciutto? That is the question](#)
- [No comment: Un latte che... nutre la pelle: che volete di più?](#)
- [Industrie e latte formulato su Lancet](#)

martedì 11 dicembre 2007



IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

APeG (Associazione Pediatri in Gruppo) – ACP (Associazione Culturale Pediatri)
Piacenza, Park Hotel Best Western
19 aprile 2008

Il convegno nasce dalla volontà di coniugare l'esperienza maturata all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri in tema di cronicità (i "bisogni" del paziente), con quella propria dell'Associazione Pediatri in Gruppo in tema di organizzazione (i "bisogni" del pediatra di famiglia). L'incontro propone l'analisi e il confronto su alcuni contributi di esperienza e di integrazione tra le diverse figure del mondo della cura che operano nell'ambito complesso della malattia cronica, nella consapevolezza che la ricerca di un metodo e di un modello di progettazione e di intervento, in cui siano garantiti la presa in carico complessiva, la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà, deve fare i conti con contesti organizzativi, normativi e umani spesso molto diversi gli uni dagli altri.

[Programma preliminare](#)

 [Commenta questo post! \(0\)](#)

Categoria: [Appuntamenti](#) [Link a questo post](#)

mercoledì 5 dicembre 2007



Antirotavirus: posizione ACP

Si sta discutendo in Italia della vaccinazione contro il rotavirus e alcune aree pediatriche propongono l'introduzione nel calendario vaccinale.

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

- [Ambiente](#) (3)
- [Annunci](#) (1)
- [Appuntamenti](#) (7)
- [Comunicazioni](#) (3)
- [CSB](#) (2)
- [Diseguaglianze](#) (2)
- [Documenti](#) (2)
- [Farmaci](#) (3)
- [Info: notizie sulla salute](#) (34)
- [Inquinamento](#) (1)
- [Libri](#) (13)
- [Libri per bambini](#) (1)

Editoriale

- 241 2007: l'anno dei farmaci per i bambini?
Maurizio Bonati

Research letters

- 242 Il monitoraggio epidemiologico delle malattie:
l'esperienza pilota di otto ospedali sentinella
Briantea Paediatric Surveillance

Attualità

- 245 L'ICF (International Classification of Functioning,
Disability and Health) per bambini e ragazzi
Luigi Gualtieri

Salute pubblica

- 247 La Zanzara Tigre: come difenderci
Claudio Venturelli, Silvia Mascali Zeo

Osservatorio internazionale

- 251 Vittime silenziose: i bambini e l'HIV
Raffaella Ravinetto, Laura Ciaffi

Info

- 252 Più vaccini per tutti i bambini
252 Equivalenti: il futuro del farmaco?
252 Interrogazione parlamentare sui lattini
252 Una protesi del 1000 a.C.
252 Beni e servizi per l'infanzia
252 Sanità: Italia 18^a o 2^a?
253 Attenti a cosa diamo ai nostri lattanti!
253 I coloranti e la iperattività
253 "Frutta Snack - Melamangio con gusto"
253 Spot "di corsa" sui medicinali
253 Mortalità materna
253 Ossido Nitrico

Aggiornamento avanzato

- 254 Ossitocina e attaccamento
Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella

Leggere e fare

- 261 Ketek, una strana storia in otto puntate
Giovanni Peronato

Scenari

- 262 Celiachia: è possibile una diagnosi fai da te?
*Giuseppe De Caro, Angela Alfarano,
Elena Cama et al.*

Il punto su

- 266 Sicurezza dei farmaci nei bambini.
Quello che i trial clinici pediatrici
non possono fare
Francesco Salvo, Achille Patrizio Caputi

Film

- 269 La difficoltà del confronto
in "Mio fratello è figlio unico"
Italo Spada

Per un mondo possibile

- 270 Inquinanti ambientali e sviluppo del polmone
Gruppo "Per un mondo possibile"

Vaccinacipi

- 271 Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta
Luisella Grandori

Farmacipi

- 226 Farmaci anti-raffreddore ancora nella bufera
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Tenstories

- 273 La Liberia nella sfida per la promozione
dei diritti civili
Stefania Manetti

Informazioni per genitori

- 274 Come quando svezzare: chiedetelo a lui
*Lucio Piermarini, Patrizia Rogari,
Federica Zanetto*

Libri

- 278 Cioccolato in fiale *Anonimo*
278 Ma che musica! *Andrea Apostoli*
279 La sperimentazione umana *Gaia Marsico*
279 The drug trial *Miriam Shuchman*

Nati per Leggere

- 280 Abruzzo
281 Lazio
281 Lombardia
281 Sardegna

Congressi controllo

- 282 Il counselling sistemico. Confronto nazionale
su buone prassi
282 A Roma Sistema salute
282 Vaccinare per obbligo o per scelta?

Acp news

- 284 Buone notizie per noi dell'ACP. Siamo nel Nelson!
284 Le indicizzazioni di *Quaderni acp*
284 Patrocinio ministeriale a Nati per la Musica
284 Una corrispondenza

Lettere

- 285 Un forum dei lettori sulle vaccinazioni
Per obbligo o per scelta: ma sono uguali coloro
che scelgono? *Rosario Cavallo*
285 Leggere criticamente le politiche vaccinali
Maura Coia
285 Gli entusiasmi sull'anti-HPV *Marinella Lavelli*
286 Della anti-HPV parliamone con genitori e ragazze
Luisa Marolla
287 La risposta di *Luisella Grandori*
288 Indice delle rubriche (volume 14)
290 Indice analitico (volume 14)

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2007 è di 75 euro. Arretrati: 6 euro. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto: a ricevere *Quaderni acp*, a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, a uno sconto di 25 euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta scritta (fax 0783 599149 oppure e-mail: francdessi@fiscali.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. I soci che fanno parte di un gruppo locale affiliato all'ACP devono versare la quota al loro referente locale, il quale potrà trattenerne il 30% per l'attività del gruppo.