

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 la scuola



gennaio-febbraio 2008 vol 15 n° 1

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
Genuary-February 2008; 15(1)

1 Editorial

Genetic diseases, complex disabilities
and a health district model
Redazione Quaderni acp

3 Update to practice
Pasquale Causa; in memoriam

Promotion of reading in family;
support to the parenting
Pasquale Causa

8 Research
Hospital Paediatricians' and nurses' sensitivity
in pain prevention and therapy. A survey
Luciano de Seta et al.

Parental practice for preparation
of powdered infant formula
Claudia Carletti, Adriano Cattaneo

20 Info

22 A window on the world
Caring for children affected by HIV/AIDS report
Red

Ugo's candies: an experience in Uganda
Emilio Canidio

26 From literature to practice
Guidelines for asthma in comparison.
A critical analysis of two guidelines
for asthma in children
Roberto Buzzetti

30 Learning from a case
Serious shock following an oral dose of cefaclor
*Fortunato Pannuti, Marco Maglione,
Luciano de Seta*

33 Personal accounts
Concentrating family planning services
and differentiating their activities
Massimo Farneti, Oscar Rossi

Health assistant in the pathway
of birth within health planning services
in Valle d'Aosta, Italy
Assistenti Sanitari

37 Vaccinacipi
Papillomavirus Vaccine:
what is happening, what should be said
Luisella Grandori

38 Books

40 Informing parents
Preparation of powdered infant formula
Sergio Conti Nibali

41 Moovies

42 Born to read

44 ACP News

45 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione Culturale Pediatri

Direttore
Giancarlo Biasini

Direttore responsabile
Franco Dessi

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione
Giovanna Benzi

Progetto grafico
Ignazio Bellomo

Programmazione Web
Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
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 "Chiusi fuori scuola"
(1895), Emilio Longoni, olio su tela. 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, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere corredata 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.

Malattie genetiche e disabilità
a elevata complessità assistenziale

Convegni SIMGePeD e modelli di distretto

Redazione di *Quaderni acp*

Parole chiave Disabilità. Genetica. Distretto

Il 17 e 24 novembre 2007 si sono tenuti in 14 città italiane i Convegni in contemporanea dal titolo "Assistenza, formazione e ricerca nelle malattie genetiche e/o disabilità a elevata complessità assistenziale in età evolutiva. Riflessioni, proposte e impegni", promossi dalla SIMGePeD (Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite) con il comune obiettivo di discutere, all'interno delle singole realtà regionali, un documento sottoscritto da 57 Società Scientifiche e Associazioni di Genitori/Pazienti (www.icbd.org/documenti/modelloAssistenzialeCon.doc).

Il documento intersocietario affronta un ampio gruppo di circa 3000 malattie rare dell'età evolutiva di natura congenita con disabilità fisica e/o cognitiva a elevata complessità assistenziale.

Per queste malattie non esiste una terapia risolutiva. L'unica soluzione possibile, per garantire una migliore qualità di vita ai bambini e alle loro famiglie, sta in un'assistenza multidisciplinare integrata tra centri ospedalieri di eccellenza e risorse socio-sanitarie territoriali, basata sui bisogni specifici del bambino e della famiglia. Secondo la SIMGePeD il modello assistenziale proposto e, al momento attuale, non ancora calato nelle realtà territoriali, riguarda circa 50.000 bambini o adolescenti.

Il problema è in verità antico e riguarda l'assistenza alle malattie croniche e non è cambiato dai tempi della ricerca dell'ACP in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e il "Mario Negri".

Si tratta della collocazione dell'assistenza sanitaria, sociale ed educativa nel distretto per rendere le famiglie meno legate nel quotidiano ai Centri specialistici e più vicine alla loro realtà territoriale.

Il documento della SIMGePeD adotta il modello di collegamento "Hub and Spoke" fra centro specialistico (Hub) e periferia (Spoke) per la gestione del Piano

di Assistenza Individuale (PAI), da realizzare ovviamente a livello distrettuale. Ma proprio qui nasce il problema: chi è lo Spoke?

La ragionevole tentazione del documento è di responsabilizzare il pediatra di libera scelta, ma difficilmente una persona può essere uno Spoke, semmai un Patient Manager, mentre lo Spoke è una realtà organizzativa più o meno complessa. Il PLS può essere effettivamente un Patient Manager, e noi consideriamo che in effetti potrebbe e vorrebbe esserlo, ma alla condizione che abbia strumenti e possibilità di gestione di risorse per organizzare un intervento multidisciplinare calabile nel distretto e che costa in persone e in risorse finanziarie.

Questa possibilità oggi il PLS non l'ha e il DDL Turco collegato alla Finanziaria 2008, per ora, non sembra accordargliela. Vedremo la delega; nel frattempo le unità di pediatria (art. 6) sono "modalità organizzative" che nell'ambito del distretto sanitario devono "garantire l'assistenza tutti i giorni della settimana nelle 12 ore diurne" e la cosa finisce lì. Non sembra proprio che il medico delle cure primarie sia il centro del sistema capace di gestire risorse. Nessun cenno alla collaborazione/integrazione con altre figure e strutture di alcun tipo che doveva essere garantita dal POMI con il DM 24 aprile 2000, di cui abbiamo discusso più volte su *Quaderni acp*.

Ma c'è di più: nel DDL collegato alla finanziaria 2008 il Distretto "assicura... l'erogazione dell'attività di assistenza primaria... e della emergenza sanitaria". Tutto qui, mentre le competenze del distretto, se si vuole ottenere a quel livello una buona assistenza alle patologie complesse, non possono essere quelle del vecchio distretto degli anni Ottanta con sole competenze primarie, a meno che non ci sia una radicale revisione del significato del termine "cure primarie". E per la stessa ragione non può essere un piccolo distretto, ma una grossa struttura

attiva 24 ore su 24, capace di gestire strutture complesse. Qualcuno – come Meridiano Sanità – esprime questa esigenza parlando della necessità di "Livelli differenziati di assistenza domiciliare". Basti pensare al bambino "technology dependent" (gastrostomia, PEG, tracheostomia, respirazione assistita domiciliare, ossigeno-dipendenza) che non può ricevere assistenza solo da un distretto dedicato alle cure primarie. Il distretto ha bisogno, perché si realizzi l'ipotesi della SIMGePeD, di maggiori competenze e della capacità di comprendere queste nuove funzioni sia dal punto di vista medico che manageriale. Per esempio, senza registri delle patologie complesse, non si riuscirà a fare nessun budget nel quale collocare le risorse assistenziali strumentali e di personale; senza utilizzare 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, sarà molto difficile attualizzare un linguaggio comune attorno a questi problemi. A essa si riferisce anche l'art. 1/3 della Legge Delega in materia di protezione sociale e cura delle persone non autosufficienti. Insomma, il distretto non potrà diventare il "secondo pilastro del SSN" – come vuole il Ministro – rimanendo solo area di cure primarie.

In assenza di questa rivoluzione nel pensiero medico e organizzativo (speriamo nei decreti delegati), il bambino rimarrà in cura al centro specialistico e la famiglia continuerà a mantenere il cordone ombelicale con il centro (talora senza... dolore da parte di questo).

Non ci si può nascondere che l'Italia dei distretti non ha modelli organizzativi sperimentati, ma solo una discreta confusione fra i vari territori anche nella stessa regione. Non si può pensare a un modello unico per grandi città e per aree montane, ma è su questo che occorre discutere se si vogliono fare piccoli passi

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

editoriale

avanti. L'ACP cercherà di contribuire al dibattito ma, prima di avere il chiarimento dai decreti delegati, dovremo aspettare che il DDL passi nelle due Camere che hanno già frenato altri DDL del Ministro. E senza dimenticare che il prossimo governo non avrà più un ministro della salute, ma alla salute sarà addetto uno dei viceministri.

L'ACP è stata invitata solo in alcuni convegni della SIMGePeD, di cui diamo qualche notizia.

In Campania, a Salerno, ci si è concentrati sulla migrazione del bambino con malattia complessa e disabilità e sulle motivazioni che spingono le famiglie a migrare. Le associazioni di famiglie hanno ancora una volta espresso le persistenti difficoltà incontrate nell'accesso anche ai centri di riferimento attualmente presenti (i centri per la riabilitazione campani sono tutti privati) e hanno sottolineato le problematiche relative alla comunicazione da parte degli operatori. Le proposte messe in campo sono state quelle di accreditare dei centri di riferimento per la gestione di malattie complesse. Dunque una discussione che ha ripercorso problemi antichi e assolutamente non risolti. Difficile pensare che lo schema proposto dalla SIMGePeD abbia qualche possibilità di essere attuato, almeno per ora, in Campania. Da notare che a Salerno non era stata invitata l'ACP che in Campania lavora da anni concretamente su questi temi. Una conclusione incomprensibile.

Anche in Calabria, a Reggio, sono state sottolineate la difficoltà delle famiglie e l'opportunità della presenza delle associazioni dei genitori nei presidi di riferimento regionali (ne sono stati individuati 4). L'intervento comune con protocolli clinici concordati fra i centri interregionali e il territorio-distretto è stato valutato come estremamente precario in quanto non esistono collegamenti stabili e consolidati tra strutture ospedaliere-universitarie e territorio, se non legati alla buona volontà dei singoli. Dato, questo, non facilmente modificabile per la mancata intesa fra aziende in concorrenza (se non in opposizione) e quindi per la difficoltà alla nascita di Dipartimenti transaziendali e che si occupino di fasce di età e quindi anche di bambini e adolescenti.

Mancavano, al Convegno, le Istituzioni e i giornalisti (pur presente, come moderatore, un giornalista di Rai 3 regione).

A Vicenza il Convegno è stato organizzato in collaborazione con l'ACP regionale veneta, partendo da una riflessione interna ai gruppi ACP sul ruolo del territorio nella disabilità complessa che rimane il problema dei problemi. Accanto alla presentazione del documento intersocietario, è stata commentata la bozza del piano socio-sanitario veneto, in cui le malattie rare hanno un discreto spazio. Notevole la presenza dei genitori che hanno offerto, durante la tavola rotonda, un contributo costruttivo in chiave narrativa.

L'ACP veneta ha in programma un corso di formazione sulle problematiche del bambino con disabilità complessa, che ha ricevuto ottimi commenti dai genitori.

A Milano ci si è concentrati sui temi dei costi, delle risorse e della verifica degli outcome di formazione. Il sistema informatico dovrebbe partire da diagnosi codificate in modo uniforme e non con codici differenti a seconda delle sedi, come attualmente ancora succede in Lombardia. È stato sottolineato il ruolo delle famiglie e delle associazioni ("i veri esperti della quotidianità") nella promozione attiva del funzionamento dei servizi. Attenzione ha avuto, anche qui, la centralità del distretto dove si collocano le figure di riferimento competenti con tutte le criticità comunicative tra i vari attori coinvolti. I passi fondamentali ancora da compiere, quindi, sono oltre a quello organizzativo quello culturale e operativo personale. Si tratta di prerequisiti nel percorso verso una vera "rete" assistenziale che in Lombardia, come altrove, è molto carente.

In Emilia-Romagna, a Bologna, c'è stata una vivace discussione proprio sugli aspetti distrettuali, con riferimento a situazioni locali e nazionali. Si è avuta l'impressione che neppure regioni con un sistema organizzativo evoluto siano oggi in grado di affrontare compiutamente il problema dell'assistenza alle patologie complesse a livello distrettuale e che sia compito della SIMGePeD ("proposte e impegni" recitava il titolo dei convegni) e di tutti coloro che vogliono garan-

tire una buona assistenza distrettuale agire come elemento di pressione perché questi problemi siano affrontati. L'impressione di una mancata sensibilità al problema è assai diffusa.

Qualche speranza, in tal senso, è venuta dal Convegno di Roma dove è stato Pier Paolo Mastroiacovo, presidente della SIMGePeD, a presentare la proposta di modello assistenziale.

Il dott. Donato Greco, direttore del CCM e Capo del Dipartimento prevenzione e comunicazione del Ministero della Salute, alla presenza della dott.ssa Maura Cossutta, Consigliere del Ministro della Salute Livia Turco, ha ricordato che è in cammino un "Progetto bambino" e che personalmente trasformerà gli estensori del documento in un gruppo di lavoro, per sottoporre il documento e le conseguenti linee-guida (forse sarebbe stato meglio parlare di "linee di indirizzo") alla Conferenza Stato-Regioni come proposta di "modello di sistema". Secondo il nostro modesto parere il problema non si risolverà se non all'interno di un modello complessivo di distretto nel quale calare il progetto e non un'attenzione al progetto stesso come entità singolare. Quindi attendiamo di sapere cosa c'è dietro le parole "modello di sistema".

Per concludere: le giornate della SIMGePeD sono state un eccellente stimolo in una situazione ferma, opaca e stagnante. Secondo la visione di questa rivista, difficile è risolvere il problema all'interno di moduli organizzativi monadici che riguardino solo le patologie rare, croniche, complesse. Solo all'interno di una organizzazione distrettuale che sia capace di non limitarsi a occuparsi di cure primarie il problema può essere affrontato con qualche possibilità di risolverlo. Ci auguriamo che la SIMGePeD sia di questo avviso.

PS (29-01-2008)

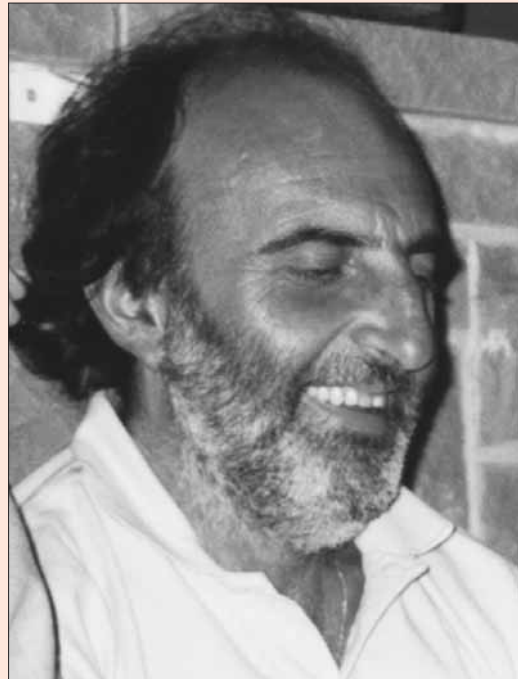
La crisi di governo allontanerà, naturalmente, ancora di più il cammino parlamentare di ogni Progetto per la soluzione dei problemi di funzionamento del distretto sanitario. ♦

Pasquale Causa; in memoriam

Ripubblichiamo, in questo numero, l'ultimo articolo di Pasquale Causa comparso su *Quaderni acp* di luglio-agosto 2007.

L'idea dell'articolo venne da un gruppo di studio che Pasquale tenne a "Tabiano 2004" il cui titolo generale era "Sarà vero che?". Il titolo suo era: "Sarà vero che sappiamo consigliare di leggere libri?". Gli era stato detto di fare una simulazione del "come fare" in ambulatorio. Lui e Megi Clerici (fungeva da mamma nell'ambulatorio) fecero la loro simulazione; la sera prima gli avevo fatto le quattro raccomandazioni di sempre: metti l'orologio, attento ai tempi, ascoltati, non divagare. Egli ascoltava paziente con la faccia di chi pensava: "ma le so, queste cose le so, il problema è farle". Il gruppo, numeroso, si divertì. C'è chi, come Stefano Gorini, ci ha scritto per ricordarcelo. Si decise di farne un articolo molto pratico per i pediatri con qualche premessa teorica.

Poi con la solita scherzosa raccomandazione "non sbrodolarti" cominciò la trattativa sulle dimensioni. Chiese sette pagine (ne aveva quattro di soli appunti!); ne offrii tre. La trattativa continuò, tempo dopo, in casa sua, davanti a un Kounellis per il quale si era sbancato, e poi nella sua "stanza della musica"; ma era una specie di gioco, come in un suk, che ci divertiva. Qualche giorno prima della consegna, la solita e-mail provocatoria: "La bibliografia va contata come testo?". Poi arrivarono le quattro pagine che ripubblichiamo. C'era tutto: era piano, semplice, scorrevole. C'era proprio tutto, il tutto di uno che aveva capito. Rileggetelo pensando a quanto ha fatto e faticato per aiutarci a capire.



Giancarlo Biasini

Gruppo nazionale di coordinamento Nati per Leggere

Pasquale ha sperimentato la promozione della lettura in uno dei contesti più difficili dal punto di vista dei servizi bibliotecari, dove ha ricercato e si è inventato strategie per superare le carenze organizzative e strutturali con le quali doveva fare i conti.

Con grande caparbieta ha messo a punto una sua personalissima modalità di relazione con le famiglie che, se accolte e accompagnate in un loro particolare percorso di scoperta della lettura, possono regalare un futuro migliore ai propri figli.

Uno degli argomenti che lo ha maggiormente appassionato è stato la valutazione e la scelta dei libri adatti ai diversi stadi evolutivi dei bambini in età prescolare.

La sua preoccupazione di mettere a disposizione dei genitori, soprattutto di quelli meno attrezzati o in ogni caso meno inclini a leggere e a frequentare librerie e biblioteche, libri di buona qualità che non fossero frustranti dal punto di vista grafico per essere troppo innovativi o spiazzanti: è qualcosa che ci ha fatto molto discutere, ma al contempo ha consentito che affinassimo i nostri criteri di selezione.

Pasquale ha avuto la capacità di coniugare lo studio e l'approfondimento alla pratica quotidiana, rileggendola e dandole un nuovo significato. Facendolo, ha messo a disposizione dei suoi colleghi pediatri e di tutti gli operatori di "Nati per Leggere" alcuni interventi di grandissimo interesse.

L'articolo qui pubblicato ne è un esempio evidente.

*Giovanna Malgaroli, Associazione italiana biblioteche
Gruppo nazionale di coordinamento Nati per Leggere*

La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno alla genitorialità

Pasquale Causa
Pediatra di famiglia, ACP Campania

Abstract

Promotion of reading in family, support to the parenting

The promotion of the reading in family contextual at an action of support to the parenting has greater probabilities to increase the attitude of parents to read. The families which greater time must be devoted are those that would't read, or they would read late and with formality that the pleasure of their child don't arouse to the reading. In these families an intervention that favours a good relationship between child and parents can increase the effectiveness of the message. A good attachment represents a protective factor for children with social disadvantage. To work on the parenting brings to a meaningful improvement in the relationship of the paediatrician with the family that can be reflected in the clinical activity.

Quaderni acp 2007; 14(4): 173-176

Key words Family literacy. Books. Reading promotion. Family. Paediatrician. Competent parenting. Attachment

La promozione della lettura in famiglia contestualizzata in un'azione di supporto alla genitorialità ha maggiori probabilità di aumentare l'attitudine dei genitori a leggere. Le famiglie cui va dedicato maggior tempo sono quelle che non leggerebbero o leggerebbero tardi e con modalità che non suscitano il piacere del bambino alla lettura. In queste famiglie un intervento che favorisca una buona relazione tra bambino e genitori può aumentare l'efficacia del messaggio. Un buon attaccamento rappresenta un fattore protettivo per i bambini con svantaggio sociale. Lavorare sulla genitorialità porta a un significativo miglioramento nel rapporto del pediatra con la famiglia che può riflettersi nell'attività clinica.

Parole chiave Promozione della lettura in famiglia. Libri. Pediatra di famiglia. Genitore competente. Attaccamento

Imparare a leggere è un compito faticoso perché implica una maturità composta da capacità motorie, percettive, mnemoniche e spazio-temporali, a esordio precoce nella vita del bambino [1].

Leggere libri al bambino è riconosciuto essere il mezzo più semplice ed efficace per favorire l'apprendimento della lettura [2]. Due metanalisi forniscono dati statisticamente significativi sul rapporto tra lettura, sviluppo del vocabolario, sviluppo della competenza fonologica e apprendimento della lettura [3-4]. Queste evidenze scientifiche hanno favorito negli anni '90 lo sviluppo di programmi di promozione della lettura in diversi Paesi: Stati Uniti con Reach Out and Read (ROR) e Regno Unito con Bookstart (BS). Su questa scia in Italia, nel 2000, è stato avviato il progetto Nati per Leggere. Le esperienze di ROR e BS mostrano, in particolare, che un interven-

to nell'ambito delle cure primarie pediatriche aumenta l'attitudine dei genitori a leggere in famiglia [5]. Le evidenze sul rapporto tra qualità dell'attaccamento e competenze emergenti, già analizzate in un precedente articolo, mostrano quanto sia importante sostenere la famiglia precocemente nello sviluppo di una buona relazione con il proprio bambino, non limitando l'intervento al solo consiglio di leggere al bambino [6]. Bus e van Ijzendoorn, analizzando il rapporto tra attaccamento madre-bambino e livello socioeconomico, hanno messo in luce che un buon attaccamento rappresenta un fattore protettivo per i bambini con svantaggio sociale [7].

L'obiettivo di questo articolo è fornire al Pediatra di Famiglia (PdF) indicazioni e strumenti per collocare la promozione della lettura ad alta voce in un contesto più ampio di sostegno alla genitorialità.

Il sostegno alla genitorialità

I genitori sono spesso disorientati e vulnerabili di fronte al compito educativo per la grande quantità di informazioni, spesso tra loro contraddittorie, provenienti da fonti diverse, sovente contrapposte ai saperi tradizionali della famiglia e che, come tali, rendono non facile trovare una propria linea di orientamento e di educazione [14]. La nascita di un figlio e la sua crescita nei primi anni di vita sono particolari momenti evolutivi della famiglia, nei quali è presente una notevole flessibilità a rivedere i propri vissuti e ruoli (per esempio se stessi nel rapporto con i propri genitori). La nascita di un figlio è un evento che riattiva nei genitori aspetti poco elaborati delle proprie relazioni infantili. Tra genitori e bambini viene a crearsi un'area di "mutualità psichica" nella quale le rappresentazioni genitoriali vanno a condizionare il comportamento del bambino. Questo, sulla base delle interazioni ripetute con le principali figure di accudimento (caregiver), costruisce la propria rappresentazione di sé, dell'altro e del mondo esterno; per questo i genitori hanno una fondamentale importanza nell'organizzazione della personalità del bambino. Il caregiver e il bambino, seppur distinti nella loro individualità personale e di ruolo, sono in ugual misura attivi partner co-costruttori della stessa interazione. Tra i protagonisti di questa interazione esiste una circolarità di influenze e adattamenti reciproci che rendono la diade genitore-bambino o la triade mamma-papà-bambino una unità di funzionamento interattivo. Si crea una forte interdipendenza tra lo sviluppo della funzione genitoriale e lo sviluppo psicologico e fisico del figlio. Un numero sempre maggiore di operatori riconosce alla genitorialità una centralità nei rapporti con la famiglia, tanto che si è andato progressivamente affermando il concetto di genitore competente (competent parenting).

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

saper fare

Le azioni a supporto della genitorialità possono dividersi in due grandi categorie: azioni universali, rivolte a tutte le famiglie; azioni specifiche, per le famiglie a rischio.

Le azioni universali sono quelle che possono essere messe in atto da tutti gli operatori del settore materno-infantile (corsi di preparazione al parto; accoglienza della famiglia dal momento dell'ingresso in ospedale per il parto e rooming-in; attività del pediatra di famiglia). La maggior parte dei genitori non segue i corsi di preparazione pre-parto e quelli di loro che hanno un primo figlio, o quelli che hanno un figlio dopo molti anni dal precedente, chiedono aiuto al pediatra anche per questioni apparentemente banali. Il Pdf svolge naturalmente un ruolo di supporto alla famiglia, anche se spesso con una impostazione unidirezionale e comportamentista che non aiuta i genitori ad affrontare i cambiamenti che la nascita di un figlio comporta nell'ambito del nucleo familiare. Il supporto alla genitorialità può essere svolto con modalità molto diverse a seconda della sensibilità e del percorso formativo professionale del pediatra. Per facilitare i genitori nei cambiamenti vanno messe in campo abilità nell'ascolto e nell'osservazione, essendo la relazione con una famiglia un *unicum* non esattamente riproducibile con altri genitori. Cruciale è l'ascolto, il passaggio da "dire" a "farsi dire", con la formulazione di domande appropriate, che permettano una conoscenza approfondita delle informazioni che la famiglia ha o pensa di avere e una descrizione di cosa fa, cosa ha già fatto, cosa ha intenzione di fare e cosa pensa di poter fare la mamma. Solo a questo punto diventano possibili un intervento informativo, che aggiunga notizie compatibili e assimilabili, e una proposta di comportamenti che possano essere accettati e attuati dal genitore [8].

Supportare i genitori valorizzandone e facendone crescere le capacità aiuta il Pdf nel suo lavoro: un genitore competente è anche capace di osservare il suo bambino e reggere il disagio psicologico delle malattie intercorrenti, con una riduzione delle consultazioni da "acuto banale". Inoltre può ridurre l'incidenza di sintomi e distorsioni che derivano da problematiche molto spesso inconsce dei genitori. Pensiamo alla frequenza dei di-

sturbi del sonno e dell'alimentazione che, insorgendo precocemente, vanno a interessare i primi scambi comunicativi tra genitori e bambini e a interferire con l'immagine genitoriale interna. Difficoltà forti in queste aree monopolizzano l'attenzione dei genitori e spesso creano al pediatra senso di impotenza, soprattutto quando sono particolarmente persistenti e invasive.

I bilanci di salute sono per il pediatra la migliore occasione per operare nel senso del supporto alla genitorialità. Garantire, soprattutto nelle prime visite, un'atmosfera "empatica" permette al genitore di percepire come interagisce con il proprio figlio. Lo sviluppo del bambino, secondo Stern, progredisce per salti discontinui che danno luogo a nuove capacità sociali, affettive, motorie e cognitive, con una conseguente riorganizzazione della sua interazione con i genitori.

Osservare l'interazione madre-bambino

Ogni processo nella competenza interattiva fornisce al pediatra una diversa "finestra clinica" che costituisce un punto sensibile per osservare l'evoluzione delle interazioni madre-bambino [10]. Vengono, di seguito, descritte queste finestre cliniche e le azioni e osservazioni da mettere in atto nelle visite dei primi 24 mesi di vita del bambino, periodo nel quale si instaura anche una forte relazione tra il pediatra e i genitori, che condiziona il lavoro futuro con quella famiglia.

► Da 0 a 2 mesi i comportamenti interattivi più importanti riguardano la regolazione del ciclo dell'alimentazione, del ciclo sonno-veglia e del ciclo di attività del bambino. Secondo Winnicott il prototipo di tutto il prendersi cura del bambino è il tenerlo in braccio (holding o contenimento): c'è una profonda differenza fra un bambino che è tenuto in braccio abbastanza bene e un bambino che non lo è [10]. L'esperienza del prendere in braccio il bambino riesce naturale a una madre che sa quali sono i bisogni del suo bambino e che ha vissuto bene la fase in cui in larga misura "lei è il bambino" e "il bambino è lei". La manipolazione del lattante è, secondo Winnicott, un indice della qualità delle cure

ancora più importante della reale esperienza di allattamento al seno. Cruciale è valutare la modalità di alimentazione in termini di coinvolgimento e ricchezza dell'esperienza: molte caratteristiche importanti e proprie della situazione dell'allattamento al seno possono essere rintracciabili anche quando si usa il biberon (per esempio, lo sguardo reciproco del bambino e della madre) [11].

- Da 2 mesi e mezzo a 5 mesi e mezzo l'interazione sociale "faccia a faccia", senza giocattoli o altri oggetti, rappresenta la finestra clinica successiva. Il bambino è in grado, per esclusione o di proposito, di mostrare nel gioco "faccia a faccia" le sue piene capacità sociali e affettive, sollecitandone il corrispettivo nei genitori.
- Da 5 mesi e mezzo a 9 mesi è il gioco comune con oggetti l'attività da osservare. Il bambino ha una buona coordinazione occhio-mano e, con essa, un'avida curiosità per il mondo inanimato. In questa situazione l'interazione madre-bambino subisce una profonda modificazione: la diade si trasforma in una triade (madre, bambino e mondo degli oggetti) e per il bambino prende avvio la fase che riguarda la natura della realtà oggettiva [10]. L'osservazione di come il genitore e il bambino gestiscono la direzione, il tempo, l'attenzione, l'elaborazione, la struttura, il cambiamento di argomento e il disimpegno dal gioco permette di rivelare la natura dei loro rapporti. Esiste una stretta relazione tra l'attenzione del bambino e il livello della stimolazione. Se quest'ultimo è troppo basso, è come se il bambino non lo avvertisse e, se pure l'avverte, l'interesse che gli suscita è di brevissima durata; se il livello di stimolazione è troppo alto, cerca invece di evitarlo, allontanandosene o mettendosi a piangere perché altri lo aiutino a farlo cessare. Se invece la stimolazione avviene a un livello moderato, l'attenzione verrà più facilmente richiamata e si manterrà a lungo. Questa modalità di risposta è comune per quanto riguarda sia gli aspetti di cui uno stimolo si compone (intensità, complessità, grado di contrasto o di novità), sia i vari tipi o generi di stimolo (visivo, uditivo, tattile, cinestesico) [12].

- Da 10 a 12 mesi sono due gli eventi evolutivi che forniscono finestre cliniche.

Il bambino comincia a mostrare i comportamenti caratteristici dell'attaccamento e separazione grazie alla crescente capacità di allontanarsi e tornare dalla madre. L'osservazione di come il genitore e il bambino negoziano l'andare e il venire, l'allontanamento e il ritorno, può fornire indicazioni utili al pediatra. La seconda finestra è l'avvento dell'intersoggettività: il bambino inizia a rendersi conto che la madre può avere "cose in mente", e anche lui. I contenuti della sua mente e quelli della madre possono essere gli stessi o essere diversi. È qui in gioco la negoziazione di ciò che costituirà l'universo condivisibile dei fenomeni mentali: ciò che può essere pubblico, ciò che deve restare privato, ciò che è condivisibile.

- Da 18 a 24 mesi altri due eventi evolutivi forniscono finestre cliniche: l'apprendimento del linguaggio, simile all'apprendimento del gioco con gli oggetti, e l'aumento della mobilità e capacità fisica, con la necessità di porre limiti. Porre limiti non è un processo in cui si fissano e si applicano delle regole, ma ne implica la negoziazione. La maggior parte delle volte genitore e bambino interagiscono in un'area confusa e i bambini si dimostrano incredibilmente capaci di individuare le aree confuse e di condurvi i genitori. Le negoziazioni rivelano la struttura e il funzionamento della relazione.

La promozione della lettura nell'ambito del sostegno alla genitorialità

Un intervento che avviene in un contesto in cui il genitore è stato "preparato" alla importanza della relazione con il bambino e nel quale il genitore esprime liberamente come si relaziona con il bambino consentendo di individualizzare le azioni e ridurre la ripetitività del messaggio.

Aver condiviso con i genitori l'importanza di entrare in empatia con il bambino, per favorirne la crescita nei suoi diversi aspetti, facilita enormemente la proposta,

dai 6 mesi in poi, della introduzione del libro tra gli oggetti del bambino, quando la coordinazione occhio-mano gli consente di afferrare un libro.

Le osservazioni e le azioni che si possono mettere in atto nelle visite dei primi 24 mesi di vita del bambino possono essere sintetizzate come segue:

- Intorno ai 6 mesi il pediatra potrebbe affrontare questi temi:
 - valutare come procede lo svezzamento e parlare di alimentazione come esperienza sensoriale, non solo in termini nutrizionali;
 - sostenere la madre a proseguire un consapevole allattamento al seno;
 - chiedere se i genitori stimolano il bambino con parole, canzoncine e suoni. Molti genitori, parlano spontaneamente con i propri figli fin dai primissimi giorni e le loro parole contribuiscono a dare forma e significato a ciò che accade. I bambini imparano ben presto a "rispondere" e i genitori devono ricorrere al proprio intuito per cercare di capire quello che il bambino vuole, al fine di tradurlo in azioni e parole adeguate;
 - proporre l'inserimento del libro tra gli oggetti della vita quotidiana del bambino grazie al suo nascente interesse verso cose da afferrare e manipolare.
- Intorno ai 9 mesi il pediatra potrebbe affrontare con i genitori il tema dell'allontanarsi dal bambino per favorirne la capacità di separazione (la mamma c'è, anche se è uscita), valutare come i genitori stimolano il bambino. Questa azione può essere fatta osservando cosa avviene inserendo un libro nel setting del bilancio di salute e parlando della importanza che essi "leggano" al bambino, indicando le figure del libro e dando a esse un nome.
- Tra i 12 e i 15 mesi il pediatra potrebbe:
 - verificare come procede la separazione madre-bambino e la capacità del bambino di internalizzazione della madre, osservando come reagisce a una breve separazione dalla madre e chiedendo come dorme;
 - affrontare la necessità del bambino di avere una figura di riferimento, importante se la mamma lavora;

- valutare la modalità di stimolazione del bambino e spiegare ai genitori che, leggendo al bambino, ne vengono favoriti lo sviluppo del linguaggio e la capacità attentiva. Il bambino presta attenzione a libri con azioni della sua vita quotidiana, accompagnate da illustrazioni che vanno indicate e nominate.

- Tra i 18 e i 24 mesi il pediatra potrebbe:
 - promuovere la lettura, sottolineando che a questa età il bambino può mantenere l'attenzione a una storia semplice;
 - verificare se ci sono disturbi della alimentazione e del sonno.
- Dopo i 2 anni è opportuno continuare a verificare la modalità di stimolazione del bambino, comunicando ai genitori che il bambino, oltre ad amare i libri già conosciuti, può progressivamente essere interessato a libri con un contenuto linguistico più complesso.

I libri utilizzabili

- Tra i 6 e 12 mesi un libro con immagini che possa attrarre il bambino. *Guarda che faccia* è il libro creato appositamente per questa fascia di età (Giunti editore, euro 5,90).
- Tra i 12 e 15 mesi un libro con una storia sequenziale di azioni che il bambino conosce. Per esempio *Vola uccellino* (Edizioni EL, euro 3) o *L'uccellino fa...* (Babalibri, euro 3).
- Tra i 18 e 30 mesi, un libro con una storia semplice per l'intervento. Per esempio *Voglio la mia mamma* (Giunti editore, euro 5,90).

Una buona maniera di comprendere come il genitore stimola il bambino, e se e quanto considera il libro un valido strumento per la sua crescita, è osservare cosa succede interponendolo sulla scrivania tra il pediatra e la madre con in braccio il bambino, mentre vengono registrate in cartella le informazioni inerenti al tipo di libro adatto all'età del bambino in quel momento. Solo poche osservazioni.

- Se una madre reagisce dicendo al proprio figlio "guarda! un libro come quelli che teniamo in casa", si possono spendere poche parole sulla pro-

mozione della lettura, rinforzando la "buona condotta" della madre.

- ▶ Se la madre aiuta il bambino a prendere il libro, ma non lo aiuta a guardarlo, è importante capire se il genitore considera il libro non ancora adatto al bambino, o se ha difficoltà a condividere con lui anche altre azioni. Nel corso della conversazione il pediatra deve trovare il modo di comunicarle che il bambino si coinvolge in azioni, giochi, libri, se il genitore mostra di essere interessato a condividerli con lui.

- ▶ Se il bambino cerca di afferrare il libro mentre la madre resta indifferente, va dedicato più tempo a questa famiglia, perché probabilmente la qualità delle interazioni tra madre e bambino è scarsa.

A fine visita comunque è opportuno motivare alla madre la presenza di un libro davanti al bambino, mostrando anche brevemente come condividere con il bambino la lettura congiunta del libro e delle sue immagini.

Conclusioni

La promozione della lettura è di per sé un intervento di supporto alla genitorialità. La promozione della funzione genitoriale dovrebbe essere considerata tempo di

cura al pari dell'informazione e delle azioni prettamente sanitarie [13]. Il supporto alla genitorialità migliora l'approccio comunicativo e relazionale pediatra-bambino-famiglia e fornisce informazioni per individuare e seguire situazioni problematiche. Sostenere la genitorialità presuppone che il pediatra sia capace di osservare la relazione madre-bambino: al di là delle predisposizioni personali, la formazione in questo ambito sembra indispensabile e dovrebbe essere inserita nel curriculum dello studente in medicina. La promozione della lettura, se svolta nell'ambito dell'osservazione delle interazioni tra genitore e bambino, aiuta il pediatra nella valutazione della relazione genitore-bambino a partire dai 6 mesi di vita. Le visite svolte dal PdF sono un osservatorio privilegiato per valutare la relazione madre-bambino e consentirgli di leggere, contenere e rispondere efficacemente ai bisogni espressi dalla famiglia. Tutti gli operatori che svolgono azioni di promozione della lettura devono aumentare l'attenzione alla relazione genitore-bambino, evitando di ridurre il messaggio a mera prescrizione. ♦

Bibliografia

[1] Causa P. La lettura ad alta voce. Lo sviluppo delle competenze che costituiscono la capacità di leggere. *Medico e Bambino* 2002;21:611-5.

[2] National Academy of Education. *Becoming a nation of readers*. Washington DC: National Academy of Education, 1985.

[3] Scarborough H, Dobrich W. On the efficacy of reading to preschoolers. *Dev Review* 1994;14:245-302.

[4] Bus A, van Ijzendoorn M, Pellegrini A. Joint book reading makes for success in learning to read: a meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Rev Educational Res* 1995;65:121-31.

[5] Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni acp* 2003;10:42-6.

[6] Causa P, Barberio C. Stili di attaccamento e sviluppo della "emergent literacy". La lettura congiunta nella relazione madre-bambino e nello sviluppo cognitivo. *Medico e Bambino* 2005;23:483-7.

[7] Bus A, van Ijzendoorn M. Mothers reading to their 3-years-olds: the role of mother-child attachment security in becoming literate. *Reading Research Quarterly* 1995;30:998-1015.

[8] Gangemi M, Quadrino S. *Il counselling in pediatria di famiglia*. Milano: UTET, 2000.

[9] Stern D. Mothers' Emotional Needs. *Pediatr* 1998;102:1250-2.

[10] Stern D. *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri editore, 1995.

[11] Winnicott D. *I bambini e le loro madri*. Cortina editore, 1987.

[12] Stern D. *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Armando editore, 1979.

[13] Gangemi M. La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP. *Quaderni acp* 2005;12:185.

[14] Mantovani S, Picca M, Giussani M, et al. L'osservazione e la valutazione della relazione madre-bambino da parte del pediatra di famiglia: proposta di uno strumento e di un percorso di formazione. In: Carli L. *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*. Linee di ricerca e nuovi servizi. Franco Angeli editore, 2002.



Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale

Indagine conoscitiva a cura del Gruppo Ospedaliero ACP

Luciano de Seta, Franca Parizzi, Giovanna Patrucco, Leopoldo Peratoner, Mauro Pocecco, Corrado Rossetti
Gruppo ospedaliero dell'Associazione Culturale Pediatri

Abstract

Hospital Paediatricians' and nurses' sensitivity in pain prevention and therapy *A survey by the ACP Hospital Group*

The feeling that in Italy the prevention and treatment of acute pain due to procedures and acute physical pain are not adequately considered has induced the Authors to promote a survey aimed at acquiring knowledge on this subject. A questionnaire was sent to 200 hospital paediatric hospital units representative of all Italian regions. Results refer to the 110 units that answered the questionnaire. Usually the prevention of pain due to procedures is not adopted and where it is done there is a lack of adherence to international guidelines. Only 17% of wards have clinical protocols for the treatment of acute pain. Sedation during endoscopy procedures in gastroenterology is usually diffused and well done. Acute physical pain is treated adequately but opioids are not usually used, especially in post surgery pain. It is then necessary to increase paediatricians' and nurses' sensitivity towards the adoption of good practices for pain treatment. It seems also necessary the use of national guidelines and the inclusion of specific training programs in Paediatric post graduate schools and in hospitals.

Quaderni acp 2008; 15(1): 8-14

Key words Pain. Procedures. Acute pain. Survey

La sensazione che in Italia la prevenzione del dolore da procedure e il trattamento del dolore acuto fisico in ospedale non siano adeguatamente trattati, ha indotto gli Autori a promuovere un'indagine conoscitiva tesa a comprendere quale sia lo stato della prevenzione e del trattamento del dolore acuto nel bambino nel nostro Paese e quale sia la sensibilità dei medici e delle infermiere che a qualunque titolo hanno in cura i bambini, dal neonato sano all'adolescente. È stato inviato un questionario ai responsabili di 200 reparti di pediatria largamente rappresentativi di tutte le regioni italiane. I risultati si riferiscono ai 110 reparti che hanno risposto al questionario. In generale la prevenzione del dolore da procedure è poco attuata e, negli ospedali in cui è praticata, lo è in maniera scarsamente aderente alle linee-guida internazionali. Solo nel 17% dei reparti sono presenti protocolli per la terapia del dolore. La sedazione nelle procedure diagnostiche endoscopiche in gastroenterologia è, invece, più diffusamente e meglio attuata. Il dolore fisico acuto è trattato in maniera discretamente adeguata, ma gli oppioidi trovano pochissimo spazio soprattutto nel dolore post-chirurgico. Si ritiene, pertanto, necessario migliorare la sensibilità dei pediatri e delle infermiere all'uso delle pratiche antidolore anche attraverso l'approntamento di linee-guida internazionali e l'inclusione di programmi di formazione specifici nelle Scuole di Specializzazione in Pediatria e negli ospedali.

Parole chiave Dolore. Procedure. Dolore acuto. Indagine

Molti cambiamenti sono intervenuti nella prevenzione e terapia del dolore nel bambino da quando, in anni ormai lontani, su importanti riviste internazionali, si affermava che raramente i bambini richiedono terapia antalgica, perché tollerano molto bene il dolore [1]. Solo nel 1987, infatti, Anand e Hickey, sulla base di ricerche controllate e in doppio cieco

concludevano che “a partire dalla 24^a settimana di età gestazionale sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore” [2].

Sebbene si conosca ormai molto sull'efficacia e la sicurezza della prevenzione e del trattamento del dolore nel bambino e nel neonato, scarsa è la ricaduta nella pratica clinica. Nel 2001 la Commissione

per gli aspetti psico-sociali della salute del bambino e della famiglia dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) ha pubblicato un *statement* sul trattamento e la prevenzione del dolore: dal dolore correlato a procedure diagnostiche e terapeutiche al dolore post-operatorio; da quello associato ai traumi a quello delle malattie acute [3]. Dal 2001, epoca di pubblicazione di tale raccomandazione dell'AAP, la cultura della prevenzione e terapia del dolore non doveva essere profondamente cambiata anche nei Paesi di lingua anglosassone se, tra il 2003 e il 2004, sono comparsi su importanti riviste di medicina generale – il *British Medical Journal* [4] e *JAMA* [5] e di Pediatria [6] – alcuni articoli che hanno affrontato il problema, sottolineando come il dolore del bambino non sembri ricevere l'attenzione di cui ha bisogno e che i lattanti ricevono minori trattamenti degli adulti per la stessa situazione dolorosa. È certo che, nonostante i notevoli miglioramenti realizzati negli ultimi venti anni, soprattutto per quanto attiene la conoscenza dell'imaturità del sistema nervoso, pochi sono gli studi clinici “evidence based”. E che ancora poco si conosce sugli effetti a lungo termine del dolore breve, come quello del dolore dopo intervento chirurgico.

Recentemente sono comparsi su due autorevoli riviste di medicina generale e di pediatria due articoli di aggiornamento sulle procedure di sedazione nei bambini che, tra l'altro, riferiscono come le società scientifiche internazionali di diverse branche della medicina (dagli odontoiatri ai gastroenterologi, dai neuroradiologi ai medici di PS) di numerosi Paesi abbiano prodotto linee-guida per la prevenzione del dolore da procedure [7-8]. Nonostante ciò si ha la sensazione che, nel nostro Paese, l'adozione di pratiche antidolore durante le procedure diagnostiche e l'appropriato trattamento del dolore acuto siano abbastanza lontani da una cor-

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

retta e larga diffusione. Semplici accorgimenti, quali quello di tenere al seno il neonato e il lattante o di somministrare loro acqua zuccherata durante la puntura nel tallone, non sembrano essere entrati diffusamente nella routine ospedaliera, anche se ne è stata documentata l'efficacia da studi controllati in doppio cieco [9]. Nonostante ciò, nel panorama ospedaliero italiano, sono attivi da molti anni alcuni Servizi di trattamento del dolore e cure palliative pediatriche, come quello del Dipartimento di Pediatria di Padova [10]. Mancano indagini conoscitive eseguite su scala nazionale sull'attuazione della prevenzione e della terapia nelle UO di Pediatria in Italia, mentre ne esistono per i reparti di Terapia Intensiva Neonatale.

Si sente, pertanto, il bisogno di conoscere qual è lo stato della prevenzione e del trattamento del dolore nel bambino nel nostro Paese.

Per raggiungere questi obiettivi è stato approntato un questionario somministrato ai responsabili di 200 reparti Pediatria e a quelli di 150 Punti Nascita d'Italia.

Metodologia

Sono stati preparati due questionari, uno destinato ai responsabili dei reparti di Pediatria e l'altro a quelli di Neonatologia. Dal giugno 2004 all'aprile 2005, i questionari, che possono essere richiesti agli Autori, sono stati inviati a 200 reparti di Pediatria e a 150 UO di Neonatologia, rappresentativi di tutte le regioni italiane, scelti in modo randomizzato all'interno di ogni regione, escludendo gli ospedali convenzionati. L'indagine è stata preceduta da uno studio pilota che ha consentito di validare i questionari apportandovi le modifiche necessarie per una maggiore chiarezza dei quesiti. Il questionario era strutturato in quattro gruppi di domande volte a:

- ▶ conoscere se esistessero nell'ospedale programmi di formazione per gli operatori sanitari, medici e non medici, alla prevenzione e terapia del dolore;
- ▶ conoscere se fossero stati approntati protocolli concordati di reparto per la prevenzione e terapia del dolore;
- ▶ rilevare la reale sensibilità dei pediatri e delle infermiere pediatriche nel porre in atto procedure e nell'utilizza-

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI REPARTI DI PEDIATRIA CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO

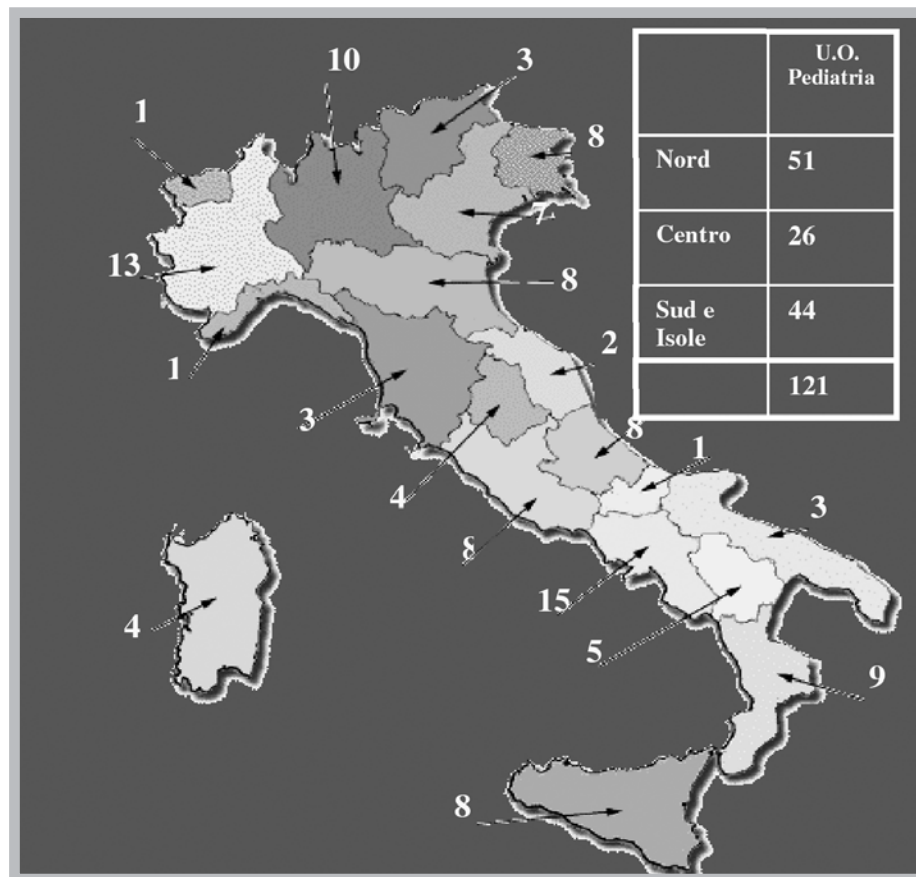
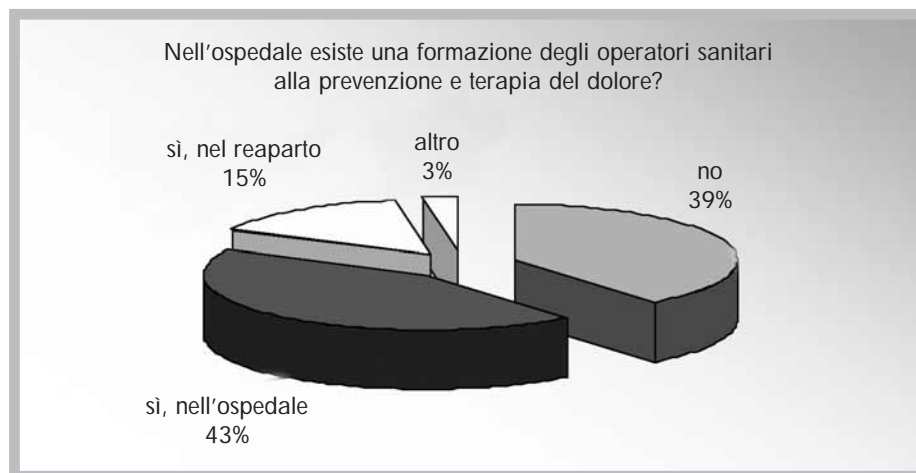


FIGURA 2: PERCENTUALI DEGLI OSPEDALI NEI QUALI SI ATTUANO PROGRAMMI DI FORMAZIONE DI PREVENZIONE E TERAPIA DEL DOLORE



re presidi sanitari (aghi, agocannule ecc.) più idonei a prevenire o ridurre al minimo possibile il dolore;

- ▶ descrivere l'approccio più comunemente usato per la prevenzione del

dolore durante l'esecuzione delle procedure più frequenti (prelievo di sangue capillare, puntura venosa, puntura arteriosa, inserimento di catetere periferico, rachicentesi) e meno frequenti

(agobiopsia midollare, linfoghiandola, renale) e, in particolare, nella diagnostica gastroenterologica: pH-metria nelle 24 ore, biopsia intestinale con capsula di Watson, gastroduodenoscopia e colonscopia, agobiopsia epatica;

- conoscere quale figura professionale medica si occupa della sedazione del bambino nelle indagini gastroenterologiche;
- conoscere l'uso dei diversi farmaci utilizzati per cefalea, dolore addominale da cause accertate e non, dolore post-operatorio, dolore in corso di ustione e dolore osteo-articolare.

Hanno risposto al questionario 121/200 reparti di Pediatria pari al 61%, geograficamente distribuiti come nella cartina (figura 1) e 80/160 reparti di Neonatologia. Si è proceduto all'elaborazione delle risposte contenute nei questionari. Questa pubblicazione si riferisce esclusivamente ai risultati dei questionari relativi alle 121 UO di Pediatria. Il risultato relativo alle UO di Neonatologia sarà oggetto di un'altra pubblicazione.

Risultati

Mentre programmi di formazione diretti a tutti gli operatori ospedalieri sulla prevenzione e terapia del dolore erano presenti all'atto dell'indagine nel 61% degli ospedali intervistati (figura 2), protocolli condivisi di reparto esistevano solo nel 17% delle UO di Pediatria.

Per quanto riguarda i presidi, il pungidito a scatto è utilizzato nel 57% dei reparti mentre il restante 43% continua a impiegare la lancetta d'acciaio, sicuramente più dolorosa e operatore-dipendente. L'ago cosiddetto "a farfalla" è molto più impiegato dell'agocannula (63% vs 35%) per la puntura venosa e nel 27% dei reparti si adotta un diverso accesso venoso per infusioni e prelievi (figura 3).

L'ago da siringa è ancora utilizzato per i prelievi venosi nel 2% dei reparti. Tenere al seno materno un lattante è la pratica meno frequentemente adottata durante il prelievo di sangue capillare (10%) e il biberon con saccarosio prima delle punture è utilizzato tra il 13 e il 20% dei reparti nelle varie procedure (figura 4). La crema anestetica EMLA (che è una miscela di lidocaina e prilocaina) è impiegata in poco meno del 50%

FIGURA 3: PRESIDI UTILIZZATI PER LA VENIPUNTURA

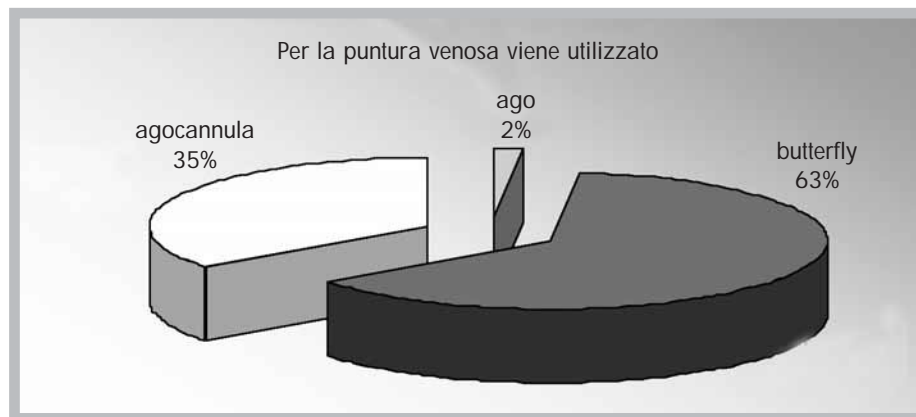
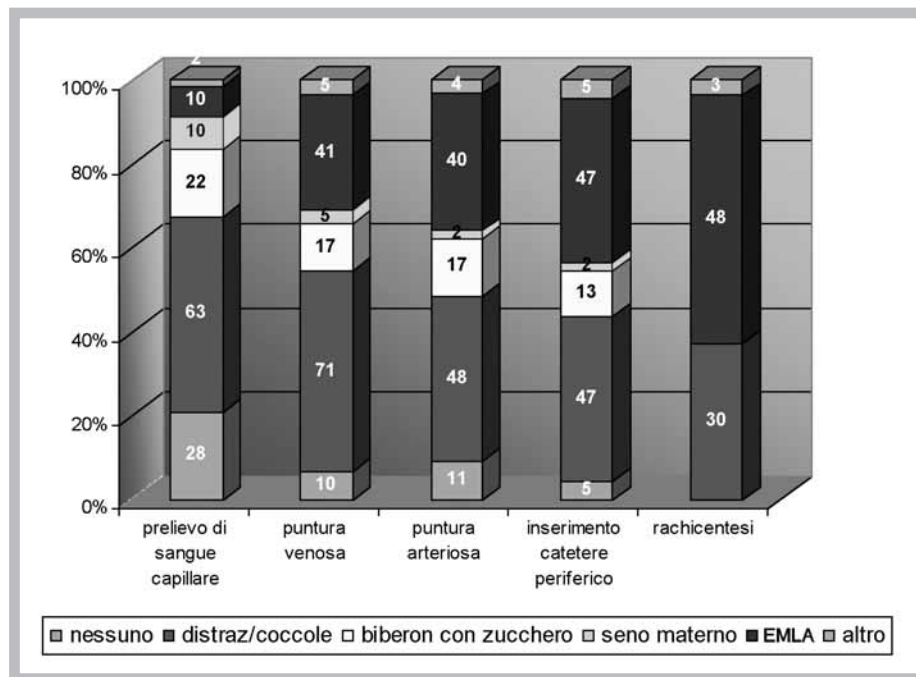


FIGURA 4: DISTRIBUZIONE DELLE ATTITUDINI DI REPARTO PER LA PREVENZIONE DEL DOLORE DA PROCEDERE



delle UO prima della puntura venosa e dell'inserimento del catetere periferico. Le manovre di distrazione con giochi e le coccole del personale d'assistenza risultano frequentemente adottate durante i prelievi di sangue venoso, variando rispettivamente dal 48% circa dei reparti nel corso della puntura arteriosa e dell'inserimento del catetere periferico al 70% dei reparti durante la puntura venosa. Si osserva, infine, che non è utilizzata alcuna misura preventiva (sia psicologica che farmacologica) nel 30% di reparti pediatrici quando è eseguito un prelievo capillare e nel 10% dei reparti

quando si pratica una puntura venosa o arteriosa. Prima di eseguire la rachicentesi solo il 48% delle UO applica l'EMLA. Nel 30% degli ospedali durante la rachicentesi si pongono in atto solo misure di "distrazione e coccole", fondamentali per qualunque pratica invasiva ma da sole sicuramente non sufficienti ad assicurare una significativa riduzione della percezione del dolore.

Il posizionamento del catetere per la misurazione del pH esofageo nelle 24 ore viene eseguito nel 59% dei reparti senza l'utilizzo di alcun tipo di sedazione; nel 24% è utilizzato il midazolam, nell'8% il

diazepam (figura 5). Per le endoscopie digestive alte (praticate nel 74% dei reparti) le procedure seguite nei diversi reparti variano molto. Il midazolam, un ansiolitico che dà perdita della memoria anterograda, è il più utilizzato (32% dei reparti), seguito dalla sedazione profonda (19%) e dal diazepam (17%). Il propofol è adottato nel 14% dei reparti mentre l'anestesia generale nell'8%. Il 2% dei reparti non pratica alcun tipo di sedazione. Nel complesso circa il 90% dei bambini sottoposti a un'endoscopia digestiva riceve un qualche tipo di sedazione.

Le colonscopie, praticate nel 65% dei reparti che hanno risposto, ricevono, come era da aspettarsi, un trattamento sedativo più adeguato a una pratica molto più dolorosa, invasiva e stressante dell'endoscopia alta. Nel 55% dei reparti viene praticata l'anestesia generale (che è la pratica suggerita dalle diverse linee-guida) o la sedazione conscia o inconscia, mentre il 39% riceve una sedazione con ansiolitici. Il 4% di reparti esegue colonscopie senza alcun tipo di sedazione.

Gli anestesisti sono i medici che si occupano più frequentemente della sedazione durante indagini endoscopiche (il 62% degli ospedali), seguiti dai pediatri che se ne occupano nel 26% e dai gastroenterologi dell'adulto che se ne occupano nel 12%.

I risultati sono sicuramente non confortevoli anche perché le agobiopsie midollari e linfoghiandolari sono tra le indagini diagnostiche più dolorose. L'infiltrazione locale di anestetico e la sedazione profonda sono utilizzate nelle agobiopsie midollari in circa il 40% dei reparti che le praticano, laddove l'EMLA è impiegata in oltre il 50% (figura 6) e in quelle linfoghiandolari nel 20% circa delle Pediatrie.

Va sottolineato come la crema anestetica EMLA in queste due pratiche non serva a molto perché, come si è detto, è in grado di anestetizzare solo i piani cutanei più superficiali. Le biopsie renali, nei pochissimi reparti che le praticano, sono eseguite nel 90% in sedazione completa o in anestesia locale.

Per quanto concerne la terapia farmacologica del dolore, nella maggioranza dei casi di cefalea, è utilizzato il paracetamolo o il paracetamolo+codeina rispetti-

FIGURA 5: I DIVERSI TIPI DI SEDAZIONE UTILIZZATI NELLA DIAGNOSTICA GASTROENTEROLOGICA

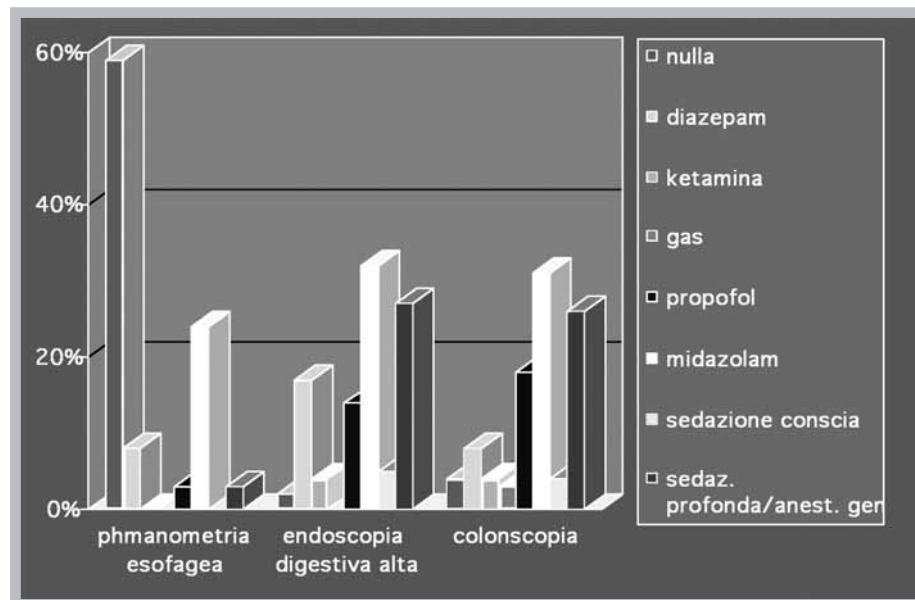
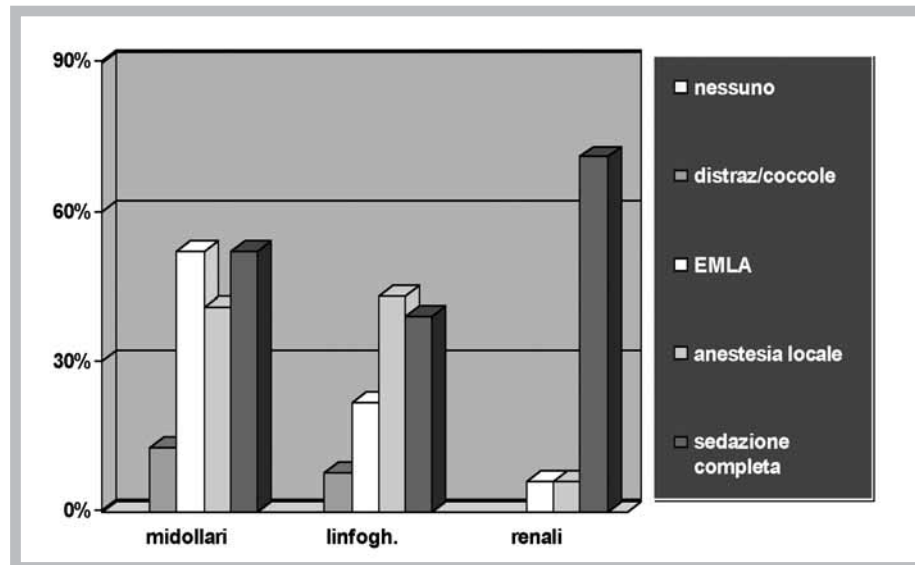


FIGURA 6: PREVENZIONE DEL DOLORE IN CORSO DI AGOBIOPSIE



vamente nel 73% e nel 35% dei reparti; seguono i FANS impiegati nel 43% delle unità operative. Nel dolore addominale da causa accertata e non, i farmaci più utilizzati sono il paracetamolo da solo o associato alla codeina, seguita dai FANS. Nel 5% dei casi sono utilizzate molecole di non meglio precisati "farmaci anti-spastici". Nel dolore osteo-articolare i FANS sono più frequentemente utilizzati (69%), seguiti dal paracetamolo da solo o associato alla codeina. Nel dolore post-operatorio dopo il paracetamolo e il para-

acetamolo+codeina compaiono il tramadolo e gli oppioidi. Nel dolore in corso di medicazione, dopo il paracetamolo e il paracetamolo + codeina, sono usati i FANS e gli oppioidi solo in una piccola percentuale di reparti.

Discussione

Il presente studio è l'unico esistente in Italia; pertanto i risultati possono essere solo in parte discussi, confrontandoli con gli standard e i protocolli per ciascuna procedura.

Va subito rilevato che la formazione dei medici e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore è carente in generale negli ospedali se si pensa che solo nel 29% del campione sono attivi programmi di formazione specifica. Questo contrasta molto con le campagne e i progetti di "ospedale senza dolore", organizzati a più riprese sia a livello nazionale che regionale. Anche i pediatri e le infermiere pediatriche sembrano poco sensibili al tema dolore, dal momento che solo nel 17% dei reparti sono stati operativi protocolli specifici. Ciò comporta l'insufficiente adozione di misure preventive e terapeutiche o, al più, comportamenti dei singoli operatori molto difforni l'uno dall'altro e, pertanto, poco in accordo con linee-guida internazionali.

La misura più frequentemente adottata dal personale di assistenza per prevenire lo stress e il dolore da procedure sembra essere costituita dalle tecniche comportamentali di "distrazione" e dalle "coccole". Esse sono certamente l'elemento base di ogni tipo di pratica antidolore perché un ambiente sereno e tranquillo, la presenza della mamma, i giocattoli, le tecniche di distrazione e le "coccole" attuate dai genitori e dalle infermiere incidono in maniera significativa sulla percezione del dolore stesso e, soprattutto, nel ridurre la componente ansiosa di qualunque procedura dolorosa. Ma la sola adozione di queste misure può risultare del tutto o in parte insufficiente se la procedura è particolarmente dolorosa, come nel caso della rachicentesi o della puntura nel tallone nei neonati e nei lattanti. Dai risultati dell'indagine si rileva che le "distrazione e coccole" sono adottate nel 63% delle UO per le punture del tallone e nel 71% per le venipunture. Il che induce a pensare che nel restante 30-40% dei reparti non venga adottata alcuna tecnica di distrazione. L'EMLA è applicata solo nel 48% dei reparti prima della rachicentesi. Di conseguenza, nel restante 52% dei reparti, la rachicentesi viene praticata senza alcuna prevenzione del dolore. Questo tipo di comportamento può essere in parte spiegato tenendo conto che le rachicentesi sono molto spesso eseguite in urgenza e l'EMLA richiede circa 60 minuti per esercitare la sua azione. Anche nella semplice e frequentissima venipuntura per prelievo o per l'inserzione di ago, l'EMLA è utiliz-

zata solo nel 41% dei reparti. Il che dimostra un complessivo sottotrattamento del dolore da procedure in circa il 50% dei reparti. Ciò può trovare solo in parte una sua giustificazione nell'elevato prezzo dell'EMLA. La diagnostica invasiva gastroenterologica (endoscopica soprattutto) riceve, al contrario, un discreto trattamento antistress e antidolore perché nelle endoscopie digestive, sia alte che basse, sono utilizzate tecniche di sedazione nel 98% delle UO. Questo è, in parte, da mettere in relazione all'esistenza, da molti anni, di linee-guida internazionali recepite anche in Italia [11]. Purtroppo non in tutti i reparti esse sono attuate secondo il protocollo, soprattutto per le coloscopie. Solo in circa il 45% dei reparti si ricorre all'anestesia generale e alla sedazione profonda mentre nell'altro 55% la sedazione è conscia con midazolam o diazepam.

Il dolore acuto sembra ricevere un trattamento abbastanza adeguato nella maggioranza dei casi. Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta, seguito dai FANS e dall'associazione paracetamolo+codeina. Nel dolore postoperatorio e in quello addominale acuto le molecole utilizzate sono diverse e tutte nella stessa proporzione e, comunque, utilizzate in maniera abbastanza appropriata. Va sottolineato che anche il dolore addominale da causa non accertata è trattato in modo discretamente appropriato nel 97% dei casi. Il che indurrebbe a pensare che sia passata la nozione recente secondo la quale l'uso di farmaci antidolore non ritarda la diagnosi di appendicite acuta [11-13]. Gli unici farmaci ad essere ancora scarsamente impiegati sono, in tutti i dolori acuti, e soprattutto in quello postoperatorio, gli oppioidi, che occupano l'ultimo posto con un 13%. Evidentemente le remore verso un più largo utilizzo di questi farmaci antidolore sono dure a cadere.

Conclusioni

Dai risultati di questa indagine sembra evidente che la prevenzione del dolore da procedure, tranne che in gastroenterologia, è scarsamente e, spesso, non adeguatamente attuata. Il dolore fisico acuto del bambino in ambiente ospedaliero è trattato abbastanza adeguatamente ma, in ogni caso, in modo molto diverso nelle UO di Pediatria dei differenti ospedali.

Risulta, inoltre, che l'attitudine dell'assistenza pediatrica è scarsa per quanto riguarda la prevenzione del dolore da procedure. Laddove sono state approntate e recepite linee-guida, come in gastroenterologia, la sensibilità è aumentata e le pratiche antidolore e antistress attuate in maniera più adeguata.

La pubblicazione di linee-guida nazionali che stanno per essere approntate a livello ministeriale, seguita dalla loro più ampia diffusione e, soprattutto, dalla loro condivisione in tutti gli ospedali del nostro Paese, contribuirà ulteriormente a migliorare gli standard assistenziali relativi alle pratiche antidolore. Programmi di formazione specifica, diretti ai pediatri e alle infermiere pediatriche, devono essere organizzati dall'ACP e da altre società scientifiche perché sono necessari per contribuire a una larga diffusione delle conoscenze in tema di prevenzione e trattamento del dolore.

Inoltre l'ACP, anche unitamente ad altre società scientifiche, si dovrà rendere interprete presso i direttori delle Scuole di Specializzazione in Pediatria italiane dell'urgente necessità di includere nei programmi delle Scuole corsi di formazione specifici in modo da colmare l'handicap culturale degli specialisti in pediatria in questo fondamentale aspetto dell'assistenza pediatrica. La crescita culturale di tutti i pediatri italiani, anche in questo campo, è indispensabile per porre la pediatria ospedaliera italiana ai primi posti di quella dell'Unione Europea.

In ultimo siamo convinti che nei due anni trascorsi tra l'invio dei questionari e la pubblicazione dei risultati dell'indagine, il grado di sensibilità dei pediatri e delle infermiere pediatriche sarà senz'altro aumentato. Che questo sia avvenuto o avverrà nei prossimi mesi, anche se in piccola parte, grazie ai risultati di questa indagine, è motivo di particolare soddisfazione per gli Autori e l'ACP, e premia il lavoro, non semplice né breve, necessario per portarla a termine. Anche perché questo era uno degli obiettivi non dichiarati dell'indagine stessa.

Ringraziamenti

Siamo grati ai direttori delle UO e ai loro collaboratori per il contributo dato alla riuscita della ricerca, compilando la scheda che richiedeva non poco impegno, dimostrando così una sensibilità

I PARTECIPANTI ALLO STUDIO E LA LORO SEDE DI LAVORO

PRIMARIO

Agostini S.
Amnon C.
Andreotti M.
Balli F.
Bartolotta E.
Bellu L.
Benaglia G.
Benigno V.
Bernasconi S.
Besenzer L.
Biasucci M.
Bonomi A.
Boscarelli L.
Bottiglieri G.
Brindisino P.
Brunori A.
Campa M.G.
Caputo D.
Carlucci A.
Carminati M.
Castelli G.
Cavallo L.
Chiarolini A.
Ciampoli M.
Ciancio E.
Colella M.G.
Coletta E.
Colonna F.
Cusumano M.
D'Andrea N.
Deganello L.
De Giacomo G.
De Lorenzo R.
De Seta L.
De Vonderweid U.
Di Pietro M.
Domenici L.
Favetta S.
Fazio S.
Fichera A.
Fichiera M.
Finocchi M.
Flacco V.
Frigerio M.
Galluzzo C.
Galligani L.
Ganziano L.
Giachino R.
Girone P.
Guala A.
Guala G.
Ianniello C.
Indriolo C.
Izzi G.
Lascio N.
Magnanimiti G.

OSPEDALE

Treviso
Savona
Bussolengo
Modena
Recanati
Olbia
Guastalla
Agrigento
Parma
Cuneo
Piacenza
Ivrea
S. Francesco di Paola
Val d'Acri
Guardiagrele
Brescia
Napoli
Eboli
Ascoli Piceno
S. Donato
Mondovi
Bari
Alghero
Palestrina
Subiaco
Gaeta
Patti
S. Vito al Tagliamento
Barcellona
Matera
Negrar
Milano
Praia a Mare
Napoli
Torino
Atri
Lucca
Chivasso
Anzio
Lentini
Lentini
Roma
Lanciano
Torino
Erba
Biella
Rossano
Garbagnate Milanese
Lipari
Borgosesia
Torino
Potenza
Paternò
Parma
Lagonegro
Teramo

PRIMARIO

Malberti A.
Mammi F.
Marcazzo L.
Marella I.
Markart H.
Masera G.
Mazzella M.
Mazza A.
Messi G.
Milillo F.
Minelli P.
Moceri A.
Montrasio A.
Nardecchia L.
Pagano M.
Paravati F.
Parisi G.
Peratoner L.
Perini B.
Perini G.
Pierucci A.
Pittschier K.
Prandi A.
Provenzano E.
Risolo E.
Romano A.
Rossetti C.
Rossetti F.
Rossi E.
Sacher B.
Saitta F.
Salvatore G.
Salvo R.
Santucci F.
Sassu S.
Scianaro L.
Scotta S.
Siani P.
Soligno O.
Tannini C.
Tarallo L.
Tenore A.
Tinaglia A.
Trodella R.
Vannini C.
Vecchi V.
Ventura A.
Vergara G.
Villa M.P.
Visci G.
Vitali M.
Vitiello R.
Zanda G.
Zannino L.
Zuccaro A.

OSPEDALE

Cinisello Balsamo
Locri
Arzignano
Adria
Bressanone
Monza
Aosta
Cles
Trieste
Corigliano Calabro
Bentivoglio
Mazara del Vallo
Saronno
Latina
Taurianova
Crotone
Ischia
Pordenone
Palmanova
Latisana
Sapri
Bolzano
Arezzo
Soverato
Ariano Irpino
Oglio-Po
Città di Castello - Gubbio
Monselice
Torino
San Daniele
Pozzuoli
Atessa
Vittoria
Magenta
Tempio Pausania
Fasano
Gallarate
Napoli
Venosa
Marsciano
S. Leonardo Castellammare
Udine
Licata
Avellino
Assisi
Rimini
Trieste
Torre del Greco
Roma
Pescara
Borgomanero
Torre Annunziata
S. Martino
Asti
Altamura

alle problematiche riguardanti il dolore in pediatria.

Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Linda Di Benedetto, dell'UOC di Pediatria dell'Ospedale S. Paolo di Napoli, che ha dato un fondamentale contributo nell'inserire le schede nel data-base, nell'elaborazione dei risultati e nella preparazione dei grafici.

Al segretario dell'ACP, Gianni Piras, va un affettuoso grazie per il paziente e lungo lavoro di spedizione e ricevimento dei questionari. ♦

Bibliografia

- [1] Swafford J, Allen B. Pain in infancy. *Ped Clin North Am* 1968; 6:23-7.
- [2] Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; 31:1321-9.
- [3] The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescent. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescent. *Pediatrics* 2001;108:793-7.
- [4] Janice HT. Children are often undertreated for pain. *Brit Med J* 2003;327:1185-90.
- [5] Howard RF. Current status of pain management in children. *JAMA* 2003;290:2464-9.
- [6] Pitetti RD, Singh S, et al. Safe and efficacious use of procedural sedation and analgesia by non-anesthesiologist in a pediatric emergency department. *Arch Ped Adolesc Med* 2003;157:1090-6.
- [7] Harvey JA, Morton NS. Management of procedural pain in children. *Arch Dis Child* 2007;92:ep20-ep26.
- [8] Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet* 2006;367:766-80.
- [9] Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, et al. Analgesic effect of breastfeeding in the neonates: randomised controlled trial. *Brit Med J* 2003;326:13-7.
- [10] Benini F, Trapanotto M, Callegaro L, et al. Sedation – analgesia for invasive diagnostic and therapeutic procedures: 13 years at the Pain Service of the Padua pediatric Department, Italy. *J Pediatr* 2000;33:183-7.
- [11] Tolia V, et al. Sedation for pediatric endoscopic procedures. *J Pediatr* 2000;30:477-85.
- [12] Mahadevan M, Graff L. Prospective randomised study of analgesic use of ED patients with right lower quadrant abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2000;18:753-6.
- [13] Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. A randomised clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2002; 9:281-9.

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

IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA PIACENZA, 19 APRILE 2008

Park Hotel Best Western

Il convegno è dedicato a Pasquale Causa

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

9-9,30 Introduzione e presentazione del convegno
(G. Caso - M. Gangemi - A. Brambilla)

PRIMA SESSIONE Flash dal pianeta malattia cronica

9,30-10 *Condividere le informazioni: il Progetto B.I.P.P. come strumento per i pediatri* (A. Ulliana, Udine)

10-10,15 *Sorveglianza epidemiologica della ventilazione a lungo termine in età evolutiva* (F. Morandi, Erba - F. Racca, Torino)

10,30-11 *Canone a tre voci: Verdiana, una bambina bella*
(A. Pirola - P. De Serio - F. Zanetto, Milano)

11-11,15 Discussione

SECONDA SESSIONE Esperienze a confronto

11,30-13 *La diagnosi*
Primi passi per un'alleanza terapeutica (P. Ghiotti, Torino)

La gestione

Dal navigare a vista alla consapevolezza di un percorso: il modello CF
(G. Mastella, Verona)

L'integrazione

Le goccioline si aggregano: esperienza territoriale per il bambino oncologico (E. Del Negro - B. Francano, S. Daniele Friuli)

La rete e la cartella informatica condivisa

Progetto di cartella informatica (M. Jankovic, Monza)

13-13,30 Discussione

TERZA SESSIONE Riflessioni

14,30-15 *Nasce un'Associazione: la forza dei bisogni*
(Rappresentanti di Associazioni Genitoriali)

15-18 *Cosa abbiamo imparato. Tavola rotonda: domande ai relatori dal conduttore al pubblico* (conduce M. Farneti, Cesena)

Sede del congresso

Park Hotel Strada

Via Val Nure, 7 - 29100 Piacenza (PC)

Tel.: 0523 712600 - Fax: 0523 453024

www.parkhotelpiacenza.com – e-mail: info@parkhotelpiacenza.com

Segreteria scientifica

F. Zanetto: Tel: 335 8077629 – e-mail: zanettof@tin.it

A. Ulliana: Tel: 349 3353652 – e-mail: anton.u@fruts.ud.it

Segreteria organizzativa

Associazione Culturale Pediatri - c/o Gianni Piras

Via P. Marginesu, 8 - 07100 Sassari (SS)

Tel.: 079 3027041 - Fax: 079 3027471

e-mail: segreteriaacp@tiscali.it

Quote di iscrizione

Soci ACP e APEG € 70; non soci € 100; infermieri € 40; specializzandi € 20.

La partecipazione dei genitori è gratuita.

La quota di iscrizione dà diritto alla partecipazione ai lavori congressuali, a una colazione di lavoro, a un coffee break. Verranno confermate solo le iscrizioni per le quali sia pervenuto il pagamento. Se la richiesta di iscrizione perviene dopo il 19 marzo 2008, la quota di iscrizione sarà maggiorata di 20 €. In caso di rinuncia, da comunicare per iscritto entro e non oltre il 19 marzo 2008, è previsto un rimborso pari al 70% delle quote versate. Dopo tale data non verrà effettuato nessun rimborso. Richiesti i Crediti ECM.

La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza?

Claudia Carletti, Adriano Cattaneo

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Parental practice for preparation of powdered infant formula

Objective Powdered infant formula (PIF) may be contaminated by *Enterobacter sakazakii* and may cause infection and serious illness. This study describes parental practices for the preparation and use of PIF and compares them with the safety measures recommended by WHO.

Methods The parents of 131 formula fed infants aged 1 week to 12 months were interviewed.

Results and conclusions Based on four criteria derived from the WHO recommendations, only 11% of parents prepare the formula in a safe way. Health authorities should establish a set of preventive measures to be applied by manufacturers, health professionals and consumers.

Quaderni acp 2008; 15(1): 15-19

Key words Infant formula. *Enterobacter sakazakii*. Parental practice

Obiettivo Questo studio descrive le pratiche dei genitori per la preparazione e l'uso del latte in polvere e le vuole comparare con le norme di sicurezza raccomandate dall'OMS. Il latte artificiale in polvere può essere contaminato da *Enterobacter sakazakii* e causare infezioni e malattie gravi.

Metodi Sono stati intervistati i genitori di 131 bambini di età compresa tra 1 settimana e 12 mesi alimentati con latte in polvere.

Risultati e conclusione Sulla base di quattro criteri derivati dalle raccomandazioni OMS, solamente l'11% dei genitori prepara il latte in modo sicuro. Le autorità sanitarie dovrebbero istituire un insieme di misure preventive da far applicare a produttori, operatori sanitari e consumatori.

Parole chiave Latte artificiale. *Enterobacter sakazakii*. Preparazione del latte artificiale

Introduzione

L'OMS raccomanda, come misura di salute pubblica, un allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi compiuti e il proseguimento dell'allattamento fino a 2 anni e oltre [1]. Se la madre non può o non vuole allattare, neonati e bambini sono generalmente alimentati con formule latte di vario tipo. A livello nazionale, europeo e mondiale, esistono stime sui tassi di allattamento alle diverse età [2-4]. Non essere allattato, tuttavia, non significa necessariamente essere alimentato con formule latte. In Italia, una stima della fine degli anni '90 riferiva di un 15% circa di neonati alimentati artificialmente alla dimissione dall'ospedale, aumentati al 35% dopo la seconda settimana e al 90% al quinto mese [5]. Dato che vi è una tendenza all'aumento dell'allattamento, è probabile che queste percentuali siano in diminuzione [6]. Una recente sentenza dell'Antitrust sti-

mava in circa 11,7 kg per un nuovo nato all'anno il consumo di latte formulato [7]. Poco più del 40% del fatturato riguardava i lattini di partenza, il 36% i lattini di proseguimento, il restante 24% i lattini speciali. Circa il 30% del fatturato è attribuito alle vendite di latte liquido, ma dato che il costo unitario di quest'ultimo è maggiore, è probabilmente il latte in polvere a costituire la quota di consumo maggioritaria.

Il latte in polvere non è sterile; può essere intrinsecamente (cioè quando esce dalla fabbrica e prima che la confezione sia aperta) contaminato con salmonelle ed enterobatteri. Gli attuali processi industriali garantiscono l'eliminazione quasi totale di questi microrganismi dal latte trattato termicamente ed essiccato, ma non la successiva ricontaminazione durante il mescolamento con altri ingredienti e l'inscatolamento [8]. Quei mi-

croorganismi, infatti, sono presenti ubiquitariamente durante tutto il processo di lavorazione, e la stessa industria produttrice lo riconosce [9]. Già nel 1988 era stato rilevato che il 52,5% di 141 campioni di latte in polvere, provenienti da 35 Paesi, era contaminato da enterobatteri [10]. Questi dati non avevano suscitato inquietudine perché la contaminazione non superava i limiti fissati dalle norme allora in vigore. Ma la preoccupazione è aumentata da quando sono migliorati i metodi di diagnosi e le notificazioni di casi isolati e di epidemie di malattie (setticemia, meningite, diarrea, enterocolite necrotizzante, infezione delle vie urinarie) attribuite a contaminazione intrinseca da *Enterobacter sakazakii* [11-15]. Il numero di casi documentati fino al 2002 non superava la sessantina, ma è probabile che la cifra sia notevolmente sotto-stimata, in quanto molti laboratori clinici in Paesi ad alto reddito non effettuano test per questo microrganismo; per non parlare della probabile enorme sottostima nei Paesi a basso reddito dove le capacità diagnostiche sono quasi inesistenti [16].

Per cercare di arginare il problema, OMS e FAO hanno riunito un gruppo di esperti che ha analizzato i dati disponibili e ha dichiarato la contaminazione da enterobatteri un problema rilevante di salute pubblica [8]. L'OMS ha poi emesso delle raccomandazioni sulla sicurezza nella preparazione, conservazione, manipolazione e uso dei lattini in polvere [17]. L'obiettivo di questo studio è di comparare le pratiche di un gruppo di madri che alimentano i loro bambini con latte in polvere con gli standard raccomandati dall'OMS.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto a Trieste su un campione di 131 bambini reclutati tra aprile e luglio 2006 nei centri di vaccinazione della locale Azienda per i Servizi Sanitari. Per essere reclutati, dopo l'ac-

Per corrispondenza:
 Claudia Carletti
 e-mail: carletti@burlo.trieste.it

quisizione del consenso informato dei genitori, i bambini dovevano avere un'età compresa tra 1 settimana e 12 mesi ed essere alimentati esclusivamente o parzialmente con latte in polvere al momento dell'intervista. Sono stati esclusi i bambini alimentati con latte in polvere in precedenza, ma non al momento dell'intervista, per evitare un bias di memoria dei genitori. La numerosità del campione era stata calcolata sulla base di una delle variabili principali per la preparazione sicura del latte in polvere: riscaldare l'acqua a temperatura $\geq 70^\circ \text{C}$ prima di aggiungerla alla polvere per ricostituire il latte. Un campione di 120 bambini è sufficiente a stimare con una precisione del 95% una frequenza tra il 40% e il 60% di questa pratica.

Il questionario usato per l'intervista, completato dopo uno studio pilota su 6 soggetti, comprendeva, oltre ad alcune variabili sociali e demografiche sui genitori, dati sulle pratiche per la preparazione e l'uso del biberon. In particolare, dopo aver consultato le raccomandazioni dell'OMS (disponibili solo in bozza all'epoca dello studio) e quelle allora disponibili da altre fonti [18-21], il questionario mirava a raccogliere dati su:

- ▶ conservazione della confezione di latte in polvere prima dell'apertura;
- ▶ conservazione del latte in polvere dopo l'apertura della confezione;
- ▶ uso del latte in polvere entro la data di scadenza;
- ▶ lavaggio e sterilizzazione del biberon;
- ▶ lavaggio delle mani;
- ▶ temperatura dell'acqua per la ricostituzione del latte in polvere;
- ▶ quantità di latte ricostituito per ogni pasto;
- ▶ intervallo tra preparazione e somministrazione del latte;
- ▶ conservazione del latte in caso di ritardo tra preparazione e somministrazione;
- ▶ gestione del latte rimasto dopo la poppata.

I dati raccolti sono stati inseriti con un programma realizzato in EpiData e analizzati con SPSS. Le associazioni tra le pratiche per la preparazione, la somministrazione e la manipolazione del latte in polvere e le caratteristiche sociali e

TABELLA 1: *caratteristiche sociali e demografiche dei genitori*

		N.	%
Stato civile	Sposato/a	100	76
	Partner	29	22
	Single	2	2
Età della madre	20-29 anni	24	19
	30-34 anni	42	34
	35 anni o più	58	47
Livello d'istruzione	<i>Elementare/media inferiore</i>	25	19
	<i>Diploma di scuola superiore</i>	81	62
	<i>Laurea</i>	25	19
Occupazione	<i>Lavoro fuori casa</i>	93	72
	<i>Lavoro in casa</i>	38	28
Tempo lavorativo	<i>Lavoro a tempo pieno</i>	68	69
	<i>Lavoro a part time</i>	31	31
Tipo di contratto	<i>Lavoro a tempo determinato</i>	16	16
	<i>Lavoro a tempo indeterminato</i>	83	84
Altri figli	<i>No</i>	87	67
	<i>Uno o più</i>	44	33

TABELLA 2: CARATTERISTICHE DEI BAMBINI

		N.	%
Sesso	Maschio	67	51
	Femmina	64	49
Età (mesi)	0-2	39	30
	3-5	51	39
	6-8	9	7
	9-12	32	24
Peso alla nascita (g)	< 2500	16	12
	2500-2999	22	17
	3000-3499	56	43
	3500-3999	27	20
	> 4000	10	8
Età (settimane) di inizio del latte in polvere	0-4	48	37
	5-12	62	47
	13-40	21	16
Alimentazione attuale	Formula esclusiva	43	33
	Formula + latte materno	49	37
	Formula + altri alimenti	39	30

demografiche del campione, sono state analizzate in termini di Odd Ratio (OR), usando il Chi quadrato e il test di Fisher per individuare differenze significative.

Risultati

Sono stati intervistati 124 madri e 7 padri dei 131 bambini reclutati per lo studio. La *tabella 1* mostra le caratteristiche dei genitori, la *tabella 2* quelle dei bambini; 7 di questi erano gemelli. Il 62% dei

genitori intervistati (81 su 131) dichiara di aver avuto spiegazioni su come preparare il latte in polvere soprattutto da operatori sanitari in ospedale, ma anche dal pediatra e dal consultorio. Chi non ha ricevuto spiegazioni ha trovato le informazioni sull'etichetta del prodotto. Nella metà dei casi, una sola persona (o la madre o il padre) prepara il latte in polvere; nell'altra metà i genitori si alternano o intervengono altri familiari. Le prin-

cipali pratiche dei genitori nel ricostituire il latte in polvere, preparare e usare il biberon, sono descritte nelle *tabelle 3* e *4*. La maggioranza dei genitori prepara il biberon a ogni pasto e lo usa subito senza conservarlo, ma il 10% lo conserva a temperatura ambiente e/o nello scaldabiberon. Il 16% (21 genitori) conserva il latte che resta nel biberon, ma lo riusa in un tempo inferiore alle 4 ore. Tra quelli che conservano il biberon o i resti, 33 riscaldano una seconda volta la formula con diversi metodi: bagnomaria, microonde, ma anche con lo scaldabiberon, usato da 18 genitori (14%). Quaranta genitori (31%) offrono al bambino il biberon con altri alimenti: biscotti e farine latte. I genitori intervistati adottano due pratiche diverse quando il bambino deve mangiare fuori casa. Il 31% prepara il biberon a casa e lo conserva fino alla poppata a temperatura ambiente, o dentro una borsa termica o nello scaldabiberon. Il 65% prepara il biberon nel posto in cui si trova, con le stesse modalità di casa. Solo il 4% dei genitori intervistati dichiara che il bambino non mangia mai fuori casa.

Sulla base dei quattro criteri necessari per una preparazione sicura del latte in polvere – sterilizzare il biberon ogni volta che lo si usa, lavare le mani accuratamente con acqua calda e sapone prima della preparazione del latte, scaldare l'acqua a una temperatura $\geq 70^\circ\text{C}$ e poi aggiungervi il latte in polvere, usare immediatamente il latte in polvere reidratato – solo 15 intervistati su 131 (11%) fanno la cosa giusta. Non c'è associazione significativa tra corretta preparazione del biberon e livello d'istruzione, né tra età del bambino e cura posta dai genitori per la preparazione del biberon. È interessante notare che 9 dei 15 genitori che preparano il biberon correttamente hanno un'età superiore a 35 anni e che 12 hanno ricevuto spiegazioni per la preparazione da personale ospedaliero. Inoltre, nessuna delle 7 famiglie con gemelli prepara il latte in polvere in maniera sicura. Da notare infine che il 15% degli intervistati usa lo scaldabiberon sia per riscaldare l'acqua sia per conservare il biberon, e anche per riscaldarlo. Tuttavia, le prove che abbiamo effettuato durante lo studio mostrano che, per avere l'acqua alla temperatura di 70°C con lo scaldabiberon, bisogna attendere circa 20 minuti, tempo sul quale nessuno dei genitori intervistati si regola per riscaldare l'acqua.

TABELLA 3: principali pratiche dei genitori prima della preparazione del latte in polvere

	Sempre/spesso		Qualche volta		Raramente/mai	
	N.	% (IC 95%)	N.	% (IC 95%)	N.	% (IC 95%)
Lavare le mani prima di preparare il biberon	107	82 (74-88)	7	5 (2-11)	17	13 (8-20)
Lavare il biberon con il detersivo a ogni poppata	63	48 (39-57)	12	9 (5-15)	56	43 (34-52)
Sterilizzare il biberon a ogni poppata	93	71 (62-79)	16	12 (7-19)	22	17 (11-24)

TABELLA 4: principali pratiche dei genitori per la preparazione, somministrazione e manipolazione del latte in polvere

	Sì	
	N.	% (IC 95%)
Scaldare l'acqua e poi aggiungere la polvere*	103	79 (71-85)
Miscelare l'acqua e la polvere e poi scaldare*	34	26 (19-34)
Se scaldare l'acqua, modalità di riscaldamento dell'acqua: (n = 103, più di una risposta possibile)		
Pentola	48	47 (37-57)
Microonde	40	39 (29-49)
Scaldabiberon	16	15 (9-24)
Altro	7	7 (3-13)
Temperatura dell'acqua all'aggiunta della polvere $\geq 70^\circ\text{C}$	29	22 (15-30)
Preparazione del biberon a ogni poppata	117	89 (83-94)

* 6 genitori usano alternativamente entrambi i metodi

biberon, bisogna attendere circa 20 minuti, tempo sul quale nessuno dei genitori intervistati si regola per riscaldare l'acqua.

Discussione

Un grande numero di bambini, in Italia [2], in Europa [3], e soprattutto nei Paesi a basso reddito [4], non è allattato al seno e ha perciò bisogno di raccomandazioni molto chiare per ridurre i rischi dell'alimentazione artificiale e della possibile contaminazione del latte in polvere [22-23]. Anche se la frequenza e il livello di contaminazione da *Enterobacter sakazakii* sono bassi, le possibili gravissime conseguenze per i neonati, sicuramente sottostimate, fanno sì che questo sia considerato un rilevante problema di salute pubblica [8]. Ancor più se si aggiunge l'elevato potenziale di moltiplicazione dei batteri durante la preparazione e il

tempo di attesa prima del consumo del latte ricostituito, oltre alla possibilità di contaminazione estrinseca, cioè dopo l'apertura della confezione, sia per il latte in polvere che per la formula ricostituita.

Gli attuali standard del *Codex Alimentarius* per la produzione del latte in polvere, ma anche le proposte attualmente in discussione per rivedere questi standard*, non garantiscono la sterilità del prodotto [24]. Non la garantiscono neppure le tecnologie attualmente disponibili per l'industria del settore. Anche il regolamento, che la Commissione Europea sta elaborando sull'argomento, propone un limite per gli enterobatteri pari a <10 UFC/g in 5 unità campionarie [25]. Sul mercato esistono anche latti liquidi pronti al consumo. Questi prodotti sono sterili, ma sono troppo cari per la maggioranza delle famiglie e sono nor-

malmente usati solo negli ospedali o per i neonati più suscettibili alle infezioni. Importanti e tempestive sono dunque le raccomandazioni dell'OMS per la preparazione e l'uso del latte in polvere, dalle quali abbiamo tratto i criteri per la valutazione delle pratiche dei genitori [17].

Il fatto che poco più del 10% dei genitori intervistati prepari e usi il latte nel rispetto dei criteri derivati dalle raccomandazioni OMS è preoccupante. Ma non poteva essere altrimenti, visto che i genitori seguono le istruzioni che trovano in etichetta e che anche i pediatri e il personale ospedaliero e del consultorio, che hanno dato spiegazioni al 62% dei genitori, derivano probabilmente le proprie conoscenze dalle stesse etichette. Perfino una guida con presentazione del Ministro della Salute dà in proposito istruzioni erranee (si veda a pagina 44) e le etichette purtroppo non hanno, al momento in cui scriviamo, recepito le raccomandazioni dell'OMS, nonostante raccomandazioni molto simili fossero state già divulgate dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Europea per la Sicurezza degli Alimenti nel 2004 [21-26]. I produttori hanno addirittura ignorato una lettera del Ministero della Salute, datata 15 marzo 2006**, che li invitava a riportare in etichetta le nuove norme da seguire. Le etichette attuali raccomandano di ricostituire il latte con acqua bollita e raffreddata fino a 40-45° C; a volte la temperatura non è nemmeno citata e si parla solamente di acqua tiepida. Queste temperature sono insufficienti per inattivare l'*Enterobacter sakazakii*; uno studio recente mostra che reidratando il latte in polvere con acqua a una temperatura $\geq 70^\circ\text{C}$ si riduce di 4 log la carica iniziale, mentre a 50° C non si ha alcuna inattivazione [27]. Nemmeno l'uso dello scaldabiberon, usato dal 15% dei genitori intervistati, è sicuro; per arrivare a una temperatura $\geq 70^\circ\text{C}$ sono necessari 20 minuti, un tempo troppo lungo per la preparazione di un biberon. Inoltre, il libretto di istruzioni informa che per riscaldare un biberon di 125 ml sono necessari 4 minuti, tempo sufficiente a scaldare l'acqua a soli 40° C circa.

Le pratiche per la preparazione del latte in polvere sono state riportate dai genitori e non sono state verificate con osser-

vazione diretta. È possibile che si tratti di una sovrastima delle buone pratiche, se si pensa che i genitori potrebbero aver riferito all'intervistatore ciò che pensavano sarebbe corretto fare, e non ciò che realmente fanno. Inoltre, il campione è costituito da soggetti con un alto livello di istruzione (81 genitori su 131 con diploma di scuola secondaria) e da madri di età elevata (oltre 33 anni di media); genitori più giovani e meno istruiti potrebbero avere conoscenze e pratiche ancora meno corrette. Purtroppo non è facile fare confronti con altre popolazioni. Non esistono, a nostra conoscenza, altri studi condotti in Italia. Una revisione sistematica, pubblicata nel 2003, ha identificato solo 5 studi condotti in Gran Bretagna [3], Stati Uniti e Australia, un numero piccolissimo se si pensa alla quantità di bambini alimentati con latte in polvere; e si tratta di studi che mirano a valutare la preparazione del latte in termini di concentrazione di energia e nutrienti, non in termini di sicurezza. Il solo studio comparabile al nostro è stato fatto in Sud Africa per valutare la sicurezza della preparazione in un'area dove, a causa della trasmissione dell'HIV col latte materno, stava per iniziare un progetto per la distribuzione gratuita di latte in polvere e se ne voleva verificare la sicurezza [28]. La maggioranza delle 94 madri partecipanti era altamente scolarizzata per gli standard del posto (12 anni di scuola o più), il 72% era in possesso di un frigorifero, ma il 34% non aveva acqua potabile in casa. Anche in quello studio la maggioranza delle madri preparava il biberon in maniera scorretta e addirittura il 38% dei latti preparati sotto osservazione diretta era contaminato da salmonelle o enterobatteri. Un risultato interessante è che i campioni di latte preparati con acqua appena bollita erano significativamente meno contaminati. Da notare che anche in Australia il 22% dei campioni di latte ricostituito da 274 madri era contaminato da enterobatteri [29]. Anche uno studio condotto negli Stati Uniti mostra quanto sia infrequente la preparazione corretta del biberon: il 43% dei genitori non faceva bollire l'acqua prima di ricostituire la polvere, contro il 30% del nostro studio [30]. Inoltre, il 35% aggiungeva cereali o biscotti al latte in polvere reidratato, e si sa che ciò fa aumentare il rischio di con-

taminazione da *Enterobacter sakazakii* [31]. Infine, i bambini le cui madri lasciavano il biberon a temperatura ambiente per una durata superiore a due ore avevano un rischio significativamente aumentato di sviluppare diarrea rispetto a quelli che consumavano immediatamente il latte (72% vs 63%).

Conclusioni

Per concludere, considerando che sono molti, e lo saranno probabilmente per molti anni, i bambini che usano il latte in polvere, e che sono elevati i rischi di contaminazione sia intrinseca sia estrinseca con enterobatteri, alcuni dei quali possono causare infezioni gravi e letali [23-32], sembra necessario attuare delle misure preventive:

- ▶ il *Codex Alimentarius* e le autorità europee e italiane dovrebbero rivedere gli standard microbiologici per la produzione e la commercializzazione dei latti in polvere;
- ▶ le autorità sanitarie dovrebbero riformulare le direttive riguardanti la preparazione e l'uso del latte in polvere, sia in ospedale che in ambiente domestico, e diffonderle tra gli addetti ai lavori;
- ▶ i regolamenti riguardanti le etichette e altri materiali informativi dovrebbero includere norme riguardanti la chiarezza e la comprensibilità delle istruzioni, nonché la loro standardizzazione, per evitare confusione per i genitori che decidono di cambiare marca;
- ▶ un'avvertenza ben leggibile sul fatto che non si tratta di un prodotto sterile richiamerebbe l'attenzione dei consumatori e aumenterebbe probabilmente il grado di adesione alle istruzioni;
- ▶ i pediatri e gli altri operatori sanitari dovrebbero essere istruiti sui rischi del latte in polvere in modo da poter dare consigli adeguati ai genitori;
- ▶ infine, il pubblico dovrebbe essere informato non solo dei rischi associati al latte in polvere, ma anche delle mutate istruzioni, da campagne informative che raggiungano anche i genitori che non ricevono consigli dai pediatri e da altri operatori sanitari, e che potrebbero non leggere nemmeno le istruzioni.

Tutto ciò non sarebbe necessario, o diverrebbe un problema di importanza li-

mitata, se tutti i bambini, o quasi, fossero allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e continuassero a essere allattati fino a due anni e oltre, come raccomandato dall'OMS [1] (vedi anche a pagina 40). ◆

Gli Autori dichiarano assenza di conflitti di interesse. Fondi e strumenti per lo svolgimento della ricerca e l'elaborazione dell'articolo provengono dalle istituzioni da cui dipendono.

Bibliografia

- [1] WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf.
- [2] Giovannini M, Riva E, Banderali G, et al. Exclusive versus predominant breastfeeding in Italian maternity wards and feeding practices through the first year of life. *J Hum Lact* 2005;21:259-65.
- [3] Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8:39-46.
- [4] Lauer JA, Betran AP, Victora CG, et al. Breast-feeding patterns and exposure to suboptimal breast-feeding among children in developing countries: review and analysis of nationally representative surveys. *BMC Med* 2004;2:26.
- [5] Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M. Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni acp* 1998;6:10-3.
- [6] Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, et al. Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 and 1999. *Acta Paediatr* 2003;92:357-63.
- [7] Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. Prezzi del latte per l'infanzia. Provvedimento N. 14775. Roma, 2005.
- [8] FAO/WHO. Expert meeting on *Enterobacter sakazakii* and *Salmonella* in powdered infant formula. FAO, Rome, 2006.
- [9] IDACE Association of the Food Industries for particular nutritional uses of the European Union. Statement on the hygiene of powdered formula intended for infant, 2002.
- [10] Muytjens HL, Roelofs-Willems H, Jaspard GH. Quality of powdered substitutes for breast milk with regard to members of the family *Enterobacteriaceae*. *J Clin Microbiol* 1988;26:743-6.
- [11] Simmons BP, Gelfand MS, Haas M, et al. *Enterobacter sakazakii* infections in neonates associated with intrinsic contamination of a powdered infant formula. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1989;10:398-401.
- [12] van Acker J, de Smet F, Muyldermans G, et al. Outbreak of necrotizing enterocolitis associated with *Enterobacter sakazakii* in powdered milk formula. *J Clin Microbiol* 2001;39:293-7.
- [13] Mullane NR, Iversen C, Healy B, et al. *Enterobacter sakazakii* an emerging bacterial pathogen with implications for infant health. *Minerva Pediatr* 2007;59:137-48.
- [14] Drudy D, Mullane NR, Quinn T, et al. *Enterobacter sakazakii*: an emerging pathogen in powdered infant formula. *Clin Infect Dis* 2006;42:996-1002.
- [15] Bowen AB, Braden CR. Invasive *Enterobacter sakazakii* disease in infants. *Emerg Infect Dis* 2006;12:1185-9.
- [16] Farber JM. *Enterobacter sakazakii*-new foods for thought? *Lancet* 2004;363:5-6.
- [17] WHO/FAO. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. WHO, Geneva, 2007.
- [18] FDA Center for Food Safety and Applied Nutrition. Health professionals letter on *Enterobacter sakazakii* infections associated with use of powdered (dry) infant formulas in neonatal intensive care units. Food and Drug Administration, College Park MD, 2002.
- [19] Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, et al. Preparation and handling of powdered infant formula: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:320-2.
- [20] New-Zealand's Ministry of Health. www.nzfsa.govt.nz/consumers/food-safety-topics/recalls-and-product-advice/infant-formula/index.htm. 2005.
- [21] Fiore A, Casale M, Aureli P. Pericoli microbiologici emergenti nell'alimentazione del neonato: il caso *Enterobacter sakazakii*. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2004.
- [22] Renfrew MJ, Ansell P, Macleod KL. Formula feed preparation: helping reduce the risks; a systematic review. *Arch Dis Child* 2003;88:855-8.
- [23] Gurtler JB, Kornacki JL, Beuchat LR. *Enterobacter sakazakii*: a coliform of increased concern to infant health. *Int J Food Microbiol* 2005;104:1-34.
- [24] Codex Alimentarius. Codex Standard for Infant Formula. FAO, Rome, 1981.
- [25] European Commission. Draft Commission regulation on microbiological criteria for foodstuff. European Commission, Bruxelles, 2005.
- [26] European Food Safety Authority. Microbiological risks in infant formulae and follow-on formulae. *The EFSA Journal* 2004;113:1-35.
- [27] Edelson-Mammel SG, Buchanan RL. Thermal inactivation of *Enterobacter sakazakii* in rehydrated infant formula. *J Food Prot* 2004;67:60-3.
- [28] Bergström E, Rollins N, Sturm AW, Greiner T. Bacterial contamination and nutrient concentration of infant milk in South Africa: a sub-study of the national prevention of mother-to-child-transmission cohort study. International Conference on AIDS, Durban, 2004.
- [29] Lilburne AM, Oates RK, Thompson S, Tong L. Infant feeding in Sydney: a survey of mothers who bottle feed. *Aust Paediatr J* 1988;24:49-54.
- [30] Fein SB, Falci CD. Infant formula preparation, handling, and related practices in the United States. *J Am Diet Assoc* 1999;99:1234-40.
- [31] Richards GM, Gurtler JB, Beuchat LR. Survival and growth of *Enterobacter sakazakii* in infant rice cereal reconstituted with water, milk, liquid infant formula, or apple juice. *J Appl Microbiol* 2005;99:844-50.
- [32] *Enterobacter sakazakii* infections associated with the use of powdered infant formula-Tennessee, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51:297-300.

Note

* <http://www.fao.org/docrep/meeting/005/X7839E/x7839e0r.htm> visitato il 27 Settembre 2007.

** Ministero della Salute, Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti (Prot. 600.12/I.6.b.d./10959).

TABIANO 16 bis

22-23 febbraio 2008

I NUOVI BISOGNI

Venerdì 22 febbraio

ore 8,45 *Il benvenuto delle Terme*
ore 9,00

Moderatori: V. Calia, F. Panizon

Il pediatra e il rischio ambientale
(E. Burgio, ISDE Italia)

Il disturbo mentale: un'epidemia?
(S. Beggio, Trieste)

L'educazione terapeutica familiare
(R. Tanas, Ferrara)

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

ore 11,00-11,30 *Intervallo*

Diagnosticità e curabilità
dei tumori infantili
(P. Paolucci, Modena)

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

L'esperienza dei Nidi
e Scuole d'Infanzia di Reggio Emilia
(M. Tedeschi, Reggio E.)

ore 13,00 *Colazione di lavoro*

ore 15,00

Moderatori: M. Gangemi, G.C. Biasini
Operare il varicocele?
(G. Ricci Petitoni, Milano)

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

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

Ancora su influenza e altri vaccini
(L. Grandori, Modena)

ore 17,00-17,30 *Intervallo*

ore 17,30 *Sessioni parallele*

Dermo quiz (V. Di Lernia)
Chirurgia infantile (G. Ricci Petitoni)
Genitorialità (L. Gualtieri - G.C. Biasini)
Vaccini (S. Di Mario - L. Grandori)

Sabato 23 febbraio

SOSTENERE LA GENITORIALITÀ

ore 9,00 *Moderatori F. Panizon*
L. Peratoner

Riflessioni sulla genitorialità
(L. Gualtieri, Cesena)

Genitori Più (L. Speri, Verona)

Nati per la Musica (S. Gorini, Rimini)

Sostenere i genitori con il Web
(F. Volta, Montecchio E.)

ore 11,00-11,30 *Intervallo*

Vi parlo di Google?
(F. Panizon, Trieste)

ore 12,00

Compilazione del questionario
(L. Peratoner, Pordenone)

ore 12,15

Chiusura dei lavori

Informazioni: boschigiusep@alice.it
info@grandhoteltermeastro.it
tel. 0524 565523

info: notizie

Sit-in in difesa dell'allattamento

Mercoledì 14 novembre, un gruppo di oltre 50 persone, in gran parte donne e in gran parte madri che allattavano i propri figli, hanno manifestato davanti al Parlamento. Scopo della manifestazione, promossa dall'ACP, dall'Associazione Italiana Consulenti Professionali per l'Allattamento al Seno (AICPAM), dalla Rete Internazionale d'Azione sugli Alimenti per l'Infanzia (International Baby Food Action Network, IBFAN Italia), da La Leche League Italia (LLLI) e dal Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI), era chiedere al Parlamento e al Governo una legislazione più rigorosa per il marketing dei sostituti del latte materno. L'Italia, come tutti gli altri Stati membri dell'Unione Europea (UE), ha sottoscritto nel 1981 il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno dell'OMS. Ha sottoscritto anche tutte le successive pertinenti risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità. Tuttavia non ha mai approvato una legge conforme al Codice Internazionale. L'attuale normativa italiana (DM 500/94 e DM 46/05) deriva dalla Direttiva 321/91 della Commissione Europea (CE), che era ben lungi dal recepire il Codice nella sua integrità. Nel dicembre 2006 la CE ha emanato una nuova Direttiva, la 141/06. Anche questa, purtroppo, non recepisce integralmente il Codice, ma si limita a sancire che i lattini di partenza sono adatti fino ai sei mesi e che quelli di proseguimento si dovrebbero usare solo dopo questo limite di età; pone inoltre dei limiti, pur senza proibirli, ai cosiddetti "health and nutrition claims" (tipo: "Rinforza le difese naturali del bambino") e aggiorna il regolamento per quanto riguarda la contaminazione da pesticidi. Il Governo italiano deve recepire la Direttiva "fotocopiandola" o migliorandola. Le bozze del Decreto Ministeriale a recepimento della Direttiva in possesso delle Associazioni che hanno organizzato la manifestazione del 14 novembre sembrano procedere verso la seconda direzione. Ma non raggiungono certamente lo scopo; siamo cioè ancora lontani da quanto previsto dal Codice Internazionale.

Le richieste proposte nel corso della

manifestazione sono in linea con quanto votato all'unanimità dalla Commissione Infanzia del Parlamento il 2/10/07 e con quanto previsto dal Ministero della Salute nel programma "Guadagnare salute", sottoscritto nel 2007 da numerosi altri ministeri, da sindacati, associazioni di produttori e consumatori, e da altri enti e istituzioni governativi e non.

La Delegazione delle cinque Associazioni promotrici, che ha incontrato il delegato del Presidente della Camera, ha ricevuto assicurazioni sul sostegno che il Parlamento è intenzionato a dare all'iniziativa. I delegati del Ministro della Salute hanno pure assicurato l'impegno del Governo ad andare oltre la Direttiva, ma hanno anche espresso alcune preoccupazioni. Sembra infatti che, informata di questa intenzione, la CE abbia "scoraggiato" il Governo italiano dal procedere in questa direzione, incoraggiandolo cioè ad attenersi alla lettera della Direttiva stessa. Vi terremo informati.

Commissione parlamentare in difesa dell'allattamento materno

Su proposta della senatrice Valpiana, la Commissione parlamentare per l'infanzia ha approvato all'unanimità un elaborato che sollecita il Governo a manifestare maggiore impegno politico nel promuovere e sostenere l'allattamento materno. I punti salienti sono: incentivare l'allattamento al seno entro la prima ora di vita del neonato; rispettare gli impegni assunti nel 1990 con la sottoscrizione della "Dichiarazione degli innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno"; stabilire e quantificare obiettivi nazionali e regionali per l'aumento della prevalenza e della durata dell'allattamento al seno; includere tali obiettivi nel Piano d'azione per l'infanzia e nei relativi progetti-obiettivi sulla salute materno-infantile; promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari per il raggiungimento di tali obiettivi; attivare sistemi di monitoraggio nazionale e regionale; avvalersi, per le campagne di promozione, della consulenza multidisciplinare di gruppi e associazioni con riconosciute competenze specifiche nel campo dell'allattamento al seno; riconoscere, valorizzare e

sostenere le esperienze e le competenze specifiche delle organizzazioni di auto-aiuto e di preparazione e sostegno alla maternità operanti da anni in molte regioni per la diffusione dell'allattamento al seno; prevedere risorse economiche per l'allungamento del periodo di astensione obbligatoria o l'adeguamento del trattamento economico della lavoratrice nel periodo di astensione facoltativa, al fine di permettere l'allattamento al seno almeno fino ai sei mesi di vita; incrementare la rete dei consultori familiari come previsto dalle leggi vigenti; promuovere e finanziare con fondi pubblici programmi e iniziative per l'allattamento materno (quali l'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini", i gruppi e le associazioni di auto-aiuto e promozione dell'allattamento, le linee telefoniche dedicate); adeguare la legislazione al Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.

(Commissione parlamentare per l'infanzia, Atto n. 4-02767, 2 ottobre 2007).

" Ospedale Amico dei Bambini " : siamo a 14

A dicembre 2007 il Presidio ospedaliero di Pistoia è diventato "Ospedale Amico dei Bambini".

È il quattordicesimo in Italia e il terzo nella Regione Toscana. Complimenti!

Nasce l'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza

L'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza è un organismo di coordinamento fra amministrazioni centrali, regioni, enti locali, associazioni, ordini professionali e organizzazioni non governative.

Ha il compito di predisporre ogni due anni il Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, con l'obiettivo di conferire priorità ai programmi riferiti ai minori e di rafforzare la cooperazione per lo sviluppo dell'infanzia nel mondo.

Sempre ogni due anni, l'Osservatorio predisponde la relazione sulla condizione dell'infanzia in Italia e sull'attuazione dei relativi diritti.

L'Osservatorio, inoltre, ha il compito,

sulla salute

ogni cinque anni, di redigere lo schema del rapporto del Governo all'ONU sull'applicazione della Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo del 1989. Per lo svolgimento delle sue attività si avvale del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza.

(<http://www.solidarietasociale.gov.it/Solidarietasociale/MS/Osservatori/OsservatorioInfanziaAdolescenza/>).

Povertà globale e riviste mediche

Pubblichiamo questo commento di Lancet (2007;370:1460) a una iniziativa alla quale le riviste italiane sono state sorde. Nell'ultima settimana di ottobre, 235 riviste di 37 Paesi hanno partecipato alla discussione sul tema: "Povertà globale e sviluppo umano" nel *Council of Science Editors*. Sono stati pubblicati, su questo tema, 750 articoli in 110 Paesi. Gli articoli ritraggono questa situazione: 1 miliardo di persone vive con meno di 1 dollaro al giorno; nel mondo ci sono più risorse alimentari che nel passato e basterebbero a sfamare il doppio degli abitanti; il numero dei poveri è cresciuto in 10 anni di 200.000; nel 2006 il 10% della popolazione ha consumato l'85% delle disponibilità; 1,8 milioni di bambini muoiono ogni anno per diarrea. Il richiamare l'attenzione a questi numeri è lodevole, ma non basta. Come è lodevole attrarre l'attenzione scientifica sulla mortalità neonatale e materna, sulla salute riproduttiva, sulla salute mentale, sulle politiche evidence based per affrontare questi problemi. Alla fine di ogni giornata della settimana dedicata a questi problemi altre 30.000 persone saranno morte per malattie collegate alla povertà. Bisogna fare di più.

Il caso Iraq

Una delle caratteristiche delle nazioni ricche è quello di fare le guerre lontano da casa; più sono lontane e meglio è. Il caso degli USA in Iraq ne è un esempio: il Paese veniva valutato positivamente in relazione al *Millennium Development Goals*; ora è in una situazione tragica per l'economia e la salute anche a causa della soppressione delle strutture assistenziali. L'effetto sulle economie degli USA

e della UK è più complesso: sebbene le industrie sembrano averne tratto beneficio, il costo quotidiano della presenza in Iraq è immenso ed è parzialmente finanziato con le tasse. L'assistenza medica immediata e futura per i feriti produrrà costi incrementali. (Lancet 2007; 370:1469).

Il caso Birmania

Secondo l'OMS, nel 2000, la Birmania si classificava, per l'assistenza sanitaria, al 190° posto su 191 nazioni. La spesa pro capite era di 0,40 dollari contro i 61 della vicina Thailandia. Nel 2006 un terzo dei bambini era malnutrito. La mortalità 0-5 anni era 106/1000 contro i 21 della Thailandia.

La diffusione della Tbc, dell'HIV/AIDS e della malaria era enorme. Le spese per le armi sono state di 3,4 miliardi di dollari nel 2006 e quelle per la nuova capitale nel deserto (Naypyidaw) di 120-240 milioni di dollari/anno, mentre il budget per l'HIV/AIDS è di 137.000 dollari/anno. I programmi di assistenza umanitaria (*World Food Programmes*, *Medici senza frontiere*), sempre maltollerati dalla giunta, nel 2005-2006 sono stati ulteriormente ostacolati e in particolar modo la distribuzione di cibo. Il Paese era alla bancarotta a metà estate, per cui la soluzione dei generali è stata quella di spremere con le tasse la popolazione. Il calcolo era sbagliato e ha sollevato anzitutto la protesta dei monaci, i cui monasteri sono in prima linea per l'assistenza ai malati di HIV/AIDS, ma sono anche disponibili a offrire altri servizi ospedalieri. La popolarità dei monaci e la loro capacità di porsi a capo della rivolta derivano anche da questo (Lancet 2007;370:1645).

Plasmon multata

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato nell'adunanza del 10 ottobre 2007 ha inflitto una multa di 30 mila euro alla Plasmon per un messaggio pubblicitario sugli omogeneizzati di frutta Plasmon che con la scritta "Nuovo Prodotto Plasmon 100% - Omogeneizzato di Banana" e "Nuovo Prodotto Plasmon 100% - Omogeneizzato di Prugna" lasciavano intendere che i prodotti conte-

nessero il 100% di frutta.

Guida per le famiglie veicolata dalla Plasmon

L'ACP ha inviato una lettera al Ministro Turco per esprimere il proprio dissenso rispetto alla decisione di patrocinare un manuale da distribuire alle famiglie tramite i pediatri. Potete leggere la lettera nella rivista *Acpnews*, a pag. 44 di questo numero della rivista.

Pubblicità trasparente

Il Parlamento Europeo ha emanato un regolamento (1924/2006) secondo il quale sarà vietato alle industrie di pubblicizzare i loro prodotti "bluffando" sulla efficacia del contenuto.

Qualche esempio: Patatine fritte S. Carlo "con vitamine"; Nesquik plus "con vitamine e calcio"; Galak "con calcio e fosforo"; Coco pops "vitamine e ferro"; Zucchero "con fibra prebiotica"; Caramelle "senza grassi". È evidente che la pubblicità è stata studiata ad arte dagli esperti di marketing per attribuire al prodotto caratteristiche di "nutrienti" che vanno al di là della caratteristica del prodotto. Quando sarà presentato il regolamento, per ognuna delle aggiunte dovrà essere presentata una prova scientifica "generalmente accettata". (Altroconsumo/Salutest 2007).

Videogiochi:

in Italia, nel 2006

spesi oltre 740 milioni

Secondo il rapporto dell'AESVI (Associazione Editori Software Videoludico Italiana), i videogames rappresentano il 64% del mercato, pari a quasi 475 milioni di euro, le console hardware il 36%, pari a quasi 267 milioni di euro. Quasi una famiglia italiana su tre possiede una console per videogiochi. Il rapporto registra un aumento del 6% della base installata delle console hardware nelle famiglie (dal 21% del 2005 al 27% del 2006). Nonostante un incremento del 10% rispetto al 2005, solo il 50,4% delle famiglie possiede un pc contro l'87% di Olanda, il 75% di Svezia e il 66% di Germania. Più dell'80% dei videogiochi venduti nel mercato italiano nel 2006 appartiene alle classificazioni PEGI 3+ (3 anni e oltre), PEGI 7+ (7 anni e oltre) e PEGI 12+ (12 anni e oltre). (Fonte:

Lanciato dall'UNICEF IRC il Rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS"

Redazionale

Parole chiave HIV/AIDS. Children. Unicef

Numerosi Paesi stanno segnando progressi nella fornitura di un "pacchetto minimo" di servizi – istruzione, assistenza sanitaria e sociale, tutela – per i bambini resi orfani o vulnerabili dall'HIV/AIDS.

Alcune buone notizie sull'HIV/AIDS dei bambini

Secondo quanto afferma il rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS" (Assistere i bambini colpiti dall'HIV/AIDS), redatto dal Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF e presentato nell'ottobre del 2007 a Madrid per stimolare il dibattito sulla grave situazione di questi gruppi altamente vulnerabili, l'ultimo anno e mezzo ha visto una serie di significativi sviluppi riguardanti la condizione dei bambini colpiti dalla pandemia. Sempre di più sono i bambini che ricevono cure a seguito del test HIV, mentre si assiste a un calo nei costi dei farmaci e a una semplificazione delle formulazioni. E sempre più vasto è il riconoscimento della necessità di intensificare e accelerare le iniziative per un'assistenza integrata, a livello nazionale e globale, per questi bambini. In molti Paesi si sta progressivamente riducendo la disparità tra gli orfani e gli altri bambini nell'accesso all'istruzione, in parte grazie all'abolizione delle tasse scolastiche. Un numero sempre più ampio di Stati dell'Africa subsahariana ha introdotto promettenti misure di protezione sociale per i bambini colpiti direttamente o indirettamente dall'HIV/AIDS: sussidi economici per le famiglie più povere, borse di studio, pensioni sociali, indennità per gli orfani e i disabili.

Grave la situazione degli orfani

Tuttavia, la situazione rimane critica per la maggioranza degli orfani per AIDS (circa 15,2 milioni di minori di 18 anni). Meno di un terzo dei giovani, nell'Africa subsahariana, possiede sufficienti informazioni sul virus HIV e su come proteggersi dal contagio. Nell'ottobre del 2005 UNICEF e UNAIDS hanno lanciato la Campagna glo-

bale "Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS", che proseguirà fino al 2010, per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica mondiale, per fare pressione sui governi e per raccogliere i fondi necessari a far sì che i bambini non siano più il volto invisibile dell'AIDS.

La Campagna in Italia

La Campagna "Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS" in Italia sta facendo pressione sul governo per il puntuale adempimento degli obblighi internazionali in materia di HIV/AIDS e per l'assegnazione di maggiori risorse alla prevenzione e cura dell'AIDS pediatrico nei Paesi in via di sviluppo. La Campagna chiede anche un maggior impegno per la ricerca e per garantire l'accesso ai farmaci, promuovendo la partecipazione degli adolescenti per sensibilizzarli e informarli sul problema dell'HIV e AIDS. Per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica italiana sull'im-

patto particolare che l'HIV/AIDS ha sull'infanzia, è stata lanciata un'iniziativa di raccolta di firme su una petizione da presentare proposta dal Comitato italiano per l'UNICEF e condivisa dalle organizzazioni che aderiscono alla Campagna: Amnesty International – Sezione italiana, Anlaids, Archè, Cesvi, Cittadinanzattiva, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, LILA, Medici Senza Frontiere - Italia, Save the Children - Italia, Terre des Hommes - Italia.

La mobilitazione dell'opinione pubblica italiana ha permesso di registrare un importante successo: sono state raccolte oltre 330.000 firme per chiedere al Governo il rispetto degli impegni internazionali presi in materia di HIV e AIDS con un'attenzione particolare a quelli relativi all'infanzia.

Per maggiori informazioni
www.unicef.it/aids. ♦

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

Vedi il programma a pagina 32

Per maggiori informazioni:
e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

osservatorio internazionale

Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda

Emilio Canidio
 UO di Pediatria, Ospedale Maggiore di Crema

Abstract

Ugo's candies: an experience in Uganda

Quaderni acp offers a panorama of the non government agencies operating in developing countries in child health assistance. In this number we talk about AVSI, a non government agency that in the past 30 years has been working on cooperative projects in developing countries. AVSI is present in Uganda from 1983. Its volunteers haven't left the country, not even in the critical periods of civil war. Not only staff members, but also many doctors for brief periods of time, have contributed in this work. AVSI tells us about the experience of a doctor who has worked for a month in Kitgun, northern Uganda.

Quaderni acp 2008; 15(1): 23-25

Key words Uganda. AVSI. Nutrition. Malaria

Quaderni acp vuole offrire un panorama delle Organizzazioni non governative che nei PVS operano nel campo dell'assistenza all'infanzia. In questo numero presentiamo un contributo di AVSI, una ONG che da più di trent'anni realizza progetti di cooperazione allo sviluppo nei Paesi del Sud del mondo. È presente nell'Uganda del Nord dal 1983. I suoi volontari non hanno abbandonato il campo nei momenti più difficili della guerriglia. Oltre allo staff fisso, molti medici hanno dato un contributo in questi anni con presenze di breve periodo. Invece di un resoconto di attività AVSI offre ai lettori l'esperienza di un pediatra che ha scritto ancora per Quaderni acp e che ha lavorato per un mese a Kitgun nel Nord dell'Uganda.

Parole chiave Uganda. AVSI. Nutrizione. Malaria

“Ugo [1], vado un mese a lavorare in Uganda, la mia amica Lucia è là e dice che potrei servire”.

“Ci vuol coraggio ma ci riuscirai, sono con te. Ho appena venduto un quadro e questi sono i soldi, compra qualche caramella ai bambini che incontrerai, ma, mi raccomando, la scatola non deve essere troppo bella”.

All'avvicinarsi della partenza l'iniziale entusiasmo con sapore d'avventura a poco a poco scompare, resta un'irrequietezza piena di dubbi: la lingua..., malattie gravissime da me conosciute solo sui libri..., senza il laboratorio e la radiologia..., solo.... Con questo sentire arrivo a Kampala.

Nella sede regionale dell'AVSI, il responsabile per l'Uganda mi comunica la situazione della zona di Kitgun [2], la mia destinazione, le azioni di guerriglia riprese in modo importante e la maggioranza delle ONG che agiscono in quel territorio ha ritirato i propri operatori. Sembrava un periodo tranquillo. Mi consegna le fotocopie delle norme di comportamento in caso di scontri armati e di

evacuazione rapida. Alloggerò nel compound dell'AVSI, l'unico medico italiano è in vacanza, gli altri quattro sono ugandesi. L'ospedale ha un reparto di Pediatria e una Unità Nutrizionale; ogni giorno sono presenti circa 500 bambini: un terzo per malnutrizione. Dovrò occuparmi soprattutto di questi ultimi e capire il perché dell'elevato tasso di mortalità, il 44% nell'ultimo mese. Mentre ascolto, mi accorgo di stringere forte il libro di pediatria nei Paesi in via di sviluppo edito dall'ONU. Non mi vengono domande, mi sento estraniato, i pensieri si susseguono senza apparente logica, esprimo solo la mia speranza di essere utile. Il giorno seguente, dopo un'ora di volo, è subito ospedale. Vedo morire, in pochissimi giorni, più bambini di quanti ne ho visti morire in venticinque anni di professione; qui la morte è silenziosa, i volti dei parenti sono composti nella tristezza, la madre avvolge nelle coperte il corpicino inerte e, furtiva, va verso villaggi spesso lontani: un lungo ultimo abbraccio. Malaria è la parola che più frequentemente echeggia. Il senso di estra-

neamento si acuisce, urto, mi urtano. Almeno guarda, mi ripeto, guarda e vedi. Alla sera il ritorno all'alloggio è ostacolato dalla moltitudine di gente che entra in città dalle campagne. “Profughi, dal numero abbiamo un'idea dell'attività della guerriglia, vengono a rifugiarsi in città, soprattutto nell'ospedale perché è zona franca. Noi curiamo tutti. In questo periodo i ribelli sono molto attivi e rendono impossibile l'assistenza sanitaria sul territorio. Molti malati non riescono a raggiungere l'ospedale”. Notte insonne, volti che si ripresentavano vivissimi, il mio senso di impotenza, la lettura ripetuta del testo di pediatria dell'OMS nel tentativo di memorizzare il più possibile, e la ricerca di una scusa onorevole da usare per scappare da una realtà nei confronti della quale mi sento miseramente inadeguato: la mia solita presuntuosa superficialità mi ha spinto fino a lì. Saltuariamente spari non troppo lontani mi spingono sotto la finestra, addossato al muro, luce spenta, come da istruzioni. Il secondo giorno mi informano che gli africani considerano medici “veri” i chirurghi; in Pediatria e nell'Unità Nutrizionale lavoravano solo infermieri, due dei quali con una qualifica che consente di prescrivere farmaci. Di fatto è tutto nelle loro mani. Al momento sono ricoverati in Pediatria circa 450 bimbi, nell'Unità Nutrizionale circa 160. Dopo la valutazione dei nuovi arrivati e delle urgenze, occorre visitare i bambini ricoverati, cinque minuti circa a testa per anamnesi, visita e prescrizioni. Solo per i più gravi c'è un letto, gli altri si sistemano sul pavimento oppure nel cortile dell'ospedale; se piove, si accalcano sotto le tettoie. A ciascun nuovo entrato sono regalate una stuoia e una coperta perché la notte è fredda; al mattino il rumore di fondo è la tosse insistente dei bimbi e degli adulti che sono con loro. Nell'Unità Nutrizionale è riservata una stanza per i casi gravi; chi vi entra ha poche possibilità di uscirne vivo. Al mio ingresso, solo, incrocio lo sguardo dolente di madri consapevoli di essere nell'at-

Per corrispondenza:
 Emilio Canidio
 e-mail: emilio.canidio@libero.it

tesa del momento finale; uno sguardo per me pesantissimo: so che sanno che sono medico e che vengo dall'Europa.

Sento la speranza che nasce dalla mia presenza, so che è illusoria e vorrei solo chinare il capo e uscire, ma devo rispondere, devo farmi carico anche solo formalmente e, obbligato, inizio a visitare.

Le madri aprono con dolcezza gli stracci che avvolgono i piccoli con lo stesso gesto con il quale, nei quadri del '600, la Madonna mostra Gesù Bambino, ma lì dentro, in quei panni, c'è la Passione.

Tra quello che vedo, che mi compete, che mi tocca, e la mia capacità di risposta vi è un abisso; sopraffatto non riesco a organizzare un pensiero medico e mi limito ad annotare i sintomi per rifletterci dopo. L'ultimo bambino mi colpisce ancor più degli altri: gli occhi aperti mostrano il terrore di chi ancora combatte, la contrattura dei muscoli facciali serra le mascelle e apre le labbra in una smorfia in cui brillano denti bianchissimi, il collo è costretto all'indietro e il magrissimo corpo è devastato da piaghe gementi. La madre vede il mio accenno a ritrarmi da quella vista, mi riprendo, annoto sul mio quaderno e me ne vado salutandolo velocemente. La seconda notte è peggio della prima con spari mai più così vicini, ... e quel bimbo, quel volto, quel dolore.

Il giorno successivo mi comunicano che il medico che c'era prima di me visitava da solo, in questo modo la mole di lavoro era distribuita a tre persone. Implicitamente mi chiedono di fare la stessa cosa. Rispondo che non ho l'autonomia necessaria e farei danni, devo imparare, affiancherò gli infermieri responsabili. La delusione è visibile soprattutto sui volti di chi contava in quel tipo d'aiuto: un turista della medicina non ci voleva, mi confesseranno alla fine. Charles, uno dei due infermieri responsabili della pediatria, prendendomi alla lettera, sceglie due bambini malnutriti, uno con la forma umida e uno con la forma secca, e m'illustra la patologia marcando la differenza tra le due forme. Sto in silenzio e ascolto, so di aver deluso le attese sue e degli altri, so che è difficile ma necessario confessare la propria inadeguatezza, tuttavia mi sento sempre colpevole. Apprezzo la sua spiegazione, traspaiono passione e competenza. Avrò circa l'età di mio figlio. Alla fine se ne va lasciandomi solo nell'Unità Nutrizionale. Entro

nello stanzino dell'infermeria; lapidaria una lavagna recita: nuovi entrati 8, dimessi 3, morti 3, totale presenti 162.

Mi affretto verso la stanza dei casi gravi, guardo verso il letto dove stava il piccolo che più mi aveva accompagnato durante la notte, incrocio lo sguardo della madre, immediatamente lei abbassa gli occhi sul figlio aprendo gli stracci che lo avvolgono: un invito non eludibile.

Chiamo l'infermiera per visitare con lei. La mia iniziativa è inattesa e, mi sembra, accolta con perplessità; non ci bado e faccio il mio lavoro, annoto molto e prescribo le terapie che mi sembrano logiche e non pericolose. Da ultimo quel bimbo: mi aspetto la stessa repulsione di ieri e quando arriva non traspare, mi sforzo alla visita e ricerco in me la massima dolcezza, ma anche solo sfiorandolo provo dolore. Pensoso e con il cuore gonfio raggiungo la Pediatria; sotto la tettoia due file contrapposte di gente si congiungono ai lati di un tavolo dove i due infermieri visitano.

Parlano il loro dialetto e mi trovo a guardare come un sordo; ciascuno conserva e porta la propria cartella clinica dove sono segnalati l'andamento della febbre, del peso, le terapie in atto o effettuate e trascritto un succinto diario.

Verso sera, alla fine di una giornata faticosa, invito Charles a seguirmi nell'Unità Nutrizionale e, indicando quel bimbo, chiedo di effettuare una puntura lombare. "Domani", risponde asciutto; "ora, per favore", ribatto. La manovra non è facile perché la schiena è inarcata, anche Charles lo sa; qualche santo mi aiuta e la lombare riesce bene con rapida uscita di liquor limpido con pressione quasi normale; non c'è la possibilità di una sua analisi, quindi non ho altre informazioni. Maschero la mia soddisfazione: un fallimento sarebbe stato una ulteriore delusione.

La notte finalmente il sonno, ancora spari che mi risvegliano.

Al mattino vado in reparto di buonora; sono solo, mi avvicino ai piccoli che mi sembrano più compromessi e chiedo alle infermiere generiche di indicarmi quelli secondo loro più gravi; per tre gravissimi prescribo farmaci senza successo, per gli altri prendo nota.

All'arrivo di Charles gli chiedo di visitare quegli stessi bambini e di dirmi la sua diagnosi e la terapia conseguente; con-

stato quanto è devastante la malaria; la carenza di donatori fa sì che le trasfusioni siano effettuate solo in casi estremi e con una modesta quantità di sangue.

Durante una pausa parlo del bambino della sera prima, affermo che nella mia conoscenza l'unica malattia che dà sintomi d'irritazione meningea con liquor macroscopicamente non alterato è la TBC. Dichiaro di non essere esperto in quanto non ho mai visto meningiti tubercolari; sono ricordi di studio, inoltre non conosco bene le malattie tropicali, ma se non ci sono diagnosi alternative, perso per perso, per me val la pena di tentare la terapia specifica. La mia proposta è accolta.

Nei giorni successivi noto che, il mattino, le infermiere di loro iniziativa mi indicano i casi più gravi aspettandosi una risposta sulla terapia idonea; inoltre, durante il giro, Charles richiede la mia opinione su qualche caso.

Mi sembra che l'approccio alle malattie sia un po' routinario; ne consegua l'abbondante e a volte non sufficientemente corretto utilizzo di farmaci.

Continuo a ritenere opportuno lasciare la responsabilità della diagnosi a Charles, dicendo la mia sulla terapia in quanto conosco bene i farmaci, mi avvaloro con quanto riportato sul libro dell'OMS e su una guida ugandese all'utilizzo dei farmaci in pediatria che ho recuperato, Charles mi ascolta attento e curioso, intuendo che sto parlando per lui.

Scopro che il problema dei costi ostacola le poche indagini di laboratorio o radiologiche disponibili; decido di mettere a disposizione le caramelle di Ugo per i molti casi difficili, nei quali le informazioni aggiuntive sono preziose.

Ogni giorno mi reco all'Unità Nutrizionale, un'occhiata alla lavagna con il suo tragico bollettino e sempre la paura di non trovare più gli occhi di quella madre. Nella stanza dei casi gravi sono atteso e si ripetono sguardi e gesti. Quel bambino non migliora, ma neppure peggiora.

La sera a tavola con gli altri cooperanti, i commenti sulla giornata; pur nel dramma, l'ambiente non è triste e comincio anch'io ad essere contagiato dalla serenità dei cooperanti.

Mi viene a salutare Tarcisio, un comboniano che vive qui da circa cinquanta anni, è la memoria di questi luoghi, sostiene che il problema dell'Uganda è la

manca di una classe dirigente in quanto Amin Dada [3] ha ucciso quella che i comboniani avevano creato in quasi cent'anni, portando allo studio i ragazzi migliori. Alla sera, quando resto solo, le tante, troppe, sconfitte, e i presunti piccoli successi ritornano alla mente. Alternativo scaramento a un entusiasmo fanciullesco, mando sms a chi mi vuol bene che riflettono il mio stato d'animo, quasi a richiamare un pensiero che mi sostenga; penso a chi mi ha lasciato venire pur avendo bisogno di me, controllo i miei appunti e approfondisco gli argomenti da affrontare il giorno dopo. E poi il sonno, nonostante gli spari, dormo.

Un mattino, entrando nella stanza dell'Unità Nutrizionale, incrocio il volto sorridente della madre di quel mio primo bambino, segno inequivocabile di un buon auspicio. Lo visito per ultimo e constato che è meno sofferente, meno rigido e le piaghe sul corpo sono meno aperte. "Ciamo ma be?", chiedo. "Ciamo" [4] è la risposta: ha ripreso a mangiare. È l'unica volta che ho sentito la sua voce.

"Se fai qualcosa di buono, ringrazia la Madonna delle Viti" [5]; così mi diceva mia madre, così faccio, il ricordo del suo volto si fa vivissimo. Le sorrido, sorrido alla madre che ho davanti, e un'improvvisa emozione parte dallo stomaco, chiude la gola e mi riempie gli occhi di lacrime che fortunatamente trattengo. Comunico l'esperienza agli altri medici, con Charles esprimo il mio dubbio che forse la TBC si prende molti bambini malnutriti e che la tosse insistente che risuona al mattino non è dovuta solo al freddo della notte. Concordiamo di eseguire la ricerca del batterio nell'espettorato degli adulti che accompagnano i piccoli; dopo alcuni giorni la ricerca ha esito positivo. Iniziamo la terapia antitubercolare, oltre che nei molti casi dubbi, anche in quelli dove la terapia appropriata non produce l'atteso miglioramento.

I risultati non tardano a venire, e il bilancio offerto giornalmente dalla lavagna è sempre tragico, ma non disperante; un giorno, entrando nella stanza dei casi gravi, sono scosso dal fatto di non trovare il mio bambino e la sua mamma. Con gli occhi faccio il giro due volte, l'infermiera che mi accompagna se ne accorge e mi rassicura: "Sta bene, sono fuori, forse al mercato".

Il mio rapporto con Charles si fa più intenso; iniziamo anche a riflettere su come migliorare l'assistenza, soprattutto nell'Unità Nutrizionale. Gli avevo dato le fotocopie dei protocolli della rialimentazione in caso di malnutrizione riportati sul libro dell'OMS a confronto con quelli praticati. Da una parte si riscontra un comportamento generale consono con le raccomandazioni dall'OMS, e dall'altra evidenziano punti critici, solo apparentemente secondari, che se ben affrontati potranno essere decisivi per ridurre la mortalità [6].

Ne discutiamo a lungo perché il mio tempo sta per finire; inizieremo assieme, ma dovrò continuare da solo. Ottengo dalla direzione dell'ospedale che Charles sia assegnato principalmente all'Unità Nutrizionale con questo precipuo scopo. Passo l'ultimo giorno a guardare in silenzio; come nel primo, voglio fissare nella memoria e portarmi via volti e luoghi, mi cullo un sentimento di gratitudine e d'affetto che è già nostalgia.

Mentre vago lento, da una fila di gente esce quella mamma. Quando mi è vicina si gira mostrando quel che porta sulla schiena: un bambino che dorme come un bambino.

Qualche piccola ulcera residua al volto, la pelle è guarita senza cicatrici, gli accarezzo la testa e mi ricordo di quanto mi era stato difficile toccarlo.

Mi accorgo di non sapere il suo nome, ma che importanza ha? Guardo il viso della madre e lo trovo bellissimo; sorride; sorrido; un cenno con la mano per un saluto fugace e via con quelle persone dentro di me, un regalo per sempre.

Vado verso la stanza dove si recano i donatori di sangue, incontro Charles che mi accompagna, faccio la mia donazione e poi, insieme, a piedi per qualche chilometro verso il mio alloggio.

"Hai fatto un buon lavoro, Charles"; "Hai fatto un buon lavoro, dottore": sono le uniche battute fino a casa. Sotto il portico, nella luce dell'imbrunire, ridiamo di gusto ricordando la sua perfetta spiegazione dei vari tipi di malnutrizione.

Gli regalo il mio libro dell'OMS e, mentre passa di mano, senza che ci avessi mai pensato prima, propongo: "Perché non studi medicina? Io e i miei amici ti finanzieremo, in cambio dopo la laurea ti impegni a lavorare qui e con i bambini per sei anni, poi sarai libero. Ma ricorda-

ti, se non studierai e te la prenderai comoda, il mio aiuto finisce". Mi accorgo che le ultime parole sono le stesse che mio padre mi disse quando gli manifestai la mia scelta per l'università. "Grazie, ci penserò", risponde sorpreso [7].

Davanti alla porta dello studio di Ugo sono accolto dal buon odore di vernice e di colori che ne esce. Riconosce il bussare, so che mi sta aspettando, mi apre con il fare burbero che ha quando è emozionato, gli racconto tutto, in particolare di come ho usato le sue caramelle.

Non perde una parola, sa leggere i toni e vedere nelle pause, è abituato ad andare nel profondo suo e degli altri; conosce le mie emozioni, le segue e le vive; se sono forti, sottrae lo sguardo; quando dico della TBC, socchiude gli occhi e guarda a lungo assorto fuori dalla finestra [8]. Alla mia conclusione dice solamente: "Bravo!".

"È stata dura. Pensavo proprio di non farcela".

"Quando affronti una cosa vera, non sai mai se ci riesci; mi succede per ogni quadro; questi quadri diventeranno caramelle". ♦

Note

[1] Ugo Bacchetta, pittore cremasco.

[2] Città del Nord dell'Uganda al confine con il Sudan.

[3] Dittatore dell'Uganda negli anni '70.

[4] "Ha ripreso a mangiare?". "Mangia" è l'unica frase nel dialetto locale che ho imparato.

[5] Piccolo Santuario Mariano vicino alla casa dove sono nato.

[6] La speranza si è attuata: dopo tre mesi la mortalità all'Unità Nutrizionale è scesa al 14%.

[7] Charles sta con successo seguendo il corso di laurea in medicina presso l'università di Gulu.

[8] Ugo Bacchetta ha avuto la TBC ossea a 14 anni; nonostante le lunghe cure in sanatorio, ha riportato un'invalità agli arti che ha condizionato la sua vita.

Linee guida a confronto

Un'analisi critica di due linee guida sull'asma infantile

Roberto Buzzetti

Pediatra, epidemiologo clinico, Bergamo

Abstract

Guidelines for asthma in comparison

A critical analysis of two guidelines for asthma in children

Two guidelines regarding asthma in children have been compared and analysed: GINA 2006 and SIGN/BTS 2005, the latter recently updated in 2007. There is great discrepancy between the qualitative level of the two guidelines: very good/excellent for the SIGN/BTS guideline and of very poor quality for the GINA guidelines. Nevertheless it is really incredible that the GINA guideline is taken in great consideration among specialists while the SIGN/BTS is not well known and scarcely considered. So, a paediatrician should always be very critical and demanding towards who spreads recommendations extracted from guidelines, keeping in mind to not trust redundant names or build up advertising or any other form alien to genuine scientific method.

Quaderni acp 2008; 15(1): 26-29

Key words Asthma. Guidelines. GINA 2006. SIGN/BTS 2005

Dato l'interesse per i pediatri delle LG (linee guida) per l'asma si è ritenuto opportuno mettere a confronto ed effettuare un'analisi critica di due linee guida sull'asma infantile: la GINA 2006 e la SIGN/BTS 2005 aggiornata nel 2007. Colpisce il grande divario tra le due linee guida, per quanto riguarda il livello qualitativo: molto buono/eccellente quello del SIGN/BTS, piuttosto scadente quello della GINA. A fronte di questo, è inspiegabile l'enorme considerazione di cui gode negli ambienti specialistici la seconda LG, e per contro la scarsa conoscenza e quasi indifferenza che circondano la prima. Il pediatra poi dovrebbe abituarsi a diventare sempre più critico ed esigente verso i produttori e i diffusori di raccomandazioni tratte dalle linee guida, non fidandosi mai troppo né dell'altisonanza dei nomi, né dei battage pubblicitari, né di qualsiasi altro elemento estraneo al più genuino metodo scientifico.

Parole chiave Asma. Linee guida. GINA 2006. SIGN/BTS 2005

Introduzione

Le linee guida (LG) sono nate come strumenti per tentare di aumentare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi dei medici e di promuovere un uso più appropriato delle risorse. Secondo la definizione corrente, le LG sono "raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere operatori sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalità di comportamento più appropriato in determinate circostanze cliniche".

Ci sono alcuni criteri che le LG devono con rigore rispettare. Qui sommariamente citiamo:

- ▶ il gruppo di produzione deve essere rappresentativo e quindi composto da differenti figure, professionali e non, interessate al problema e dal problema (multidisciplinarietà e multiprofessionalità);

- ▶ dei componenti del gruppo di produzione deve potere essere valutata la *indipendenza* rispetto agli interessi in campo (fonti di finanziamento esterne, pubbliche o private);
- ▶ la LG deve essere compilata attraverso un'analisi sistematica delle evidenze disponibili, avendo chiari il diverso livello di forza e la gerarchia delle evidenze dei diversi studi di cui si dispone, con particolare riferimento ai diversi possibili esiti degli interventi considerati;
- ▶ sia il livello delle evidenze che la forza delle raccomandazioni vanno formulate per ognuno degli interventi valutati, graduandone l'intensità su diversi livelli (*grading*);
- ▶ è indispensabile un'assoluta *chiarezza di linguaggio* nella esposizione e sinteticità se si vuole ottenere un buon uso nell'applicazione quotidiana.

Sulla base del rispetto o meno di queste indicazioni è possibile valutare le linee guida e porle a confronto fra di loro.

Dato l'interesse per i pediatri delle LG per l'asma si è ritenuto opportuno mettere a confronto ed effettuare un'analisi critica di due linee guida sull'asma infantile: la GINA 2006 e la SIGN/BTS 2005, recentemente aggiornata nel 2007 [1-2].

1. GLOBAL INITIATIVE for ASTHMA (GINA), USA 2006

Gruppo di produzione del report

Non vi è un vero e proprio gruppo multidisciplinare, ma tre gruppi di esperti di asma:

- ▶ il Comitato esecutivo, composto di 11 membri di vari Stati del mondo, tutti professori universitari, tutti MD tranne due PhD (internisti, pediatri, pneumologi, allergologi, medici di sanità pubblica);
- ▶ il Comitato scientifico, composto di 13 membri di vari Stati del mondo, tutti professori universitari, tutti MD tranne due PhD (internisti, pediatri, pneumologi, allergologi, medici di sanità pubblica). 5 membri fanno parte di entrambi i comitati.
- ▶ L'assemblea GINA, costituita di 70 membri provenienti da 48 Paesi.

Non sembra di cogliere quindi la presenza nel gruppo di elaborazione della componente infermieristica, fisioterapia, né di rappresentanti dei pazienti.

Indipendenza del Gruppo

I membri del Comitato esecutivo e del Comitato scientifico devono compilare una dichiarazione sui conflitti di interesse possibili, segnalando:

1. **benefici personali:** onorari, tariffe per consulti o per eventuali conferenze, comitati consultivi o servizi, di consulenze saltuari o continuativi dai quali i membri dei comitati GINA traggono benefici personali. Tutto ciò include anche la partecipazione a incontri di

Per corrispondenza:
Roberto Buzzetti
e-mail: robuzzee@tin.it

leggere e fare

questi comitati, ma di norma non include la remunerazione per uno specifico articolo o per aver occasionalmente partecipato come discente o docente a conferenze, e i rimborsi per viaggi, vitto, albergo ecc.;

2. **quote azionarie:** quote azionarie di ogni specie in industrie del farmaco, escluse le Unit Trust, i piani pensionistici o i fondi di investimento. Le quote azionarie si riferiscono anche al loro possesso da parte di un familiare (moglie o figli);
3. **interessi non personali:** onorari o borse pagati a un membro dei Comitati GINA (o al Dipartimento/Istituzione di un membro GINA) e utilizzati a fini di ricerca, educazione, forniture, stipendi ecc.

Nella **tabella** a pagina 28 si vedano gli interessi dichiarati dai membri del Comitato scientifico e del Comitato esecutivo.

Metodi per l'analisi delle evidenze disponibili

I metodi sono descritti molto brevemente. Ogni anno viene prodotto, a cura del Comitato scientifico, un aggiornamento della linea guida, con la consultazione di nuovi articoli pubblicati, in grado di apportare modifiche alle raccomandazioni precedentemente espresse, con il seguente metodo.

Si procede alla raccolta dei lavori usciti nell'anno, cercando solo in *PubMed*, e solo gli articoli con disponibilità di abstract, inserendo i seguenti termini liberi di ricerca:

- Asthma, All Fields, All ages;
- Clinical Trial, Human, sorted by Authors;
- Asthma AND systematic, All fields, ALL ages, Human, sorted by Author.

Vengono inoltre accettati altri eventuali articoli segnalati in altri modi, purché *peer reviewed*.

Tutti i membri del Comitato ricevono la lista completa delle citazioni e degli abstract.

Ogni abstract viene assegnato a due valutatori diversi. Ogni membro del Comitato ha la facoltà di pronunciarsi anche sugli abstract a lui non assegnati in lettura. Per ciascuno dei lavori che gli vengono assegnati, ogni membro valuta l'abstract, o, solo a suo giudizio, l'intero testo del

lavoro. Risponde a una serie di domande fisse di un questionario, indicando se e in che senso l'articolo è in grado di apportare modifiche alle raccomandazioni.

L'intero Comitato si riunisce per valutare gli articoli segnalati, in grado di apportare modifiche a proposito della gestione e della prevenzione dell'asma, e raggiunge il consenso su tali modifiche. In caso di non raggiungimento del consenso si passa a votazione. Si procede poi alla preparazione del report finale attraverso alcuni meeting (della durata generalmente di due giorni). Vengono sollecitati anche i commenti da parte dell'assemblea GINA. *Dalla descrizione dei metodi, si ricava l'impressione che il report GINA abbia le caratteristiche più del documento di consenso tra esperti, che di una Evidence-Based Guideline.*

Metodo di graduazione delle raccomandazioni (Grading)

Esiste solo una scala di valutazione, basata unicamente sul livello degli studi:

- A = studi randomizzati e controllati. Dati abbondanti: discreto numero di studi e di partecipanti.
- B = studi randomizzati e controllati. Dati limitati, da piccoli studi, o da studi di scarsa esportabilità.
- C = studi non randomizzati, osservazionali.
- D = giudizio basato sul consenso dei membri del gruppo.

Notare come sia in A che in B compaiono studi randomizzati e controllati. La differenza è solo sui "dati abbondanti o limitati". Molto sorprendentemente nella categoria B vengono citate le metanalisi di studi randomizzati, messe insieme alle analisi a posteriori e per sottogruppi!

Chiarezza

Un'altra nota riguarda la modalità di presentazione delle raccomandazioni.

Prendiamo, per esempio, la terapia a lungo termine dell'asma del bambino.

Nel contesto del capitolo 3, si trova la sezione "Asthma Treatments – Children" (p. 35 della LG). Questo capitolo è organizzato per farmaci, ogni categoria farmacologica viene trattata in un breve paragrafo che riassume l'efficacia e le indicazioni, in totale assenza di livelli di evidenza, ma solo con i richiami bibliografici a singoli studi.

Nel contesto del capitolo 4 ("Asthma Management and Control – Treating to Achieve Control", da p. 58), viene invece presentata la terapia a steps dell'asma. In questo capitolo finalmente le varie affermazioni sono corredate dal livello di evidenza; la trattazione è unica per i bambini sopra i 5 anni e per gli adulti. Tutto questo contribuisce a rendere assolutamente non semplice la lettura e non è facile comprendere su quali basi scientifiche si basino molte affermazioni.

Conclusioni

1. Mancanza di un *gruppo multidisciplinare*.
2. Eccessivo utilizzo di metodi impliciti nell'analisi della letteratura.
3. Mancanza di un *grading* sulla forza delle raccomandazioni.
4. Seri dubbi sull'indipendenza degli estensori.

Tutto questo induce a considerare la LG GINA ad alto rischio di non totale appropriatezza degli statements.

2. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) / BRITISH THORACIC SOCIETY (BTS) UK 2005 (aggiornate nel 2007)

La metodologia utilizzata dal SIGN per la produzione di linee guida è nota da tempo, e il rigore metodologico di questa agenzia è proverbiale.

Del relativamente basso numero (meno di 100) di linee guida prodotte in oltre 10 anni, la numero 50 è completamente dedicata alla metodologia che il SIGN segue per produrre linee guida.

Gruppo di produzione del report

In tutte le LG SIGN viene sempre formato un gruppo multidisciplinare di professionisti interessati al problema: medici specialisti e generalisti, ospedalieri e territoriali, infermieri, metodologi, rappresentanti dei pazienti (*consumer*).

Viene successivamente condotta una analisi sistematica di tutta la letteratura disponibile sui singoli quesiti formulati dal Gruppo, attraverso la ricerca in database elettronici, referenze bibliografiche di articoli, letteratura grigia e contatti con i fornitori.

Il tutto viene valutato dal Gruppo in un primo meeting nazionale; poi sottoposto

TABELLA: INTERESSI DICHIARATI DAI MEMBRI DEL COMITATO ESECUTIVO E DEL COMITATO SCIENTIFICO

a revisione da parte di esperti esterni al gruppo e rivalutata. Dopo circa due anni di lavoro la linea guida viene pubblicata e costantemente aggiornata.

Nel caso della LG sull'asma, lo Steering Group è costituito di 24 persone (tra cui un farmacologo, un rappresentante della professione infermieristica, un rappresentante dei pazienti e svariate figure mediche, internisti, pneumologi, pediatri, medici di emergenza ecc.).

Per ognuno dei 9 capitoli (diagnosi, trattamento, devices ecc.) vi è poi un differente gruppo multidisciplinare di revisori; un gruppo di specialisti esterni incaricati di rivedere il testo e un gruppo addetto alla disseminazione della linea guida.

Indipendenza del Gruppo

La linea guida è totalmente sostenuta con risorse pubbliche, ed è prodotta in collaborazione con: Asthma UK, Royal College of Physicians of London, Royal College of Paediatrics and Child Health, General Practice Airways Group, British Association of Accident & Emergency Medicine.

Metodi per la graduazione delle raccomandazioni

La doppia scala di *grading* è apprezzabile nell'introduzione. A p. 4 vengono graduati, per ognuno degli interventi valutati, sia il livello delle evidenze (basato fondamentalmente sui diversi disegni di studio e sulla bontà della loro conduzione) che la forza della raccomandazione che, oltre a comprendere gli elementi già citati – il disegno di studio e la bontà della conduzione dello studio stesso, aggiunge anche l'adattabilità alla popolazione cui è rivolta la linea guida.

La forza della raccomandazione dipende ancora in gran parte dal livello di evidenza: tiene infatti conto del disegno degli studi e dell'applicabilità alla popolazione target, che, tuttavia, viene affermata in modo implicito.

Questo resta probabilmente l'unico aspetto non del tutto positivo della metodologia SIGN, che resiste alle recenti innovazioni proposte dal gruppo internazionale GRADE (BMJ 2004).

Questo gruppo ha pubblicato, in un importante articolo metodologico, l'esito dei propri lavori, finalizzati a dettare il percorso da seguire nel passaggio tra i

COMITATO SCIENTIFICO: dichiarazioni anno 2005		COMITATO ESECUTIVO: dichiarazioni anno 2004	
Ennio Pizzichini			
Eric Bateman	Aspen Pharmacare	Shionogi	<\$10000
Heather Zar	AstraZeneca		
Jeffrey Drozen		Altana	
Ken Ohia	Altana	AstraZeneca	
Mark FitzGerald	AstraZeneca	Aventis	
Paul O Byrne	Aventis	Biolipox	
Peter Barnes	Boehringer Ingelheim	Boehringer Ingelheim	
Sally Wenzel	Centacor	Fujisawa	
Seon Sullivan	Genentech	GlaxoSmithKline	
Soren Pedersen	GlaxoSmithKline	Hoffman LaRoche	
	IVAX	Kyowa Hakko	
	Kyowa Hakko	National Institutes of Health	
	Merck Sharp & Dohme	Nikken	
	Mitsubishi	Otsuka	
	Novartis	Pfizer	
	Otsuka	Pharmos Parexal	
	Pfizer	Stallergenes	
	Pfizer/Altana	Wyeth	
	Pharmaxis	Abbott	
	Pharmos Parexal	Allmiral	
	Sanofi/Aventis	Altana	
	Topigen	AstraZeneca	
		Aventis	
	Altana	Boehringer Ingelheim	
	AstraZeneca	BristolMyersSquibb	
	Aventis	Dynavax	
	Boehringer Ingelheim	Fujisawa	
	Eli-Lilly	GlaxoSmithKline	
	Genentech	Hoffman LaRoche	
	GlaxoSmithKline	Kyowa Hakko	
	Hoffman LaRoche	Merck Sharp & Dohme	
	Inflazyme Pharmaceutica	Nikken/Mitsubishi	
	Kyowa Hakko	Novartis	
	Merck Sharp & Dohme	Ono	
	Nikken/Mitsubishi	Pfizer	
	Novartis	Schering Plough	
	Ono	Taisho	
	Pfizer	Topigen	
	Sanofi/Aventis	VCB	
	Schering-Plough	Wyeth	
	Taisho		
	Topigen	Alvaara	
		AstraZeneca	
	Altana	Boehringer Ingelheim	
	AstraZeneca	GlaxoSmithKline	
	Boehringer Ingelheim	Merck Sharp & Dohme	
	Centacor	Schering Plough	
	Critical Therapeutics	Stallergenes	
	GlaxoSmithKline		
	Novartis	Merck Sharp & Dohme	
	Pfizer		
	Surface Therapeutics		
		Merck Sharp & Dohme	<\$10000
			Shares

livelli di evidenza e la forza delle raccomandazioni.

In breve, le quattro tappe stabilite consistono nell'analisi e nella valorizzazione:

1. del disegno di studio;
2. del rigore con cui lo studio viene condotto;
3. della coerenza/concordanza tra studi diversi nel riscontro di determinati effetti;
4. del lucido bilancio tra costi attesi e benefici attesi dall'applicazione delle raccomandazioni, con particolare riguardo all'applicazione delle raccomandazioni stesse alla popolazione interessata.

Quest'ultimo punto fa sì che la forza della raccomandazione sia qualcosa di non completamente dipendente dal livello di evidenza (con possibili casi, ad esempio, di altissimo livello di evidenza ma raccomandazioni di forza B, o viceversa).

I giudizi sulla forza di una raccomandazione richiedono dunque non più solo la considerazione sia della qualità delle prove (centrati non tanto sulla globalità degli studi, ma sui singoli outcome di interesse), sia anche del bilancio tra benefici e danni, della trasferibilità delle prove in circostanze specifiche, e della valutazione del rischio di base specifico della popolazione in cui si vogliono implementare le raccomandazioni, nonché dei costi.

Chiarezza

La linea guida SIGN ha una grande chiarezza espositiva. Infatti, per ogni singolo intervento affrontato, viene presentata una breve sintesi della letteratura, con i livelli di evidenza in chiaro (da 1++ a 4),

subito seguita dalla raccomandazione: il tutto corredato con il punteggio assegnato alla sua forza (da A a D).

Sia i diversi livelli di evidenza che le forze delle raccomandazioni sono enunciati e tabulati distintamente per le tre classi di età considerate (adulti, bambini da 5 a 12 anni, bambini sotto i 5 anni).

Della ricerca sistematica delle evidenze si è già detto. Nel sito del SIGN (linea guida 63) si trovano tutte le tabelle delle evidenze al 2002 (gli articoli successivi invece sono segnalati a parte nella LG).

Conclusioni

Si tratta dunque di una linea guida di grande rigore metodologico e di grande trasparenza. Sarà in pratica perfetta quando adeguerà il metodo di *grading* alle recenti innovazioni prospettate dal gruppo GRADE.

Commento finale

Colpisce il grande divario tra le due linee guida, per quanto riguarda il livello qualitativo: molto buono/eccellente quello del SIGN, piuttosto scadente quello della GINA. A fronte di questo, è inspiegabile l'enorme considerazione di cui gode negli ambienti specialistici la seconda LG e, per contro, la scarsa conoscenza e quasi indifferenza che circonda la SIGN. Colpisce anche il notevole giro di interessi economici dichiarati dagli estensori della GINA (*vedi tabella a pagina 28*).

Qualcuno saluta con grande favore la trasparenza e il coraggio di far conoscere al pubblico quello che in altri tempi sarebbe stato nascosto in quanto fonte di imbarazzo. "Meglio un interesse dichiarato

che uno non dichiarato" si sostiene, e ancora "la presenza di un interesse non dimostra la parzialità" dice un po' sdegnato qualcun altro. Personalmente ritengo che chi produce delle raccomandazioni di comportamento clinico-assistenziale ha in mano un discreto potere "certificativo" della verità: pertanto dovrebbe essere libero da qualsiasi interesse. Ma è solo un'opinione proposta per la riflessione e il dibattito, che mai dovrebbero mancare in casi come questi. Su questo si può comunque aprire un dibattito.

Il pediatra dovrebbe sempre applicare, di fronte a documenti così corposi e importanti, i pochi criteri citati in questa disamina: *multidisciplinarietà*, solida base di *evidenze*, adeguato *grading*, con un occhio anche alla *chiarezza* e all'*indipendenza* editoriale. È questo un metodo rapido per farsi una rapida, ma solida, idea di una linea guida. L'alternativa resta l'analisi approfondita attraverso strumenti di valutazione come la griglia "AGREE", certo più esaustivo e attendibile ma anche oneroso e time consuming. Il pediatra poi dovrebbe abituarsi a diventare sempre più critico ed esigente verso i produttori e i diffusori di raccomandazioni tratte dalle linee guida, non fidandosi mai troppo né dell'altisonanza dei nomi, né dei battage pubblicitari, né di qualsiasi altro elemento estraneo al più genuino metodo scientifico. ♦

Bibliografia

- [1] <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?11=2&12=1&intId=60>.
- [2] <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/support/guideline63/download.html>. Grade Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490.

Grave shock dopo una dose di cefaclor per os

Fortunato Pannuti, Marco Maglione, Luciano de Seta
UOC di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale S. Paolo, Napoli

Abstract

Serious shock following an oral dose of cefaclor

A serious life threatening adverse reaction to cefaclor in a 9 year old child is described. In the last six years in Italy 103 cases have been reported: 79% of these have been serious reactions in children. Following this notice the drug's labeling has been changed and notice has been given by the manufacturers and AIFA (Italian Drug Agency). General practitioners and paediatricians are invited to carefully evaluate the benefit/risk ratio for the single patient.

Quaderni acp 2008; 15(1): 30-32

Key words Cefaclor. Serious adverse reactions. Shock

Viene descritto il caso di una grave reazione avversa al cefaclor, che ha messo a rischio la vita di un bambino di 9 anni. I casi segnalati in Italia negli ultimi sei anni sono stati 103: nel 79% dei casi si è trattato di reazioni gravi che hanno riguardato bambini. In seguito a questa rilevazione è stata modificata la scheda tecnica del farmaco e diramata, a cura della Ditta produttrice e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), una nota informativa che richiama i medici e i pediatri prescrittori a valutare attentamente il rapporto beneficio/rischio per il singolo paziente.

Parole chiave Cefaclor. Reazione avverse gravi. Shock

La storia

Luca, 9 anni, viene condotto al Pronto Soccorso perché presenta angioedema al volto e orticaria diffusa, associato a prurito generalizzato. La madre riferisce che circa un'ora prima aveva assunto una dose di 10 ml di una sospensione orale di cefaclor 250 mg/5 ml (*Panacef* 250 mg granulato per sospensione orale) che aveva già assunto qualche anno prima senza problemi. Il cefaclor gli era stato prescritto dal suo pediatra curante per una faringotonsillite. Non aveva assunto altri farmaci. Luca ha goduto di buona salute, tranne qualche episodio di faringotonsillite e non presenta alcuna malattia allergica. Nel volgere di pochi minuti compaiono pallore intenso con sudorazione fredda e profusa, sonnolenza e difficoltà respiratoria.

Il decorso

Appena ricoverato, le condizioni di Luca si aggravano ulteriormente. Il bambino (peso 35 kg, Pc 90°; altezza 140 cm (Pc 90°) è intensamente pallido con cianosi periorale; presenta sudorazione profusa e sopore profondo dal quale si risveglia solo se fortemente stimolato. Notevole è la difficoltà respiratoria di tipo inspiratorio, associata a modesto tirage. Il polso è appena percettibile, la pressione arteriosa non misurabile e la saturazione di O₂ è del 75%. Si monitorizza-

no FC, Saturazione di O₂ e PA. Luca è in un grave stato di shock. Si applica maschera di Venturi con FiO₂ del 40%. Si riesce a incannulare una vena periferica attraverso la quale vengono iniettati in bolo 0,20 ml di adrenalina 1:1000 + 500 mg di idrocortisone e dopo qualche minuto 5 mg di clorfenamina (*Trimeton* fiale 10 mg) in 10 ml di soluzione fisiologica e 20 mg di ranitidina ev. Si lasciano defluire a flusso libero 250 ml di soluzione fisiologica. Dopo circa 5 minuti il quadro clinico migliora: il bambino appare più colorito; la sudorazione fredda si è notevolmente ridotta, così come lo stato di sopore e la difficoltà respiratoria. Si iniettano ancora 500 mg ev di idrocortisone. La FC arriva a 60 batt/min, la PA a 60/40 mmHg, la Sat O₂ all'89%. Dopo altri 10 minuti si assiste a un ulteriore miglioramento del quadro clinico: PA 100/60 mmHg, FC 89 batt/min, Sat. O₂ = 95%. Il bambino è perfettamente lucido, chiede di alzarsi dal lettino per andare in bagno. Si continuano a infondere altri 250 ml di soluzione fisiologica. Gli esami di laboratorio, nel frattempo praticati, si dimostrano tutti nella norma: glicemia, azotemia, elettrolitemia, creatinemia, esame emocromocitometrico con formula e piastrine, esame urine. Dopo 12 ore di degenza nella sezione di Osservazione breve, in perfette condizioni fisiche, Luca viene dimesso.

La diagnosi

La diagnosi non presenta alcuna difficoltà: si è trattato di uno shock anafilattico. In un bambino di 9 anni una così grave crisi anafilattica può riconoscere diverse cause:

- ▶ un'allergia alimentare IgE mediata o una pseudo-allergia alimentare;
- ▶ una reazione avversa alla somministrazione di vaccini;
- ▶ un intenso e protratto sforzo fisico come dopo una corsa intensa o durante una gara sportiva;
- ▶ la reazione avversa a un farmaco;
- ▶ l'allergia a uno degli eccipienti che sono presenti nelle preparazioni farmacologiche.

Luca non aveva alcuna storia né di malattie allergiche né di allergia alimentare. Non aveva mangiato nelle ore precedenti quantità considerevoli di alimenti ricchi in istamina, tiramina o istamino-liberatori, quali cioccolato, fragole, noci, nocciole, arachidi ecc. Per questo l'anafilassi non poteva essere stata causata da un'allergia o pseudo-allergia alimentare. Così come non era stato sottoposto ad alcun intenso sforzo fisico qualche ora prima dell'anafilassi che potesse far pensare a un'anafilassi da sforzo. Era da escludere, altresì, un'anafilassi da somministrazione di vaccino perché nelle ore precedenti non era stato sottoposto ad alcuna vaccinazione.

Restano da considerare l'allergia all'antibiotico assunto un'ora prima o a un suo eccipiente, più frequentemente un colorante. Il dato anamnesticco della somministrazione di 10 ml (pari a 500 mg) di cefaclor induce a concentrarci con ragionevolezza all'allergia al cefaclor o a uno degli eccipienti che nel caso specifico del cefaclor è l'eritrosina E 127.

L'intolleranza ai coloranti, oltre a essere abbastanza rara, solo eccezionalmente dà luogo a una reazione anafilattica come quella sofferta da Luca. Nella stragrande maggioranza dei casi dà luogo a orticaria o tutt'al più all'angioedema. In conclusione, l'anafilassi sofferta da Luca è stata indotta da una reazione avversa grave al cefaclor assunto circa 60 minuti prima del ricovero in ospedale. Per questo è stata inviata

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

scheda di segnalazione avversa a cefaclor al Ministero della Salute.

Commento

Dopo le penicilline, le cefalosporine sono gli antibiotici beta-lattamici che più frequentemente inducono reazioni IgE-mediate. In particolare le reazioni avverse al cefaclor sono state descritte dalla sua prima introduzione. Nel 1981 Kammer, in una revisione di circa 3000 adulti e bambini trattati con cefaclor, trovò un'incidenza di ipersensibilità dell'1,1% [1]. Nella maggior parte dei casi si trattava di rash e prurito dif-

fuso, comparsi entro 60 minuti dall'assunzione, verosimilmente reazioni IgE-mediate. A queste va aggiunta, più raramente, una sindrome simil-malattia da siero, più frequente nei bambini. Nel 1999 un gruppo di pediatri canadesi pubblicò un caso di reazione avversa grave di tipo anafilattico, insorta dopo pochi minuti dall'ingestione di cefaclor [2]. Da allora in tutto il mondo sono stati segnalati numerosi casi di ipersensibilità immediata al cefaclor. A differenza di altri antibiotici l'allergia al cefaclor sembra interessare maggiormente i bambini rispetto agli adulti e comporta in questi una maggiore gravità. Secondo un'analisi effettuata in aprile 2007, la Rete nazionale di Farmacovigilanza (RNF) del Ministero della Salute aveva registrato 103 segnalazioni di sospette reazioni avverse a cefaclor insorte tra gennaio 2001 e inizio aprile 2007 [3]. Di queste 103 segnalazioni, 83 riguardano soggetti minori di 18 anni e il 77% delle reazioni gravi è stato segnalato in questa fascia di età (tabella 1). Le reazioni avverse analizzate hanno interessato maggiormente la cute e il tessuto sottocutaneo; in particolare

il 38% delle reazioni è rappresentato da orticarie, il 13% da eruzioni cutanee e il 9% da edema angioneurotico. A queste vanno aggiunte le reazioni organico-sistemiche riportate nella tabella 2. Molto recentemente, a seguito di una segnalazione di sospetta reazione avversa a esito fatale in una bambina di sei anni dopo somministrazione di cefaclor, è stato rivisto il profilo di sicurezza del medicinale nei bambini, sulla base di dati nazionali e internazionali. Questi hanno messo in evidenza che le reazioni avverse al cefaclor sono particolarmente frequenti nei bambini in Italia, a differenza che negli USA e negli altri Paesi europei, forse anche per il largo consumo di questo farmaco nel nostro Paese. La situazione venutasi a creare, dovuta sia a una specificità della molecola (causata dalle reazioni allergiche) sia alla maggiore esposizione al farmaco dei bambini in Italia, ha determinato la necessità di un intervento regolatorio che ha portato all'aggiornamento delle schede tecniche delle specialità medicinali contenenti cefaclor, con rafforzamento delle informazioni già presenti, e nella diffusione a tutti i

TABELLA 1: SEGNALAZIONI DI REAZIONI AVVERSE A CEFACLOR: GRAVITÀ ED ETÀ DI INSORGENZA

N. segnalazioni	gravi	totali
Pazienti minori di 18 anni	33	83
Adulti	10	20
Totale	43	103

TABELLA 2: classi organico-sistemiche coinvolte dalle reazioni avverse

Classe organico-sistemica	Decessi	Gravi	Non gravi	Non indicato	Totale (%)
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	1	33	32	16	82 (79,6)
Patologie gastrointestinali	1	5	5	1	12 (11,7)
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	0	6	1	1	8 (7,8)
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	1	5	0	0	6 (5,8)
Disturbi del sistema immunitario	1	3	0	1	5 (4,9)
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	1	1	3	0	5 (4,9)
Patologie del sistema nervoso	0	2	2	1	5 (4,9)
Disturbi psichiatrici	0	1	2	1	4 (3,9)
Patologie dell'occhio	1	2	1	0	4 (3,9)
Patologie vascolari	0	3	0	1	4 (3,9)
Patologie cardiache	1	1	0	0	2 (1,9)
Esami diagnostici	0	1	0	0	1 (1)
Patologie epatobiliari	1	0	0	0	1 (1)
Patologie del sistema emolinfopoietico	0	1	0	0	1 (1)
TOTALE (%)	4 (3,9)	39 (37,9)	38 (36,9)	22 (21,4)	103 (100)

medici e pediatri di una nota informativa AIFA-Valeas, il cui testo è qui riprodotto.

NOTA AIFA-VALEAS

Con una nota informativa del 12 aprile 2007, concordata con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), la ditta Valeas, produttrice della specialità medicinale **Panacef®**, a base dell'antibatterico β -lattamico cefaclor, ha comunicato le modifiche apportate al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto in seguito ad alcune segnalazioni di **reazioni indesiderate gravi di tipo allergico** in bambini in terapia con il farmaco. Nel comunicato si legge che "una maggiore frequenza di episodi di orticaria, angioedema e shock anafilattico è stata segnalata a seguito dell'uso di cefaclor nei bambini rispetto ad altri antibiotici somministrati per via orale". Considerato che le reazioni da ipersensibilità sono reazioni IgE mediate, che si manifestano solitamente a livello cutaneo, gastroenterico, respiratorio e cardiocircolatorio, viene raccomandato di "effettuare un'accurata anamnesi familiare e individuale in merito alla comparsa di reazioni da ipersensibilità e un'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio, tenendo presente che vi sono prove di allergicità crociata tra le penicilline e le cefalosporine. I derivati della cefalosporina C dovrebbero essere somministrati con prudenza ai pazienti penicillino-sensibili". I sintomi si possono presentare come: ipotensione grave e improvvisa, accelerazione e rallentamento del battito cardiaco, stanchezza o debolezza insolite, ansia, agitazione, vertigine, perdita di coscienza, difficoltà della respirazione o della deglutizione, prurito generalizzato specialmente alle piante dei piedi e alle palme delle mani, orticaria con o senza angioedema, arrossamento della cute specialmente intorno alle orecchie, cianosi, sudorazione abbondante, nausea, vomito, dolori addominali crampiformi, diarrea. Reazioni da ipersensibilità più severe, comprese la sindrome di Stevens-Johnson, la necrolisi tossica epidermica e l'anafilassi sono state raramente osservate.

Cosa abbiamo imparato

- ▶ Che il cefaclor, tra i farmaci più largamente usati in pediatria ambulatoriale, può causare reazioni avverse gravi, da quelle cutanee a quelle sistemiche (shock anafilattico) fino a esito letale;
- ▶ che in Italia, su 103 reazioni gravi denunciate negli ultimi sei anni, ben il 77% riguardava i bambini;
- ▶ che è stata modificata la scheda tecnica del farmaco ed è stata inviata a tutti i medici e pediatri un'importante nota informativa concordata con l'AIFA che richiama alle precauzioni da usare per l'impiego del cefaclor. ♦

Bibliografia

- [1] Kammer RB. Cefaclor in management of streptococcal pharyngitis, otitis media, and skin infection. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1981;90:79-81.
- [2] Grouhi M, Hummel D, Rofman CM. Anaphylactic reaction to oral Cefaclor in a child. *Pediatrics.* 1999; 103:e50.
- [3] Bif 2007, XIV:74-5.

Associazione Culturale Pediatri

GLI ARGONAUTI IX IN VIAGGIO PER ITACA: RIPARTIRE DAI BAMBINI

Incontro dei pediatri delle regioni meridionali

Messina, 2-4 maggio 2008

Venerdì 2 maggio

ore 9,15-11,30 *Gruppi di lavoro*
Inquinamento e salute (E. Burgio)
Gastroenterologia (S. Guandalini)
Malattie metaboliche (A. Fiumana)
Disturbi del linguaggio (G. Gambino)
Screening FC (G. Magazzù)
 Modera G. Giunta

Ripartire dai bambini

ore 11,45-12,30 *La biblioteca di Ballarò (D. Natoli)*

Problemi emergenti

ore 12,30-13,30 *Inquinamento e patologie infantili (E. Burgio, R. La Galla)*
 ore 15-18,30 Modera T. Arrigo
 ore 15-15,20 *Il caso clinico (A. Alessi)*

Sapere di più su...

ore 15,20-16,20 *Non parla, mi devo preoccupare? (G. Gambino)*
 ore 16,20-17,20 *I meccanismi di controllo della postura (G. Anastasi)*
 Modera F. Calamoneri

Un bambino con...

ore 17,40-18,30 *Bambini da correggere o da comprendere? "Quando gli aeroplani sono arancioni" (A. Gagliano)*

Sabato 3 maggio

Modera S. Conti Nibali
 ore 9-9,20 *Il caso clinico (M. Alessi)*

Problemi emergenti

ore 9,20-10,20 *Conflitto di interessi ed ECM (A. Pisacane)*

Un bambino con...

ore 10,20-11 ... *malattia metabolica (A. Fiumana)*

Modera M.F. Siracusanò

Sapere di più su...

ore 11,15-12,15 *La medicina che vorrei imparare (A. La Bruto, N. D'Andrea)*
 ore 12,15-13 *Se il pediatra non mi ascolta... (M. Gangemi)*

Modera I. Crupi

Progetti in corso

ore 14,45-15,15 *A che punto siamo?*

Modera G. Magazzù

Sapere di più su...

ore 15,15-16,15 *Le novità in gastroenterologia (S. Guandalini)*

Modera M. Bonati

Sapere di più su...

ore 16,15-17,30 *Un neonato sano in ospedale (C. Fabris, G. Giaccone)*
 ore 17,30-18,30 *Dottore, devo vaccinare mia figlia con l'HPV? (S. Di Mario)*

Domenica 4 maggio

Modera M. Bonati

Problemi emergenti

ore 9,30-10,15 *Immigrati e "nuove malattie" (A. Tedeschi)*

ore 10,15-11 *Reazioni avverse ai farmaci: update aprile 2008 (A. Caputi)*

Un bambino con...

ore 11-11,45 ... *malattia neurologica (M. Bonsignore)*

Ripartire dai bambini

ore 11,45-12,30 *Altri bambini invisibili (G. Schipani)*
 ore 12,30 *Il viaggio prosegue? ... arrivederci al 2009*

Concorso fotografico "Pasquale Causa" "Ripartiamo dai Bambini". Le foto, inerenti ai temi del Convegno, dovranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa. Per il regolamento consultare www.acp.it.

Segreteria Organizzativa: Sunmeetings, Via XXVII luglio, 1 - 98123 Messina.

Tel. 09 02929379 - Mob. 349 7713672

Fax 09 06510803 - e-mail: info@sunmeeting.com

Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività

Massimo Farneti*, Oscar Rossi**

*Direttore UO Materno-Infantile, AUSL di Cesena; **Responsabile Consultori familiari, AUSL di Cesena

Abstract

Concentrating family planning services and differentiating their activities

Health planning services in Cesena have gone over their crisis and have been able to make the most of their identity as multidisciplinary services able to conjugate clinical and diagnostic accuracy with preventive actions towards health and well being. In order to support all these complex levels of assistance for youth, families and women in the fields of sexuality, procreation, relationships and women's well being a good organization in solid teams and a shared cultural vocational guidance between managers and operators are necessary.

Quaderni acp 2008; 15(1): 33-34

Key words *Health planning services. Health services. Maternal-Child Health*

I consultori familiari di Cesena hanno superato un momento di crisi valorizzando la propria identità di servizio multiprofessionale che intreccia l'accuratezza diagnostica e clinica alle attività di educazione alla salute e di sostegno al benessere. Il superamento dei piccoli consultori, l'organizzazione in équipes nutrite e articolate e la sintonia culturale fra dirigenza e operatori appaiono le condizioni necessarie per sostenere i complessi compiti d'assistenza ai giovani, alle donne e alle famiglie nei delicati ambiti della sessualità, della procreazione, delle relazioni amorose e della salvaguardia della salute femminile.

Parole chiave *Consultori familiari. Organizzazione sanitaria. Corsi di preparazione alla nascita*

Come è scritto nell'editoriale di *Quaderni acp* (2007;14:193), i consultori familiari (CF) sono nati, circa trenta anni fa, raccogliendo la domanda di autonomia e di benessere che le donne e la società civile ponevano alle istituzioni di un Paese in cambiamento. La risposta è stata straordinariamente raffinata e innovativa riguardante:

- ▶ un servizio che permettesse l'intreccio di competenze professionali mediche, psicologiche e di assistenza sociale;
- ▶ la centralità delle domande e dei bisogni degli utenti;
- ▶ l'educazione alla salute e al benessere come filo conduttore della ricerca e della progettazione dell'offerta professionale.

Qualche motivo della crisi

Più incrinature hanno segnato la storia dei CF.

La pratica della multiprofessionalità si è affievolita con l'autonomia amministrativa, cioè dal fatto che professionisti che operano nella stessa struttura dipendono da servizi diversi, e questo può minare la compattezza funzionale del CF: gli psicologi, per esempio, hanno promosso, in

molte AUSL, unità operative proprie. Anche la dislocazione in sedi diverse delle assistenti sociali può determinare una frammentarietà dei loro interventi. In sostanza il personale dei CF non ha più avuto un'unica dirigenza e appartenenza organizzativa con le inevitabili difficoltà di coordinamento funzionale dei diversi servizi nella stessa équipe.

I medici e gli psicologi hanno interpretato, in alcuni contesti, la propria professionalità in modo esclusivamente ambulatoriale, cioè senza integrarsi nelle équipes e non partecipando alle attività promozionali e di educazione sanitaria. Il servizio psicologico, più facilmente accettato rispetto alle cure psichiatriche e caratterizzato da valenze cliniche preventive e catalizzatrici di risorse personali, non è stato sufficientemente valorizzato come possibilità di aiuto alla fragilità e alla solitudine della famiglia contemporanea.

La difficoltà di avviare psicoterapie, per mancanza di personale, è stato un limite forte e abbastanza diffuso. La collaborazione del servizio sociale e psicologico alle funzioni di controllo e di tutela dei minori, da parte dei tribunali, ha danneggiato l'immagine pubblica del servizio interpre-

tato, dalle famiglie in difficoltà, come luogo ostile per la possibilità di interventi coatti sui figli e, per tante persone, come servizio rivolto principalmente agli strati marginali della popolazione. Questa interpretazione ha trovato ulteriore conferma nella crescente affluenza degli stranieri, non adeguatamente controbilanciata dall'accesso di persone di origine italiana e di alta estrazione sociale. Là dove si è perduto l'equilibrio fra le diverse tipologie di utenti si è ridotta la possibilità di offrire, all'interno dei CF, soddisfacenti esperienze di condivisione e d'identificazione reciproca fra le persone che lo utilizzano. Incontrarsi nello stesso servizio, ambito e accreditante, conoscersi nella sala di attesa o nei corsi di educazione alla salute vuol dire sentirsi parte della stessa comunità, senza privilegi e senza penalizzazioni, confermando la propria autostima e il proprio successo sociale.

L'attivazione dei "Centri per le famiglie" in Emilia-Romagna ha, da una parte, ampliato le possibilità del servizio di interagire con l'associazionismo e i servizi comunali, dall'altra, però, ha favorito incertezze direzionali sulla collocazione sociale del servizio consultoriale e sulla vocazione a interventi di sostegno alla salute della comunità.

Crisi e riorganizzazione

Nella storia dei CF della AUSL di Cesena (198.000 abitanti) l'anno 2000 ha rappresentato il momento di maggior crisi dei sette consultori aziendali. Dal punto di vista numerico, solo 5406 utenti hanno utilizzato, in quell'anno, il servizio, rispetto ai 7545 del 1996.

Si è tentata una riorganizzazione unificando i due piccoli consultori operanti nel territorio del Comune di Cesena (90.000 abitanti) in un'ampia e confortevole sede e investendo attenzione e innovazione in alcuni settori, di cui diamo un breve riassunto.

- ▶ È stato integrato lo "spazio giovani" con l'apertura di un ambulatorio di medicina dell'adolescente che potesse favorire l'accesso dell'utenza maschile.

Per corrispondenza:

Massimo Farneti

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

È stata iniziata e portata a termine una costruzione condivisa di materiale informativo sulle attività del CF e dell'attività rivolta ai giovani. Questo, oltre alla utilità derivatane, ha permesso alla nuova équipe di conoscersi e di confrontarsi sulla cultura e sugli obiettivi di servizio.

- ▶ Sono stati potenziati e tecnicamente approfonditi i corsi nascita (12 incontri per gestanti o per coppie, in gruppi di 20 partecipanti, condotti da ostetriche con la partecipazione di psicologi e operatori pediatrici), attivando un momento di formazione comune sul campo, a cadenza mensile per gli operatori che partecipano ai corsi: ostetriche, psicologi, ASV. La qualità delle informazioni da offrire, la modalità e la gestione delle emozioni e delle dinamiche di gruppo sono le tematiche maggiormente affrontate e discusse.
- ▶ È stato valorizzato l'apporto medico specialistico con l'attivazione del servizio ecografico ginecologico e ostetrico. Tutti i contratti con personale medico prevedono, ora, questa competenza.
- ▶ Il sostegno alla naturalità della gravidanza ha trovato una risposta operativa con l'avvio, dopo un lungo periodo di formazione, dell'assistenza alle gestazioni a basso rischio da parte delle ostetriche.
- ▶ Le difficoltà della famiglia odierna nell'accoglienza dei neonati, evidenziate dalla letteratura oltre che dall'esperienza professionale degli operatori, hanno indotto all'apertura di servizi specifici per il puerperio come corsi di massaggio al neonato condotti da ostetriche diplomate presso la AIMI (Associazione Italiana Massaggio Infantile), l'attivazione di un ambulatorio di assistenza all'allattamento, la consulenza psicologica alle puerpere e alle coppie.
- ▶ Molta attenzione è stata data alla collaborazione con i pediatri di famiglia, dando loro la possibilità di attivare, *autonomamente e senza filtri*, la rete dei servizi e l'assistenza domiciliare da parte di operatrici della Pediatria di comunità qualora, attraverso la somministrazione di un questionario (*Edimburg post-natal depression scale*), i pediatri sospettino una depressione post-parto. Il termine "*autonomamente*" significa che lo possono fare attraverso un contatto diretto con l'ASV della

Pediatria di comunità se ci sono da fare degli interventi domiciliari, o con lo psicologo se c'è da attivare un sostegno psicologico. Questo dà in sostanza al pediatra di famiglia un potere di gestione diretta di risorse che non aveva mai avuto.

- ▶ È stato incoraggiato anche un servizio "di nicchia" come l'insegnamento del metodo sintotermico di Rotzer, da parte di ostetriche diplomate, per l'osservazione dei propri processi biologici e l'autoconsapevolezza della fertilità, che ha accolto domande numericamente limitate (25 nel corso del 2006) ma dalla forte valenza culturale e connotativa per l'identità del servizio.

Se questo è stato lo sforzo innovativo a livello locale, appare altrettanto importante la scelta della Regione Emilia-Romagna di collocare i CF all'interno dei Dipartimenti di cure primarie. I CF sono infatti servizi rivolti principalmente agli adulti: la collaborazione con i medici di medicina generale appare essenziale e strategica.

Qualche risultato

Le donne e le famiglie del Comune di Cesena sembrano avere apprezzato i nuovi prodotti professionali.

- ▶ Nell'anno 2000 le utenti che avevano utilizzato i servizi ostetrico-ginecologici dei due consultori cittadini erano state 2740. Nel 2006 sono state 5023. Sempre nell'anno 2000 erano state seguite, ambulatorialmente, 187 gestanti. Nei primi sei mesi del 2007 hanno ricevuto assistenza medica e ostetrica 330 gestanti. Sommando alle donne seguite dagli ambulatori medici e ostetrici le partecipanti ai corsi nascita (333 utenti nel 2006 su 823 nati), si evidenzia che la maggior parte delle gestanti di Cesena utilizza uno o più servizi del consultorio familiare.
- ▶ Il consultorio giovani, nel 2006, ha accolto ambulatorialmente 670 ragazzi e ragazze (nel 2000 erano stati 486) e ha organizzato, assieme alle scuole superiori del territorio, corsi di educazione alla sessualità e all'affettività (cinque incontri, in piccolo gruppo, con la metodologia della cooperazione attiva) coinvolgendo 1085 ragazzi e 52 insegnanti. Anche gli altri servizi hanno egualmente registrato interesse da parte dei cittadini.

- ▶ Una indagine sulla qualità percepita, svolta recentemente con la collaborazione della facoltà di Psicologia, ha documentato la valutazione positiva degli utenti con eccellenti indici di gradimento.

- ▶ Il recente completamento dell'informaticizzazione di tutte le registrazioni riguardanti l'attività professionale permetterà di verificare, esattamente, i flussi degli utenti rispetto ai diversi prodotti offerti, a partire dalla residenza e dalla nazionalità, e di avere dati più precisi sul radicamento sociale del servizio nei diversi comuni del territorio aziendale.

Conclusioni?

Quali considerazioni si possono trarre dall'esperienza?

- ▶ Il superamento dei piccoli consultori, in difficoltà a competere con l'offerta privata e soprattutto impossibilitati ad approntare servizi innovativi ed efficaci rispetto alle nuove domande e ai nuovi bisogni delle comunità, sembra un fattore fondamentale per un rilancio. Sembra infatti che siano preferibili équipe nutrite, e veramente multiprofessionali, che si rivolgano necessariamente a popolazioni numerose, offrendo ai clienti la possibilità di scelta fra più operatori e più servizi. Un'équipe corposa rende possibile la circolazione di competenze e di pratiche efficaci fra i suoi componenti e favorisce la possibilità di sviluppare e trovare motivazioni, vocazioni e intelligenze professionali.
- ▶ Gli spazi devono essere ovviamente adeguati, atti a svolgere le attività di gruppo e i programmi di educazione alla salute. La formazione continua alimenterà, necessariamente, la ricerca e l'approfondimento delle tecniche.

E, infine, sono fondamentali una buona sintonia culturale e progettuale, e una fluida comunicazione fra i diversi livelli dirigenziali dell'azienda e del servizio e gli operatori. Solo se i professionisti avvertono il proprio lavoro come opportunità di crescita professionale e personale, in un contesto organizzativo coerente e affidabile, possono affrontare e perdurare nell'impegno di accompagnare giovani, donne e famiglie nei momenti cruciali, e a volte particolarmente difficili, della vita. **u**

Vedi anche alle pagine 35 e 45.

L'assistente sanitaria nel Percorso Nascita dei consultori familiari della Valle d'Aosta

Assistenti Sanitari del Dipartimento Materno-Infantile, AUSL Regione Valle d'Aosta

Abstract

Health assistant in the pathway of birth within health planning services in Valle d'Aosta, Italy

Health assistants in a District Area in Val d'Aosta tell about their professional experience, highlighting some strategic points of their work, as the elaboration of a pathway to birth starting from pregnancy and going through hospital discharge and the taking care of the new mother and her child.

Quaderni acp 2008; 15(1): 35-36

Key words Health planning services. Health services. Maternal-child Health

In questo articolo gli assistenti sanitari dell'area territoriale dell'Azienda USL valdostana raccontano la loro esperienza professionale nei loro ambiti d'intervento. Si soffermano su alcuni settori strategici dell'attività consultoriale come il percorso nascita a partire dalla gravidanza e proseguendo, a seguito della dimissione ospedaliera, nella presa in carico della mamma e del nuovo nato.

Parole chiave Consultori familiari. Valle d'Aosta. Materno-infantile

Raccogliamo l'invito di *Quaderni acp* (2007;14:193) per raccontare la nostra esperienza di assistenti sanitari (AS) operanti nei consultori familiari (CF) della Regione Valle d'Aosta (VdA) che, dopo l'emanazione della Legge 405/75, ha legiferato una propria legge che prevede all'articolo uno la promozione di interventi finalizzati alla procreazione libera e responsabile, alla tutela della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, nonché della coppia e della famiglia.

La VdA è una piccola regione di montagna con 120 mila abitanti. Il territorio, pur non ampio, conta 74 comuni dislocati nelle diverse vallate, a volte raggiungibili con elevati tempi di percorrenza. È costituita da un'unica unità sanitaria locale suddivisa in 4 distretti socio-sanitari. I presidi socio-sanitari territoriali sono 20 e vi operano 18 AS dell'Azienda USL.

È presente un'unica unità di Pediatria/Neonatologia e un unico punto nascita dove nascono in media 1200 bambini per anno. Nel 2006 le donne straniere che vi hanno partorito hanno rappresentato il 14%, di cui la metà di area maghrebina.

L'organizzazione dei servizi socio-sanitari prevede che il Distretto prenda in

carico ogni tipo di problema sanitario e/o sociale dei cittadini di quell'ambito territoriale.

Pertanto non esiste un gruppo di operatori che si occupa solo della famiglia e dei minori, come previsto dalla legge 405/75, ma l'attività consultoriale è inserita nell'ambito più ampio dell'attività distrettuale, coinvolgendo anche altre figure professionali. Comunque si occupano dell'area minori 10 psicologi, 3 fisioterapisti, 15 logopedisti, 16 assistenti sociali, 4 neuropsicomotricisti dell'età evolutiva, 3 neuropsichiatri infantili. Vi opera specialmente l'AS, la cui attività è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero.

La sua attività si svolge particolarmente all'interno del "Percorso Nascita" che prevede appunto delle "fasi" alle quali corrispondono interventi professionali erogati in favore dei bambini e delle loro famiglie.

Prima della nascita

L'AS conosce le future mamme nell'ambito dei corsi di preparazione alla nascita organizzati dalle ostetriche delle strutture territoriali o del presidio ospedaliero.

Partecipa ai corsi il 44% delle future mamme; di queste il 78% è alla prima gravidanza.

Nell'incontro dedicato alla promozione e al sostegno all'allattamento materno, secondo i 10 passi OMS, l'AS, in collaborazione con l'ostetrica, descrive e commenta le fatiche e le gioie dell'allattamento al seno e inizia a preparare i genitori ad affrontare la loro futura esperienza; è importante già in questa fase accompagnare le mamme e anche i padri nella loro scelta di allattare il proprio bambino.

Nell'incontro, i temi trattati sono relativi a come prepararsi ad allattare, le corrette modalità di attaccamento del neonato al seno, come capire se il bambino allattato cresce adeguatamente, cosa fare in caso di ingorgo mammario, di ragadi, la modalità di spremitura del latte manuale, cosa aspettarsi nelle prime settimane di allattamento e a chi rivolgersi se ci si trova in difficoltà.

Di seguito si percorrono insieme le nozioni che vanno dalla puericoltura all'igiene del neonato, al suo abbigliamento, all'ambiente in cui vive, al ritmo sonno/veglia, all'importanza del contatto fisico.

Dopo la nascita

La dimissione dall'ospedale della diade mamma e neonato avviene, di norma, in terza giornata. È comunicata, con un fax, all'assistente sanitaria del territorio di competenza che provvede a informare l'ostetrica e organizza una gestione comune del neonato e della puerpera. L'AS contatta telefonicamente, il più precocemente possibile, la mamma alla quale può già offrire i primi consigli utili alla gestione del neonato e programma, entro 24/48 ore, un appuntamento presso il servizio pediatrico del distretto. Se la famiglia non è rintracciabile, viene subito effettuata una visita domiciliare.

Il primo incontro è un momento significativo di conoscenza con la famiglia. I genitori possono esprimere perplessità, dubbi e difficoltà riscontrate nei primi

Per corrispondenza:

Lina Pasqualotto

e-mail: pasqualotto.lina@uslaosta.com

esperienze

TABELLA: ALLATTAMENTO AL SENO AL 2° E 6-8° MESE

	Allattamento esclusivo	Allattamento predominante	Allattamento complementare	Non allattamento al seno
Al 2° mese	60%	8%	12%	20%
Al 6°-8°	14%	37%	10%	39%

Il rilevamento dei dati avviene per lo più al 6° mese; pochi sono i dati raccolti tra il 7°-8° mese.

giorni, dopo il rientro a casa, e questo che permette di raccogliere informazioni utili per rispondere ai bisogni e alle esigenze della famiglia.

Si rinforza quanto trasmesso durante i corsi di preparazione alla nascita sul sostegno all'allattamento. Questo implica un'ampia disponibilità di tempo, indispensabile per affrontare le situazioni critiche: ingorgo, ragadi, difficoltà di attaccamento al seno.

Nei controlli successivi, in media due controlli alla settimana nel primo mese di vita e successivamente con scadenze meno ravvicinate, si riprendono le nozioni di puericultura e i consigli di igiene già trattati durante i corsi di preparazione alla nascita e si cerca di attivarsi per una azione di filtro al fine di individuare e prevenire i problemi che possono necessitare di un parere medico (ittero, onfalite, scarso accrescimento ponderale, segnali di depressione post partum ecc.).

Alcuni dati

Nel corso dell'anno 2006 sono nati 1201 bambini e dopo la dimissione pochi, nel primo mese di vita, sono gli accessi al Pronto Soccorso pediatrico: 20 bambini di cui 17 sono stati dimessi subito e 3 (2,5/1000) sono stati ricoverati. Il dato sembra dimostrare che la modalità attuata per la presa in carico del nuovo nato porta a risultati soddisfacenti.

Grazie a questi primi contatti si instaura spesso tra la madre e l'operatore una relazione significativa che dura per i primi anni di vita del bambino.

L'AS, infatti, continua nel tempo a fornire un'attività di consulenza alla famiglia relativa ai momenti di crescita del bambino come lo svezzamento, le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (attività gestita in collaborazione con il dipartimento di prevenzione); in alcune realtà territoriali viene proposto il massaggio infantile finalizzato al miglioramento della relazione madre-bambino.

Le famiglie straniere con minori afferiscono sempre di più ai servizi. Ne risultano complessi l'aspetto relazionale e la lettura dei bisogni. È molto utilizzato dall'AS l'attivazione del servizio di mediazione culturale che facilita la comunicazione e i rapporti con i genitori del nuovo nato.

Oltre a svolgere un'attività professionale autonoma l'AS è anche impegnata a collaborare con altri operatori che lavorano in équipe all'interno del distretto: dal pediatra consultoriale al pediatra di libera scelta, al pediatra ospedaliero, all'assistente sociale, allo psicologo, al logopedista, al fisioterapista, e a un'attività di confronto all'interno del gruppo professionale e del Dipartimento materno-infantile che ha un Direttore, una Giunta esecutiva e un Comitato di dipartimento. Date le particolari caratteristiche epidemiologiche della Valle d'Aosta (numero dei nati, unico punto nascita, rete dei servizi che copre tutto il territorio regionale), gli AS sono stati coinvolti, a partire dalla coorte di nascita 2006, in uno studio longitudinale di prevalenza e durata dell'allattamento al seno materno, secondo i criteri dell'OMS.

Sono stati presi in considerazione tutti i nati che risiedono in uno dei Comuni della Regione, compresi i nati fuori dal territorio regionale e reclutati successivamente dagli operatori.

Le rilevazioni sono state effettuate attraverso la somministrazione, alla mamma, della scheda OMS: il primo rilevamento è avvenuto al punto nascita e i successivi in consultorio al 2°- 6°/8° - 14°/15° mese in concomitanza, di regola, con vaccinazioni e bilanci di salute.

I dati preliminari, raccolti da un AS ed elaborati da un pediatra epidemiologo della struttura ospedaliera, sono i seguenti:

I nati in ospedale nel periodo aprile/dicembre 2006 sono stati 873, a cui vanno aggiunti 49 residenti nati altrove. Gli allattati al seno alla nascita sono risultati

il 95% (73% in modo esclusivo, 12% ad alimentazione mista). Nella *tabella* sono indicati i risultati dei mesi successivi.

Un sistema di monitoraggio integrato tra ospedale e territorio sulla durata dell'allattamento al seno permette di verificare la validità delle procedure messe in atto, ma anche di identificare i problemi a livello distrettuale regionale e di proporre interventi mirati.

Sembra, in sostanza, che l'organizzazione dei compiti in capo alle AS sia essenziale per ottenere un buon servizio dedicato alla popolazione assistita. ♦

Vedi anche alle pagine 33 e 45.

Bibliografia essenziale

- Decreto Ministeriale 17 gennaio, n° 69 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario".
- Scheda di rilevazione dati secondo i criteri OMS utilizzata per lo studio di prevalenza dell'allattamento al seno in Valle d'Aosta.
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile del Ministero della Salute (PSN 1998/2000).

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@tiscali.it

Vaccino contro il papillomavirus: cosa succede, cosa si dice, cosa dire

Luisella Grandori
Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccino anti-HPV. Strategie vaccinali contro l'HPV

In Italia

Come atteso, dopo l'annuncio della scorsa primavera del nostro Ministro della Salute, il vaccino contro il papillomavirus umano (HPV) ha iniziato la sua corsa fuori controllo nel settore privato, mentre le Regioni si affannavano a prendere decisioni e a chiedere al governo la copertura finanziaria. Dalla ricognizione dell'ISS del novembre 2007, risulta che due Regioni (Basilicata e Valle d'Aosta) hanno già iniziato e altre undici hanno previsto la data di avvio dell'offerta attiva: otto in gennaio 2008 e tre tra febbraio e giugno 2008 [1]. Tutte queste tredici Regioni garantiranno la gratuità per le 12enni e molte hanno progettato strategie aggiuntive con diverse modalità di offerta, gratuita o con partecipazione alla spesa, e per fasce di età variabili fino ai 26 anni. Anche questa volta la confusione è grande e la situazione è in continua evoluzione. Non disponiamo ancora dei dati delle ricerche in corso, indispensabili per una corretta valutazione. Rimane poi il problema della sostenibilità organizzativa ed economica. Andranno garantite tre sedute aggiuntive, con tutto ciò che questo comporta, il registro delle vaccinate, il coordinamento con altre figure professionali e le altre banche dati (screening, tumori, mortalità). Dei 75 milioni di euro di spesa annua previsti dal Ministero per il solo acquisto del vaccino, la Finanziaria 2008 ne ha stanziati soltanto 30. È difficile capire con quali risorse le Regioni affronteranno l'impresa titanica di questa nuova vaccinazione, da quali altri interventi sanitari verranno distolte e in base a quali priorità.

In Europa

In Europa le cose non vanno meglio. Nel novembre 2007, risultava che 12 dei 27 Paesi dell'UE avevano deciso di introdurre la vaccinazione contro l'HPV: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno

Unito [2]. Le strategie sono molto diversificate, riguardano le adolescenti ma anche età successive fino ai 26 anni. In Olanda, in attesa della decisione finale (era attesa per la fine del 2007), il Collegio dei General Practitioners ha denunciato un'intensa campagna di promozione dell'industria al di fuori delle indicazioni ufficiali, che produceva una richiesta abnorme di vaccinazione [3].

Un gruppo di cattedratici spagnoli ha chiesto una moratoria sull'introduzione del vaccino con una lettera aperta che ha raccolto circa 3500 firme [4]. Una lettera analoga è stata scritta in Italia dall'Associazione Pediatria di Comunità (APeC, affiliata all'ACP) [5]. La Finlandia ha intrapreso un grande trial di popolazione su 22.000 ragazze adolescenti e deciderà sull'opportunità di introdurre la vaccinazione in base ai risultati attesi nel 2020. Stupisce che questa scelta, metodologicamente esemplare, non sia stata seguita da altri Paesi. È difficile valutare il peso delle pressioni dell'industria del farmaco sulle decisioni dei politici riguardo a questo vaccino, ma vi sono buoni motivi per credere che non sia stato irrilevante [6].

Cosa si dice

All'interno della comunità scientifica, in Italia come all'estero, si è sollevato un vivace dibattito sull'introduzione della vaccinazione contro l'HPV, specie nelle bambine. Il lungo intervallo tra l'infezione e il tumore, il possibile rimpiazzo dei sierotipi, l'efficacia scarsa o nulla se è già avvenuta l'infezione e i pochi anni (cinque) di sperimentazione del vaccino, rendono infatti difficile una valutazione dei risultati a lungo termine. Nelle bambine, poi, conosciamo solo la risposta immunitaria, che è migliore di quella delle donne, ma la prevenzione del tumore con la vaccinazione a 12 anni rimane solo una speranza. Dalla revisione della letteratura effettuata dal CeVEAS, emergono ulteriori interrogativi sull'efficacia del vaccino, che risulta per ora incerta e richiederebbe ulteriori studi e tempi più lunghi di osservazione. Inoltre, anche se l'effetto protettivo sembra buono per le lesioni pre-cancerose associate al tipo 16 e più incerto per quelle associate al 18, l'effetto sul numero totale dei cervicocarcinomi, per il momento, risulterebbe nullo [7].

La sicurezza è stata studiata prevalentemente nelle donne dai 15 ai 26 anni, mentre i dati sulle bambine sono pochi, tanto che la stessa FDA ha chiesto che vengano prodotti in maggior numero. Il rapporto finale è previsto per il 2009 [8]. Prima di allora sarebbe necessaria una sorveglianza attiva. Sappiamo per ora che le reazioni locali sono molto frequenti e che i sintomi più gravi osservati in fase di studio non sono stati attribuiti al vaccino.

Cosa dire

Il vaccino contro l'HPV è un prodotto di grande interesse, ma servirebbero ulteriori studi prima di utilizzarlo in modo routinario. Visto che non siamo in Finlandia, dovremo quanto meno informare con chiarezza i genitori e le bambine sull'incertezza delle conoscenze sull'efficacia del vaccino e invitarli a riferire tutti i sintomi osservati dopo l'eventuale vaccinazione. Ricordando loro che il pap-test rimane lo strumento prioritario, di provata efficacia, per proteggersi dal tumore del collo dell'utero. ♦

Bibliografia

- [1] CNESPS. Rilevamento sull'introduzione della vaccinazione anti-HPV nelle Regioni italiane: rapporto preliminare. ISS, 6 novembre 2007.
- [2] Howell-Jones R. Human papillomavirus vaccination: the United Kingdom's recommendation and update on European licensure and efficacy data. Euro Surveill 2007;12(11):E071115.4.
- [3] Sheldon T. Drug company campaign adds to pressure on Dutch doctors to vaccinate against HPV. BMJ 2007;334:819.
- [4] Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano en España. <http://www.caps.pangea.org/declaracion/>.
- [5] Associazione Pediatria di Comunità http://www.associazionepediatriacomunita.it/vaccino_hpv_invia.htm
- [6] Boseley S. Vaccination campaign funded by drug firm. The Guardian, March 26, 2007.
- [7] Di Mario S, Bergamini M, Spetoli D, et al. Il vaccino contro il papillomavirus umano: efficacia dichiarata ed efficacia dimostrata. Medico e Bambino 2007;26:562-71.
- [8] FDA. Product approval information. June 8, 2006. <http://www.fda.gov/cber/products/gardasil.htm>

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

Libri: occasioni per una

La malattia dalla parte del malato, semplicemente



Tonina Facciani
Diario di una paziente

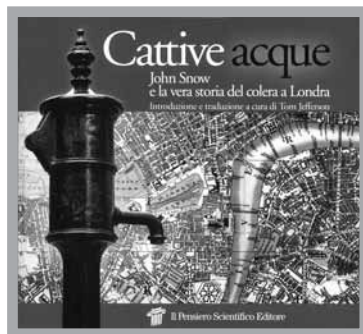
I libri di Pan, 2006
pp. 192, euro 13

Consigliamo ai nostri lettori di leggere questo libro, scritto con molta semplicità. L'Autrice ha, appunto, una scrittura semplice, dalla quale talora emergono simpaticamente i tratti di locuzioni dialettali. Consente, in modo piacevole, di trasmettere e di fare capire quello che vuole dire. Che è in fondo la funzione trasmissiva della scrittura. Eppure per lei è qualcosa di più: perché dice di usarla per farsi compagnia, per aiutarsi a sopportare i dolori della vita, per trarre dai ricordi più dolci del passato un motivo di speranza per oggi. La scrittura insomma è uno strumento per dimenticare dove ci si trova: l'ospedale. Se si volesse usare una frase consunta, si dovrebbe dire – come abbiamo fatto altre volte in questa rubrica – che lo consigliamo perché mostra la malattia dalla parte del malato. Ma stavolta questa “parte” è più di una persona; è una complessa umanità di “pazienti perfetti” che si raccolgono negli ospedali e si comunicano fra di loro attese, speranze, paure: non un insieme di pazienti, ma un corpo unico, corale, che rivive per il sorriso “appena accennato” di una infermiera o di un dottore che, se ci sono, fanno sopportare i tetri ambienti in cui si vive; una comunità che soffre quando una morte tocca una stanza o una camerata. Se questi sorrisi ci sono – dice l'Autrice – fanno sentire meno soli. Ma se non ce n'è, come “nell'ospedale grande della mia città”, la vita ospedaliera è meno sopportabile: anche se dalle finestre in lontananza si vede il mare di casa. È un tessuto comunitario che vive anche dopo la dimissione perché la sofferenza ne ha

unito le cellule. È una umanità che si ferma su pensieri talora impensabili: “chissà se un chirurgo da innamorato può operarti meglio”. Mi è venuto da pensare spesso, leggendo, ai troppo pochi sorrisi che ho dedicato ai miei malati.

Giancarlo Biasini

Un epidemiologo nella Londra di Dickens



Tom Jefferson

Cattive acque
John Snow e la vera storia del colera a Londra

Il Pensiero Scientifico, 2007
pp. 132, euro 22

Nella prima metà del 1800, ai tempi della regina Vittoria, a Londra e in tutta Europa, infuriavano epidemie di colera. Circa le cause della malattia la maggioranza dei sanitari era “anticontagonista” e riteneva che i cattivi odori fossero causa di putrefazioni, miasmi e malattie.

Gli “anticontagonisti” si battevano quindi (giustamente) per lavorare sui pozzi neri e sulla rete fognaria, anche se negavano l'interpretazione vera della malattia, quella “contagionista”. Perfino gli Stati si ispiravano a concezioni ora contagioniste (il Regno di Sardegna), ora anticontagoniste (la Francia e l'Imperial Regio Governo). A Londra vi fu però chi, “contagionista”, invece delle dispute provò a scendere sul piano delle evidenze: John Snow, medico londinese esperto soprattutto nella nascente anestesia con etere e cloroformio, ma con una mente da epidemiologo.

Nella parrocchia di St. James, Westminster, infuriava il colera. L'indagine parrocchiale (le parrocchie avevano anche funzione di sorveglianza comunitaria)

ispirandosi a Snow si concentrò su un pozzo d'acqua, cui fu portata via la manovella e quindi fu tolto dall'uso pubblico.

Con l'interruzione della distribuzione di acqua si ebbe un netto calo dell'incidenza del colera, anche se in realtà l'evento avvenne nella fase calante dell'epidemia. Qualche mese dopo si scavarono fino in fondo la pompa dell'acqua e la fogna e se ne dimostrò una comunicazione attraverso il terreno impregnato di liquame che scolava nel pozzo dal quale usciva acqua contaminata.

Forse si fu a un passo dalla identificazione dei vibriani, che avvenne solo più tardi. Tom Jefferson, che i nostri lettori conoscono bene, ha tradotto, pubblicato integralmente in un elegante album e commentato a margine con una minuzia certissima “*On the Mode of Communicating of Cholera*” di Snow, pubblicato nel 1855.

La Londra di cui si parla è la Londra di Dickens, angosciante per i poveri, di cui Jefferson ci dà un quadro preciso ed efficace.

Il libro racconta una infaticabile ricerca del caso indice e delle modalità di trasmissione, partendo dalla bibliografia del tempo (in genere lettere di medici) e poi da indagini personali dalle quali Snow trae una prima conclusione: la trasmissione avviene da uomo a uomo e la fonte di diffusione è l'acqua. Una ulteriore dimostrazione, dopo la pompa infetta, viene data dal rapporto fra incidenza del colera e qualità dell'acqua di due diversi acquedotti londinesi.

Tom Jefferson fa notare come si sia trattato di un gigantesco trial a due bracci fra utenti dell'uno e dell'altro acquedotto. Snow dice che a seconda della qualità dell'acqua gli utenti dell'uno avevano 14 volte maggiori possibilità di contrarre il colera. La valutazione della mortalità non è fatta per numeri assoluti, ma per tassi /100.000 abitanti: il che era per allora una novità assoluta. Trasformato in statistica di oggi, quel “14 volte maggiore” è in effetti un *odds ratio* di 13,50 con IC 95% da 7,89 a 23,09. Era nato troppo presto questo Snow. Avercene oggi di tipi così!

Giancarlo Biasini

buona lettura

Un piccolo libro per i fratelli e i compagni di scuola di bambini con autismo



Gionata Bernasconi
Il Re del Mercato
Edizioni Svizzere per la Gioventù, 2002
pp. 32, euro 4
(spese di spedizione comprese)

Gionata Bernasconi lavora per il Segretariato Sociale dell'ARES (Autismo Ricerca E Sviluppo), a Giubiasco (Svizzera) e come arte-terapeuta in percorsi riabilitativi, terapeutici o educativi per persone con handicap.

“Il Re del Mercato” è la quarta storia per bambini da lui scritta e illustrata, destinata a fratelli, compagni e amici di scuola di bambini con autismo o altri disturbi pervasivi dello sviluppo. Racconta di un bambino nato nella fattoria dei signori Piantafico. La sua nascita è seguita in modo curioso dalle galline che, per prime, ne individuano alcune caratteristiche un po' bizzarre.

Le galline cominciano a porsi delle domande e, per studiare il problema, scrivono un giornale e istituiscono la prima Scuola Universitaria del Pollaio. Gli interrogativi delle galline sono gli stessi nostri di fronte all'autismo, un disturbo di fatto poco conosciuto. Per rispondere a essi e alla curiosità dei bambini, nel testo ci sono dei rimandi a semplici schede utili a genitori e insegnanti sul comportamento autistico e sulle caratteristiche principali di chi ne è affetto: l'assenza di capacità di adattamento e astrazione e quanto ne consegue nella vita di tutti i giorni, le difficoltà nelle interazioni sociali, gli interessi limitati e ripetitivi vengono evidenziati e spiegati utilizzando quanto succede nel racconto, e descritti con un linguaggio semplice e immediato.

Il libro, destinato a ragazzini dai 9 anni in su, illustrato dall'Autore con una semplice matita (i disegni vengono poi “colorati da sua moglie Francesca che con l'acquerello è più brava e paziente di lui”) e completato da una breve bibliografia consigliata sull'autismo, può essere un utile strumento a disposizione di chi, genitore e/o insegnante, si trovi a dover affrontare il discorso su un disturbo complesso, con ricadute non così immediatamente comprensibili, spesso oggetto di considerazioni sommarie e luoghi comuni.

Può essere richiesto direttamente presso il sito delle Edizioni Svizzere per la Gioventù (www.sjw.ch) o per posta o fax a: Fondazione ARES, Via Zorzi 2a, CH-6512 Giubiasco (tel.: 0041 91.850.15.80 – fax: 0041 91.850.15.82).

Federica Zanetto

L'uomo ridisegna la geografia



Un progetto di Luciano Del Sette
I viaggi perduti.
Suoni immagini e parole

Libro + CD 13 brani

Suoni, immagini e parole per luoghi che non potremo più vedere, distrutti dalla guerra principalmente, e da ogni altra forma di distruzione di cui l'uomo o la natura sono capaci.

Viaggi perduti per la semplice ragione che le loro mete non ci sono più. Intorno a questo progetto, si sono riuniti attori, giornalisti, musicisti per farci vedere con il loro sguardo (fisico o metaforico) questi posti scomparsi. Le immagini delle Twin Towers, o dei Buddha di Bamyán restano a testimoniare un atto di fanatismo; al posto di quei manufatti ora c'è il vuoto.

Le immagini del ponte di Mostar minato e fatto saltare in aria, ancora più efficaci

Altri possono gloriarsi dei libri che hanno scritto.
La mia gloria sono i libri che ho letto.

Jorge Luis Borges

quando ci sembra di guardarle attraverso un vecchio televisore, magari in compagnia di qualcuno che le sta guardando mentre le trasmette, si immagina, un telegiornale. E subito dopo le immagini inedite di Gian Maria Volontè nel film di Angélopoulos, che l'attore non ha mai finito di girare e che sono le sue ultime immagini.

Perché ci colpisce tanto che questi viaggi siano perduti? In fondo, dalle origini a oggi l'uomo ha sempre ricostruito sulle macerie delle sue guerre. Nuove città hanno preso il posto di altre, le architetture, testimonianza dell'ingegno dei popoli, si stratificano, si mescolano. Per anni abbiamo cercato di ritrovare città non più esistenti, abbiamo scavato, dissotterrato, ritrovato e lì dove le vestigia sono solo pietre, mura, percorsi, immaginato luoghi abitati, vissuti da popoli lontani, essi stessi scomparsi e di cui talvolta restano solo i manufatti che sono loro sopravvissuti.

E allora perché “I viaggi perduti”? Perché questa sensibilità verso ciò che abbiamo visto e che ora non potremo più vedere? Forse perché viviamo nel tempo dell'immagine. Dalla metà del secolo scorso, la televisione ha fatto vedere a ognuno di noi luoghi irraggiungibili; poi questi luoghi, con il turismo alla portata di un gran numero di persone, sono diventati meno irraggiungibili; in seguito ognuno ha avuto una macchina fotografica e una videocamera, infine internet.

La globalizzazione delle immagini ha fatto sì che i luoghi ci appartenessero. “Patrimonio dell'umanità” non è un modo di dire. C'è ovviamente molto più di questo. Il libro “I viaggi perduti” si apre con una frase di Levi Strass, da un brano di *Tristi tropici* che sarà letto in finale da Neri Marcorè: “*Quanto alle creazioni dello spirito umano, il loro senso non esiste che in rapporto all'uomo e si confonderanno nel disordine quando egli sarà scomparso*”.

Forse è questo rapporto dell'uomo con le creazioni del suo spirito a determinare il contenuto emotivo e la partecipazione personale, passionale e ideale con ciò che si è perduto.

Maria Francesca Siracusano

Come preparare in casa il latte in polvere

Sergio Conti Nibali
Pediatra di famiglia, Messina

Queste sono le istruzioni corrette per la preparazione del latte artificiale. Anzitutto bisogna ricordarsi che occorre preparare una singola poppata per volta.

1. Versare l'acqua in un contenitore ben pulito.
2. Lavarsi le mani con acqua e sapone e poi asciugarle.
3. Fare bollire l'acqua.
4. **IMPORTANTE:** aggiungere la polvere quando la temperatura dell'acqua è a 70 gradi; in pratica coprire il contenitore con un coperchio dopo l'ebollizione e attendere non più di 30 minuti.
5. Mettere in un biberon sterilizzato la quantità di acqua necessaria per sciogliere la polvere.
6. Aggiungere l'esatta quantità di polvere indicata nella confezione; non bisogna mai aggiungere una quantità diversa (in più o in meno) da quella indicata.
7. Chiudere il biberon.
8. Agitare bene il contenuto.
9. Raffreddare rapidamente il latte mettendo il biberon in un recipiente con acqua molto fredda.
10. Controllare la temperatura facendo cadere qualche goccia di latte sul dorso della mano e sentire che è tiepida.
11. Eliminare il contenuto se non è stato consumato entro due ore.

Questi sono i perché dai quali nascono le istruzioni elencate sopra.

1. Qual è il latte più sicuro?

Il latte materno certamente. I latti liquidi pronti per l'uso sono sterili fino a quando non sono aperti e rappresentano la scelta più sicura se si utilizza un latte artificiale. I latti in polvere non sono sterili; perciò devono essere preparati a una temperatura di 70 gradi.

2. Perché i latti in polvere non sono sterili?

Il batterio *Enterobacter sakazakii* si trova normalmente nell'ambiente e può contaminare la polvere del latte nel momento della sua preparazione nelle fabbriche.

È impossibile essere certi di avere eliminato la contaminazione. Il batterio può essere presente anche a casa e negli ospedali e può contaminare il latte nel momento della sua preparazione.

3. Perché l'acqua deve essere a 70 gradi?

Questa temperatura uccide i batteri presenti nella polvere. Questo è il passo più importante nella preparazione del latte in polvere, perché non è garantito che il latte in polvere sia sterile (vedi punto 2).

4. Perché il latte ricostituito deve essere raffreddato rapidamente?

I batteri si moltiplicano rapidamente tra 7 e 65 gradi. Più a lungo il latte si trova a questa temperatura, maggiore è il rischio di aumentarne il contenuto di batteri e quindi il rischio che il bambino possa contrarre un'infezione.

5. Perché il tempo di conservazione del latte deve essere breve?

Anche quando il latte è preparato a una temperatura superiore a 70 gradi, può egualmente contenere alcuni batteri che

continuano a moltiplicarsi durante la conservazione.

6. Quanto tempo il latte artificiale può essere conservato in frigorifero?

Per un massimo di 24 ore, ma questa procedura non è molto sicura particolarmente nei primi mesi di vita perché il numero di batteri può continuare ad aumentare durante la conservazione.

7. Una volta che il latte è pronto, dopo quanto tempo va eliminato se non è consumato?

Entro 2 ore dalla preparazione.

8. Come fare se siete fuori casa e non potete bollire l'acqua?

Bisogna riempire un thermos con acqua bollita. Se è pieno e ben chiuso, l'acqua manterrà una temperatura superiore ai 70 gradi per diverse ore.

9. Il thermos deve essere sterilizzato se viene usato per conservare l'acqua bollita per preparare successivamente il latte?

No, deve essere solo lavato accuratamente e risciacquato con acqua bollita prima di riempirlo.

10. Se l'acqua è bollita e viene messa nel biberon, può essere conservata nel frigorifero fino a quando non viene aggiunta la polvere?

No, la temperatura dell'acqua deve essere superiore a 70 gradi quando la polvere viene aggiunta, altrimenti i batteri eventualmente presenti nella polvere non saranno eliminati. ♦

Vedi anche alle pagine 15 e 44.

Bibliografia

WHO 2007, "How to prepare formula for bottle-feeding at home". http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_en.pdf.

Per corrispondenza:
Sergio Conti Nibali
e-mail: serconti@tin.it

informazioni per genitori

Rosso Malpelo: tra Verga e Scimeca

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Si può parlare bene e male di un film? Si può, certo che si può. Se lo si fa per le persone, non c'è motivo per cui non si possa farlo anche per un film. Come si sa, infatti, i nostri giudizi dipendono sempre dai "punti di vista". Chi guarda, a seconda della posizione in cui si colloca, può cambiare visione e giudizio. Da questa premessa, due recensioni in una del film *Rosso Malpelo* di Pasquale Scimeca. *Rosso Malpelo* è un film da vedere, perché rientra in un'operazione lodevolissima, come quella di destinare i proventi ai bambini che lavorano nella miniera. La didascalia iniziale – "Questa novella è stata scritta da Giovanni Verga più di cento anni fa. Solo per caso si svolge in Sicilia. Per caso in una miniera. Quello di cui si narra potrebbe essere successo oggi, ovunque nel mondo ci sono bambini soli, sfruttati e maltrattati" – indirizza verso una precisa lettura: il personaggio creato da Verga nell'Ottocento è solo un simbolo. Da allora milioni di Rosso Malpelo hanno lasciato la pelle nelle miniere di tutto il mondo. Lo sfruttamento del lavoro minorile è, ancora e purtroppo, di tragica attualità e riguarda ben 218 milioni di bambini. Di questi, circa un milione trascorre l'infanzia in miniera. Contro questa ingiustizia è giusto alzare la voce e ognuno lo fa con i mezzi che gli sono più congeniali. Scimeca è regista e lo fa con un film. Per raccontare la nota novella verghiana, che ha come protagonista un ragazzo siciliano che lavora e muore in una cava di rena e che è ritenuto da tutti cattivo per natura, utilizza accorgimenti apprezzabili: ambienta l'azione in provincia di Enna, proprio nei luoghi dove c'era il più grande bacino europeo per l'estrazione dello zolfo, sceglie come protagonista un bambino siciliano realmente rosso di capelli (Antonio Ciarca), alterna un panorama solare e dai colori vivi con quello cupo della miniera del Parco Minerario di Floristella Grottafaldia, utilizza un dialetto arcaico, sceglie volti che parlano oltre ogni linguaggio e, soprattutto, lega la sua fatica al progetto "Cento scuole adottano mille bambini", elaborato dall'organizzazione "Movimento laici America La-

tina" e finalizzato ad adottare i ragazzini boliviani che lavorano nella regione mineraria del Potosì. L'obiettivo è di arrivare almeno a 500.000 euro, una cifra sufficiente a garantire per tre anni a 1000 bambini un pasto completo al giorno, la scolarizzazione e l'acquisto di materiale didattico, oltre a progetti specifici per la depurazione delle acque, l'assistenza sanitaria e l'imprenditoria femminile. Alla realizzazione di questo obiettivo Scimeca aggiungerà sia gli incassi derivanti dalle sale cinematografiche, sia quelli dei diritti televisivi. Insomma: un film che va sostenuto e che ha meritato il Premio "Amnesty International" al Giffoni Film Festival. Tutto questo, però, non può escludere le critiche. Chi sostiene che il film di Scimeca non si discosta dalla novella di Verga ha una scarsa memoria scolastica. Certo, quando un regista decide di compiere la trasposizione filmica di un testo letterario può anche apportare delle modifiche, ma se queste modifiche sono rilevanti è opportuno precisarlo almeno con un "Tratto da...". È questo il primo, grosso errore di Scimeca, il quale, tra l'altro, con quella didascalia iniziale (*Questa novella è stata scritta da Giovanni Verga*), si dà la zappa sui piedi, perché Verga ha scritto un'altra novella, nota alla maggior parte degli spettatori, studiata in tutte le scuole e oggi riconosciuta dai critici come suo primo prodotto verista al posto di *Nedda*. Inserire all'interno della vicenda bozzetti insignificanti ed eliminare brani funzionali alla ricchezza del testo, non è un'operazione accettabile. Che senso ha, ci si chiede, contaminare la colonna sonora con musiche africane (suggestive quanto si vuole, ma spesso fuori luogo), inserire la comica minaccia dell'ingegnere all'attore shakespeariano, la macchietta della nonna arida che recita e interrompe il rosario come nelle più dilette commedie paesane, il pasto in osteria di Rosso con la discussione dei due compari ubriachi, il furto della gallina e la cantata a doppio senso del donnone, la violenza del Padre Padrone, la giostra paesana, la ragazzina che diventa amica del protagonista, la pedofilia del minatore, le maialate del proprietario della miniera nei confronti della sorella di Rosso, ecc.? E perché, al contrario, non si è sottolineato che Ranocchio faceva il manovale prima di

diventare sciancato, un mestiere che Rosso avrebbe preferito perché voleva dire "cantare sui ponti, in alto, in mezzo all'azzurro del cielo, col sole sulla schiena"? E ancora: perché ribaltare la lezione sulle stelle? Non è Mastro Misciu che la impartisce al figlio e questi a Ranocchio; è Ranocchio che l'apprende dalla madre e la trasmette a Rosso. Non è una sottigliezza insignificante. Rosso, come il padre, è un topo di miniera ed è docente di forza, cattiveria, pessimismo, polvere; il pulcino Ranocchio, come la madre, è docente di debolezza, bontà, ingenuità, cielo. Non si possono, infine, non rilevare nel film altre due imperdonabili omissioni. La prima è l'arrivo in miniera di "uno che non s'era mai visto", un evaso, il quale, dopo poche settimane, "stanco di quella vitaccia da talpa", dichiara che la prigione, rispetto alla miniera, è un paradiso e preferisce tornarci. Non è un personaggio secondario, perché provoca la considerazione di Rosso Malpelo che vale un'intera denuncia: "Allora perché tutti quelli che lavorano nella cava non si fanno mettere in prigione?". La seconda omissione riguarda la conclusione. La novella non finisce con Rosso Malpelo che si perde nella cava, ma con una proiezione di questo ragazzo cattivo e sventurato (il *malupilu* dialettale implica una serie di significati intraducibili) nella fiaba. Non in una di quelle fiabe dal finale positivo e rassicurante che fa fare sogni tranquilli ai bambini, ma nella più cupa delle tradizioni popolari che si nutre di spiriti maligni, presenze oscure e misteriose, incubi che fanno abbassare la voce anche ai grandi e che fanno capire a tutti come ciò che accadeva nell'Ottocento in Sicilia non è solo novella, ma cronaca dei nostri giorni. Scimeca è siciliano, è laureato in Lettere, ha insegnato letteratura e storia. Perché non si è tutelato inserendo quel "Tratto da..." che gli avrebbe consentito di narrare come voleva la storia di Rosso? ♦

Rosso Malpelo

Regia: Pasquale Scimeca

Con: Antonio Ciarca, Omar Noto, Marcello Mazzarella, Vincenzo Albanese, Lucia Sardo

Italia, 2007

Durata: 90'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it



Puglia

Domenica 25 novembre 2007 nel corso della Fiera del libro di Campi Salentina, centro che da oltre dieci anni ospita questa manifestazione letteraria di primo piano nel territorio, è stato presentato il progetto Nati per Leggere.

Alla manifestazione hanno partecipato un centinaio di operatori (pediatri, bibliotecari, personale scolastico, qualche amministratore locale) che hanno dimostrato interesse e curiosità per il Progetto. Alla presenza del vice-presidente della Provincia di Lecce si è prospettata la realizzazione di una rete di operatori impegnati ad agire in modo trasversale e multiculturale con l'obiettivo comune di creare, e mantenere, un clima culturale orientato alla promozione della lettura, elemento essenziale di conoscenza, crescita personale e sociale.

La discussione ha sottolineato che per essere efficace, il progetto deve trovare spazio nella famiglia e, quindi, si deve cercare il suo fattivo coinvolgimento e passare poi attraverso i luoghi di lettura che potranno essere le biblioteche, le scuole, i Nidi; luoghi che non devono intimorire o tenere in soggezione ma devono essere attrezzati e strutturati per stimolare il piacere di leggere.

È stato curioso e significativo che operatori diversi (pediatri, pedagogisti, sociologi) abbiano usato, indipendentemente dalle loro professionalità, le stesse espressioni, a testimonianza del fatto che il progetto propone risposte a problemi veri e concreti. Si è parlato di sostegno alle famiglie, di recupero e rafforzamento dei rapporti personali, di necessità di essere preparati per essere buoni genitori per giungere a un consolidamento della autostima come fattore di miglioramento

delle proprie competenze, di promozione della salute come realizzazione corretta delle potenzialità fisiche e psichiche in uno sviluppo armonioso, di recupero dei ruoli per tanto tempo demandati all'“esperto” o al supporto elettronico come la TV, i Videogiochi, il cellulare.

Con la disponibilità concreta della Provincia si passa ora alla fase operativa del progetto con l'arruolamento delle risorse umane e la fase di formazione specifica a seconda dei ruoli. Non mancheremo di tenervi informati sugli sviluppi futuri.

Rosario Cavallo

Lombardia

Umberto Gravina (Sindaco di Carugate), Paolo Molteni (Assessore alla Pubblica Istruzione, Cultura e Politiche giovanili del Comune di Carugate), Giovanna Malgaroli (Gruppo di coordinamento Nazionale Nati per Leggere), Enrica Merregalli (Biblioteca di Brugherio), Patrizia Rogari (Pediatria), Corrado Alberti (Biblioteca di Carugate) sono intervenuti sabato 27 ottobre 2007 a Carugate (Mi) alla presentazione del progetto locale Nati per Leggere. Il Progetto è partito con la costituzione di un gruppo di lavoro che ne sosterrà e diffonderà le finalità. Il gruppo comprende anche rappresentanti di nidi, scuole dell'infanzia, associazioni per la famiglia.

È stato ottenuto un finanziamento da parte della Banca di Credito Cooperativo di Carugate interamente destinato a realizzare il dono del libro, per ora limitato alla fascia d'età 10-12 mesi. L'amministrazione comunale ha assicurato il pieno sostegno al Progetto che, con il trasferimento della Biblioteca nella nuova sede, è entrato in fase operativa e ne diventerà una attività permanente. Il progetto locale, potenzialmente in grado di raggiungere tutti i bambini residenti attraverso l'azione dei pediatri, si caratterizza come progetto del territorio a favore di tutta la comunità. Il reciproco impegno di bibliotecari e pediatri, il coinvolgimento di altre figure che hanno contatto con i genitori, il sostegno dell'amministrazione comunale, rappresentano un modello di lavoro in rete, ma anche un'occasione di crescita professionale per gli operatori coinvolti. Un altro elemento caratterizzante

è l'attivazione di una collaborazione con le biblioteche vicine, in particolare di Brugherio e del Vimercatese, per una progettazione condivisa e per una cooperazione negli interventi di formazione. Una prima verifica dell'andamento del progetto e la restituzione dei dati raccolti in fase pre-intervento con il questionario di monitoraggio realizzato dal CSB e AIB, è prevista in giugno 2008, e poi a cadenza annuale.

Patrizia Rogari

Lazio

La stanza delle parole scalze

È cominciata così: la pediatra si innamora di NpL e comincia a contagiare i genitori. Si inizia con qualche lettura ad alta voce ben preparata e pubblicizzata, e vengono i primi bambini con le mamme più curiose e interessate e poi, le volte successive, arrivano gli amichetti, i vicini di casa, i compagni di scuola, “Scusi, non sono di questa pediatra ma possiamo...”. Così alla fine si sta veramente troppo stretti, ma è già venuta la voglia di fare di più!

Si mischiano sogni e progetti: i primi portano a immaginare una sala di lettura grande e bella e facile da trovare, e gli altri, proprio perché realisticamente perseguiti, cozzano contro tanti rifiuti (la circoscrizione, la scuola, l'ASL-consulterio): nessuno ha posto, nessuno ci vuole. Per fortuna ci accoglie il parroco. L'aver trovato alloggio trasforma in provetti bricoleurs la maggior parte dei volontari che si rivelano infaticabili imbianchini, falegnami, sarti, pittori: due mamme artiste realizzano un pannello-parete, ideato in gruppo, che rappresenta il nostro piccolo sogno.

Nel novembre 2004 inauguriamo la sala: “La stanza delle parole scalze” e inizia ufficialmente l'attività dei volontari che, con frequenza almeno settimanale, hanno tenuto, in quella sede fino al maggio 2007, letture ad alta voce per i bambini fin da piccolissimi.

Le iniziative non si sono limitate alle attività di lettura: trasferendo presso la sala la piccola biblioteca dello studio medico (“Il mondo incantato”), fornita di testi scelti dalla bibliografia di NpL, si è organizzato il prestito dei libri, particolarmente caro ai bambini perché “è molto

per Leggere

importante portarsi a casa un libro"! Perché nel nostro Quartiere Morena, Municipio Roma X, non ci sono né librerie né biblioteche. Per fortuna ci siamo noi e un altro nostro impegno è stato quello di tessere una rete di collaborazione con le biblioteche "più vicine": la "Casa dei Bimbi" e la "Centrale ragazzi" di Roma che ci hanno sempre sostenuto.

Tra le altre attività "letture al parco e giochi di ieri" per salutarci prima dell'estate e gite in biblioteca: nella mitica "Centrale ragazzi" di Roma.

Il 2007 ha visto un sostanziale cambiamento perché, dopo anni di tentativi, finalmente abbiamo trovato accoglienza nella scuola che, frequentata da tutti i bambini, era già stata individuata fin dall'inizio come luogo ideale per insediare la nostra attività di lettori volontari, sostenitori di NpL ma anche promotori di una nuova modalità di socializzare e di "fare cultura" insieme. Ci siamo costituiti in Associazione e abbiamo presentato all'Istituto Comprensivo Fontanile Anagnino, che ci ospita, il progetto "Leggere fa bene", che è stato approvato e che ha come principale obiettivo quello di realizzare uno spazio di libri aperto al pubblico in orario extrascolastico, integrato con la biblioteca scolastica e in rete con le biblioteche delle scuole vicine.

Il sogno più grande è di diventare uno dei bibliopoints di Roma. Noi a sogni andiamo fortissimo, anche con la buona volontà quasi non abbiamo rivali, ma le difficoltà sono tantissime, soprattutto perché gli aiuti, quelli concreti, sono pochi: la scuola ci ospita ma non ci dà né fondi né libri; tutti gli arredi e gli allestimenti della sala e i libri che abbiamo portato sono nati dal contributo degli associati de "La stanza delle parole scalze", salvo un regalo di 60 libri generosamente destinati dall'Istituto per il libro. La nuova sala mantiene lo spazio per i piccoli di NpL (c'è il nostro sogno sulla parete), e gli altri spazi e le altre attività sono mirati a coinvolgere i bambini dai 6 ai 13 anni.

Vi devo confessare che dopo questo ultimo trasferimento la pediatra sente troppo la mancanza dei libri e, non potendo resistere al disappunto dei piccoli pazienti che non capiscono perché non ci siano da prendere in prestito i libri dopo la visita, sta cominciando, di nuovo, a rifornire la

minibiblioteca "Il mondo incantato". È che da NpL proprio non si guarisce...!

Fernanda Melideo

Il battesimo di Angelica

Ecco l'esperienza gioiosa di Flavia Luchino, pediatra romana, determinata, fantasiosa e convinta che la promozione della lettura ad alta voce è uno strumento per entrare con discrezione ed efficacia nella relazione tra la mamma e il suo bambino.

La mamma di Angelica è un tipo riservata, ma forse questo dono è nato da una emozione forte e silenziosa, recente.

In agosto (Angelica è di marzo...) ho aperto la biblioteca "La pagina magica" (Quaderni acp 2007;14:281) tutti i martedì e i giovedì.

Qualche volta ci siamo trovate solo io, mia madre di 86 anni, e lei, la mamma di Angelica, con la sua piccina.

Nonostante i vuoti di memoria galoppanti e l'aria a volte assente, mia madre ha notato con tranquillità che quella mamma "era proprio impacciata con la sua

bambina, non sapeva neppure tenerla in braccio"!

Dannatamente vero.

Ma ha imparato un po' a scoprire la sua bimba anche attraverso i libri. Un pomeriggio, per esempio, eravamo sedute fuori, con altre due vecchiette, e lei aveva la sua Angelica sulle ginocchia, girata verso di me. Io le sfogliai i cartoncini più carini davanti al viso, e lei dava segni di gioia, girava le manine, sgambettava, fissava, sgranava gli occhi: lo spettacolo che ormai ben conosciamo.

La mamma, perplessa, guardava i nostri visi estasiati, e la nuca della sua bimba. A un certo punto ha detto: "Ora la fate osservare in viso anche a me!". L'ha girata verso di sé, me l'ha messa in braccio, e ha iniziato lei a sfogliare il libro e... il viso della sua bimba, il libro e il viso... proprio come ci consiglia Paladin. Non ha detto nulla, ma era emozionata. Poi, il dono alla biblioteca, libri invece di confetti per il battesimo della piccola.

A me nelle ultime settimane sembra molto più disinvolta con Angelica.

Flavia Luchino

ANGELICA ALLARA

nata l'8 marzo 2007

ha scelto di donare libri alla biblioteca,
invece di bomboniere
agli invitati alla cerimonia del suo Battesimo.

Da parte della Biblioteca "La Pagina Magica"
e di tutti i bimbi del quartiere:

Grazie, Angelica!



Il bilancio del Convegno Argonauti 2007

Perché pubblichiamo il bilancio degli Argonauti (*vedi tabella accanto*)? Per molti motivi. Perché può essere di aiuto a chi è in procinto di organizzare un convegno; per dare supporto a chi vuole organizzare un convegno non sponsorizzato da ditte in possibile conflitto d'interesse; perché può servire per ricevere consigli su come ripartire meglio le spese nelle future occasioni; per essere trasparenti con chi paga l'iscrizione al convegno e viene così messo a conoscenza su come vengono spesi i denari della quota che ha versato.

Rinnovo del Consiglio direttivo

Al Congresso di Cagliari del 2008 saranno in scadenza i componenti del Direttivo: Francesco Morandi, Angelica Bonvino, Sandro Bianchi e Giuseppe La Gamba. Restano in carica Michele Valente, Gianna Patrucco, Lina Di Maio e Laura Todesco. I gruppi locali e il Consiglio direttivo possono presentare alla presidenza candidature con un breve curriculum da sottoporre alla votazione in Congresso.

Le nostre "Informazioni per genitori"

Sul sito dell'Associazione Culturale Pediatrica (<http://www.acp.it/>) in fondo alla pagina i genitori possono trovare un insieme di informazioni catalogate come "Informazioni per i genitori". Le schede, che vi si trovano, sono già state pubblicate su *Quaderni acp*. I genitori possono trovarle sul sito. Possono liberamente scaricarle o stamparle direttamente: basta un click per ottenere tantissime informazioni e consigli che potranno dare risposta a dubbi e curiosità. Per altre informazioni possono inviare una mail a: redazionequaderni@tiscali.it.

Lettera al Ministro Turco

L'ACP ha inviato il 23 ottobre una lettera al Ministro Turco per esprimere il proprio dissenso rispetto alla decisione di patrocinare un manuale da distribuire alle famiglie tramite i pediatri.

Gentile Ministro, siamo venuti in possesso di un libro (Da 0 a 6 anni: una guida per la famiglia) che i pediatri di famiglia stanno ricevendo e che evidentemente devono distribuire alle famiglie, visto che a queste è destinato e non

BILANCIO DEL CONVEGNO ARGONAUTI 2007

TIPOLOGIA: 134 partecipanti - 25 relatori - 109 iscritti

ENTRATE		USCITE	
ISCRIZIONI	€ 25.980,00	SALE CONGRESSUALI	€ 3024,00
COMUNE Messina	€ 2000,00	IMPIANTI TECNICI	€ 5640,00
PROVINCIA Messina	€ 3000,00	VITTO PARTECIPANTI	€ 14.168,00
REGIONE Sicilia	€ 2500,00	RELATORI	€ 3048,00
		SPESE STAMPA E POSTA	€ 2790,00
		SEGR. ORGANIZZATIVA	€ 3720,00
		SIAE	€ 175,00
		ECM	€ 260,00
TOTALE ENTRATE	€ 33.480,00	TOTALE USCITE	€ 32.825,00
AVANZO DI GESTIONE € 655,00			

ai pediatri. Si tratta di un manuale illustrato di oltre 300 pagine pubblicato da Plada, la società che controlla la Plasmon. Il libro, che contiene pagine pubblicitarie, è patrocinato dalla FIMP e dalla SIP, oltre che dal Ministero della Salute con una presentazione firmata da Lei. Sappiamo che il suo Ministero sta approntando un Decreto Ministeriale a recepimento della Direttiva 141/06 della Commissione Europea che all'articolo 1 recita: "Essa [la Direttiva] prevede inoltre che gli Stati membri recepiscano i principi e le finalità espressi nel codice internazionale di commercializzazione dei succedanei del latte materno relativamente alla commercializzazione, all'informazione e alle responsabilità delle autorità sanitarie".

Vogliamo sperare che il nuovo Decreto Ministeriale, nel recepire il suddetto codice internazionale, proibisca alle imprese interessate agli alimenti per la prima infanzia di predisporre e diffondere, direttamente o indirettamente, materiale informativo e didattico in tema di alimentazione del lattante e del bambino, dato l'evidente conflitto d'interesse. Tale divieto era tra l'altro parzialmente previsto anche dal DM 16 gennaio 2002.

Se così sarà, il libro in oggetto sarà l'ultimo di una lunga serie di pubblicazioni predisposte e diffuse dalle imprese che hanno minato l'allattamento al seno diffondendo la cultura del biberon e dei cibi di origine industriale per l'alimentazione complementare. Cosa cui non si sottrae il libro in oggetto che, oltre a una serie di raccomandazioni non basate su prove scientifiche (e non solo in tema di alimentazione), contiene un errore molto pericoloso. A pagina 106, infatti, nella sezione "Consigli pratici" per l'alimentazione artificiale, consiglia di ricostituire il latte

in polvere con acqua a 37-38 gradi centigradi.

*Ciò contrasta con le raccomandazioni dell'OMS: www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf, dell'EFSA: www.efsa.europa.eu/EFSA/Scientific_Opinion/biohaz_opinion14_ej113_microrisks_v2_en14.pdf e dell'Istituto Superiore di Sanità: www.iss.it/binary/publi/publi/0413.1106219106.pdf, oltre che del suo stesso Ministero che nella circolare del 15 marzo 2006 (prot. 600.12/1.6 b.d/10959), inviata alle imprese e per conoscenza agli assessorati alla sanità delle regioni, chiedeva di adeguare le istruzioni e le etichette alle raccomandazioni di cui sopra. E cioè di indicare che l'acqua deve avere una temperatura di 70 gradi o più per eliminare la possibile contaminazione intrinseca (imputabile al processo di produzione del latte in polvere) o estrinseca (imputabile all'ambiente familiare dopo l'apertura della confezione) da *Enterobacter sakazakii* e altri enterobatteri, potenzialmente letali o molto pericolosi. Come i periti del suo Ministero potranno facilmente constatare, nessun latte in polvere attualmente in commercio ottempera alle direttive del suo Ministero. In conclusione, oltre a esprimerle il nostro disaccordo con questa iniziativa, vorremmo chiederle di assicurarci che in futuro non sarà permesso a produttori e distributori di alimenti di diffondere informazioni sull'alimentazione dei bambini. Speriamo che ciò sia chiaramente indicato nel Decreto Ministeriale in preparazione e che siano previsti meccanismi per evitare che le imprese si sottraggano a quest'obbligo con forme di marketing diretto o indiretto come quelle che coinvolgono, per il marketing indiretto, i servizi e gli operatori sanitari, pediatri in particolare. ♦*

Forum dei lettori sui consultori familiari

Dalla Emilia-Romagna

Caro Direttore,

ho letto con molto interesse l'editoriale del numero di settembre-ottobre ("I consultori familiari: felice intuizione vicina a morire"), e raccolgo l'invito di dare voce agli operatori dei consultori.

La Regione nella quale lavoro, l'Emilia-Romagna, crede a tal punto nel modello dei consultori familiari (CF) da attivare e finanziare uno specifico progetto per la loro riorganizzazione. Da quel progetto sono nati in questi anni diversi sottoprogetti, i principali dei quali riguardano il sostegno all'allattamento al seno, la gestione della gravidanza fisiologica, le azioni rivolte alle fasce deboli, prime fra tutte le popolazioni immigrate e le famiglie con minori disabili o con patologia cronica. Come nel resto del Paese, anche nella Regione sono presenti livelli di cure abbastanza disomogenei, soprattutto in settori come la prevenzione primaria e la promozione degli stili di vita. In generale però non mi pare di poter dire che stiamo assistendo alla prossima morte di questo modello. Ritengo invece che si stia tentando di migliorarlo e di *modernizzarlo*: in questo senso mi sento di confermare alcuni dei punti nodali richiamati nella parte finale dell'editoriale. Il primo punto di forza del nostro CF *revisionato* è il suo inserimento nel Dipartimento di Cure Primarie (DCP); questo passaggio ha permesso di evitare un pericoloso isolamento, promuovendo il lavoro in rete tra settori diversi, sia sanitari che sociali. All'interno del DCP diventano quasi *spontanee* la collaborazione e la sinergia tra pediatri di famiglia e di comunità, ma anche tra pediatri e ostetriche; nel percorso nascita questa collaborazione sta già producendo frutti visibili (per esempio nel sostegno all'allattamento). Più difficile è invece vedere risultati significativi in settori più complessi come l'assistenza integrata a domicilio dei bambini con patologia cronica, ma rispetto al passato stiamo riuscendo a mettere in rete i servizi infermieristici territoriali con settori specialistici come quelli ospedalieri. Un altro ambito che sta aprendo prospettive è il collegamento con i servizi pedagogici e sociali

(compresi i Centri per le famiglie e le associazioni di volontariato) che fino a qualche anno fa lavoravano parallelamente alla sanità. Anche la *vecchia* medicina scolastica si sta convertendo verso azioni più interessanti della lotta alla pediculosità: penso ai progetti per promuovere l'attività fisica e una più attenta alimentazione. Nel sostegno alla genitorialità il CF possiede ampi spazi di intervento, che richiedono coraggio per sperimentare strade nuove e creative, anche se è poi molto difficile misurare l'efficacia di questi interventi.

Un altro importante punto di forza del CF è a mio avviso la dimensione multidisciplinare (anche questo ben descritto nel suo editoriale), che sta promuovendo una nuova modalità di lavoro; in questo ambito l'attività territoriale può rappresentare un vero e proprio laboratorio, in grado di contagiare settori più chiusi e monolitici (come alcuni reparti ospedalieri).

Per la maggior parte delle realtà nazionali uno dei punti di debolezza del sistema territoriale è probabilmente l'integrazione con l'ospedale di riferimento (o la rete ospedaliera là dove esistente). Su questo delicato passaggio mi permetto di segnalarle la particolarità del nostro sistema reggiano. Per decisione di qualche illuminato dirigente, nella nostra azienda da diversi anni i pediatri del territorio, oltre che sul territorio, lavorano anche nel punto nascita, e il responsabile della pediatria di comunità è anche il responsabile dell'assistenza neonatale in ospedale; lo stesso dicasi delle ostetriche e del loro responsabile, e nei distretti privi di punto nascita un unico responsabile gestisce salute donna e pediatri di comunità. In questo modo molti operatori lavorano sia in ospedale che sul territorio e la figura apicale, che gestisce entrambi gli ambiti, non può che andare d'accordo con se stesso, evitando così inutili e sterili conflitti tra gli interessi territoriali e quelli ospedalieri.

Nella nostra realtà questo modello organizzativo sta funzionando, permettendo lo svolgimento di numerose attività e iniziative, senza dover contare su organici particolarmente abbondanti.

Personalmente concordo con quanto ha affermato Grandolfo, secondo il quale i consultori familiari sono un *modello moderno*, e proprio perché la loro salute non è delle migliori, in attesa di politici e legislatori illuminati, in quanto medici possiamo tentare qualche cura; gli strumenti e le idee credo non manchino, forse sono la motivazione e la fiducia ad essere diventate merce rara.

Alessandro Volta

Dalla Sardegna

Caro Direttore,

l'editoriale del numero di settembre-ottobre mi dà l'occasione per riandare alla mia vita da consultoriale. Laureato e specializzato in pediatria e con famiglia da crescere, alla matura età di 35 anni (siamo nella metà degli anni '80) parto per le prime esperienze professionali verso la Sardegna centrale per lavorare come specialista ambulatoriale nei consultori ex ONMI di Mogoro, Oristano e Ales, armato di buona volontà ed entusiasmo. Da mattina a sera visito bambini e parlo con mamme, con l'autorità e il linguaggio necessari a "imporre" principi e soluzioni sanitarie che non potevano essere discussi da chi andava educato forzatamente, come mi avevano insegnato all'università. Motivo principale delle visite: patologie ricorrenti come gastroenteriti e infezioni respiratorie raramente gravi che attribuisco, visto l'abbigliamento e le condizioni di nutrizione dei bambini, alla condizione socio-economica delle famiglie. Il tutto in rigorosa solitudine, in locali poveri e tristi, pareti scrostate e soffitti umidi, arredi da mercatino delle pulci, strumentari scassati, lampadine fioche, niente riscaldamento. Dopo una breve parentesi di lavoro in qualche ospedale di provincia, torno all'opera nei consultori della Medio-campidano (Guspini, Villacidro e S. Gavino) trasformati intanto da "materno-infantili" in "familiari" e arricchiti da altre figure professionali: ginecologa, psicologa, assistente sociale, ostetrica, con le quali dovevo (leggi 405 e 194) programmare le attività del consultorio. Scopro così il lavoro d'équipe; sento parlare di corsi di "preparazione al parto", di deter-

minanti psico-sociali delle malattie, di corsi di educazione alimentare e alla sessualità, di interventi nelle scuole.

Ecco: inizia così la mia metamorfosi professionale agli inizi degli anni '90, con la "formazione sul campo" di azioni e opere che 11 anni di studio e 50 docenti non mi avevano lasciato intravedere.

Contemporaneamente cambiano anche i consultori: strutture più accoglienti e funzionali, illuminati e riscaldati, grazie al contributo degli stessi operatori: partecipo alla individuazione di locali, arredi e strumentazioni, alla loro attivazione e organizzazione.

Sento sempre più forte il senso di inadeguatezza e ancor più forte l'esigenza di un confronto col mondo sanitario esterno. Dopo alcuni incontri con altri pediatri consultoriali scopro che queste esigenze sono comuni e individuo nell'ACP una possibile soluzione.

L'Associazione ci permette di riunire tutti i pediatri consultoriali della Sardegna, di creare un tavolo di formazione e confronto, di attivare degli incontri con la pediatria ospedaliera e con i pediatri di base; da questi incontri emerge una diffidenza che impedisce di fatto dei rapporti costanti e produttivi e che ritroverò anche dopo il mio trasferimento ai consultori di Monserrato e Pirri (Cagliari).

In questa sede (siamo nella seconda metà degli anni '90) verifico una trasformazione della popolazione consultoriale da mamme casalinghe e di bassa scolarità con figli affetti da patologie stagionali a mamme impiegate, insegnanti e professioniste spesso laureate con figli affetti da altri problemi e che richiedono altri interventi. Questo cambio di utenza modifica pure l'atteggiamento dell'"opinione pubblica" nei riguardi del CF. Lo trasforma in sede sanitaria con dignità propria e dalle prestazioni gradite e ricercate: così risulta dai nostri questionari di gradimento. È un grosso cambiamento!

Verso l'anno 2000, a seguito di vari corsi formativi (quasi sempre a mie spese per il mio non-feeling con sponsor farmaceutici e ditte di latti) e al Progetto Obiettivo Materno-Infantile, capisco meglio il mio nuovo ruolo di pediatra educatore sanitario, empatico e informale, attivo "in rete"; mi diventano sempre più familiari temi come l'allattamento al seno, il maltrattamento infantile e la promozione

della genitorialità su cui cerco di indirizzare buona parte delle mie risorse.

Noto un cambiamento negli altri componenti dell'équipe: maggiore disponibilità al confronto e maggiore facilità a un lavoro con obiettivi condivisi, aiutati dalla frequenza degli incontri collegiali e da una crescita formativa comune. Ne risulta un affinamento dei percorsi di salute che porta a un incremento degli afflussi (da 800 a 2000 per anno), favorito anche dalla mancanza di tickets, dall'accesso diretto e dall'offerta attiva.

L'incremento si colloca su percorso nascita, adolescenti (spazio giovani) e prevenzione oncologica.

Sono mutato professionalmente, e questo è stato il mio percorso di cambiamento in strutture nelle quali si può fare buona attività di promozione della salute se si superano l'improvvisazione aziendale e quella diffidenza che impedisce di fatto l'inserimento "in rete" dei consultori familiari con l'altra pediatria, universitaria, ospedaliera e di base.

Ottimista o pessimista verso il futuro? L'invecchiamento delle risorse umane mi farebbe propendere verso il pessimismo, ma alcune novità del programma regionale sardo di riordino dei CF e l'estensione del processo di governance della mia ASL ai CF con investimento di nuove risorse mi spinge a un moderato ottimismo in attesa della prova dei fatti. Quei piccoli arredi, registri e strumentazioni ex ONMI sono stati da me raccolti e donati al Museo di Storia della Medicina in cui fanno bella mostra nella sede dell'Ordine dei Medici di Cagliari.

Silvio Arda

Un'indagine induce al pessimismo

Caro Direttore, ho letto l'editoriale "I Consultori familiari: felice intuizione vicina a morire" del numero 5 di *Quaderni acp* (sempre buona la rivista). Ne ho condiviso il titolo, anche tenendo conto di uno dei miei molti passati: l'attività territoriale. Sono stato richiamato a un ulteriore pessimismo da una indagine di *Altroconsumo* (ottobre 2007) sulla reale presenza e attività nelle ASL dei consultori familiari di cui nell'articolo vengono forniti alcuni dati del 2002, riferiti a una indagine dell'Istituto Superiore di Sanità. Riferiti

agli abitanti si andrebbe per ogni 20.000 abitanti da una dotazione dallo 0,7 al Nord allo 0,8 al Centro, allo 0,7 al Sud, allo 0,7 nelle Isole: lo standard dovrebbe essere di 1/20.000 abitanti.

I dati di *Altroconsumo* (2007) raccolti direttamente in 147 consultori a Bologna, Milano, Napoli, Palermo, Roma e Torino sono molto più pessimistici. Anzitutto il numero dei CF, le sedi, gli indirizzi, i numeri di telefono forniti dal Ministero sono spesso del tutto diversi da quelli delle ASL: a Palermo per il Ministero il consultorio è solo 1 mentre per l'ASL sono 20, ma ne sono stati ritrovati solo 17. Quindi alcuni sono solo sulla carta. A Bologna (la Bologna delle antiche eccellenze) dei 14 consultori elencati nel sito della Regione ne sono stati trovati realmente attivi solo 9. In buona sostanza invece di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti a Bologna e Palermo ne hanno trovato (arrotondando) 1 ogni 40.000, a Roma e Torino 1/60.000, a Milano 1/70.000, a Napoli 1/80.000. A parte il numero, la funzionalità (liste di attesa, consulenze ecc) sembra davvero molto modesta e non brillano certo i consultori del Nord rispetto a quelli del Meridione. Del resto perché stupirci. Sbaglio o l'ultimo finanziamento dedicato ai consultori è di due governi fa?

Efrem Marri

La lettera di Volta letta in parallelo con l'articolo di Rossi e Farneti (p. 32) ci dà delle indicazioni già sperimentate del come e dove muoversi proprio in quell'aspetto della multidisciplinarietà in cui il CF deve andare se non vuole isterilirsi e poi morire.

Anche l'articolo delle AS della Valle d'Aosta (pag. 35) ci dà un buon modello per le aree montane che può essere meditato.

Particolarmente interessante il modello dei pediatri del territorio che lavorano anche nel punto nascita, cioè nell'ospedale che Volta ci descrive.

L'ipotesi che la motivazione e la fiducia ai CF siano diventate merce rara è plausibile; anche se la lettera di Arda descrive bene come l'attività del CF sia capace di indurre forti modificazioni interne in chi ci lavora.

Motivi di ottimismo dunque, ma la lettera di Marri ci lascia preoccupati. Ma proseguiamo con i contributi.

Un pediatra a misura di problemi

Caro Direttore, il rapporto 2007 sulla salute del bambino in Italia conferma le indicazioni già emerse dal rapporto 2005:

1. forti diseguaglianze Nord-Sud sul numero di parti cesarei e sulla mortalità perinatale;
2. gravi carenze nell'assistenza dei pazienti cronici e/o con disabilità;
3. ulteriore aumento della "epidemia" di sovrappeso-obesità;

4. scarsa attenzione all'area della salute mentale.

A fronte di ciò vige un sistema orientato fondamentalmente nei confronti del cosiddetto "banale-quotidiano" con spreco di risorse tanto più intollerabile in

quanto contrapposto alla quasi totale "disattenzione" nei confronti delle relativamente poche situazioni gravi-multi-problematiche. A ciò si aggiunge anche la (mediamente) bassa attenzione rivolta al sostegno delle capacità di genitori lasciati sempre più soli a combattere la propria ansia.

In questo contesto giungono il confronto e la discussione sulla revisione del modello organizzativo dell'assistenza pediatrica. Nel corso del Congresso nazionale dell'ACP tenutosi a Trani si è discusso anche di questo, insieme ai massimi vertici di SIP e FIMP: tale discussione è ruotata fundamentalmente intorno al problema di come assicurare un'assistenza pediatrica sul territorio, attiva 24 ore al giorno. Non so quale modello sarà adottato; quello che mi preoccupa è che si continua a discutere come se i bisogni di salute emersi dagli ultimi rapporti fossero esattamente quelli del "banale-quotidiano". Il nostro tasso di ospedalizzazione è tra i più alti al mondo; il numero di accessi impropri al Pronto Soccorso è ormai impossibile da quantificare; abbiamo per tanto tempo istituito servizi che hanno creato bisogni fittizi e non in risposta a bisogni reali; la Sanità ormai rischia di affogare nella tempesta della inappropriata degli interventi che inseguono (ma anche creano) una domanda "impazzita". Ebbene non si pensa a come razionalizzare e rendere più giusto il sistema, ma ci si preoccupa di come rispondere alle richieste banali-quotidiane per 24 ore invece che per 12. È questa la soluzione? Possibile?

Se poi il bambino con paralisi cerebrale o l'adolescente con depressione o con autismo (per non parlare di quelli affetti da patologie rare) hanno un percorso assistenziale abbandonato al solo sostegno della famiglia è problema per il quale esprimeremo il massimo rammarico ma che non sembra essere al primo posto nei pensieri di chi discute di questo riordino. Ancor meno si ha l'impressione che ci si preoccupi di attrezzare il sistema per renderlo capace (o più capace) di dare un sostegno ai genitori per aiutarli a rafforzare le proprie competenze e capacità e rendersi così autonomi dalla tutela dell'operatore sanitario almeno per la gestione degli atti più normali della normale vita quotidiana.

L'ACP, in verità, in questo campo si è mossa, basta guardare le quattro priorità che si è posta o basta rileggere il programma dell'ultimo Congresso nazionale di Trani (meglio sarebbe stato esserci); ma ho paura che non basti, anche perché l'ACP non è presente al tavolo della discussione con la parte pubblica. Trovo necessario fare qualcosa di più, dato che

chi al tavolo sarà invece presente sembra orientato ad affrontare la questione proprio nel modo suddetto.

Per una volta bisogna invece nel concreto dei fatti pensare alle necessità vere dei bambini prima che alle nostre, peraltro giuste, motivazioni di tutela lavorativa.

Tra i nuovi compiti della pediatria del territorio (per ora chiamiamola così) ci dovrebbe poi essere un concreto impegno nel campo della ricerca; qui vedo un altro concreto rischio dovuto al fatto che la più importante forza sindacale (la FIMP) si propone al tempo stesso come la più forte società scientifica pediatrica operante sul territorio: sarà possibile distinguere il ruolo sindacale da quello scientifico? Nel passato mi sembra che non sempre questo sia stato possibile. Dinanzi a questi fatti penso a un intervento forte (cioè con esposizione mediatica) dell'ACP presso le organizzazioni sindacali e presso la parte pubblica, chiedendo che la discussione in atto si sposti sugli obiettivi di fornire servizi più efficaci ai (pochi) malati veri (che però richiedono un impegno speciale in un percorso da semplificare ma al tempo stesso da rendere praticamente meglio fruibile), di assistere i genitori e le famiglie per aiutarli a rafforzare le loro competenze anche con il ricorso a operatori non medici, di migliorare le capacità di intervento nel campo della salute mentale in tutte le sue varie manifestazioni, di stimolare gli interventi nel campo della "salute ambientale" in senso lato.

A loro il compito poi di stabilire come tale servizio si debba strutturare (Unità pediatriche o altro); l'importante è che *cerchiamo di guardare il mondo dalla prospettiva del bambino, evitando di proporci come un muro di professionalità che limiti le sue naturali aspirazioni*; lo ha detto N. Vendola (politico "per sbaglio", visto che il suo appassionato e applaudito intervento al Congresso di Trani è stato privo di una sola parola in "politichese").

Rosario Cavallo

Non c'è dubbio che il problema è quello che dici: concentrarsi sulle patologie vere e lasciarsi alle spalle il "banale quotidiano". La discussione al Congresso ACP di Trani è in effetti avvenuta su un problema, da questo punto di vista secondario, ma va detto che il DDL Turco dal quale è partita la discussione dice poco di più di questo, come facciamo notare nell'Editoriale (vedi pagina 1) di questo numero. Quando, con i decreti delegati, si avrà di fronte un disegno più generale, se ne dovrà parlare con altra profondità e a quanto so, una presenza dell'ACP ci sarà. Il problema di sindacati che fanno

ricerca non esiste solo in campo medico; basta pensare al dipartimento macroeconomico e ai grossi centri studi e ricerche dei sindacati confederali. Nel nostro campo riveste maggiore delicatezza per i motivi che tutti conosciamo e che riguardano il conflitto di interesse relativo alla presenza del terzo pagante. E quindi non per il fatto che un sindacato faccia ricerca ma semmai sulla qualità e l'indipendenza assoluta della ricerca. Ma questo vale anche per noi.

Che qualcosa di buono abbiamo prodotto.

Questa sì che è assistenza integrata

Cari amici,

a proposito di assistenza integrata, questa ve la devo proprio raccontare.

Molti sanno quanto io sia pessimista e negativa perché stiamo perdendo riferimenti storici e burocratizzando tutto. Gli operatori della mia età vanno in pensione, non vengono rimpiazzati, i rapporti con i centri convenzionati sono difficili, ecc. E da pessimista, mi pareva che i giovani non fossero preparati a lavorare insieme. Invece andrò in pensione con più gioia e fiducia nei giovani. Bene: ieri nuova riunione a scuola per R., una piccina di 6 anni, spina bifida.

C'era il nuovo *giovane* fisioterapista, che la segue da un anno, c'era la nuova *giovane* assistente sociale, che la conosce da poco, c'era la nuova *giovane* infermiera che va a scuola per il cateterismo intermittente, due volte al giorno, e poi le quattro *giovani* maestre della scuola materna, la coordinatrice, e due *giovani* maestre della scuola elementare che l'accoglieranno; e poi la mamma, e la pediatra (l'unica *vecchia*, appunto).

La mamma ha riferito i suoi dubbi e le sue osservazioni: messe a verbale. La nuova assistente sociale si è limitata a far girare con un sorriso un foglio e una penna per raccogliere i nomi, le qualifiche e i numeri di telefono di tutti, e poi ha fatto una fotocopia per ognuno di noi: ecco un gesto che vale più di tante scartoffie. Il fisioterapista ha analizzato tanti aspetti di motricità fine, coordinazione e autonomia con le maestre, che erano al settimo cielo perché lui è competente, per nulla supponente, e pratico, e lavora bene.

L'Assistente Educativo Culturale del Comune ha potuto esprimere i suoi problemi di tempi e gestione del tutore e della carrozzina elettrica, fino a concordare che l'anno prossimo si metteranno dei banchi regolabili in altezza tutti uguali nella futura classe, per evitare il banco "speciale" per R.

L'infermiera ha concordato orari che non interferiscono con le attività di classe (è

abituata a fare l'insulina e sa cosa significa andare a orario). La coordinatrice ha verbalizzato tutto e trasferirà i documenti alla scuola elementare. La pediatra è stata zitta, in estasi. Insomma, amici cari, facciamo circolare anche queste notizie di buone pratiche silenziose! Facciamo dei manifesti! Viva i giovani impegnati e sani: sono una realtà magnifica.

Flavia Luchino

Forse questo racconto doveva esser fatto al Convegno della SIMGePeD di novembre (vedi editoriale a p. 1 di questo numero). Forse bastano le persone a fare funzionare le cose? Quando non ci sono le persone, è difficile farle funzionare anche delineando precise strutture? Ma quella che ci racconta Flavia Luchino era più che un insieme di persone; era una vera "struttura". Nata per caso o per un disegno non sappiamo, ma era una vera "struttura".

Latte materno e celiachia

Caro Direttore, forse è già stato segnalato ma nel numero di *Quaderni acp* 14(5), nell'articolo: "Di quanto si riduce una malattia...", a p. 218 si afferma che, se tutti i bambini inglesi e gallesi fossero allattati esclusivamente al seno per 3 mesi, avremmo una riduzione di asma, obesità e celiachia; capisco i primi due ma non mi risulta la riduzione di celiachia. Un caloroso saluto

Rosario Cavallo

L'articolo è stato proposto ai lettori di Quaderni acp con l'obiettivo di presentare una misura statistica che dà un'idea del peso che un fattore di rischio (il PIN-ER-t) ha su una determinata patologia, "tenendo presente - come è stato scritto nelle conclusioni di p. 219 - che tanto più i RR da cui deriva il calcolo sono affidabili, tanto più il messaggio sarà rispondente alla realtà". L'esempio dell'asma, della celiachia e dell'obesità riportato nell'articolo non è nostro, ma è quello pubblicato su Archives of Diseases in Childhood e deve essere inteso come una "provocazione" per attirare l'attenzione del lettore, perché, come dice bene Cavallo, non è definitivamente dimostrato che l'allattamento al seno sia così "protettivo" nei riguardi di queste patologie.

L'esempio da noi riportato, applicando il PIN-ER-t alla SIDS, è più "realistico".

Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali

Aosta - Piazza Deffeyes - Palazzo Regionale

"SUI PASSI DI MARIA BONINO..."

parliamo di Cooperazione e Pediatria in Africa e dell'impegno nel raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nel 2015

Convegno 4-5 aprile 2008

Venerdì 4 aprile

- ore 8,30 Registrazione partecipanti
 ore 9,00 Saluti delle Autorità
 ore 9,30-10,30 **Obiettivi di Sviluppo del Millennio e Africa**
 Moderatore Franco Panizon (Trieste)
Obiettivi del Millennio e Diritto alla salute in Africa: rafforzare i sistemi sanitari
 Don Dante Carraro (CUAMM)
La dimensione antropologica e sociologica del rapporto mamma-bambino nell'Africa sub-sahariana
 Mara Mabilia (Padova)
- ore 11,00-12,00 **Obiettivo di Sviluppo 4 "Ridurre la mortalità infantile"**
 Moderatore Franco Panizon (Trieste)
Epidemiologia del 3x5: il bambino gravemente malnutrito
 Dunia Ismail (Palermo)
Come affrontare nel concreto il grave problema della malnutrizione
 Milton Tectonidis (MSF)
- ore 12,00-13,00 **Obiettivo di Sviluppo 5 "Migliorare la salute materna"**
 Moderatore Don Dante Carraro (CUAMM)
Situazione sanitaria delle donne e mamme africane: cause di mortalità e morbilità
 Ambrogio Sangalli (Biella)
Come e cosa si può fare per la donna e i bambini africani
 Chiara Pierotti (Milano)
- ore 13,00 Discussione
- ore 14,30-16,00 **Obiettivo di Sviluppo 6 "Combattere l'HIV/AIDS, la Malaria e altre malattie quali la Tuberculosis"**
 Moderatore Mario Raviglione (OMS)
HIV/AIDS
 Filippo Ciantia (AVSI, Uganda)
TBC
 Giuliano Gargioni (OMS)
Malaria
 Sergio Spinaci (OMS)
- ore 16,30-17,30 **Febbri emorragiche: assistere il malato e contenere le epidemie**
 Moderatore Silvano Meroi (Protezione Civile Valle d'Aosta)
Protocollo per il rientro dei pazienti affetti da febbre emorragica: storia di una collaborazione
 Guido Bertolaso (Protezione Civile Roma)
Linee guida per indagare su una epidemia di Marburg/Ebola
 Roberto Turra (CUAMM)
- ore 17,30-18,30 Discussione e chiusura dei lavori

Sabato 5 aprile 2008

- ore 9,00-10,30 *Consegna Borsa di studio Maria Bonino*
 Intervento Presidente Fondazione Maria Bonino; Paolo Bonino
- ore 11,00-12,30 **Tavola rotonda: testimonianze di interventi in Africa**
 Moderatori: Antonio Cerruti (OdM Valle d'Aosta) e Franco Panizon (Trieste) - Giovanni Cardellino (Aosta) - Laila Costantino (Roma) - Andrea Felappi (MSF) - Luca Maino (MSF) - Marco Sarboraria (Aosta) - Marinella Ciarlo (Aosta)
- ore 12,00-13,00 *Discussione e chiusura dei lavori* Franco Panizon (Trieste)
 Tests finali ECM

L'iscrizione al Convegno è gratuita. È stato richiesto accreditamento ECM

Segreteria scientifica e organizzativa: Paolo Bonino bonen@libero.it
 Liliana Pomi liliana.pomi@tiscali.it
 Marisa Bechaz m.bechaz@libero.it

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...

- [Concorso Fotografico "Pasquale Causa": Ripartiamo dai Bambini](#)
- [Il caso di Nancy Olivieri ricercatrice onesta](#)
- [Sperimentazione e violazione dei diritti](#)
- [Un libro per bambini fa crescere l'amore per la musica](#)
- [Cioccolato in fiale: i diritti delle bambine e dei bambini in ospedale](#)

venerdì 11 gennaio 2008



Concorso Fotografico "Pasquale Causa": Ripartiamo dai Bambini



L'Associazione Culturale Pediatri, nell'ambito del Convegno Argonauti IX (Messina 2-4 Maggio 2008) indice un concorso fotografico sul tema "Ripartiamo dai bambini", per ricordare Pasquale Causa.

Regolamento

Al concorso potranno partecipare tutti coloro che intendono partecipare al Convegno.

Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno. Gli autori dovranno sentirsi liberi di esprimere la propria creatività, pertanto le foto non dovranno essere necessariamente di contenuto medico-scientifico.

Le foto dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, telefono, e-mail e qualifica dell'autore, e dalla liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato.

Le foto potranno essere fornite o in formato a stampa (in 2 copie) o in formato digitale.

Le foto in formato a stampa dovranno essere inviate al seguente indirizzo postale:

Google™ Custom Search

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

[Ambiente](#) (3)

[Annunci](#) (1)

[Appuntamenti](#) (4)

[Comunicazioni](#) (3)

[CSB](#) (2)

[Disuguaglianze](#) (2)

[Documenti](#) (2)

[Farmaci](#) (3)

[Info: notizie sulla salute](#) (46)

Editoriale

- 1 Malattie genetiche e disabilità a elevata complessità assistenziale
Redazione di Quaderni acp

Saper fare

- 3 Pasquale Causa; in memoriam
4 La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno alla genitorialità
Pasquale Causa

Ricerca

- 8 Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale
Luciano de Seta, Franca Parizzi, Giovanna Patrucco et al.
15 La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza?
Claudia Carletti, Adriano Cattaneo

Info

- 20 Sit-in in difesa dell'allattamento
20 Commissione parlamentare in difesa dell'allattamento materno
20 "Ospedale Amico dei Bambini": siamo a 14
20 Nasce l'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza
21 Povertà globale e riviste mediche
21 Il caso Iraq
21 Il caso Birmania
21 Plasmon multata
21 Guida per le famiglie veicolata dalla Plasmon
21 Pubblicità trasparente
21 Videogiochi: in Italia, nel 2006 spesi oltre 740 milioni

Osservatorio internazionale

- 22 Lanciato dall'UNICEF IRC il Rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS"
Redazionale
23 Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda
Emilio Canidio

Leggere e fare

- 26 Linee guida a confronto
Un'analisi critica di due linee guida sull'asma infantile
Roberto Buzzetti

Il caso che insegna

- 30 Grave shock dopo una dose di cefaclor per os
Fortunato Pannuti, Marco Maglione, Luciano de Seta

Esperienze

- 33 Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività
Massimo Farneti, Oscar Rossi
35 L'assistente sanitaria nel Percorso Nascita dei consultori familiari della Valle d'Aosta
Assistenti Sanitari della Valle d'Aosta

Vaccinacipi

- 37 Vaccino contro il papillomavirus: cosa succede, cosa si dice, cosa dire
Luisella Grandori

Libri

- 38 Diario di una paziente *Tonina Facciani*
38 Cattive acque *Tom Jefferson*
39 Il Re del Mercato *Gionata Bernasconi*
39 I viaggi perduti *Un progetto di Luciano Del Sette*

Informazioni per genitori

- 40 Come preparare in casa il latte in polvere
Sergio Conti Nibali

Film

- 41 *Rosso Malpelo: tra Verga e Scimeca*
Italo Spada

Nati per Leggere

- 42 Puglia
42 Lombardia
42 Lazio

Acp news

- 44 Il bilancio del Convegno Argonauti 2007
44 Rinnovo del Consiglio direttivo
44 Le nostre "Informazioni per genitori"
44 Lettera al Ministro Turco

Lettere

Forum dei lettori sui consultori familiari

- 45 Dalla Emilia-Romagna
Alessandro Volta
45 In Sardegna
Silvio Arda
46 Un'indagine induce al pessimismo
Efrem Marri

- 46 Un pediatra a misura di problemi
Rosario Cavallo
47 Questa sì che è assistenza integrata
Flavia Luchino
48 Latte materno e celiachia
Rosario Cavallo

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2008 è di 100 euro; il 30% è attribuito al gruppo locale di appartenenza. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta inviare una richiesta (fax 0793 027471 o una e-mail a acpnazionale@tiscali.it con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota sopra indicata. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere "Quaderni acp" e, se richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura. Hanno diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti come la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Possono partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri argomenti. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.