

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



marzo-aprile 2008 vol 15 n° 2

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
March-April 2008; 15(2)

49 Editorial

Health service evaluation: necessity and evasion
Giancarlo Biasini

50 Research

Breastfeeding information in Tuscany: mothers born in Italy compared to foreign born mothers
Monia Puglia, Veronica Casotto, Franca Rusconi et al.

56 Research letters

Infectious mononucleosis: immunoenzymatic diagnosis with rapid test
Giorgio Tamaro, Michela Donato, Sergio Parco

59 Current issues

Bad wolves, self-conscious lambs, careful shepherds
Doriana Chiuchù

63 Public health

A surveillance and management pathway on vaccines' adverse reactions
Luisella Grandori, Maria Giulia Gatti, Nadia Lugli et al.

68 Info

70 A window on the world
Relationships between physicians and industry
Adriano Cattaneo

What, if the a pandemic arrives?
Speaking about pre-pandemic vaccines
Tom Jefferson

73 Scenarios

Acute gastroenteritis: is there an indication for "diet therapy"?
Elena Cama, Angela Alfarano, Andrea Chiaro et al.

75 Personal accounts

"Nati per Leggere"
in paediatric ambulatory care facilities
Costantino Panza

76 Proposals

Emilia-Romagna Region's Guidelines on pharyngotonsillitis and acute otitis media
Simona Di Mario, Carlo Gagliotti, Mara Asciano et al.

78 Appraisals

Parent-child relation and therapeutic relation in the paediatrician's office
Francesco Ciotti

83 Forasustainableworld

Indoor pollution and anemia, air pollution and asthma
Laura Todesco, Giacomo Toffol

84 Vaccinacipi

Meningococcus: lets keep an eye on it!
Luisella Grandori

85 Farmacipi

Honey is the best treatment for cough
Antonio Clavenna, Filomena Fortiguerra

86 Books

88 Moovies

89 Born to read

The music of words
Angela Dal Gobbo

92 Meeting synopsis

94 ACP News

95 Letters

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
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 "Lo scolaro povero"
(particolare) (1875-1876), Antonio Mancini.
Roma, Galleria Nazionale d'Arte Moderna.

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

Esempio per le riviste e per i testi

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

(2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo.

La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione

Giancarlo Biasini, Direttore *Quaderni acp*

Parole chiave SSN. Valutazione. Aziende sanitarie. Equità. Disuguaglianze

Vi ricordate il SiVeAS?

Avrebbe dovuto essere il *Sistema nazionale e regionale di Verifica e controllo dell'Assistenza Sanitaria* inserito nella Finanziaria del 2006 (legge 23 dicembre 2005) e che persisteva all'art. 3 della prima bozza del DDL Turco, denominato "Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN", collegato alla Finanziaria 2008 e svanito con la crisi di governo. Nonostante la crisi, merita discuterne il contenuto. L'art. 3 di cui si diceva contiene ora un comma che attribuisce le funzioni svolte dal SiVeAS (che in realtà non è mai stato operativo) al Sistema nazionale di valutazione del SSN. Le sue modalità di funzionamento sono demandate alla Conferenza Stato-Regioni; sarà alimentato dalle informazioni dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'AIFA e di altre Agenzie. Il Ministero aveva affidato all'ASSR il compito di mettere a punto un sistema di valutazione omogeneo per tutti gli ambiti del SSN. L'Agenzia si era data un anno di tempo per produrlo attraverso un set di indicatori condivisi; che non è cosa da poco, sia per i tempi che per la "condivisione", dato che per ora le regioni che attuano sistemi di valutazione interni sono poche, anche se tutte dichiarano, a gran voce, di volerlo. Appellandosi alla "condivisione" – dice il direttore dell'ASSR – le regioni non vogliono un sistema calato dal Ministero e comunque da "terzi". Con "terzi" essi intendono probabilmente la Toscana, che ha messo a punto un sistema che sembrava avere l'appoggio del Ministro della Salute, dal quale veniva additato come modello di riferimento.

Le altre regioni che hanno dichiarato di avere un sistema già avviato di valutazione sono Lombardia, FVG, Umbria, Abruzzo. A parte i modelli, non c'è dubbio che il sistema debba avere alcune caratteristiche implicite sulle quali, nonostante la caduta del DDL Turco, vale la pena soffermarsi. Tale sistema dovrebbe essere:

– **uniforme** per tutto il territorio nazionale in modo da permettere quella operazione di benchmarking sui risultati per la quale è nato. Deve essere capace di valutare contemporaneamente aziende sanitarie di diversa complessità: le grandi strutture, ma anche le cure domiciliari e le performance di singoli gruppi di operatori;

– **costante** nel tempo, cioè non occasionale ma continuo; lo *star rating* (da zero a tre stelle) del National Health Service inglese è annuale;

– **rapido**, cioè deve offrire dati disponibili nell'anno in cui si verificano e non ottenuti con il larghissimo ritardo di quelli ISTAT; il ritardo li rende utili solo storicamente;

– **longitudinale e trasversale**, cioè capace di valutare il progresso in continuo rispetto alla situazione precedente delle singole entità valutate, e capace di confrontare trasversalmente le situazioni;

– **semplice e leggibile** anche dai cittadini. Questo è un elemento essenziale: i dati delle ASL sono quasi sempre comprensibili solo da chi li ha elaborati. La comprensibilità dei dati è essenziale per consentire alle conferenze territoriali e ai cittadini una valutazione delle scelte del sistema e quindi una partecipazione (declamata ma mai attuata) al governo della sanità. I dati 2006 di ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) relativi alla mortalità evitabile per ASL erano di grande interesse, perché permettevano un buon benchmarking sui risultati delle singole ASL, ma erano di assai difficile lettura per i cittadini;

– **premiante**, cioè non "senza conseguenze". Non può non esserci premio, in qualche modo, sia per le ASL che per i professionisti che hanno contribuito al successo in termini di qualità a pari disponibilità dei servizi. E non solo, come sembra accadere nel modello toscano con l'incentivazione delle sole direzioni aziendali;

– **pubblico**, cioè reso disponibile sui giornali, web e TV locali e nazionali. I dati ERA 2006 erano nella disponibilità di chi voleva accedervi solo con un meccanismo particolarmente difficile;

– **condiviso**, cioè partecipato anche dal personale delle ASL/AO. Questo risulta spesso escluso dall'elaborazione dei criteri di valutazione del suo operato, non esistendo sistemi di "buona comunicazione" interna fra dirigenza e operatori al di là degli sclerotici organi burocratici.

Si accennava sopra al sistema di valutazione della Toscana. A quanto si conosce dalle ricostruzioni della stampa, si compone di 130 indicatori raggruppati in 50 indicatori sintetici, espressione di 6 aree.

1. Livelli di salute della popolazione riguardanti le principali cause di mortalità.

2. Perseguimento di obiettivi aziendali, cioè lo star dentro agli orientamenti strategici della regione. Ci si può chiedere chi definisca come "buone" le strategie assistenziali delle singole regioni. Non c'è il rischio di autoreferenzialità, per eliminare la quale nasce il sistema di valutazione?

3. Qualità, efficienza, appropriatezza clinica e organizzativa dei servizi erogati.

4. Soddisfazione degli utenti per alcune tipologie di servizi. In questo ambito i criteri di valutazione sono essenziali perché a fronte di un diffuso sentimento di insoddisfazione gran parte delle ricerche dimostra un eccellente gradimento dei servizi da parte della popolazione.

5. Soddisfazione del personale; elemento questo talora valutato, ma raramente preso in considerazione per un giudizio sulle direzioni aziendali.

6. Capacità delle aziende a essere efficienti in termini economico-finanziari, meccanismi gestionali, efficienza operativa.

Ciò che sfugge però a ogni valutazione a livello regionale o di ASL, pur esistendo metodologie di studio, è l'equità nella disponibilità dei servizi. Persone con bisogni simili hanno disponibili, quantitativamente e qualitativamente, le stesse cure? O vi è disuguaglianza in base al reddito, all'età, al sesso, alla posizione sociale, al grado di istruzione? Non cesseremo di sottolineare come questo sia un nodo politico che si ha una gran voglia di eludere. Troppo difficile o troppo scomodo? ♦

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

editoriale

Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana

Monia Puglia*, Veronica Casotto*, Franca Rusconi^o, Eva Buiatti*

* Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze

^o UO di Epidemiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze

Abstract

Breastfeeding information in Tuscany: mothers born in Italy compared to foreign born mothers

Objective To assess and compare breastfeeding information given in Tuscany to Italian and foreign born women.

Methods The study was carried out between November 2004 and July 2005. We included a sample of women that gave birth to an alive newborn in one of the 27 Tuscan hospitals providing maternity services with 250 or more deliveries per year. A questionnaire with closed and pre-coded questions was sent to all women two to three months after delivery; the response rate was good (89.1%). Analyses are presented according to the woman's immigration status.

Results Among mothers interviewed, 62.2% attended a prenatal preparation course during pregnancy, and almost all of them received breastfeeding information; 38.8% received breastfeeding information from other sources, while 26.6% didn't receive any information (58.9% of Italian versus 21.6% of foreign born women). During hospitalization, 78.5% received breastfeeding information (80% of Italian versus 68.7% of foreign born women) and 92.6% were shown how to breastfeed. Finally, at hospital discharge 73.5% were encouraged to breastfeed their baby on demand, and about half received information on a referent to ask for help to in case of breastfeeding problems.

Discussion These results show some gaps in breastfeeding information. The support during puerperium isn't in according to OMS/UNICEF recommendations. The lack of information is significantly higher for foreign born women and, independently, for women with lower educational status.

Quaderni acp 2008; 15(2): 50-55

Key words Breastfeeding information. Foreign women. Tuscany

Obiettivo Valutare e confrontare le informazioni sull'allattamento al seno in Toscana tra le donne italiane e le donne straniere.

Metodo L'indagine si è svolta tra novembre 2004 e luglio 2005. Sono state intervistate, dopo circa due-tre mesi dal parto, 2071 donne (tasso di risposta 89,1%) che hanno partorito un nato vivo in uno dei 27 Punti Nascita toscani con 250 o più parti all'anno. I dati vengono presentati suddivisi per nazionalità della donna: italiane e straniere provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria, "PFPM". L'analisi è di tipo descrittivo.

Risultati Il 62,2% delle donne ha partecipato, in gravidanza, a un corso di preparazione alla nascita durante il quale quasi tutte le donne hanno ricevuto informazioni sull'allattamento al seno. Il 38,8% delle donne ha ricevuto informazioni da altre fonti mentre il 26,6% non ha ricevuto alcuna informazione (il 58,9% delle straniere "PFPM" rispetto al 21,6% delle italiane). Le informazioni sull'allattamento ricevute durante il ricovero ospedaliero sono state fornite al 78,5% delle donne (l'80% delle italiane e il 68,7% delle straniere) e al 92,6% di queste è stato anche mostrato praticamente come allattare. Al 73,5% delle donne è stata data l'indicazione di allattare il bambino "a richiesta"; poco più della metà delle donne ha ricevuto indicazioni su una figura di riferimento alla quale potersi rivolgere in caso di necessità per problemi di allattamento al seno.

Conclusioni Vi sono alcune lacune nelle informazioni che le donne ricevono durante la gravidanza e il ricovero per il parto sull'allattamento al seno. Il sostegno alla donna durante il puerperio non è sempre ottimale e in linea con quanto raccomandato dall'OMS/UNICEF. La carenza di informazioni è significativamente maggiore nelle donne straniere, ma anche in quelle di basso stato socio-culturale.

Parole chiave Informazioni sull'allattamento al seno. Donne straniere. Toscana

Introduzione

È ormai diffusa la consapevolezza che l'allattamento al seno costituisce il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati. Per poter iniziare e proseguire l'allattamento al seno con buoni risultati è necessario che, durante la gravidanza e dopo il parto, le madri ricevano un sostegno attivo anche da parte del sistema sanitario. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero impegnarsi a promuovere l'allattamento al seno: fornire alle gestanti e alle neomamme le corrette informazioni sui benefici, insegnare loro come allattare e come mantenere la produzione del latte e sostenerle nel puerperio [1-2].

Diversi studi, alcuni anche riferiti alla realtà italiana, hanno analizzato i fattori che influenzano l'allattamento al seno [3-9] ma pochi si sono occupati dei contenuti delle informazioni che le donne ricevono e del loro grado di soddisfazione [10-11].

In Toscana, la promozione dell'allattamento al seno da parte del sistema sanitario ha visto come atto significativo la costituzione nel 2004 di un Osservatorio Regionale dedicato al coordinamento e alla promozione dell'allattamento al seno nei punti nascita e nel territorio regionale [12]. La Regione Toscana partecipa inoltre, dalla fine del 2004, a un progetto europeo di implementazione del documento *Blueprint*, nel quale lo sviluppo di interventi per sostenere l'allattamento al seno all'interno del sistema sanitario rappresenta uno degli obiettivi principali [13-14].

Il presente studio fa parte dell'indagine "Essere mamma informata", realizzata dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer in collaborazione con l'Osservatorio Regionale per l'allattamento al seno, con l'obiettivo principale di valutare, dal punto di vista delle donne, l'applicazione dei "10 Passi

Per corrispondenza:

Monia Puglia

e-mail: monia.puglia@arsanita.toscana.it

ricerca

OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno" nei Punti Nascita toscani (tabella 1) [15-16]. All'interno di questa indagine sono state formulate alcune domande alle informazioni sull'allattamento al seno che le donne ricevono in gravidanza e durante il ricovero ospedaliero in occasione del parto.

Poiché numerosi studi mostrano che le donne straniere sono svantaggiate nell'accesso ai servizi e sono meno informate delle donne italiane, i dati sono stati analizzati anche in relazione alla nazionalità della donna [17-20].

Materiali e metodi

Sono state reclutate le donne che hanno partorito, tra fine 2004 e inizio 2005, nei 27 Punti Nascita toscani con più di 250 parti/anno. In questi Punti Nascita avviene più del 95% dei parti dell'intera Regione Toscana.

I nominativi delle donne contattate sono stati forniti dal personale (ostetriche, infermiere/i professionali), individuato dalle Direzioni Sanitarie e dai referenti dei Punti Nascita. Il reclutamento è iniziato il 15 novembre 2005 e ha interessato i Punti Nascita per un periodo variabile in relazione al numero di donne da campionare e proporzionale alla dimensione del Punto Nascita. Lo strumento per la rilevazione dei dati è stato un questionario a domande chiuse e precodificate.

La raccolta dei dati, iniziata a metà gennaio 2005 e durata circa 7 mesi, è avvenuta tramite un primo invio postale del questionario a tutte le donne del campione a circa due mesi dal parto. Questo lasso di tempo è stato scelto in modo che la donna fosse in grado di ricordare con ragionevole accuratezza gli eventi. Al primo invio hanno fatto seguito un secondo invio postale e, in caso di mancata risposta, quando disponibile un numero telefonico, un contatto telefonico con eventuale intervista.

I dati sono presentati suddivisi per nazionalità della donna: italiane e straniere "PFPM". Per straniere "PFPM" si intendono le donne provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria: Paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud, dell'Africa, dell'Europa orientale e dell'Asia a eccezione di Giappone e Israele. Sono state escluse dall'analisi le straniere provenienti dai Paesi a Sviluppo Avan-

TABELLA 1: I DIECI PASSI OMS/UNICEF PER LA PROMOZIONE DELL'AS

1. Definire un programma/protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Verificare che il personale sia preparato a mettere in pratica tale programma.
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e delle corrette modalità dell'allattamento materno.
4. Aiutare le madri a iniziare l'allattamento entro mezz'ora dal parto.
5. Mostrare alle mamme come allattare e come mantenere la produzione del latte, anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Non somministrare ai neonati liquidi o alimenti diversi dal latte materno (salvo una precisa indicazione medica).
7. Lasciare il bambino insieme alla mamma, nella stessa stanza, 24 ore su 24 (*rooming-in*).
8. Incoraggiare l'allattamento a richiesta.
9. Non utilizzare tettarelle artificiali e succhiotti durante il periodo dell'allattamento.
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento materno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dal centro di maternità.

TABELLA 2: CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLE MADRI; PER NAZIONALITÀ

Caratteristiche socio-demografiche	NAZIONALITÀ		p
	italiana (n=1802) N. (%)	PFPM (n=236) N. (%)	
Età al parto in anni compiuti			
<25 anni	79 (4,4)	55 (23,4)	<0,0001
25-29 anni	351 (19,5)	79 (33,6)	
30-34 anni	729 (40,5)	66 (28,1)	
35-39 anni	512 (28,4)	31 (13,2)	
>39 anni	130 (7,2)	4 (1,7)	
Età media	32,7	28,6	
Titolo di studio			
Nessuno, licenza elementare	18 (1,0)	26 (11,3)	<0,0001
Media inferiore	482 (26,8)	64 (27,7)	
Media superiore o professionale	939 (52,2)	103 (44,6)	
Laurea	360 (20,0)	38 (16,4)	
Parità			
Primipara	1021 (56,8)	138 (59,2)	ns
Pluripara	775 (43,2)	95 (40,8)	

zato (straniere "PSA"): Paesi dell'America del Nord, dell'Europa occidentale, dell'Oceania, Giappone e Israele.

L'analisi è di tipo descrittivo: frequenze assolute e relative. Il test del chi quadrato è utilizzato per valutare l'associazione tra due variabili. L'analisi dei dati è stata realizzata con il pacchetto statistico STATA/SE, versione 9.0 [21].

Risultati

Nei 27 Punti Nascita toscani selezionati per l'indagine, sono state reclutate 2324

donne. L'adesione all'indagine è risultata molto buona: 2071 donne (89,1%) hanno risposto al questionario, 188 (8,1%) non sono state contattate per problemi di irripetibilità dovuti alla non correttezza del recapito postale/telefonico, 35 (1,5%) sono state escluse per difficoltà linguistiche e solo 30 (1,3%) hanno rifiutato di partecipare all'indagine. L'81,4% delle donne (l'83,5% delle italiane e il 63,1% delle straniere "PFPM") è stato contattato tramite questionario postale, il restante 18,6% a seguito di intervista telefonica.

In riferimento al Paese di provenienza delle donne intervistate, 1802 (87,5%) sono di nazionalità italiana e 236 (11,5%) sono straniere "PFPM". La maggior parte delle straniere proviene dai Paesi dell'Europa centro-orientale (54,3%); seguono le Asiatiche (14,3%), le donne provenienti dall'America Centro-Sud (12,0%) e le Nord-Africane (7,4%).

Nella *tabella 2* sono riportate alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne stratificate per nazionalità. Le madri straniere sono più giovani delle italiane (età media: 28,6 anni contro 32,7 delle italiane; $p < 0,0001$) e meno istruite (il 61% possiede il diploma di scuola media superiore o la laurea verso il 72,2% delle italiane; $p < 0,0001$).

La *tabella 3* riporta la distribuzione percentuale delle risposte fornite dalle donne intervistate riguardo alle informazioni sull'allattamento ricevute durante la gravidanza.

Il 62,2% delle donne (il 66,8% delle italiane e il 27,9% delle straniere "PFPM"; $p < 0,0001$) ha partecipato al corso di preparazione alla nascita nella gravidanza presa in esame o in una gravidanza precedente. La quasi totalità delle donne (93,6%) che ha frequentato il corso di preparazione alla nascita durante la gravidanza presa in esame ha ricevuto informazioni sui vantaggi dell'allattamento al seno e ne è rimasta soddisfatta (voto medio: 7,6/10,0).

Escludendo il corso di preparazione alla nascita, solo il 38,8% delle donne (40,3% delle italiane, 29,4% delle straniere "PFPM"; $p = 0,004$) ha ricevuto informazioni sui vantaggi dell'allattamento al seno e anche in questo caso ne è rimasta soddisfatta (voto medio: 7,6/10,0).

Tra le fonti di informazione maggiormente citate (*figura 1*) risultano l'ostetrica (38,7%) e il ginecologo (34,1%); non vi sono differenze significative tra italiane e straniere.

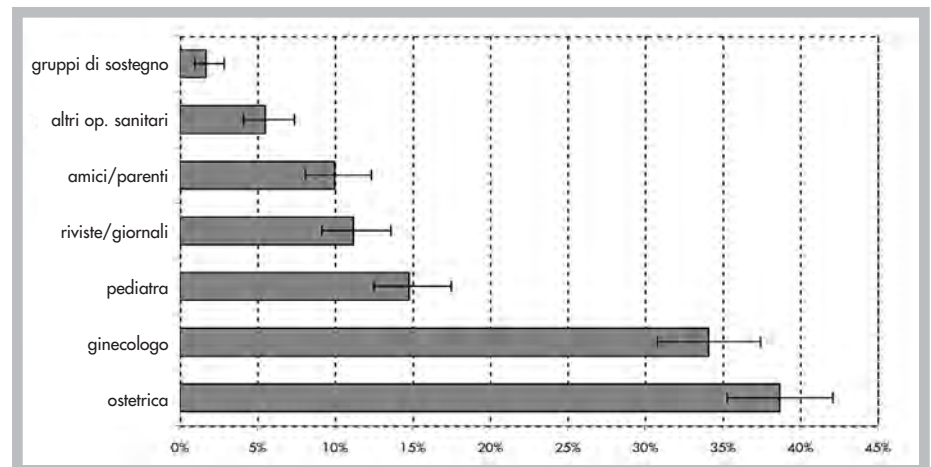
Considerando tutte le diverse fonti di informazione, incluso il corso di preparazione alla nascita, emerge che il 26,2% delle donne non ha ricevuto alcuna informazione durante la gravidanza. Le donne che non hanno ricevuto informazioni sono le meno istruite e le più giovani: il 36,8% di coloro che possiedono una licenza elementare, diploma di scuola me-

TABELLA 3: INFORMAZIONI SULL'AS RICEVUTE DURANTE LA GRAVIDANZA, PER NAZIONALITÀ

	NAZIONALITÀ		P
	italiana N. (%)	PFPM N. (%)	
Donne che hanno partecipato al corso di preparazione alla nascita: - ultima gravidanza - gravidanza precedente	859 (47,7) 343 (19,1)	52 (22,0) 14 (5,9)	<0,0001
Donne alle quali, durante il corso di preparazione alla nascita, sono stati illustrati i vantaggi dell'allattamento al seno e il modo migliore per allattare*	793 (93,4)	49 (96,1)	ns
Donne alle quali in gravidanza, a esclusione del corso di preparazione alla nascita, sono stati illustrati i vantaggi dell'allattamento al seno e il modo migliore per allattare	709 (40,3)	64 (29,4)	0,004

* solo per le donne che hanno partecipato a un corso di preparazione alla nascita per l'ultima gravidanza

FIGURA 1: PROPORZIONE DI DONNE CHE RICEVE INFORMAZIONI SUI VANTAGGI DELL'AS PER FONTE DI RIFERIMENTO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% (RISPOSTA MULTIPLA)



dia inferiore o nessun titolo di studio rispetto al 21,5% delle donne con diploma di scuola media superiore o di laurea ($p < 0,0001$) e il 36,9% delle donne con meno di 30 anni rispetto al 22% delle ultra 30enni ($p < 0,0001$). Tali differenze permangono, anche se si tiene conto della parità.

Le donne straniere "PFPM" risultano meno informate delle italiane (*figura 2*): il 58,9% delle donne straniere "PFPM" non ha ricevuto in gravidanza alcuna informazione sull'allattamento rispetto al 21,6% delle donne italiane ($p < 0,0001$). La differenza tra italiane e straniere rimane, anche se si tiene conto del titolo di studio.

Per quanto concerne le informazioni sull'allattamento ricevute durante il ricovero ospedaliero, il 78,5% delle donne intervistate ha affermato di averle ricevute (*tabella 4*). Hanno più frequentemente ricevuto informazioni le italiane rispetto alle straniere "PFPM" (80% contro 68,7%; $p < 0,0001$), le donne con titolo di studio medio-alto rispetto a coloro che possiedono la licenza elementare, il diploma di scuola media inferiore o nessun titolo (81,4% contro 71,8%; $p < 0,0001$) e le primipare rispetto alle pluripare (81,5% contro 74,6%; $p < 0,0001$). La differenza tra italiane e straniere permane anche a parità di titolo di studio. Alla quasi totalità delle donne

(92,6%) che ha ricevuto informazioni è stato anche mostrato praticamente come allattare, e la donna è rimasta soddisfatta (voto medio: 7,5/10,0). Tra le donne alle quali non è stata fornita alcuna indicazione sull'allattamento al seno durante il ricovero ospedaliero, il 42,2% non aveva neppure ricevuto informazioni durante la gravidanza.

Rispetto all'indicazione dell'OMS/UNICEF di non somministrare ai neonati sani alimenti diversi dal latte materno, se non in casi motivati e su precisa prescrizione medica, è emerso dall'indagine che solo il 73% delle donne al cui bambino è stato somministrato un alimento diverso dal latte materno ha ricevuto spiegazioni mediche al riguardo.

Le mamme possono ricevere informazioni utili per favorire l'allattamento al seno anche alla dimissione del proprio bambino dalla struttura ospedaliera (tabella 5). Al 73,5% delle donne viene data l'indicazione di allattare il bambino a richiesta, al 10,2% a orari fissi, al restante 16,1% non è stata fornita alcuna indicazione o, comunque, non è stata data una indicazione precisa.

Diversamente informate rispetto alle italiane risultano le donne di nazionalità straniera "PFPM": meno frequentemente delle italiane ricevono l'indicazione di allattare il bambino "a richiesta", e il 14% ha dichiarato di non aver ricevuto informazioni contro il 7,5% delle italiane ($p < 0,0001$).

Alle mamme intervistate è stato chiesto se il personale sanitario abbia indicato sul cartellino o su una lettera una marca di latte artificiale da utilizzare in caso di necessità o se sia stata comunque consigliata una marca a voce.

Alla dimissione dall'ospedale a più della metà delle donne (56,7%) viene consigliata una marca di latte artificiale da utilizzare in caso di necessità: al 50,4% sul cartellino o su una lettera, al 6,3% a voce.

Poco più della metà delle donne (57,7%) riceve indicazioni su una figura di riferimento alla quale potersi rivolgere in caso di necessità per problemi di allattamento al seno: come mostra la figura 3, più frequentemente, viene consigliato di rivolgersi in ospedale (30,5% dei casi: 31,7% delle italiane e 22,5% delle straniere "PFPM"; $p = 0,007$), al pediatra di famiglia (20,2%, senza differenze significati-

FIGURA 2: PROPORZIONE DI DONNE E RELATIVO INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER "FONTE" DI INFORMAZIONE SULL'AS, PER NAZIONALITÀ

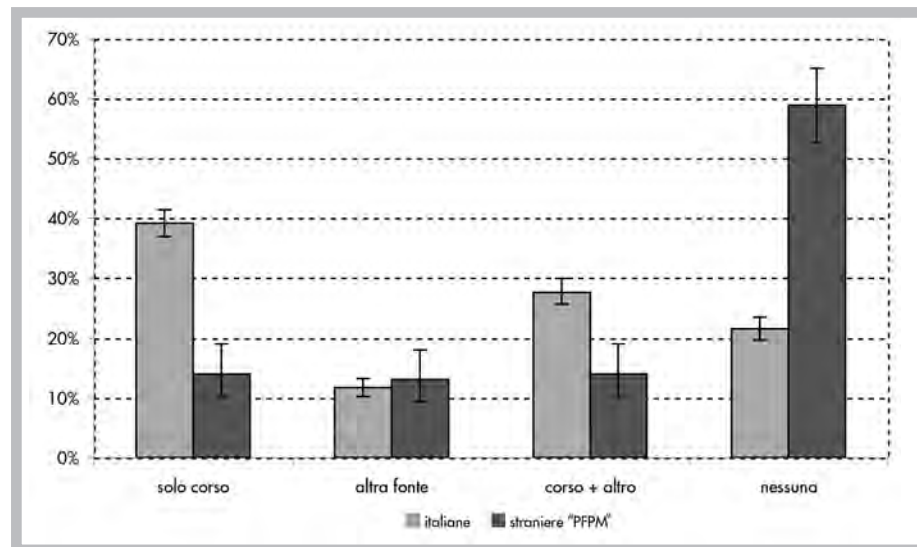


TABELLA 4: INFORMAZIONI SULL'AS RICEVUTE DURANTE IL RICOVERO, PER NAZIONALITÀ

Donne alle quali, durante il ricovero ospedaliero, sono state fornite:	NAZIONALITÀ		p
	italiana N. (%)	PFPM N. (%)	
a. informazioni sull'allattamento al seno	1436 (80,0)	160 (68,7)	0,001
c. spiegazioni da parte di un medico sul perché al loro bambino è stato somministrato un alimento diverso dal latte materno	493 (72,5)	52 (80,0)	ns

TABELLA 5: INFORMAZIONI SULL'ALLATTAMENTO AL SENO RICEVUTE ALLA DIMISSIONE, PER NAZIONALITÀ

Donne alle quali, alla dimissione dall'ospedale, è stata fornita:	NAZIONALITÀ		p
	italiana N. (%)	PFPM N. (%)	
a. l'indicazione di allattare il loro bambino:			<0,0001
- a orari fissi	156 (8,7)	47 (21,2)	
- a richiesta	1353 (75,8)	126 (56,8)	
- a orari fissi o a richiesta	142 (8,0)	18 (8,1)	
- nessuna indicazione	134 (7,5)	31 (14,0)	
b. una marca di latte artificiale da utilizzare in caso di necessità:			ns
- sul cartellino o su una lettera	873 (51,2)	98 (46,4)	
- a voce	109 (6,4)	11 (5,2)	
c. l'indicazione a chi rivolgersi per problemi di allattamento al seno qualora ne avesse avuto bisogno	1026 (58,9)	111 (50,0)	ns

ve tra i due gruppi) e all'ostetrica del consultorio (18,5%: 19,8% delle italiane e 9,3% delle straniere "PFPM"; $p < 0,0001$).

Discussione

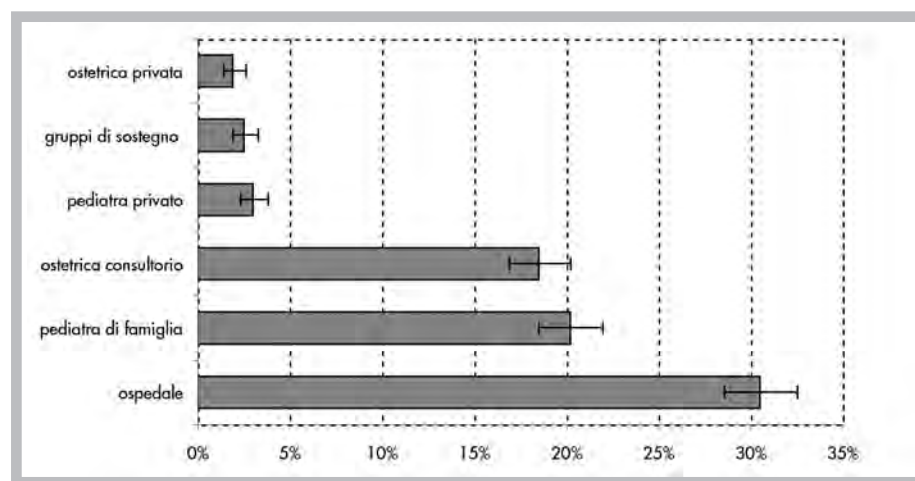
I risultati dell'indagine mostrano chiaramente come ci siano diverse lacune nelle informazioni che le donne ricevono da

parte del sistema sanitario durante la gravidanza e il ricovero per il parto riguardo a un tema certamente non nuovo come la promozione dell'allattamento al seno. Se è vero che le donne che frequentano il corso di preparazione alla nascita dichiarano, come ci si aspettava, di essere per lo più adeguatamente informate, una percentuale non irrilevante di queste (il 26,2%) non riceve alcuna informazione in quanto non frequenta il corso o non incontra in gravidanza figure sanitarie che suppliscono a tale mancanza. Queste donne sono spesso le stesse che anche durante il ricovero per parto (che in Toscana avviene quasi esclusivamente in strutture pubbliche) e alla dimissione non ricevono informazioni, o, comunque, non le recepiscono. Anche il sostegno alla donna in un momento molto delicato come il puerperio non è sempre ottimale e in linea con quanto raccomandato da tempo da organismi internazionali quali l'OMS/UNICEF.

La carenza di informazioni riguarda in particolar modo specifiche categorie di donne: quelle di stato socio-culturale più basso (di cui un proxi può essere considerato il basso titolo di studio) e, indipendentemente dal titolo di studio, le donne di nazionalità straniera, che comunque hanno anche un titolo di studio più basso di quello delle italiane.

Esistono dati simili in altre regioni italiane che confermino o meno il fenomeno? Riguardo alle informazioni sull'allattamento al seno in gravidanza, alcuni dati, raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità a fine 1999 con un'indagine su base campionaria in 23 Punti Nascita distribuiti sull'intero territorio nazionale, rivelavano che il 33% delle donne non riceveva alcuna informazione inerente all'allattamento al seno durante la gestazione e che la principale fonte di informazione era il corso di preparazione alla nascita [22]. Quando fornite, le informazioni risultavano soddisfacenti per il 79% delle intervistate. Per quanto riguarda all'assistenza all'allattamento da parte dello staff ospedaliero, il 40,7% delle puerpere riceveva assistenza solo a seguito di richiesta in caso di bisogno e il 24% non riceveva alcun aiuto durante il ricovero. Solo il 57% delle donne riteneva che le informazioni ricevute in ospedale fossero sufficienti per farla sentire autonoma e sicura nell'allattamento al seno al momento del rientro a casa.

FIGURA 3: PROPORZIONE DI DONNE ALLE QUALI, ALLA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE, VENGONO INDICATE DELLE FIGURE A CUI RIFERIRSI IN CASO DI PROBLEMI CON L'AS E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% (RISPOSTA MULTIPLA)



Lo stesso Istituto Superiore di Sanità ha svolto nel 2002 una nuova indagine conoscitiva sul percorso nascita, su un campione di donne più consistente e più rappresentativo della realtà italiana, in collaborazione con 60 ASL di 15 Regioni e Province autonome italiane [5]. La parte relativa alle informazioni sull'allattamento confermava la scarsa partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita (un terzo delle donne intervistate nel Nord Italia e, ancora meno, solo il 15% al Sud). In Toscana l'indagine dell'ISS, realizzata in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità e il Dipartimento di Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione, evidenziava già allora una situazione un po' migliore [23]. Il corso di preparazione alla nascita era frequentato dal 44% delle donne e quasi tutte coloro che lo frequentavano ricevevano informazioni sull'allattamento al seno; l'87% otteneva informazioni durante il ricovero ospedaliero.

Infine, da una recente indagine nell'ambulatorio dei pediatri di famiglia di Roma, alla prima visita emerge che quasi la metà delle donne partecipa al corso di preparazione alla nascita dove l'argomento "allattamento al seno" è trattato nella quasi totalità dei corsi e affrontato in modo "sufficiente" o "molto buono" per oltre il 90% delle partecipanti [6]. Il 58,1% delle donne esprime un giudizio positivo sull'aiuto ricevuto durante la degenza per il parto. Il 77,7% delle neo mamme tornate a casa si dice "molto" o "sufficientemente" sicura riguardo alle

proprie conoscenze sull'allattamento al seno mentre il 10,4% ammette di aver avuto molte difficoltà. Gli Autori dello studio sottolineano però come il campione non sia rappresentativo della popolazione generale, in quanto le mamme intervistate hanno un livello di istruzione più elevato.

Il diverso accesso alle informazioni sull'allattamento rispetto alla nazionalità è affrontato a nostra conoscenza, peraltro in modo indiretto, in un recente studio effettuato nel 2005 in Regione Emilia Romagna con la collaborazione dell'Associazione Culturale Pediatri e dell'Associazione Pediatria di Comunità che testimonia una minore partecipazione delle donne straniere ai corsi di preparazione alla nascita (partecipa il 13% rispetto al 41% delle italiane) [8].

In conclusione, dalla nostra indagine, che conferma i dati seppure frammentari presenti in altre indagini e realtà italiane, emerge che un numero non irrilevante di donne non riceve informazioni o comunque non riceve informazioni adeguate e aderenti a quanto raccomandato dall'OMS/UNICEF. L'inadeguatezza delle informazioni è significativamente maggiore nelle donne di basso stato socio-culturale e nelle straniere per le quali il Sistema Sanitario non ha fino a pochi anni fa evidentemente rivolto specifiche e soprattutto sufficienti iniziative. È probabile che i linguaggi informativi usati non siano abbastanza chiari e semplici per chi non conosce o non conosce sufficientemente la lingua. Il problema non

riguarda solo l'allattamento al seno, ma investe tutte le informazioni sui servizi del Percorso Nascita, compresi quelli dedicati agli stranieri. Qualcosa sta cambiando: citiamo, per esempio, un progetto della Regione Marche "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata" e il progetto "Mum Health" della Regione Toscana, che prevedono, tra l'altro, specifici materiali informativi multilinguistici anche sull'allattamento [24-25].

Ringraziamenti

Si ringraziano quanti hanno permesso lo svolgimento dell'indagine: le direzioni sanitarie delle ASL e delle AOU, i responsabili dei 27 Punti Nascita toscani e il personale sanitario che vi lavora. Si ringraziano inoltre: Milvia Modi, Nicoletta Battiglia e Leila Bianchi (AOU Meyer) per l'aiuto dato nello svolgimento delle interviste telefoniche; Maria Rita Maffei (ARS) per le ricerche bibliografiche; Francesca Sidoti (ARS) per l'inserimento dei dati e l'UO Tecnologie dell'informazione dell'ARS per il supporto informatico fornito. Infine un grazie particolare a tutte le mamme che hanno compilato i questionari. ♦

Per l'elaborazione e la scrittura dell'articolo non sono stati utilizzati fondi, strumenti, attrezzature, materiali, provenienti dall'esterno della struttura in cui gli Autori hanno operato.

Bibliografia

- [1] WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO/CDD/SER/91.14.
- [2] Società Italiana di Neonatologia (SIN), Commissione Consultiva sulla Promozione dell'Allattamento Materno. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
- [3] Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1998;17:25-9.
- [4] Riva E, Banderali G, Agostoni C, et al. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999;88:411-5.
- [5] Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul Percorso Nascita: aspetti metodologici e risultati nazionali. Istituto Superiore di Sanità, 2002.
- [6] Marolla F, Luchino F, Donati S, et al. Quali fattori influenzano l'allattamento al seno? Indagine nell'ambulatorio dei pediatri di famiglia di Roma alla prima visita. *Quaderni acp* 2006;13:6-10.
- [7] Rapisardi G, Caini S, Barchielli A, et al. L'allattamento al seno nel Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile di Firenze: prevalenza e fattori associati. *Quaderni acp* 2007;14:6-10.
- [8] Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2005). *Quaderni acp* 2007;14:3-5.
- [9] Primavera G, Aloisio A, Amoroso B, et al. Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria. *Quaderni acp* 2007;14:194-7.
- [10] Kuan L W, Britto M, Decolongon J, et al. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 1999;104:28.
- [11] Loisel C G, Semenik SE, Cotè B, et al. Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Can J Nurs Res* 2001;33:1-46.
- [12] Delibera n. 784 del 02/08/2004 della Giunta Regionale Toscana. Azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della "rete materno-infantile" regionale in attuazione del P.S.R. 2002/2004. Indirizzi alle Aziende sanitarie. Allegato A3.
- [13] EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action 2004. Luxembourg, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment.
- [14] Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. Promotion of Breastfeeding in Europe project. *Public Health Nutr* 2005 Feb;8:39-46.
- [15] Puglia M, Casotto V, Rusconi F. Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS. Documento ARS n. 25 - Osservatorio di Epidemiologia. Gennaio 2007.
- [16] Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. (www.who.int/child-adolescent-ealth/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm).
- [17] Ray BJ, Metcalf SC, Franco SM, et al. Infant Sleep Position Instruction and parental practice: comparison of a private pediatric office and inner-city clinic. *Pediatrics* 1997;99:e12.
- [18] Morrone A, Spinelli A, Geraci S, et al. Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Rapporti ISTISAN 03/04.
- [19] Pickett KE, Luo Y, Lauderdale SL. Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome. *Am J Public Health* 2005;95:11.
- [20] Cricco LR. Black non Hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:173-80.
- [21] StataCorp. 2003. Stata Statistical Software: Release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation.
- [22] Donati S, Andreozzi S, Grandolfo M. Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. Rapporti ISTISAN 01/5.
- [23] Casotto V, Cuttini M, Genovese I. Il Percorso Nascita: risultati dello studio in Toscana. Documento ARS n. 12 - Osservatorio di Epidemiologia, Marzo 2005.
- [24] ARS Marche. Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze, Associazione Senza Confini di Ancona, Regione Marche. Per la vostra salute donne del mondo. Video in 11 lingue (disponibile da http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis_download/scheda_video.pdf ultima consultazione: 04/09/2007).
- [25] Delibera Regionale 259 del 21 aprile 2006.

AICPAM

Associazione Italiana Consulenti
Professionali in Allattamento Materno

CORSI ON-LINE IN ITALIANO SULL'ALLATTAMENTO MATERNO

L'AICPAM annuncia l'attivazione di una serie di corsi on-line; in italiano sull'allattamento materno in collaborazione con Health-e-Learning, creatori dei corsi BreastEd. Più di 2500 utenti hanno completato i corsi BreastEd in 27 Paesi del mondo.

La serie dei corsi BreastEd/AICPAM comprende dieci corsi individuali riguardanti tutti gli aspetti principali della lattazione umana più un corso sull'etica.

I corsi sono indicati per gli operatori che lavorano quotidianamente nel campo dell'assistenza a coppie madre-bambino. Il programma completo fornisce una preparazione all'esame IBLCE necessario a diventare consulente IBCLC. Nel 2007 una delle nostre studentesse ha ottenuto il voto più alto di tutta l'Europa.

La formazione on-line permette una flessibilità mai offerta prima. Si può studiare da qualsiasi computer con una connessione internet. I corsi sono suddivisi in moduli e/o argomenti di studio che permettono di studiare molto tempo oppure per quei pochi minuti in un ritaglio di tempo. Si possono ripassare gli argomenti finché non si sono capiti a fondo.

I programmi principali sono facilitati da un esperto nel campo. Si può contattare il tutor facilmente e velocemente e, in più, si possono vedere altri studenti del corso e scambiare idee con loro tramite un forum.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito www.aicpam.org

Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido

Giorgio Tamaro, Michela Donato, Sergio Parco
Dipartimento di Medicina di Laboratorio, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Infectious mononucleosis: immunoenzymatic diagnosis with rapid test

Objective To establish if the determination of specific antigens against Epstein-Barr virus (EBV), by the commercial immunoenzymatic tests (VCA), may be a useful diagnostic and prognostic tool with a higher sensibility and specificity in respect to rapid diagnostic methods with heterophylous antibodies (MNI) is the aim of this paper.

Methods 163 serum samples of paediatric patients, subdivided in eight groups have been studied.

Results This method has a good specificity (92.6% in the first group and 84.8% in the second group) in patients without or with a past history of EBV infection (positive attended value). While the sensibility is only of 61.8% in patients with active disease (the third group).

Discussion VCA tests should be used in case of a doubtful diagnosis or for a latent or in evolution disease.

Quaderni acp 2008; 15(2): 56-58

Key words Infective mononucleosis. Immunoenzymatic tests. Rapid tests. MNI test

Obiettivi Evidenziare quanto la determinazione delle immunoglobuline contro specifici antigeni del virus di Epstein-Barr (EBV), mediante i comuni test immunoenzimatici del commercio (VCA) possa essere utilizzata per focalizzare diagnosi e decorso della malattia con maggiore sensibilità e specificità rispetto ai metodi di ricerca rapida di anticorpi eterofili (MNI).

Metodi Sono stati studiati 163 sieri di pazienti pediatriche, divisi in 8 gruppi.

Risultati Il test MNI nei pazienti senza storia di infezione o con infezione EBV pregressa (valore atteso positivo) conferma come tale metodo abbia una buona specificità (92,6% nel primo gruppo e 84,8% nel secondo); nel gruppo tre (pazienti con infezione in atto) la sensibilità è solamente del 61,8%.

Conclusione Gli Autori concludono che si deve suggerire che ai test rapidi vengano associati in casi dubbi o di malattia latente o in evoluzione test immunoenzimatici per approfondire diagnosi e stato immunitario.

Parole chiave Mononucleosi infettiva. Diagnostica immunoenzimatica. Test rapidi. MNI test

Introduzione

La mononucleosi infettiva (MI) è una patologia acuta e auto-limitante; ha come agente eziologico il virus di Epstein-Barr appartenente alla famiglia degli *Herpesviridae*.

L'infezione primaria da parte di questo microrganismo risulta generalmente asintomatica nella prima infanzia mentre, se contratta nell'adolescenza o in età adulta, è solitamente associata ai segni clinici della MI e precisamente febbre, linfadenopatia e, in alcuni pazienti, presenza in circolo di linfociti atipici [1-2]. Una diagnosi di questa malattia basata sui soli sintomi non appare sufficiente-

mente accurata, in quanto alcuni dei suoi segni clinici si riscontrano anche in altre patologie virali, mentre non in tutti i pazienti si osservano i linfociti circolanti atipici, caratteristici della malattia. Spesso, pertanto, quando si sospetta questa patologia, vengono effettuate delle analisi sierologiche che rilevino la presenza, nel sangue del paziente, di anticorpi associati alla mononucleosi infettiva [3-4]. Le analisi utilizzate più di frequente a questo scopo consistono nel dosaggio di immunoglobuline dirette contro specifici antigeni del virus di Epstein-Barr o nella ricerca, nel siero del paziente, dei cosiddetti anticorpi eterofili, in grado di

agglutinare emazie di montone o di cavallo [5-6].

Per quanto riguarda il dosaggio di anticorpi contro specifici antigeni virali, generalmente vengono valutate le concentrazioni delle IgM e delle IgG anti-antigene del capsido virale (*Viral Capsid Antigen*, VCA), delle IgG anti-antigene precoce (*Early Antigen*, EA) e delle IgG anti-antigene nucleare (*Epstein-Barr Nuclear Antigen*, EBNA) [7].

In base alla combinazione dei dati ricavati da questi dosaggi, i pazienti possono essere suddivisi in quattro principali categorie e precisamente:

- 1. pazienti senza storia di infezione:** negativi per i dosaggi di tutte le immunoglobuline citate;
- 2. pazienti con infezione in atto:** nel loro siero si osserva la presenza di IgM anti-VCA e spesso anche di IgG anti-EA. I livelli delle IgG anti-VCA, invece, subiscono un lento incremento durante la fase di infezione acuta, e successivamente persistono per tutta la vita. Poiché, invece, la concentrazione delle IgM anti-VCA scende rapidamente durante la convalescenza, la positività nei confronti delle IgG anti-VCA indica infezione in atto solo in caso di contemporanea positività alle IgM anti-VCA;
- 3. pazienti con infezione pregressa:** presentano elevato titolo anticorpale di IgG anti-VCA e di IgG anti-EBNA;
- 4. pazienti con riattivazione del virus latente:** risultano positivi per IgM anti-VCA, IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA, quindi presentano contemporaneamente segni dell'infezione in atto e dell'infezione pregressa. Questo profilo potrebbe essere osservato anche in pazienti che sono andati incontro all'infezione di recente quindi risultati di questo tipo non sono facilmente interpretabili [8].

Per diagnosticare la malattia, oltre che ricorrere a questi dosaggi generalmente effettuati con metodi immunoenzimatici,

Per corrispondenza:
Sergio Parco
e-mail: parco@burlo.trieste.it

research letters

si può valutare la presenza, nel sangue del paziente, delle agglutinine dette anticorpi eterofili, osservando il comportamento del siero quando viene messo a contatto con eritrociti di cavallo. Test di questo tipo sono particolarmente rapidi ed economici, tuttavia non sono caratterizzati da elevate sensibilità e specificità. Anticorpi eterofili vengono, infatti, prodotti anche in altre condizioni patologiche, quali la malattia da siero, alcune patologie virali diverse dalla mononucleosi infettiva, alcuni stati linfoproliferativi. Queste agglutinine risultano, inoltre, assenti nel siero del 10-20% degli adulti affetti da MI; se si considerano bambini di età inferiore ai dodici anni, questa percentuale sale al 50%. Infine, gli anticorpi eterofili permangono nel siero fino a sei-dodici mesi dopo l'infezione.

La positività di un campione legata a cause diverse dalla MI può essere eliminata facendo adsorbire il siero del paziente con omogenato di rene di cavia (antigene Forssman) prima di farlo reagire con le emazie: questo pretrattamento consente di inattivare agglutinine prodotte nel corso di patologie non provocate dal virus di Epstein-Barr [9].

Obiettivi della ricerca

Scopo del presente lavoro è la valutazione dei test immunoenzimatici per la rilevazione di IgM anti-VCA, IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA (Bouty, Sesto San Giovanni, Italy), comunemente impiegati per seguire il percorso diagnostico della MI nei pazienti pediatrici, rispetto alla sensibilità e specificità dimostrate dai metodi "rapidi" usati per la rilevazione di anticorpi eterofili (MNI-Bouty, Sesto San Giovanni, Italy).

Materiali e metodi

Sono stati considerati 163 sieri, pervenuti al Laboratorio Analisi dell'IRCCS Burlo Garofolo (Trieste, Italia), di pazienti la cui età variava dai 3 ai 16 anni (e un adolescente di 18 anni già seguito dal nostro Istituto per patologie coesistenti), con sospetta MI o sospetta produzione di anticorpi eterofili.

Su ciascuno di questi sieri sono state effettuate le seguenti analisi:

1. dosaggio delle IgM anti-VCA tramite kit Beia EBV VCA IgM Quant (Bouty, Sesto San Giovanni, Italy);
 2. dosaggio delle IgG anti-VCA tramite kit Beia EBV VCA IgG Quant (Bouty, Sesto San Giovanni, Italy);
 3. dosaggio delle IgG anti-EBNA tramite kit Beia EBV EBNA-1 IgG Quant (Bouty, Sesto San Giovanni, Italy);
 4. ricerca di anticorpi eterofili tramite test MNI (Bouty, Sesto San Giovanni, Italy): si tratta di un test rapido di agglutinazione in cui non viene utilizzato l'antigene Forssman ma gli eritrociti di cavallo, sottoposti a un particolare trattamento che assicuri la specificità del test.
- Sulla base dei risultati ottenuti nei tre test immunoenzimatici i pazienti sono stati suddivisi in otto gruppi e precisamente:
1. gruppo con valori negativi per IgG anti-VCA, IgM anti-VCA e IgG anti-EBNA (pazienti senza storia di infezione);
 2. gruppo con valori positivi per IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA, ma negativi per IgM anti-VCA (pazienti con infezione progressa);
 3. gruppo con valori positivi per IgG anti-VCA e IgM anti-VCA, ma negativi per IgG anti-EBNA (pazienti con infezione in atto);
 4. gruppo con valori positivi per IgG anti-VCA, ma negativi per IgM anti-VCA e IgG anti-EBNA;
 5. gruppo con valori negativi per IgG anti-VCA, ma positivi per IgM anti-VCA e IgG anti-EBNA;
 6. gruppo con valori negativi per IgG anti-VCA e IgM anti-VCA, ma positivi per IgG anti-EBNA;
 7. gruppo con valori positivi per IgM anti-VCA ma negativi per IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA;
 8. gruppo con valori positivi per IgM anti-VCA, IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA.
- Dai risultati del test MNI all'interno dei gruppi 1 e 2 (valore atteso negativo) si è calcolata la specificità di questa analisi, mentre da quelli relativi al gruppo 3 (valore atteso positivo) è stato possibile valutarne la sensibilità.

Risultati

- ▶ Al gruppo 1 appartenevano 54 campioni, di cui 50 sono risultati negativi, 3 positivi e 1 dubbio al test MNI.
- ▶ All'interno di questo gruppo la specificità del test è risultata pari al 92,6%.
- ▶ Al gruppo 2 appartenevano 92 campioni, di cui 78 sono risultati negativi, 8 positivi e 6 dubbi al test MNI.
- ▶ All'interno di questo gruppo la specificità del test MNI è risultata pari all'84,8%.
- ▶ Al gruppo 3 appartenevano 21 campioni, di cui 8 sono risultati negativi e 13 positivi al test MNI.
- ▶ La sensibilità del test è risultata pari al 61,8%.
- ▶ Al gruppo 4 appartenevano 13 campioni, tutti risultati negativi al test MNI.
- ▶ Al gruppo 5 apparteneva 1 solo campione, risultato dubbio al test MNI.
- ▶ Al gruppo 6 apparteneva 1 solo campione, risultato negativo al test MNI.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI OTTENUTI

Numero campioni	Gruppo	IgG	IgM	EBNA IgG	MNI Ab eter. positivi	MNI Ab eter. negativi	MNI Ab eter. dubbi	
54	1	—	—	—	3	50	1	No infezione
92	2	+	—	+	8	78	6	Infezione progressa
21	3	+	+	—	13	8	—	Infezione in atto
13	4	+	—	—	—	13	—	
1	5	—	+	+	—	—	1	
1	6	—	—	+	—	1	—	
2	7	—	+	—	—	2	—	
3	8	+	+	+	1	2	—	

- ▶ Al gruppo 7 appartenevano 2 campioni, entrambi risultati negativi al test MNI.
- ▶ Al gruppo 8 appartenevano 3 campioni, di cui 2 negativi e 1 positivo al test MNI.

Discussione

La diagnosi della MI si basa molto spesso sulla valutazione della presenza e sul dosaggio di molecole anticorpali associate a questa patologia. I metodi immunoenzimatici consentono di dosare le concentrazioni di diversi tipi di immunoglobuline dirette contro antigeni virali: valutando i risultati di questi dosaggi, è possibile stabilire quale sia lo stato immunologico del paziente nei confronti del virus di Epstein-Barr. Si tratta di analisi abbastanza costose e che richiedono tempi piuttosto lunghi, ma forniscono risultati attendibili. I test di agglutinazione delle emazie, invece, valutano la presenza di anticorpi eterofili nel siero del paziente: analisi di questo tipo sono più rapide e meno costose dei test immunoenzimatici, ma danno risultati meno precisi e dettagliati [10]. Altri tipi di analisi, quali esami istopatologici in biologia molecolare, vengono riservati a diagnosi differenziali con sospette emopatie linfoidi [11-12].

Nel presente studio sono state valutate la specificità e la sensibilità del test MNI, un test rapido di agglutinazione per la diagnosi in vitro della MI. In questa analisi vengono utilizzate emazie di cavallo sottoposte a un particolare trattamento che migliora la specificità del test e, pertanto, non c'è bisogno di adsorbire il siero con estratto di rene di cavia prima di eseguire il test di agglutinazione vero e proprio.

La specificità del test MNI, calcolata dai campioni del gruppo 1 (appartenenti a pazienti senza storia di infezione) e del gruppo 2 (appartenenti a pazienti con infezione progressa), è risultata, all'interno di entrambi i gruppi, elevata (92,6% nel primo e 84,8% nel secondo).

La sensibilità del test, calcolata mediante l'analisi dei sieri del gruppo 3 (pazienti con infezione in atto), è stata del 61,8%: alcuni di questi campioni potrebbero, però, risultare negativi per il fatto che sono stati analizzati soprattutto campioni di pazienti pediatriche, i quali molto spesso non producono anticorpi eterofili nemmeno nella fase acuta della malattia.

Il profilo riscontrato nei campioni del gruppo 4 potrebbe essere relativo a una fase attiva dell'infezione ma anche a una condizione di immunodepressione, che avrebbe provocato la "smemorizzazione", da parte del paziente, della sintesi delle IgG anti-EBNA. Non essendo, quindi, chiaro il significato dei dati riscontrati attraverso i test immunoenzimatici, non è possibile utilizzare quanto osservato in questo gruppo per calcolare la sensibilità o la specificità del test MNI.

Quanto riscontrato nei campioni dei gruppi 5 e 6 è, invece, anomalo; infatti non si trovano interpretazioni di questo profilo in letteratura. Sarebbe interessante sottoporre i sieri di questi soggetti a ulteriori analisi, come, per esempio, il dosaggio delle IgG anti-EA.

I campioni del gruppo 7 appartenevano, verosimilmente, a soggetti in una fase precocissima dell'infezione; infatti presentavano positività alle sole IgM, prime immunoglobuline a essere prodotte in seguito alla penetrazione di un antigene nell'organismo. Questi campioni sono risultati entrambi negativi al test MNI, probabilmente perché la sintesi delle agglutinine nel siero caratterizza fasi più tardive dell'infezione, ma la negatività del test MNI potrebbe anche essere legata all'età dei soggetti. Di fronte a profili di questo tipo sarebbe opportuno che i pazienti si sottoponessero ai test immunoenzimatici e di agglutinazione dopo qualche tempo.

Per i pazienti del gruppo 8, così come per quelli dei gruppi 4, 5 e 6, non è possibile dare un'interpretazione sicura dei risultati ottenuti con i test immunoenzimatici in quanto un profilo immunologico di questo tipo potrebbe essere relativo a un periodo della convalescenza, ma anche a una riattivazione del virus dopo latenza. Non si può, quindi, stabilire quale sia il valore atteso del test MNI in questo gruppo e quindi questi campioni non possono essere usati per determinarne la sensibilità o la specificità. Sarebbe opportuno sottoporre questi pazienti ai dosaggi delle immunoglobuline considerate in questo studio dopo qualche tempo in modo da valutare l'andamento delle concentrazioni di queste molecole anticorpali.

Conclusioni

Sebbene il test MNI abbia dimostrato buoni valori di specificità e valori accettabili di sensibilità, sembra opportuno

associarlo, quando negativo o dubbio, nella diagnosi della MI ai dosaggi delle immunoglobuline contro specifici antigeni del virus di Epstein-Barr. Solo attraverso queste analisi più approfondite è possibile stabilire se il paziente possa essere affetto da mononucleosi infettiva in fase acuta o in via di risoluzione. Questo si rende particolarmente necessario nei bambini che in molti casi non producono agglutinine nel corso della patologia considerata. ♦

Per l'elaborazione e la scrittura dell'articolo non sono stati utilizzati fondi, strumenti, attrezzature, materiali, provenienti dall'esterno della struttura in cui gli Autori hanno operato.

Bibliografia

- [1] Fleisher G, Lenette ET, Henle G, Henle W. Incidence of heterophil antibody response in children with infectious mononucleosis. *J Pediatr* 1979;94:723-8.
- [2] Kano K, Milgrom E. Heterophil antigens and antibodies in medicine. *Curr Top Microbiol Immunol* 1977;77:43-69.
- [3] Klutts JS, Liao RS, Dunne WM Jr, Gronowski AM. Evaluation of a multiplied bead assay for assessment of Epstein-Barr virus immunological status. *J Clin Microbiol* 2004;42:4996-5000.
- [4] Lennette E, Henle W. Epstein-Barr virus infections: clinical and serologic features. *Lab Manag* 1987;25:23-6.
- [5] Lenette ET. Epstein-Barr virus. In: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover FC. *Manual of clinical microbiology*, 7th ed. Washington: ASM Press, 1999:912-27.
- [6] Okano M, Thiele GM, Davis JR, Grierson HL, Purtilo DT. Epstein-Barr virus and human diseases: recent advances in diagnosis. *Clin Microbiol Rev* 1988;1:300-12.
- [7] Ooka T, de Turenne-Tessier M, Stolzenberg MC. Relationship between antibody production to Epstein-Barr virus (EBV) early antigens and various EBV-related diseases. *Springer Semin Immunopathol* 1991;13:233-47.
- [8] Pochedley C. Laboratory testing of infectious mononucleosis. *J Postgrad Med* 1987;81:335-42.
- [9] Sumaya CV. Epstein-Barr virus. In: Feigin RD, Cherry JD. *Textbook of pediatric infectious diseases*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1992:1447-5557.
- [10] Sumaya CV, Ench Y. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis in children. II. Heterophil antibody and viral specific responses. *Pediatrics* 1985;75:1011-9.
- [11] Luzzatto F, Pruneri G, Benini E, Manzotti M, Laszlo D, Martinelli G. Angioimmunolymphoma with hyperplastic germinal centres and a high content of EBV-infection. *Histopathology* 2005;46(4):464-6.
- [12] Johrens K, Anagnostopoulos I, Durkop H, Stein H. Different T-bet expression patterns characterize particular reactive lymphoid tissue. *Histopathology* 2006;48(4):343-52.

Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti

Genitori e bambini di fronte al pericolo di estranei abusanti

Doriana Chiuchiù

Psicologa, Psicoterapeuta, UO di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia dell'Età Evolutiva, AUSL Cesena

Abstract

Bad wolves, self-conscious lambs, careful shepherds. Parents and children coping with the danger of abusing strangers

Preventing the danger for children to meet abusing strangers is the aim of this paper. The main preventive primary care programmes aimed both at fortifying children's abilities to recognize and cope with hazardous situations and to react with defensive strategies are described. The limits and problems of such programmes are evaluated, as also the necessity to create global clinical pathways addressed not only towards children's behaviour but also at improving relations and communication. The most efficacious prevention seems to be the one aimed at helping children develop a solid, competent and fully self conscious identity and helping adults in supporting them.

Quaderni acp 2008; 15(2): 59-62

Keywords Abuse. Pornography. Internet. Protective factors. Life-skills

L'articolo affronta il problema della prevenzione del pericolo che i bambini incontrino estranei abusanti. Vengono descritti i principali programmi di prevenzione primaria, rivolti a potenziare le capacità dei bambini di riconoscere ed evitare le situazioni di rischio, e in caso di pericolo di adottare comportamenti difensivi. Di tali programmi vengono poi evidenziati i limiti e i problemi, introducendo la necessità di percorsi più globali, indirizzati non soltanto a potenziare le competenze comportamentali dei bambini, ma soprattutto a migliorare il clima relazionale e comunicativo in cui questi crescono. Attraverso l'analisi del fenomeno emergente della pedo-pornografia su Internet, delle sue caratteristiche peculiari, delle conseguenze e della possibilità di contrastarlo, viene infine confermato che la prevenzione più efficace è quella che aiuta i bambini ad acquisire una identità solida, competente, consapevole del proprio valore e, nello stesso tempo, aiuta gli adulti a sostenere i bambini in questa crescita.

Parole chiave Abuso. Pornografia. Internet. Fattori di protezione. Life-skills

Il pericolo che i propri figli vengano avvicinati da adulti estranei che vogliono far loro del male, molestarli, abusarne, addirittura rapirli o ucciderli, sebbene si tratti di una eventualità piuttosto rara, rappresenta comprensibilmente una fonte di angoscia enorme per i genitori. Sapere cosa è necessario insegnare ai propri figli per evitare i pericoli che possono venire dagli estranei, d'altra parte, non è affatto semplice. Questo articolo cercherà di esporre gli elementi fondamentali di una complessa prevenzione, che deve trovare un equilibrio fra due atteggiamenti difficili da conciliare: il sollecitare nei bambini diffidenza nei confronti delle persone e delle situazioni sconosciute e, contemporaneamente, far loro acquisire sicurezza e fiducia in se stessi e negli altri.

Incrementare le competenze dei bambini

La maggioranza dei programmi di prevenzione primaria, realizzati sia in Italia che all'estero, si basa sostanzialmente sul potenziamento di due particolari competenze del bambino: la capacità di riconoscere ed evitare le situazioni di rischio e, nel caso ci si trovi coinvolto, la capacità di adottare comportamenti difensivi [1]. Riguardo alla possibilità di riconoscere ed evitare le situazioni di pericolo, sono state proposte alcune specifiche attività educative:

- ▶ aiutare i bambini a differenziare le modalità di relazione corporea con gli altri, soprattutto con gli adulti, distinguendo fra "tocco buono" e "tocco cattivo" (per esempio un adulto che

vuole toccare un bambino di nasco- sto sicuramente non ha buone intenzioni) [2];

- ▶ far loro comprendere, più in generale, che ognuno deve essere trattato con rispetto e dignità, che esistono leggi e regole che vanno rispettate da tutti e che il corpo di ciascuno è proprietà privata esclusiva [3-4];
- ▶ insegnare ai bambini la distinzione fra "segreti buoni" come un regalo, una sorpresa, una festicciola, e "segreti cattivi", quelli che bisogna promettere di non rivelare mai a nessuno, che fanno paura e confondono [2];
- ▶ informare i bambini su quali sono gli espedienti più usati dai molestatore, perché è facile abboccare a un'esca come la promessa di un regalo, di un gioco, di una bella foto, o come la richiesta di aiuto, la proposta di una confidenza, o la minaccia di dire ai genitori che il bambino è stato cattivo [3].

Per quanto riguarda il fronteggiare un'aggressione e chiedere aiuto, in questi programmi vengono sollecitate nei bambini alcune abilità:

- ▶ viene rafforzata la capacità di dire "no" alle proposte dell'adulto, di sottrarsi a una situazione spiacevole, rifiutandola decisamente [2-4];
- ▶ viene insegnato un comportamento attivo di autodifesa, come urlare, calciare, scappare via e andare a chiedere aiuto [2-4];
- ▶ rispetto al chiedere aiuto, vengono date indicazioni su come individuare le figure a cui rivolgersi, e più in generale su come cavarsela quando si è in difficoltà lontano da casa: entrare in negozi e uffici, rivolgersi a persone con bambini, cercare vigili o poliziotti, conoscere il proprio indirizzo e telefono [2-4].

Nei programmi proposti l'acquisizione di tutte queste abilità deve, comunque, essere necessariamente accompagnata dalla costruzione di una relazione con

Per corrispondenza:
Doriana Chiuchiù
e-mail: dchiuchiu@ausl-cesena.emr.it

adulti significativi, sottolineando l'importanza per i bambini di potersi confidare con i genitori o, più in generale, con adulti che si preoccupano per loro e che possono aiutarli, persone a cui raccontare se hanno vissuto esperienze inquietanti o confuse [2-5].

La diffusione di questi programmi di prevenzione ha condotto gli stessi promotori a una riflessione e a una analisi approfondita dei vantaggi, ma anche dei limiti e dei problemi sollevati da una simile impostazione. In particolare, negli Stati Uniti. Alcuni Autori hanno dimostrato un incremento delle paure e delle ansie dei bambini sottoposti a questi programmi, sottolineando che l'effetto collaterale di creare ansia non è compensato dall'acquisizione di sufficienti competenze di autodifesa [6-7]. In effetti, il limite maggiore dei programmi descritti è proprio quello di sopravvalutare le possibilità di autoprotezione dei bambini, i quali, per loro natura, sono dipendenti dall'adulto, bisognosi delle sue cure, della sua attenzione e della sua approvazione: ci si è resi conto che è quanto meno eccessivo riporre tutta la responsabilità della prevenzione sulla capacità del bambino di discriminare le situazioni di rischio e di autodifendersi. La sottolineatura sulla capacità di chiedere aiuto e di confidarsi con gli adulti protettivi, poi, non tiene conto del fatto che la violenza nei confronti dei minori ha la caratteristica peculiare di inquinare proprio la possibilità di comunicazione: l'adulto autore della violenza, attraverso l'imposizione del segreto, l'imbroglio, la minaccia e la manipolazione, tende a isolare la vittima impedendogli di comunicare; il bambino è spesso confuso, ha paura, si sente minacciato e rimane chiuso nel suo silenzio; l'adulto, potenzialmente protettivo fatica a cogliere messaggi che spesso sono poco chiari, non verbali, emotivamente disturbanti, poiché l'abuso è un fenomeno "impensabile" e si tende normalmente a non prenderlo in considerazione [8]. L'esperienza clinica ha spesso mostrato che i genitori, e gli educatori in generale, non sono stati capaci di cogliere segnali anche evidenti da parte dei bambini proprio perché è presente un atteggiamento psicologico profondo di rifiuto a pensare che altri adulti possano mettere in atto comportamenti violenti e attenzioni sessuali nei confronti dei bam-

bini. Si tratta di un orrore che rende appunto "impensabile" l'abuso. A proposito della difficoltà dei genitori di rendersi conto dei rischi che corrono i propri figli, sono state condotte alcune ricerche che hanno messo a confronto le descrizioni prodotte dai genitori delle attività dei figli (*monitoring parentale*) e quelle dei figli stessi. I risultati sono piuttosto significativi e mostrano che la consapevolezza dei genitori non è molto alta (31-57%), oscillando in una particolare direzione: il genitore tende a ritenere il figlio molto più casalingo e studioso di quanto questi dica di essere. Questa tendenza mette in luce l'esigenza degli adulti di salvaguardare ai propri occhi e a quelli altrui l'immagine di adeguatezza del proprio figlio, con l'evidente rischio di sottovalutazione dei problemi [9]. L'impensabilità dell'abuso, le difficoltà di comunicazione legate alle situazioni di violenza, la tendenza già presente nei genitori a sopravvalutare l'adeguatezza dei figli, rendono chiaramente insufficienti i programmi di prevenzione che si affidano esclusivamente al potenziamento delle capacità autoprotettive dei bambini.

Incrementare le competenze degli adulti

Sulla base di queste considerazioni, è stata quindi affermata la necessità di realizzare programmi di prevenzione più globali, che, in modo sistematico e intensivo, tendano a migliorare il clima relazionale e comunicativo in cui crescono i bambini e che siano indirizzati non soltanto a incrementare le competenze di questi, ma anche e soprattutto quelle degli adulti che si devono occupare di loro [2-10].

I programmi che scelgono questa ottica evidenziano l'importanza di creare uno spazio psicologico dove i bambini e le bambine sappiano che i segreti possono essere posti su spalle più larghe delle loro, sottolineando così il tema della responsabilità degli adulti: è l'adulto che deve creare le condizioni perché il bambino possa parlare e chiedere aiuto in caso di necessità; non si può chiedere al bambino di fare il primo passo [5-11]. Ma l'adulto, insegnante o genitore che sia, deve essere aiutato a sua volta a imparare ad ascoltare e a comprendere i segnali dei bambini di cui si occupa. Questi

programmi promuovono, come risorsa principale della prevenzione, la capacità di ascolto, intesa come capacità di riconoscere e gestire i sentimenti propri e altrui, per costruire un clima empatico che permetta di cogliere anche i messaggi non verbali e di decodificare i segnali di disagio e le richieste di aiuto [12-13].

Si tratta di percorsi complessi che prevedono una serie di attivazioni condotte da professionisti specificamente formati: attraverso successive esperienze in piccolo gruppo i partecipanti vengono aiutati a discriminare i differenti stati emotivi propri e altrui, a esprimerli e a gestirli. In tali percorsi di prevenzione viene sollecitata la disponibilità a un ascolto che possa anche tollerare la sofferenza e accogliere le dimensioni negative dell'esistenza, senza produrre nei bambini eccessive reazioni ansiose o fobiche [11]. Per quello che riguarda l'intervento con i bambini, non viene tanto perseguito l'obiettivo di potenziare singole abilità comportamentali, quanto quello di incrementare i più significativi fattori di protezione. Molte ricerche hanno dimostrato l'importanza di sollecitare nei ragazzi la costruzione di una identità competente in cui siano potenziate:

- ▶ la conoscenza delle proprie capacità e del proprio valore (autostima);
- ▶ la consapevolezza delle proprie emozioni e la possibilità di esprimerle (capacità di essere se stessi);
- ▶ la capacità di collaborazione con gli altri (rispetto reciproco).

L'acquisizione di queste abilità di vita (*life-skills*) viene promossa attraverso programmi rivolti perlopiù a gruppi classe, sollecitando nei bambini differenti competenze emotive, cognitive e relazionali, come la capacità di prendere decisioni e di risolvere problemi, di comunicare efficacemente, di essere empatici nei confronti degli altri. La promozione delle *life-skills* sembra essere lo strumento più efficace di protezione dal rischio psicosociale, in quanto permette di affrontare ed elaborare gli eventi ambientali e relazionali stressanti [2-12-13].

La pedo-pornografia

Un tipo particolare di minaccia proveniente dagli estranei è costituito dal fenomeno della pedo-pornografia su Internet,

che in questa riflessione merita un piccolo approfondimento per la sua attualità e invasività.

Dati recenti riferiscono che il 55% dei bambini italiani fra i 5 e i 13 anni possiede un computer a casa e il 35% di questi ha accesso a Internet; circa il 90% dei bambini ha il cellulare, strumento che diventa sempre più multimediale e permette di connettersi alla rete [14]. A questi dati va aggiunta la constatazione che quasi sempre i minori sono più competenti degli adulti nell'utilizzo del mezzo tecnologico: sanno destreggiarsi nella rete, ricevono e inviano contenuti, chattano, frequentano le communities, inviano sms e foto con i telefonini, senza alcuna possibilità di supervisione da parte degli adulti. Questo li espone al rischio di entrare in contatto con materiale pedo-pornografico e con potenziali abusanti [15].

La pedo-pornografia via Internet viene definita come una forma di abuso sessuale nei confronti dei minori, caratterizzata dalla documentazione fotografica, video o audio dell'utilizzo sessuale più o meno esplicito dei bambini, e dalla diffusione di questa documentazione in un enorme circuito telematico a cui hanno accesso molte persone [16]. Il fenomeno ha dimensioni più importanti di quello che si possa immaginare: una ricerca, condotta in Gran Bretagna dal 1992 e che ha coinvolto 1500 bambini, rivela che il 20% chatta regolarmente, il 53% ha avuto conversazioni di natura sessuale fra gli 8 e gli 11 anni, il 16% dice di aver avuto degli incontri dal vivo [17].

Gli esperti che si occupano della lotta allo sfruttamento sessuale a danno dei minori su Internet hanno descritto le modalità caratteristiche dell'adescamento ("grooming") da parte dei potenziali abusanti, che solitamente sono molto abili nell'individuare i bambini più fragili psicologicamente, quelli più isolati e privi di supervisione da parte degli adulti [16]. Il potenziale abusante si informa subito su dove è situato il PC, se c'è qualcuno insieme al bambino, e cerca di isolarlo dal resto delle relazioni diventando un amico fidato a cui confessare i propri sentimenti, i segreti e i problemi. Abusante e vittima cominciano a condividere interessi comuni e a dichiararsi affetto, magari scambiandosi foto innocue. Quando l'adulto è certo di non esse-

re scoperto, inizia la fase della relazione esclusiva, impenetrabile agli estranei, con scambio di foto a contenuto sessuale esplicito e infine con la richiesta di incontrarsi di nascosto. In questa fase di "grooming" avanzato spesso si passa al cellulare che può essere più facilmente nascosto ai genitori e che rende il minore contattabile in ogni istante. Di fronte al rifiuto del minore, l'adulto può rispondere col ricatto di mostrare a genitori o amici le foto scambiate [15].

Sono stati studiati anche i danni specifici collegati a questa forma di abuso [15]. Ci sono effetti strettamente connessi alle caratteristiche della rete, che è un am-



biente mobile, senza frontiere, in cui è difficile tracciare un confine e che dunque favorisce la confusione fra fantasia e realtà, e anche il rapido passaggio da vittima ad aggressore [17]. L'esposizione a materiale pedo-pornografico sollecita esperienze emotive complesse e confusive, soprattutto in adolescenza, in cui si mescolano curiosità, eccitazione e disagio; è stata inoltre evidenziata la tendenza a creare comunità virtuali autogiustificative, in cui attraverso la condivisione di materiale pedo-pornografico si stabilisce una "fratellanza" [16-18]. Ma soprattutto è stato verificato che l'utilizzo di video e foto inibisce ulteriormente le capacità difensive del minore abusato, perché la prova fotografica è un potente strumento di pressione per mantenere il segreto [16]; infine la consapevolezza che le proprie immagini possono circolare all'infinito e ovunque sul web ha conseguenze devastanti per la vittima,

che sperimenta al massimo grado la perdita di controllo su di sé e vive un sentimento di vergogna senza fine [14-16].

Per quanto riguarda la possibilità di prevenire il rischio che i propri figli incontrino la pedo-pornografia su Internet, gli esperti che si sono occupati di questo fenomeno sono giunti alla conclusione che non esistono soluzioni semplici, univoche e definitive. È azzardato affidarsi solo a software in grado di filtrare i contenuti, perché sono imperfetti e aggirabili, ed è assurdo pensare di risolvere il problema staccando la spina [16]. Anche in questo caso, la prevenzione passa in primo luogo attraverso un potenziamento delle capacità genitoriali: è necessario che gli adulti abbiano una maggiore alfabetizzazione informatica, che siano in grado di assistere i figli nella navigazione e non li lascino completamente da soli col PC; occorre che i genitori sappiano spiegare ai bambini che su Internet ci sono cose divertenti ed educative, ma che si possono fare anche brutte esperienze; più in generale, è necessario che gli adulti trasmettano ai bambini il valore della privacy e del rispetto reciproco, soprattutto nella gestione del proprio corpo e della sessualità [16]. Ancora una volta, gli esperti di pedo-pornografia via Internet giungono alla conclusione che la prevenzione più efficace è basata sulla capacità di comunicazione e di ascolto degli adulti nei confronti dei minori [15]. I bambini non devono essere considerati dei fruitori passivi dei media, anzi vanno sollecitati a un uso consapevole del computer o del telefonino, attraverso un rafforzamento della loro identità competente e della loro autonomia di pensiero: nello specifico devono conoscere i rischi che si possono correre sul web, devono imparare a salvaguardare i propri dati personali e sapere che, in caso di necessità, c'è qualche adulto a cui chiedere aiuto [16].

Conclusioni

Queste riflessioni riconducono direttamente al centro del ragionamento proposto: la prevenzione più efficace dal pericolo rappresentato da estranei si fa aiutando i bambini ad acquisire una identità solida, competente, consapevole del proprio valore e, nello stesso tempo, aiutando gli adulti a sostenere i bambini in que-

sta crescita. Nel rapporto col mondo dei grandi i bambini devono imparare che esistono adulti pericolosi, ma anche adulti di cui fidarsi e a cui poter chiedere aiuto; a loro volta, i genitori devono imparare ad accettare che non possono proteggere i propri figli da ogni male e da ogni sofferenza, ma che possono aiutarli ad acquisire le competenze che permettono loro di affrontare ed elaborare le esperienze negative.

Bibliografia

- [1] Pellai A, Bazzi M. Interventi educativi per la prevenzione dell'abuso: teorie e modelli. *Maltrattamento e abuso all'infanzia* 1999;1:125-36.
- [2] Pellai A, Lehman Y. Le parole non dette. Come insegnanti e genitori possono aiutare i bambini a prevenire l'abuso sessuale. Milano: Franco Angeli, 2000.
- [3] Wooden K. *Child Lures* Arlington. The Summit Publishing Group 1995.
- [4] Botte MF, Lemaitre P. Mimi Fiore di Cactus e il suo porcospino. Chi mi stuzzica si pizzica. Firenze: Giunti, 1998.
- [5] Giommi R, Moyerson J, Perrotta M, Sarti P. Mimi Fiore di Cactus e il suo porcospino. Riflessioni sul tema dell'abuso per gli insegnanti. Firenze: Giunti, Progetti Educativi, 1998.
- [6] Reppucci ND, Haugard JJ. Prevention of Child Sexual Abuse: Myth or Reality. *American Psychologist* 1989;44:1266-75.
- [7] Wald MS, Cohen S. Preventing Child Abuse: What Will It Take. *Family Law Quarterly* 1986; 20:281-302.
- [8] Foti C (a cura di). Il trauma dell'abuso tra negazione e riparazione. Dispense del Centro Studi Hansel e Gretel. Torino: SEI, 2007.
- [9] Smorti A. Nella testa dei figli. *Psicologia contemporanea* 2006;196:55-61.
- [10] Foti C (a cura di). Prevenire il maltrattamento è meglio che curarlo. Dispense del Centro Studi Hansel e Gretel. Torino: SEI, 2007.
- [11] Foti C, Bosetto C. Giochiamo ad ascoltare. Torino: Franco Angeli, 2000.
- [12] Bolognini N, et al. La mente abbraccia il cuore. Intelligenza emotiva per i bambini della scuola dell'infanzia e della scuola primaria. Dispense del Centro Studi Hansel e Gretel. Torino: SEI, 2007.
- [13] Una città che ascolta i bambini e le bambine. Edizioni Provincia di Forlì-Cesena, 2006.
- [14] Minori nella rete. Terzo rapporto di Stop-it sulla pedo-pornografia online. Italia: Save the Children, 2006.
- [15] Il minore esposto alla pedo-pornografia su Internet. Zoom monografico. Italia: Save the Children, 2006.
- [16] Pedo-pornografia. Chi sono le vittime, e quali rischi su Internet. Secondo rapporto di Stop-it. Italia: Save the Children, 2004.
- [17] O'Connell R. Una tecnica di sfruttamento sui minori: il grooming e alcune possibili risposte. Conferenza Internazionale sulla pedo-pornografia. Roma, 11/05/2004.
- [18] Manzi G. La sensibilizzazione come forma primaria di prevenzione. Conferenza Internazionale sulla pedo-pornografia. Roma, 11/05/2004.

Associazione Culturale Pediatri

GLI ARGONAUTI IX IN VIAGGIO PER ITACA: RIPARTIRE DAI BAMBINI

Auditorium Mons. Fasola, Sala Visconti, Via S. Filippo Bianchi 3
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).

Moderata 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)*

Moderata T. Arrigo

ore 14,30-14,50 *Il caso clinico (A. Alessi)*

Sapere di più su...

ore 14,50-15,50 *Non parla, mi devo preoccupare? (G. Gambino)*

ore 15,50-16,50 *I meccanismi di controllo della postura (G. Anastasi)*

Moderata M. Bonati

ore 17,10-18,10 *Dottore, devo vaccinare mia figlia con l'HPV? (S. Di Mario)*

Un bambino con...

Moderata F. Calamoneri

ore 18,10-19,00 *Bambini da correggere o da comprendere? "Quando gli aeroplanini sono arancioni" (A. Gagliano)*

Sabato 3 maggio

Moderata S. Conti Nibali

ore 9,00-9,20 *Il caso clinico (M. Alessi)*

Problemi emergenti

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

Un bambino con...

ore 10,20-11,00 *... malattia metabolica (A. Fiumana)*

Moderata M.F. Siracusano

Sapere di più su...

ore 11,15-12,15 *La medicina che vorrei imparare (A. La Bruto)*

ore 12,15-13,00 *Se il pediatra non mi ascolta... (M. Gangemi)*

Moderata I. Crupi

Progetti in corso

ore 14,30-15,15 *A che punto siamo?*

Moderata G. Magazzù

Sapere di più su...

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

Moderata M. Bonati

ore 16,15-17,30 *Un neonato sano in ospedale (C. Fabris, G. Giaccone)*

Domenica 4 maggio

Moderata M. Bonati

Problemi emergenti

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

ore 10,15-11,00 *Reazioni avverse ai farmaci: update aprile 2008 (A. Caputi)*

Un bambino con...

ore 11,00-11,45 *... malattia neurologica (M. Bonsignore)*

Ripartire dai bambini

ore 11,45-12,30 *Altri bambini invisibili (G. Schipani)*

ore 12,30 *Il viaggio prosegue? ... arrivarci 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 vedi a pag. 67.

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

Tel. 09 02929379 - Cell. 349 7713672 - Fax 09 06510803 - e-mail: info@sunmeetings.com

Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini

Luisella Grandori***, Maria Giulia Gatti***, Nadia Lugli*, Elisabetta Scalera*, Pier Fiorenzo Varni*, Giulio Sighinolfi**, Carlo Alberto Goldoni***
*Pediatria di famiglia, **Pediatria di comunità, ***Servizio di Epidemiologia dell'Azienda USL di Modena

Abstract

A surveillance and management pathway on vaccines' adverse reactions

In order to arouse health professional awareness regarding vaccines' adverse reactions in children, different actions have been elaborated by the Modena public health district since 1996. A training project aimed at improving specific aspects as: case definition, the surveillance path, management of serious adverse reactions and the feed back of information regarding adverse reactions has been activated in 2005. A working multidisciplinary team coordinated by the Epidemiology Service has been constituted with family and community paediatricians, the pharmacovigilance coordinator and the one responsible of vaccines' permanent damages. A first phase report, through a seminar, disclosed the first results, at the moment the activity is still going on.

Quaderni acp 2008; 15(2): 63-67

Keywords Vaccines. Adverse reactions. Management of adverse reactions. Surveillance

Nell'Azienda USL di Modena sono state intraprese, fin dal 1996, diverse iniziative per sensibilizzare gli operatori alla sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini in età pediatrica. Nel 2005 è stato attivato un progetto di formazione sul campo al fine di migliorare ulteriormente la qualità di alcuni aspetti specifici: le definizioni di caso, il percorso della segnalazione, la gestione degli eventi avversi più gravi e il ritorno delle informazioni sugli eventi avversi segnalati. Per realizzare il progetto è stato costituito un gruppo di lavoro misto – coordinato dal Servizio di Epidemiologia – composto da pediatri di famiglia e di comunità, il referente aziendale per la farmacovigilanza e quello per l'indennizzo dei danni permanenti da vaccino. I risultati della prima fase del progetto sono stati diffusi, attraverso un seminario, a tutti gli operatori coinvolti nella prevenzione con le vaccinazioni nell'infanzia. L'attività è proseguita nel 2006 ed è tuttora in corso.

Parole chiave Vaccini. Reazioni avverse. Gestione delle reazioni avverse. Sorveglianza

Premessa

Anche se i vaccini mostrano livelli di sicurezza molto elevati, la sorveglianza delle reazioni avverse è uno strumento indispensabile per valutare correttamente il risultato di salute ottenuto vaccinando. Per questo motivo, nei Paesi a elevato benessere economico, sia l'opinione pubblica che la comunità scientifica pongono, oggi, grande attenzione alla rilevazione e allo studio degli eventi avversi osservati dopo le vaccinazioni. Ciò permette, infatti, di individuare eventuali lotti particolarmente reattogeni dei quali sospendere prontamente l'uso e di monitorare il rapporto rischio/beneficio delle singole vaccinazioni, anche al fine di dare informazioni corrette e aggiornate ai cittadini.

La segnalazione delle reazioni indesiderate, come per qualunque farmaco, è i-

noltre un preciso dovere deontologico. Nell'Azienda USL di Modena sono state intraprese, fin dal 1996, diverse iniziative di formazione sul tema, rivolte contemporaneamente alle varie figure professionali coinvolte – in special modo ai pediatri di famiglia – e sono stati prodotti e diffusi periodicamente rapporti sulle segnalazioni relative ai vaccini, pervenute al Servizio di Farmacovigilanza aziendale [1-3]. Si è, inoltre, posta particolare cura nel fornire indicazioni sulle modalità di segnalazione e nel garantire un supporto agli operatori attraverso la predisposizione di documentazione, consulenza telefonica e ricerca bibliografica su richiesta per casi particolari. Ciò ha creato una cultura diffusa di attenzione al fenomeno e ha aumentato l'impegno dei pediatri di famiglia e dei servizi vaccinali nell'informazione dei genitori, oltre

che nella segnalazione e nell'aggiornamento su questo argomento.

Il progetto descritto di seguito è stato avviato con l'obiettivo di migliorare ulteriormente la qualità della sorveglianza e di approfondire alcuni aspetti specifici, per consolidare i traguardi raggiunti e superare le criticità ancora presenti.

Il progetto

Il progetto – realizzato con le modalità della formazione sul campo – si proponeva di verificare le conoscenze e il funzionamento dei punti chiave della sorveglianza già affrontati nelle iniziative formative precedenti, come le definizioni di caso, il flusso della segnalazione, il ritorno delle informazioni, le evidenze di correlazione tra reazioni avverse e vaccini, i criteri per l'informazione dei genitori sulla sicurezza dei vaccini. Inoltre è stata rilevata la necessità di approfondire la gestione e la valutazione degli eventi avversi più gravi. La prima fase del progetto è iniziata nel febbraio 2005 e si è conclusa nel dicembre dello stesso anno, con un seminario rivolto a tutti gli operatori coinvolti nella sorveglianza, per diffondere i risultati. Le attività sono proseguite nel 2006 e sono tuttora in corso. Il progetto ha coinvolto tutta l'area pediatrica – territoriale e ospedaliera – dell'Azienda USL di Modena. Per attuarlo è stato costituito un gruppo di lavoro misto – coordinato da 1 pediatra e 1 medico di sanità pubblica del Servizio di Epidemiologia – formato da 6 pediatri di famiglia e 3 pediatri di comunità, il referente aziendale per la farmacovigilanza e quello per l'indennizzo dei danni permanenti da vaccino. Il lavoro è stato suddiviso in sottogruppi, ciascuno dei quali ha seguito un aspetto specifico. Si illustrano di seguito i risultati raggiunti.

Le definizioni di caso

La standardizzazione delle definizioni di caso ha un ruolo cruciale in tutti i tipi di sorveglianza. Per gli eventi avversi os-

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

servati dopo le vaccinazioni, esistono fonti autorevoli, come l'OMS, il VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*, USA) e il nostro Ministero della Salute, che riportano però definizioni non del tutto sovrapponibili [4-6]. Per alcuni sintomi disponiamo delle valutazioni della Brighton collaboration, fondata nel 1999 con l'obiettivo di produrre e implementare l'uso di definizioni di caso degli eventi avversi dopo vaccinazione, condivise a livello internazionale [7]. Ma esistono ancora diversi sintomi per i quali si è costretti a ricorrere a criteri soggettivi. Si illustrano di seguito i criteri e le fonti delle definizioni di caso condivise dal gruppo di lavoro, aggiornate a ottobre 2007.

Si precisa che con il termine di "ipersensibilità" si intendono sintomi come orticaria, angioedema, laringospasmo, broncospasmo, fino allo shock anafilattico, che possono comparire in tempi brevi dopo l'esposizione a sostanze contenute nei vaccini o a distanza di tempo (es. dermatite). Al loro interno sono comprese sia reazioni allergiche – e quindi di natura immunologica (IgE e non-IgE mediate) – sia reazioni di natura non immunologica [8]. Per distinguere le due diverse eziologie, sarebbero necessari accertamenti di laboratorio che di norma non vengono eseguiti. Pertanto le segnalazioni di ipersensibilità vengono riportate in genere senza distinzione di eziologia.

Il flusso informativo e la documentazione di base

Da molti anni nell'Ausl di Modena, il flusso della segnalazione delle sospette reazioni avverse ai vaccini prevede un passaggio intermedio – dal pediatra o dalla famiglia – al centro vaccinale di riferimento. Quest'ultimo completa le informazioni cliniche con i dati del vaccino somministrato (nome commerciale, lotto e scadenza) e le trasmette alla Farmacovigilanza aziendale, attraverso il modulo cartaceo ministeriale. La Farmacovigilanza inserisce le informazioni nell'archivio informatizzato nazionale che fa capo all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le indicazioni ministeriali del dicembre 2003 hanno rivisto la materia in modo complessivo prevedendo – tra l'altro – il passaggio diretto dal segnalatore alla Farmacovigilanza azien-

TABELLA 1: DEFINIZIONI DI CASO RELATIVE AD ALCUNI SINTOMI E LORO FONTI*

	Sintomi	Definizione	Origine
1	Febbre	$\geq 39,5^\circ$	DL su nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini (12-12-2003)
2	Ipersensibilità	Sintomi da ipersensibilità sia immediata (≤ 4 h) sia tardiva (>4 h)	IOM, OMS, VAERS + criterio soggettivo
3	HHE: episodi di ipotonia iporesponsività	Criteri di inconclusione: insorgenza entro le 48 h, presenza di flaccidità o ipotonia, ridotta responsività o iporesponsività, pallore o cianosi, età <2 aa Criteri di esclusione: altra causa dei sintomi, colore normale cute, sonno, anafilassi o orticaria o wheezing	PH (USA) condivisa da OMS, VAERS e Brighton collaboration (rev. 2007)
4	Locali gravi	Reazioni in sede di iniezione estesa a tutto l'arto, o oltre la radice dell'arto, o con aumento notevole del volume dell'arto (es.: volume raddoppiato). Reazioni con manifestazioni cutanee particolari: chiazze, papule, vescicole, croste, flemmoni, ascessi.	Criterio soggettivo
5	Trombocitopenie	Plt <50.000	DL su nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini (12-12-2003)
6	Cutanee di non chiara natura	Manifestazioni cutanee inusuali non ben definibili che non rientrino nelle categorie 2 e 4	Criterio soggettivo
7	Reazioni vagali	Eventi che comprendono molteplici sintomi come ipotensione, bradicardia, nausea, pallore, sudorazione	Criterio soggettivo
8	Pianto persistente	Pianto continuo e persistente per più di 3 ore	Brighton collaboration (rev. 2004)

* aggiornate al 2007 in occasione del rapporto regionale [9]
Legenda: PH (USA) = Public Health degli USA; OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità; VAERS = Vaccine Adverse Event Reporting System, Sistema di sorveglianza delle reazioni avverse ai vaccini, USA; Brighton collaboration = gruppo di lavoro fondato nel 1999 che produce linee guida condivise a livello internazionale, sulle definizioni di caso degli eventi avversi osservati dopo vaccinazione.

dale [6]. Abbiamo perciò voluto verificare in primo luogo se il percorso precedente – considerato ottimale – avesse subito modifiche, ma anche la disponibilità e la qualità della documentazione sulle definizioni di caso e sulle evidenze di correlazione, il ritorno delle informazioni e la conoscenza della normativa sull'indennizzo per danno permanente. L'indagine è stata effettuata dal 1° settembre al 31 ottobre 2005, attraverso un questionario che è stato somministrato a 48 pediatri: 36 di famiglia (su un totale di 95, campionati numericamente in modo stratificato in base alla loro distribuzione nel territorio in modo che ogni Distretto fosse rappresentato); 7 di comunità (tutti i responsabili distrettuali dei Servizi vac-

cinali per l'infanzia); 5 ospedalieri (uno per ciascun reparto pediatrico della Ausl di Modena).

I risultati hanno mostrato che il flusso informativo aveva mantenuto le caratteristiche illustrate sopra, in modo omogeneo nei 7 Distretti della Ausl. È risultata, invece, carente la comunicazione di ritorno, dal centro vaccinale ai pediatri di famiglia e ospedalieri, dei casi segnalati direttamente dalla famiglia al centro stesso. Si sono inoltre rilevate carenze e inadeguatezza della documentazione disponibile sulle evidenze di correlazione. Solo il 37,5% degli intervistati ha dichiarato di disporre, con frequenze molto diverse a seconda dell'area di appartenenza: l'86% dei pediatri di

comunità, il 31% dei pediatri di famiglia e nessuno degli ospedalieri.

La maggior parte (86%) di coloro che hanno specificato, come richiesto, di quale documentazione si trattasse, non ha fatto riferimento alle fonti più autorevoli e attendibili indicate – evidentemente in modo non abbastanza efficace – nelle iniziative di formazione precedenti. Un'elevata percentuale di pediatri di comunità (86%) e ospedalieri (80%) ha dichiarato di conoscere la legge per l'indennizzo in caso di danno permanente, che è risultata invece poco nota ai pediatri di famiglia (19%). La formulazione della domanda non ha permesso però di capire se la "conoscenza" si riferisse all'esistenza della legge o ai suoi contenuti.

Il rapporto periodico

Il rapporto periodico annuale sulle reazioni avverse a tutti i farmaci, diffuso dalla Farmacovigilanza aziendale fin dal 1996, è stato affiancato – dal 2002 – da un rapporto specifico sugli eventi avversi ai vaccini in età pediatrica, predisposto dal Servizio di Epidemiologia, utilizzando la banca dati della Farmacovigilanza. È ora in via di pubblicazione il rapporto 2002-2006. Vi è consenso unanime tra i pediatri che detto rapporto sia uno degli strumenti più efficaci per migliorare la qualità della sorveglianza. Durante il seminario conclusivo della prima fase del progetto, sono stati illustrati e discussi i dati allora disponibili (2002-2003). L'aggiornamento successivo (2002-2005) – accessibile online, sul sito dell'Ausl, come i precedenti [1-3] – è stato trasmesso, ove possibile, per posta elettronica e/o per posta ordinaria a tutti gli operatori di area pediatrica. Si riportano di seguito, in sintesi, i risultati di quest'ultimo rapporto, il metodo di lavoro utilizzato e le criticità incontrate nell'elaborazione dei dati.

Gli eventi avversi segnalati dal 2002 al 2005 – su un totale di 253.878 dosi di vaccino somministrate in età 0-17 anni – sono stati 239, di cui 86 (36%) considerati "rilevanti". I criteri adottati per considerare i sintomi come rilevanti – illustrati in dettaglio nel rapporto – si riferiscono alle caratteristiche cliniche, di emergenza/urgenza e durata. Per le reazioni locali si è tenuto conto dell'estensione e delle caratteristiche della lesione

(*tabella 1*). La *tabella 2* mostra la distribuzione per tipo di tutti gli eventi considerati rilevanti, parte dei quali ha richiesto il ricovero o il ricorso al PS.

I casi che hanno determinato il ricovero o il ricorso al PS sono 21 (9% delle 239 segnalazioni) (*tabella 3*). Essi comprendono alcuni degli eventi rilevanti descritti in *tabella 2* e altri eventi non considerati di rilievo. Nella sorveglianza delle reazioni avverse a tutti i farmaci, il ricovero o il ricorso al PS sono considerati un indicatore di gravità, ma ciò non appare del tutto adeguato per i vaccini. Può accadere infatti che i genitori ricorrano alla struttura ospedaliera anche se i sintomi insorti dopo la vaccinazione non sono gravi e, viceversa, la comparsa di sintomi importanti non sempre porta al ricovero.

Confrontando le *tabelle 2 e 3*, si osserva che un buon numero di eventi rilevanti (es. neurologici o da ipersensibilità) non ha richiesto il ricovero, mentre diversi sintomi non considerati rilevanti (es. altro aspecifici e pianto persistente*) lo hanno richiesto.

L'incidenza totale delle segnalazioni è risultata pari a 9,4 ogni 10.000 dosi somministrate e quella degli eventi definiti "di rilievo" pari a 3,4 ogni 10.000 dosi.

Dal confronto con i dati relativi al 2006 della Regione Emilia-Romagna, elaborati seguendo gli stessi criteri utilizzati a Modena, si osserva che il tasso di segnalazione modenese (2002-2005) è superiore a quello regionale sia per tutti gli eventi segnalati (9,4 ogni 10.000 a Modena vs 5,0 ogni 10.000 dosi in Emilia-Romagna) che per quelli considerati rilevanti (3,4 ogni 10.000 dosi a Modena vs 2,3 ogni 10.000 dosi in Emilia-Romagna) [9]. È verosimile che ciò dipenda dalla particolare attenzione alla sorveglianza dei pediatri della nostra Ausl.

Si sono resi disponibili di recente i dati nazionali delle segnalazioni relative al 2006, elaborate dall'AIFA, che però non sono facilmente confrontabili con i nostri, per svariati motivi [10]. Innanzi tutto fanno riferimento – come detto sopra – a criteri di gravità diversi, ma anche a definizioni di caso non del tutto sovrapponibili; inoltre i sintomi vengono accorpati in grandi categorie che non permettono un confronto con aggregazioni più dettagliate. Tuttavia, l'ordine di frequenza per grandi categorie – se pure

TABELLA 2: EVENTI RILEVANTI DOPO VACCINAZIONE

Reazioni avverse (0-17 anni) Provincia di Modena (anni 2002-2005)	
Sintomi	N
Febbre $\geq 39,5^{\circ}$	30
Ipersensibilità sintomi cutanei/respiratori	13
Neurologici	11
Locali gravi	10
HHE*	4
Angioedema	4
Manif. cutanee di non chiara natura	3
Trombocitopenie	2
Ipersensibilità ipotensione-collasso	2
Zoster	1
Acrodermatite	1
Alopecia	1
Exitus	1
Strabismo	1
Kawasaki	1
Edemi articolari ed ematomi	1
Totale	86

*HHE= Episodi di ipotonia-iporesponsività
Per la definizione di caso vedi *Tabella 1*

TABELLA 3: EVENTI AVVERSI DOPO VACCINAZIONI (0-17 ANNI) CON RICOVERO O ACCESSO AL PS

Reazioni avverse (0-17 anni) Provincia di Modena (anni 2002-2005)	
Sintomi	N
Neurologici	9
Pianto persistente	3
Altro-aspecifici	2
Ipersensibilità sintomi cutanei	1
Ipersensibilità ipotensione-collasso	1
Febbre $\geq 39,5^{\circ}$	1
Locali gravi	1
Trombocitopenia	1
Exitus	1
Kawasaki	1
Totale	21

con qualche approssimazione – appare sovrapponibile a quello riscontrato nella nostra casistica (*tabella 2*) e in quella regionale [8]. Nell'elaborazione dell'AIFA compaiono infatti al primo posto le "patologie sistemiche", al secondo posto le "reazioni cutanee" e al terzo posto i "sintomi a carico del SNC".

È stato pubblicato di recente anche uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità

(ISS) sulla sorveglianza post-marketing delle vaccinazioni nei primi 2 anni di vita, ricavati dal data base dell'AIFA (1999-2004) [11]. Anche in questo caso il confronto con i nostri risultati non è agevole. Le elaborazioni dell'ISS sono infatti incentrate sull'analisi degli eventi avversi per tipo di vaccino e per età. Ciò è reso possibile dalla numerosità della casistica, trattandosi di dati nazionali che riguardano diversi anni. Per quanto riguarda la severità dei sintomi, gli Autori propongono una classificazione assimilabile in parte alla nostra. Si nota però una scarsa esaustività delle informazioni trasmesse al sistema di sorveglianza nazionale, riguardo ai casi più gravi (compresi i decessi).

Il limite più rilevante del nostro rapporto è l'esiguità numerica delle dosi somministrate (253.878 dosi dal 2002 al 2005) che non permette di valutare adeguatamente un fenomeno tanto raro come le reazioni avverse ai vaccini, specialmente quelle di rilievo. Ci auguriamo che, con il passare del tempo potremo accumulare un maggior numero di informazioni e di conoscenze. Nonostante una generale buona qualità dei dati trasmessi, si osservano alcune criticità da rimuovere, come l'occasionale mancanza di registrazione dell'ora della vaccinazione o dell'insorgenza dei sintomi. Cosa che può creare difficoltà nella classificazione, specie se si tratta di sintomi attribuibili a ipersensibilità (es. orticaria diffusa), per i quali il criterio temporale è indispensabile per distinguere le forme immediate da quelle tardive, che hanno un significato molto diverso nella valutazione della sicurezza di un vaccino.

La mancanza – se pure saltuaria – di questa informazione può dipendere dal fatto che il modulo ministeriale per la segnalazione non contiene i campi per annotarli, anche se la “guida” per la compilazione ne raccomanda la registrazione. Inoltre il sistema di sorveglianza nazionale non prevede la verifica nel tempo degli esiti dei sintomi, che appare invece indispensabile per quelli clinicamente più rilevanti. Questo aspetto è stato ritenuto oggetto di un futuro obiettivo del gruppo di lavoro.

Auspiciando un progressivo rafforzamento del sistema di sorveglianza nazionale, riteniamo che un buon monitoraggio a livello locale abbia importanti ricadute

positive: contribuisce alla qualità del livello nazionale, responsabilizza e rassicura i pediatri nel loro lavoro e tranquillizza le famiglie sull'attenzione posta dal servizio sanitario verso la salute dei loro figli.

Gestione degli eventi avversi più gravi

Eccezionalmente, dopo le vaccinazioni, si osservano sintomi gravi che per lo più non si riescono ad attribuire con certezza al vaccino. I sintomi che destano maggiore preoccupazione, oltre alle difficoltà o controversie nella diagnosi, sono quelli di tipo neurologico. Perciò si è ritenuto utile disporre di un unico punto di riferimento provinciale, individuato nel Centro Neuropediatrico del Policlinico di Modena, che si è reso disponibile in tal senso. È stato inoltre precisato il percorso per l'indennizzo nei casi in cui l'evidenza di correlazione fosse fortemente plausibile o certa, la sintomatologia avesse caratteristiche di cronicità e si configurasse l'ipotesi di un danno permanente.

Informazione dei genitori sulla sicurezza dei vaccini

Comunicare il rischio è, in generale, non semplice. E la difficoltà aumenta nel caso di un vaccino, visto che la sua somministrazione viene raccomandata ai bambini sani. Si tratta di trovare un giusto equilibrio tra il dovere di esplicitare tutti i rischi conosciuti e quello di non allarmare i genitori con ipotesi solo dubbie. Ancora più difficile è spiegare perché i sintomi osservati dopo una vaccinazione non si possono collegare con certezza al vaccino, se non eccezionalmente. Per superare queste difficoltà, il gruppo di lavoro ha deciso di individuare dei criteri per l'esplicitazione delle reazioni avverse e di dichiararli in modo trasparente ai genitori.

Il criterio scelto è stato l'evidenza di correlazione causale disponibile in letteratura. La classificazione per grado di evidenza effettuata dall'*Institute of Medicine* (IOM) degli USA [12], pubblicata nel 1994, riguardo alla correlazione causale tra i sintomi più rilevanti e i vaccini in uso fino ad allora (difterite-tetano, pertosse, polio vivo e inattivato, morbillo-parotite-rosolia), è stata confermata e parzialmente modificata dai CDC nel

1996 [13] e condivisa dal NIH (*National Institute of Health*) degli USA nel 1998 [14]. Queste valutazioni vengono considerate tuttora valide, ma nel frattempo sono state ipotizzate e discusse altre sospette reazioni avverse ai vaccini (es. sclerosi multipla e antiepatite B, autismo e MPR, danni neurologici e thiomersal). Per queste ultime si è fatto riferimento alla letteratura internazionale. Va fatto notare che, trattandosi di materia in continua evoluzione, è necessario un aggiornamento costante.

Quando le evidenze disponibili non permettono né di affermare né di negare la correlazione, come per esempio per l'encefalopatia cronica e l'antipertosse, occorre tenere presente che non ci troviamo di fronte a prove negative, ma a una mancanza di conoscenza. È necessario perciò che il pediatra sia consapevole dei margini di incertezza collegati anche a questo ambito della medicina e impari a comunicarla ai genitori. Potrà essere utile ricordare che sintomi come l'encefalopatia cronica sono stati osservati e documentati come complicanze della malattia naturale (pertosse), mentre per il vaccino siamo di fronte a dubbi non provati. Alla luce di tutto ciò, si è deciso di informare attivamente le famiglie sugli effetti collaterali per i quali esiste prova certa di correlazione o per i quali le evidenze disponibili favoriscono la correlazione (fortemente dubbia), che sono assai pochi. Rimanendo però disponibili, se richiesto, a colloqui di approfondimento sul tema – sostenuti per lo più dai pediatri di comunità che coordinano i servizi vaccinali – e sollecitando tutti i genitori a segnalare qualsiasi sintomo inusuale osservato dopo la vaccinazione dei loro figli.

Il seminario

Nel dicembre 2005 sono stati diffusi i risultati descritti sopra, attraverso un seminario rivolto ai pediatri di famiglia e agli operatori dei servizi vaccinali pediatrici, durante il quale è stata consegnata la documentazione aggiornata sulle definizioni di caso, le evidenze di correlazione, i risultati del questionario, il rapporto sugli eventi avversi segnalati nel 2002 e nel 2003 e la normativa per l'indennizzo in caso di danno permanente [15].

Le fasi successive

Nel 2006 si è proceduto all'elaborazione dei dati 2002-2005 e sono state definite ulteriori fasi di lavoro per il 2007: consolidare e ufficializzare – attraverso le Unità Pediatriche Distrettuali – il percorso della segnalazione già effettivo da anni e definire, insieme al Dipartimento Materno-Infantile della Ausl di Modena, le modalità di invio al Centro Neuro-pediatrico per la supervisione dei sintomi neurologici osservati dopo le vaccinazioni. Sono state inoltre programmate la stesura del rapporto 2002-2006 entro il gennaio 2008 e la presentazione dei risultati durante un ulteriore seminario, che sarà l'occasione per verificare lo stato di avanzamento del progetto complessivo.

Conclusioni

Le reazioni avverse ai vaccini – specie quelle più rilevanti – sono fortunatamente molto rare, ma richiedono grande attenzione per i motivi citati in premessa. Viceversa, la sorveglianza appare tuttora inadeguata in molte aree del territorio nazionale. In Emilia-Romagna si nota in generale un buon livello di accuratezza, e il progetto intrapreso nella Ausl di Modena porterà probabilmente a un ulteriore miglioramento della qualità a livello provinciale. Anche se questo non potrà risolvere le criticità nazionali, crediamo che il nostro lavoro dimostri la possibilità di ottenere buoni risultati a livello locale con iniziative semplici e ripetibili in altre realtà. ♦

Nota

* Nel rapporto 2002-2005, le segnalazioni di "piano persistente" non sono state considerate tra gli eventi rilevanti per l'ampio margine di incertezza di classificazione, dovuto alla mancata descrizione delle caratteristiche e della durata dei sintomi.

Bibliografia

[1] Grandori L, Goldoni CA, Galavotti S, et al. Risultati di salute delle vaccinazioni pediatriche in Provincia di Modena, Rapporto 2002. Azienda USL di Modena, 2004. Visibile online: <http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/pdf/pubblicazioni/2004/vaccinazioni0804.pdf>.

[2] Grandori L, Gatti MG, Poggioli P, et al. Sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini 0-17 anni, segnalati in Provincia di Modena nel 2002 e nel 2003. Azienda USL di Modena, 2006. http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/pdf/pubblicazioni/2006/rapporto_reazioni_avverse_0406.pdf.

[3] Gatti MG, Grandori L, Poggioli P, et al. Sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini 0-17 anni, segnalati in Provincia di Modena dall'1.1.2002 al 31.12.2005, AUSL di Modena, 2007. http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/pdf/pubblicazioni/2007/reazioni_avverse_vaccini_0207.pdf.

[4] WHO. Immunization safety surveillance: guidelines for managers of immunization programmes on reporting and investigating adverse events following immunization, 1999.

[5] Vaccine adverse event reporting (VAERS). Table of reportable events following vaccination, luglio 2005. <http://vaers.hhs.gov/pdf/ReportableEventsTable.pdf>.

[6] Ministero della Salute. Nuovo modello di segnalazione avversa a farmaci e vaccini. Decreto Lgs. 95/03 del 12 dicembre 2003.

[7] Brighton collaboration. Setting standards in vaccine safety. <http://www.brightoncollaboration.org/internet/en/index.html>.

[8] Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the nomenclature review committee of the world allergy organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:832-6.

[9] Grandori L, Gatti MG, Sapigni E, et al. Sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini 0-17 anni, segnalati in Regione Emilia-Romagna nel 2006. Servizio Sanità Pubblica e Politica del Farmaco, Regione Emilia-Romagna, Ausl di Modena, ottobre 2007. http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/pdf/pubblicazioni/2007/reazioni_avverse_vaccini_rer_1007.pdf

[10] AIFA. Segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini: i dati della rete nazionale di farmacovigilanza. *BIF* 2007,1:17-21.

[11] ISS (Comitato operativo studio Hera). Sorveglianza post-marketing delle vaccinazioni nei primi due anni di vita (1999-2004). Rapporti ISTISAN 07/34.

[12] Institute of Medicine (USA). Adverse events associated with childhood vaccines, evidence bearing on causality". Washington DC: National Academy Press, 1994.

[13] CDC di Atlanta. Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions. *MMWR* 1996;45:RR-12.

[14] National Institute of Health (NIH). Task force on safer childhood vaccines. January 1998.

[15] Ministero della Salute. Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni. Legge n. 210 del 25 febbraio 1992. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_1144_allegato.pdf.

GLI ARGONAUTI IX

Messina

Concorso fotografico Pasquale Causa "Ripartiamo dai bambini"

Regolamento

Al concorso potranno partecipare tutti coloro che intendono presenziare al Convegno. Le foto dovranno avere come tema i bambini, in riferimento al programma del Convegno. Gli Autori dovranno sentirsi liberi di esprimere la propria creatività, con foto non necessariamente di contenuto medico-scientifico. Le foto dovranno essere accompagnate da didascalia, e completate da: nome, cognome, recapito postale, telefono, e-mail e qualifica dell'autore, e dalla liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato. Potranno essere fornite in formato a stampa (in 2 copie) o in formato digitale.

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

**Concorso fotografico
Pasquale Causa**

c/o Sunmeetings, via XXVII Luglio, 1
98123 Messina

Le foto in formato digitale dovranno essere inviate all'indirizzo e-mail:

info@sunmeetings.com

specificando in oggetto:
**Concorso fotografico
Pasquale Causa**

Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno. Questi individueranno un vincitore e segnaleranno 5 foto meritevoli.

L'esito del concorso verrà comunicato durante il Convegno.

Le foto partecipanti al concorso dovranno pervenire

entro e non oltre il 15 aprile 2008.

info: notizie

Internet serve per promuovere salute?

The Lancet (2007;370:1891) pubblica un *comment* dal titolo “Serve internet per promuovere salute?”. Il *comment* si riferisce soprattutto alla promozione di una dieta corretta e dell’attività fisica e valuta ricerche che hanno confrontato interventi per i quali sono stati utilizzati materiali stampati vs internet. Non si sono dimostrate differenze significative di successi fra i due strumenti.

Secondo il *comment* internet avrebbe la possibilità di raggiungere più persone a livello di comunità rispetto al materiale stampato, anche se su questo sono necessarie maggiori ricerche. Se i due strumenti fossero equivalenti, si porrebbe il problema di quale dei due strumenti costi di meno. L’intervento con internet è più costoso nella fase di costruzione del website; quello cartaceo è più costoso nella fase di invio e ricevimento dei materiali. Un vantaggio di internet è certamente quello di potere far ricevere periodicamente ai partecipanti dei feedback individualizzati via mail: è stato dimostrato infatti che, in un progetto per fare perdere peso, un intervento con feedback è stato più efficace di un intervento “basico”; ma questo approccio aumenta i costi. Si tratta comunque di un approccio che la medicina di comunità deve assolutamente studiare. In Italia, attualmente, la diffusione di internet non è tale da permettere interventi di comunità, ma uno degli obiettivi della UE per l’Italia è di raggiungere la diffusione di internet per il 90% della popolazione entro il 2011.

È nato AliBaBa

È nato un nuovo gruppo online che parla dell’Alimentazione dei Bambini e delle Bambine (AliBaBa). Il forum, aperto paritariamente a comuni cittadini e a operatori sanitari, si propone come gruppo di discussione sull’alimentazione dei bambini. Vengono accolte richieste di opinioni, consigli e aiuto su questioni individuali o collettive, su decisioni da prendere con il proprio bambino, su “cosa faccio in questo caso” o “cosa rispondo a chi mi consiglia di...”; possono trovarsi informazioni su articoli, corsi, riunioni, eventi nazionali o locali, creazione di gruppi, consulenti in allattamento al seno

disponibili in una certa zona ecc. Si veda anche a pag. 95 (Malastampa). (http://it.groups.yahoo.com/group/ali_ba_ba/).

Farmacie amiche del bambino

Il 5 ottobre 2007, a Verona, è stato lanciato un Progetto nazionale che vede coinvolte le farmacie nella protezione della madre che allatta.

Il Progetto, ideato da un farmacista veronese e promosso dall’Associazione “Il Melograno”, ha ricevuto, per il suo carattere di novità a livello europeo, il patrocinio dell’UNICEF. È articolato in quattro punti: a) formazione dei farmacisti quali operatori sanitari di primo piano nel sostenere l’allattamento materno; b) allestimento nelle farmacie di uno spazio allattamento dotato di poltrona, fasciatoio e bilancia pesa-bambini sempre a disposizione delle mamme. In questi spazi la mamma che desidera allattare potrà trovare un luogo di accoglienza, la possibilità di avvalersi del consiglio di personale preparato e di contattare, se necessario, le ostetriche territoriali; c) dotazione di un angolo fornito di prodotti che favoriscano l’allattamento naturale, mentre i lattini in polvere e gli alimenti sostitutivi del latte materno non si troveranno più sugli scaffali di libero servizio ma dietro il banco, invisibili al pubblico e consegnati solo a richiesta. Lo stesso per biberon, ciucci e tettarelle e ogni altro supporto atto a favorire l’interruzione dell’allattamento al seno; d) diffusione attraverso le vetrine delle farmacie di immagini di madri ritratte durante l’allattamento al seno, contribuendo così alla promozione delle buone abitudini alimentari.

Il farmacista che aderirà al protocollo di “farmacia amica del bambino” si impegnerà – e sarà per questo soggetto a una serie di controlli – a rispettare i punti di questo Progetto e a tutelare e sostenere la madre che allatta.

Inaugurata a Milano la prima “culla per la vita”

In occasione della Giornata Mondiale dell’Infanzia, l’Associazione “Venti Moderati” ha presentato la sua prima iniziativa benefica per Milano: la donazione della prima culla videosorvegliata della

città. L’iniziativa “Una culla per la vita”, sostenuta da Mariolina Moioli, assessore alla Famiglia, Scuola e Politiche Sociali del Comune di Milano; da Carlo Tognoli, Presidente della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore-Policlinico-Mangiagalli-Regina Elena; e da Ferdinando Accunzo, Presidente dell’Associazione “Venti Moderati”, regala alla città (al Mangiagalli, via Commenda, 10) una moderna ruota degli esposti. Nel 2006, a Milano, sono state 51 le nascite senza riconoscimento, 14 delle quali al Mangiagalli (con due parti gemellari), di cui 10 da madre straniera. Si tratta per lo più di donne tra i 18 e i 30 anni. Nel 2005 i casi di “abbandono protetto” registrati al Mangiagalli erano stati 5; 8 nel 2002 e nel 2004; e 11 nel 2003. Con questo Progetto, l’Associazione “Venti Moderati” vuole promuovere “la cultura dell’accoglienza alla vita”. È importante ricordare che, prima di arrivare all’abbandono del neonato, la partoriente, in base al DPR 396/2000, può chiedere ai medici dell’ospedale di non essere menzionata nel certificato di nascita.

Nuove linee-guida per l’autismo

L’American Academy of Pediatrics ha pubblicato le nuove linee-guida per l’autismo. L’obiettivo è una più precoce e attiva identificazione dell’*Autism Spectrum disorder* negli ambulatori pediatrici. Viene fornito anche uno strumento per i genitori che può essere compilato nella sala d’attesa. Secondo una survey del 2004 il 44% dei pediatri che esercitano nelle cure primarie si occupa di almeno 8 bambini con *Autism Spectrum disorder* (*Lancet* 2007;370:1590).

WONCA Italia

Si è riunito a Verona il 26 novembre 2007 il coordinamento delle società scientifiche del WONCA Italia. Il WONCA è l’organismo internazionale che riunisce i college e le società scientifiche della medicina generale di tutto il mondo e che ha tenuto il suo congresso europeo a Firenze nel 2006. A esso aderisce il coordinamento italiano del quale fa parte anche l’ACP, accanto a AIMEF, CSERMEG, la sezione di Medicina di Famiglia e di Comunità di ASSIMEFAC, SIQUAS

sulla salute

e i gruppi italiani che fanno capo ai network di WONCA, aperto a tutte le società che intendano collaborare su progetti condivisi.

Lavorare sui contenuti, sia nel campo della formazione che della ricerca, evitando di invadere ambiti di natura sindacale o politica che non competono alle società scientifiche: questo è il mandato che è stato affidato a Giorgio Visentin e Franco del Zotti, coordinatori di WONCA Italia, che intende porsi come interlocutore anche delle istituzioni e degli organismi scientifici italiani per la più ampia collaborazione. Alcuni obiettivi sono già stati individuati: favorire lo scambio di informazioni tra tutti i rappresentanti italiani che aderiscono ai networks di WONCA e assumere posizioni comuni in seno all'organismo internazionale; sostenere i giovani medici di famiglia in formazione del gruppo "Giotto" (sezione italiana del gruppo europeo "Vasco de Gama"), molto attivo anche al recente congresso europeo di Parigi; assumere posizioni comuni che possano orientare i medici nella loro attività quotidiana in merito ad argomenti clinici e professionali rilevanti; organizzare eventi congressuali comuni su temi specifici e comuni; attività di ricerca. L'ACP, rappresentata a Verona da Patrizia Elli, oltre ad attivarsi in particolare perché gli specializzandi ONSP si mettano in contatto con il gruppo "Giotto", ha proposto il suo contributo all'aggiornamento pediatrico per i medici della continuità assistenziale e in generale per i MMG che hanno spesso in carico pazienti di età pediatrica, e ha offerto la propria collaborazione a eventi formativi o proposte di ricerca su patologie croniche a esordio in età pediatrica.

La farina di guar (yogurt, gelati, dolci ecc.) inquinata da diossina

L'addensante codificato *e-412*, ovvero farina di guar, utilizzato per yogurt, gelati, dolci, creme e salse, sarebbe inquinato da pesanti tracce di diossina. In particolare la Danone starebbe ritirando dal commercio i propri prodotti fabbricati in Romania, che conterrebbero tale composto in quanto le tracce del micidiale veleno sarebbero di 400 volte superio-

ri al consentito. Si dice, però, che anche altre ditte avrebbero utilizzato tale addensante proveniente da una partita indiana, in circolo da circa due anni. Sarebbe bene quindi esaminare sempre attentamente l'etichetta dei prodotti che si acquistano cercando di evitare i prodotti contenenti *e-412* (farina di guar).

(<http://www.ilsalvagente.it/modules.php?name=News&f--ile=article&sid=113>).

Finanziaria: no ai principi attivi

Dalla finanziaria 2008 è stata stralciata, al Senato, su indicazione del governo, la norma che permetteva la prescrizione dei farmaci di fascia C soltanto per principio attivo. Convinti applausi da parte di deputati benpensanti e di Farmindustria!

Parlamento europeo: tre ore settimanali di sport

Approvata con 590 voti favorevoli, 56 contrari e 21 astensioni, la relazione dell'eurodeputato ungherese, ex campione olimpionico di scherma, Pál Schmitt, sull'obbligo dell'educazione fisica nelle scuole primarie e secondarie, con un orario scolastico che comporti almeno tre lezioni settimanali. È il primo passo compiuto dal Parlamento europeo per contrastare il crescente fenomeno dell'obesità tra i giovani. Secondo Schmitt la causa principale del fenomeno non è l'assunzione di elevate quantità di calorie, bensì la mancanza di movimento. Un altro punto approvato nella relazione è l'attenzione particolare da riservare alle situazioni in cui il talento dei bambini «viene sfruttato per ottenere risultati nelle competizioni sportive», insistendo sull'importanza del rispetto dei diritti fondamentali nelle attività che coinvolgono soprattutto i giovani (www.euro-parl.europa.eu).

Piano sanitario europeo senza soldi

La UE ha varato il 2° programma per la salute in Europa: 2008-2013. La base programmatica è che la salute è uno strumento di crescita economica. Dal 2007 è aumentata però la distanza fra gli indicatori delle nazioni in "Europa a 27" rispet-

to a quella a 15. Per esempio, un nato in Lituania ha una attesa media di vita di 12 anni più bassa che in Svezia. Una delle strategie deve essere pertanto la riduzione di queste disuguaglianze, ma i fondi stanziati per il 2° piano sono inferiori a quelli per il 1°: 321 milioni di euro contro 353 (Lancet 2007;371:2).

Statistiche di salute in Sudamerica

La mortalità infantile in Sudamerica sta diminuendo: ora è al 27/1000 e l'attesa di vita è di 74,9 anni. Ma ci sono nel Subcontinente differenze intollerabili. La mortalità infantile è in Guyana del 48/1000, in Bolivia del 69, a Haiti del 74. Differenze ci sono anche nella mortalità sotto i 5 anni: è del 31/1000 nel Subcontinente, ma del 64 in Guyana, del 69 in Bolivia e del 117 a Haiti. Sull'attesa di vita ci sono 18 anni di differenza fra la globale e quella del Costa Rica (59,7 anni) (Lancet 2007;370:1589).

Salute delle donne in Brasile

Nel 2005 i parti cesarei nella ospedalità privata hanno raggiunto l'80% e tengono assai lontano il Paese dal Millennium Development Goals (riduzione dei valori del 75% nel 2012). Il forcipe è ritenuto, dalle più prestigiose scuole ostetriche, lo standard per il parto delle primipare. Secondo il governo la mortalità materna è del 75,3 per 100.000 parti, mentre per le World Health Statistics (2000) questo valore è più alto (260/100.000). Tre quarti di queste morti avviene nel post-partum (entro 10 giorni), ma non c'è una valutazione delle morti che avvengono più tardi. Per confronto si ricordi che gli Stati con i migliori indici di mortalità materna hanno un valore eguale o minore di 3/100.000 nati vivi. La Gran Bretagna e la Francia hanno un valore di 8/100.000, gli USA di 11, l'Olanda di 6, la Finlandia di 7, la Germania di 4. C'è una forte differenza etnica: 49,3 per le donne bianche, 240,4 per le donne nere. Il rischio di morte per una malattia ipertensiva in gravidanza è 8,2 volte maggiore per le nere. Nel 2005 il presidente Lula da Silva ha emanato una legge per sostenere una maggiore aderenza alla Evidence Based Maternity Care. Finora non è cambiato nulla (Lancet 2007;370:1596).

Le relazioni tra medici e industria

Adriano Cattaneo
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Relationships between physicians and industry

Relationships between physicians and industry are intense, use sophisticated channels and methods, and have a bearing on prescriptive behaviours. Transparency rules and self-imposed codes of practice are not effective in reducing these relationships.

Quaderni acp 2008; 15(2): 70-71

Key words *Physicians and industry. Conflict of interest. Big Pharma*

Le relazioni tra medici e industria sono intense, usano canali e metodi sempre più sofisticati, e influenzano i comportamenti prescrittivi. L'obbligo di trasparenza e i codici di autodisciplina non sono sufficienti a limitare queste relazioni.

Parole chiave *Medici e industria. Conflitti di interesse. Big Pharma*

Sul *New York Times* del 25/11/07, Daniel Carlat, professore aggiunto di psichiatria alla Tufts University di Boston, racconta l'anno, tra il 2001 e il 2002, in cui aveva accettato una proposta della Wyeth per parlare a gruppi di medici del Massachusetts sull'uso della *venlafaxina* per il trattamento della depressione. La proposta comprendeva una giornata di formazione a New York, con conferenze di famosi psichiatri e ricercatori e la consegna di un set di diapositive standard, oltre a pernottamento, cena e concerto in ambienti di lusso per Carlat e la moglie, e un compenso di 500 dollari a riunione. Carlat descrive i suoi dubbi iniziali, insorti durante il corso a New York e messi da parte dopo il successo delle prime riunioni e il progressivo aumento di richieste: in un anno riuscirà ad aggiungere 30.000 dollari al suo reddito di 140.000 dell'anno precedente. Descrive anche la sensazione di progressiva trasformazione in "pappagallo" della Wyeth e le congratulazioni del suo supervisore quando si limitava a ripetere quanto appreso durante il corso.

Carlat decide di rinunciare all'incarico quando, pochi giorni dopo l'ennesima riunione, il supervisore lo va a trovare e gli dice: "Il rappresentante di zona mi ha detto che lei, all'ultima riunione, si è dimostrato meno entusiasta del solito per il nostro prodotto". Gli ho risposto che anche il Dr. Carlat non può fare goal ogni volta che gioca. "Era per caso ammalato?". Da allora Carlat pubblica una newsletter sugli antidepressivi per i medici

della zona, senza pubblicità e finanziamenti dall'industria. E conclude con un aneddoto: "Recentemente un rappresentante della Bristol Myers Squibb mi ha invitato a una riunione serale su un nuovo antipsicotico. Ho dato un'occhiata al programma; ho riconosciuto il nome di un famoso psichiatra; il ristorante era il migliore della città. Ero tentato: buon vino, cucina di prima classe, famosi ricercatori. Per una sera, che male c'è? Poi mi sono ricordato di com'ero 5 anni fa, in piedi su un podio, schiarendo la voce prima della presentazione per la Wyeth. Vividi ricordi delle mie sensazioni: un attento controllo sulle parole da usare, il calcolo di quanto sincero dovevo essere. Ho restituito l'invito al rappresentante e gli ho detto: no, grazie".

Confessioni come questa, negli USA e altrove, diventano sempre più frequenti. L'evento che le ha scatenate, le "torri gemelle" delle relazioni tra medici e industria, è stato probabilmente lo scandalo del *rofecoxib* con tutte le sue conseguenze, comprese quelle giudiziarie: la Merck, tutto sommato, se l'è cavata con poco, avendo accettato di pagare 4,85 miliardi di dollari come risarcimento danni collettivo per evitare di dover affrontare oltre 26.000 processi, circa 187.000 dollari a processo contro i milioni che avrebbe dovuto risarcire a ogni famiglia di deceduto per gli effetti collaterali del farmaco, in caso di condanna [1]. Non solo confessioni: sono fiorite anche le ricerche sulle relazioni tra medi-

ci e industria. Le pubblicano le riviste più prestigiose e svelano via via segreti che conoscevamo, ma di cui non immaginavamo dimensioni e dettagli.

La dimensione del fenomeno

Un'indagine USA mostra che, tra il 2003 e il 2004, il 94% di un campione di 3167 medici (anestesisti, cardiologi, chirurghi, internisti, pediatri e medici di famiglia) aveva relazioni con l'industria: partecipazione a pranzi o cene e regali di vario tipo (83%), consegna di campioni di farmaci (78%), rimborso per partecipazione a eventi formativi (35%), pagamenti per consulenze, lezioni o partecipazione a ricerche (28%) [2]. I cardiologi ricevono i pagamenti più sostanziosi; i medici di famiglia sono ultimi in questa classifica, pur essendo i più visitati dai rappresentanti. L'editoriale che accompagna l'articolo afferma che una relazione così intensa non può non avere effetti sui comportamenti prescrittivi dei medici; anche se non esistessero prove, perché mai l'industria spenderebbe 19 miliardi di dollari all'anno in questo tipo di attività promozionale? [3]. E in che altro modo si possono spiegare inviti a cena in lussuosi ristoranti e congressi in località di villeggiatura?

Un'analisi dei metodi usati dai rappresentanti, in Italia "informatori scientifici", negli USA "drug reps", per convincere i medici è stata pubblicata su *Plos Medicine* [4]. I rappresentanti sono istruiti dai loro datori di lavoro a categorizzare i medici (amichevole, scettico, mercenario, prescrittore parsimonioso ecc.) e a usare per ogni categoria la tecnica di convincimento più adeguata. Lettura consigliata: ogni medico può assegnarsi a una o più delle 8 categorie elencate e comprovare se i rappresentanti si comportino nel modo descritto. In Danimarca, un gruppo di 47 medici di famiglia ha raccolto dati per 6 mesi, nel 2002, sulle relazioni con i rappresentanti registrando 1050 visite, una mediana di

Per corrispondenza:
Adriano Cattaneo
e-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

osservatorio internazionale

19 per medico, con un range da 3 a 63 [5]. La consegna di campioni, registrata nel 48% delle visite, diminuiva in proporzione all'invecchiamento del farmaco. La consegna di opuscoli (68%) e di regali (36%) costituiva le forme di marketing più frequenti. Sulla base di chiare evidenze sull'influenza esercitata dai regali, c'è chi sostiene che questi non debbano solo essere limitati a oggetti di scarso valore, ma del tutto eliminati [6].

Le relazioni "alte"

Ma le relazioni tra medici e industria iniziano molto in alto, come mostra una ricerca svolta tra i membri dei board accademici USA tra aprile e giugno 2005 [7]. Su 574, di cui 893 membri del governo di 100 istituzioni accademiche, era stato proposto un questionario, il 36% aveva avuto almeno una relazione con l'industria nei 12 mesi precedenti. Il 15% aveva partecipato allo sviluppo di un protocollo di ricerca, pur avendo relazioni finanziarie con l'industria coinvolta nello sviluppo dei farmaci oggetto di ricerca; in quasi la metà dei casi questo conflitto d'interessi non era stato dichiarato. Un'altra indagine, condotta tra i capi dipartimento di 125 facoltà di medicina e 15 grandi ospedali d'insegnamento nel 2006, ha mostrato che il 60% ha relazioni con l'industria (consulenze, corsi, comitati scientifici, borse di studio, attrezzature, altri finanziamenti) [8]. Questi conflitti d'interesse si ritrovano anche negli organi per la registrazione dei farmaci e nei comitati per i prontuari farmaceutici e i protocolli terapeutici ospedalieri. L'industria, per esempio, contribuisce per circa il 40% del budget della Food and Drug Administration, tanto che un ricercatore, criticato dal suo supervisore per aver dimenticato, nel fare una revisione sugli effetti collaterali di un farmaco, che il cliente della FDA è l'industria, ha risposto: "Strano, pensavo che il nostro cliente fosse il popolo americano!" [9].

Torniamo al Dr. Carlat

La Wyeth gli forniva le diapositive da usare per le riunioni con i medici. In realtà l'industria agisce come "ghost writer" a livello più alto. Sapere quanti "fantasmi" ci siano dietro gli Autori di articoli scientifici è impossibile, proprio

perché si tratta di fantasmi. Qualcuno però ci ha provato, stimando, per esempio, che tra il 18% e il 40% di 479 articoli sulla *sertralina* pubblicati tra il 1998 e il 2000 avessero lo zampino della Pfizer [10]. Lo stesso Autore ha anche cercato di elencare il maggior numero possibile di "medical education and communication companies" dedite ad aiutare l'industria a diffondere i risultati della ricerca. Inutile: queste compagnie si nascondono e nascondono le loro attività: nemmeno Google è riuscito a scovarle! In Danimarca, su 44 ricerche finanziate dall'industria e approvate da un comitato etico nel 1994-'95, il 75% aveva probabilmente degli Autori fantasma legati all'industria, citati nei protocolli, nelle analisi statistiche o nei manoscritti, ma non nelle pubblicazioni finali [11]. I fantasmi sono sicuramente più numerosi di quanto pensiamo e agiscono senza che noi ce ne rendiamo conto. Non c'è quindi da stupirsi se il 40% di 124 meta-analisi su farmaci per l'ipertensione, i cui Autori avevano legami finanziari con l'industria, riportano conclusioni più favorevoli al farmaco in esame rispetto al 60% di meta-analisi fatte da Autori senza conflitti d'interesse [12].

Soluzioni

Dato che l'industria, nonostante qualche proclama, è restia a limitare le sue attività di promozione, non resta che farle limitare dai medici stessi, attraverso le loro associazioni o le facoltà di medicina, o dalle autorità sanitarie. Alcuni passi in questo senso sono già stati mossi: alcune università (Yale, Stanford, Michigan, Pennsylvania ecc.) e organizzazioni sanitarie (Kaiser Permanente, Health Partners ecc.) hanno già posto dei limiti alle visite dei rappresentanti e ai rapporti economici tra i loro dipendenti e l'industria, mentre alcuni Stati (Minnesota, Maine, West Virginia, California) hanno emesso dei regolamenti che obbligano l'industria a dichiarare, nei minimi dettagli, quanto spendono nei rapporti coi medici e come. L'obbligo di trasparenza non sembra tuttavia essere la soluzione nel Maine e nel Minnesota; con la scusa del segreto industriale, non è facile avere accesso a tutte le informazioni, e in ogni caso sapere che ci sono stati in tre anni 6338 pagamenti di oltre 100 dollari non

porta necessariamente a ridurre o limitare l'influenza esercitata dall'industria sui medici [13]. La potente lobby di Big Pharma a Washington impedisce, per il momento, che il governo federale si avvii sulla stessa strada, ma non c'è dubbio che la tendenza a regolare e limitare sia in aumento. Anche perché, come affermano due lettere pubblicate sul *N Engl J Med*, molti dei comportamenti rilevati dall'indagine nazionale del 2003-'04 sono sconsigliati dall'American Medical Association fin dal 1990 e da un codice di comportamento dell'industria farmaceutica dal 2002; questi codici, su base volontaria, non hanno evidentemente dato i risultati attesi [14-15]. ♦

Bibliografia

- [1] Charatan F. Merck to pay \$5bn in rofecoxib claims. *BMJ* 2007;335:1011.
- [2] Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, et al. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007;356:1742-50.
- [3] Campbell EG. Doctors and drug companies-scrutinizing influential relationships. *N Engl J Med* 2007;357:1796-7.
- [4] Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. *PLoS Med* 2007;4:e150.
- [5] Schramm J, Andersen M, Vach K, et al. Promotional methods used by representatives of drug companies: a prospective survey in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:93-7.
- [6] Sierles FS. The gift-giving influence. *Ethics Journal of the American Medical Association*, 2006.
- [7] Campbell EG, Weissman JS, Vogeli C, et al. Financial relationships between institutional review board members and industry. *N Engl J Med* 2006;355:2321-9.
- [8] Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, et al. Institutional academic industry relationships. *JAMA* 2007;298:1779-86.
- [9] Avorn J. Paying for drug approvals-who's using whom? *N Engl J Med* 2007;356:1697-700.
- [10] Sismondo S. Ghost management: how much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry? *PLoS Med* 2007;4:e286.
- [11] Gotzsche PC, Hrobjartsson A, Johansen HK, et al. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. *PLoS Med* 2007;4:e19.
- [12] Yank V, Rennie D, Bero LA. Financial ties and concordance between results and conclusions in meta-analyses: retrospective cohort study. *BMJ* 2007;335:1202-5.
- [13] Ross JS, Lackner JE, Lurie P, et al. Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *JAMA* 2007;297:1216-23.
- [14] Sade RM. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007;357:507.
- [15] Grande D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007;357:507-8.

E se arriva la pandemia? A proposito di vaccini pre-pandemici

Tom Jefferson
Cochrane Vaccines Fields

Abstract

What, if the a pandemic arrives? Speaking about pre-pandemic vaccines

A very important seminar sponsored by WHO and FDA took place in Bethesda in 2007. The evaluation of the link between surrogate end points and effective ones in the production of pre pandemic vaccines was the topic. If the in vitro titre of anti HI corresponds to a real protection or which is the quantitative threshold of efficacy were questions without sure answers. Same problems for H5N1. So maybe "More is better" isn't enough.

Quaderni acp 2008; 15(2): 72

Key words *Influenza vaccine. Pandemic. Vaccines efficacy. H5N1*

Nel dicembre 2007 si è svolto, a Bethesda, su invito dell'OMS e della Food and Drug Administration, un importante seminario. Argomento di discussione era la valutazione del nesso fra esiti surrogati ed esiti veri (o di campo) nella produzione dei vaccini antinfluenzali pre-pandemici. Purtroppo dal Convegno non è emerso chiaramente se al titolo anti-HI rilevato in vitro corrisponda con certezza una protezione di campo, né quale sia la soglia quantitativa dell'efficacia. Lo stesso per l'H5N1. More is better forse non basta.

Parole chiave *Vaccino antinfluenzale. Pandemia. Efficacia dei vaccini. H5N1*

Ogni anno, per registrare il nuovo vaccino antinfluenzale contenente i nuovi ceppi previsti dall'OMS per la "stagione" prossima, si imbottiscono cave e volontari di vaccino prodotto come quello dell'anno prima, ma che contiene i "nuovi" ceppi. Per calcolare la probabile efficacia di detto vaccino vengono raccolti campioni di sangue ai vaccinati e ai *placebati* e si vede la risposta anticorpale differenziale fra i due bracci, soprattutto all'antigene HI, o emagglutinina, quello considerato più "predittivo" di una efficacia di campo, capace cioè di prevenire casi, complicanze, morti ecc. Ciò avviene molto prima che circoli l'influenza, per cui nel braccio del placebo non vi dovrebbero essere risposte anticorpali, e per dare tempo ai produttori di produrre dosi di vaccino a sufficienza. Il procedimento è laborioso e lungo in quanto i virus donatori di antigeni vaccinali devono essere fatti crescere con pazienza su embrioni di pollo. Idem per i vaccini pre-pandemici, cioè per quei vaccini che cercano di prevedere l'habitus antigenico del prossimo virus pandemico (il più famoso è senza

dubbio l'H5N1) o che comunque si sforzano di provvedere a uno stimolo antigenico che sia in grado di allertare il sistema immunitario alla presenza di un "novel virus" che potrebbe trasformarsi, se le condizioni lo favoriscono, in virus pandemico.

Gli esiti surrogati in questo caso sono inevitabili poiché sia nell'influenza stagionale che in quella pandemica non vi è tempo per sperimentare con trial di campo l'efficacia reale del vaccino. I surrogati vanno bene, solo se agli esiti surrogati (principalmente la risposta anticorpale con l'antigene HI) corrispondono esiti di campo (prevenzione di casi, trasmissione, complicanze, morti ecc.). Ciò è ancora più importante nell'imminenza di una pandemia influenzale quando di tempo ce n'è veramente poco. Il seminario è appunto stato organizzato per fare il punto su questo nodo a dir poco essenziale. I lettori più attenti ricorderanno che molti governi hanno investito un sacco di denaro (pubblico naturalmente) per assicurarsi un posto al sole con i produttori di vaccini antinfluenzali in caso di necessità. Appare quindi per lo

meno strano che si organizzi un seminario per discutere ciò che chi compera o prenota dà per scontato.

Ma ci sono buone (oltre che cattive) notizie. La buona notizia è che il discutere la cosa alla luce del sole è indice di onestà e franchezza, specie se il seminario è aperto a tutti e viene trasmesso in rete dal vivo e se tutti gli interventi sono archiviati e possono essere visti sul sito della FDA.

Anche il finanziamento pubblico per il seminario e per le spese di viaggio molto spartane può far parte delle buone notizie.

I problemi però ci sono. Nessun partecipante (fra cui i più famosi nomi nel settore) sapeva con sicurezza se al titolo anti-HI rilevato corrispondesse una protezione di campo, né quale fosse la soglia quantitativa (lo slogan finale coniato per rispondere alla domanda di chi scrive, di quando, e quanto il titolo è protettivo si è risposto "more is better", cioè il troppo non stroppia). I titoli degli altri antigeni hanno una relazione ancora più ignota con la protezione. Pensate che il vaccino odierno che sembra più efficace (quello spray intranasale attenuato) non induce molti anticorpi, e anche il movimento di IgA è scarso.

Infine, un arzilla laboratorista inglese, trattando delle differenze fra laboratorio e laboratorio nella rilevazione dei titoli anti-HI e anti-neuraminidasi (l'altro indice possibile), ha rivelato che uno studio multicentrico da lui condotto ha identificato una variazione sulle stesse partite di siero umano del 230 e 760 per cento rispettivamente. Ma a parte questo particolare il resto è tutto a posto. Quindi, per metterla in forma sintetica: non sappiamo cosa stiamo misurando, né come misurarla. Viene in mente il famoso sketch dei fratelli Di Donna Lorica sul "coso" che nessuno sapeva cosa fosse ma tutti facevano finta di saperlo. ♦

Per corrispondenza:
Tom Jefferson
e-mail: jefferson.tom@gmail.com

osservatorio internazionale

Gastroenterite acuta: è ancora indicata la “dieta in bianco”?

Elena Cama, Angela Alfarano, Andrea Chiaro, Giuseppe Ciccarello, Giuseppe De Caro, Simona Faraci, Marina Foti, Graziella Maesano, Carmen Donatella Sindoni
Università degli Studi di Messina

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

Abstract

Acute gastroenteritis: is there an indication for “diet therapy”?

Management of acute gastroenteritis is based on strong, codified scientific evidences: the “six pillars of good practices”. Among them there is oral fluid therapy and adequate feeding. Nevertheless, restricted feeding practices or particular diets are often prescribed in clinical practice. We have then searched for evidences regarding feeding practices during acute gastroenteritis in children. There are no scientific evidences which justify a restricted dietary intake during acute gastroenteritis, but there are univocal indications recommending an early, adequate and normal feeding regimen with an appropriate caloric intake.

Quaderni acp 2008; 15(2): 73-74

Key words Gastroenteritis. Diarrhea. Diet therapy

Il management della gastroenterite acuta si fonda su solide evidenze scientifiche ormai codificate, che rappresentano i “six pillars of good practice”, tra cui, accanto alla reidratazione orale, è raccomandata una precoce rialimentazione. Nella pratica clinica non è raro il ricorso a diete ristrette o “in bianco”. Abbiamo pertanto ricercato le evidenze relative alla condotta alimentare in corso di gastroenterite acuta nel bambino. Alla luce dei lavori analizzati, non vi sono evidenze che giustifichino le restrizioni alimentari durante un episodio di gastroenterite acuta, ma sono emerse indicazioni univoche che raccomandano una precoce ripresa di una dieta “normale” e che garantisca un adeguato apporto calorico.

Parole chiave Gastroenterite. Diarrea. Dieta

Scenario clinico

Maria è una bambina di 3 anni. Due giorni fa ha vomitato, poi sembrava riprendersi, ma ieri ha avuto diarrea. Giuseppe, il fratellino di 5 anni, anche lui ha vomitato. Alla visita i bambini non appaiono disidratati, non hanno perso peso. La madre chiede: “Dieta in bianco per tutti? Oltre a riso o pasta condita solo con parmigiano, oltre a patate bollite e fettine di pollo o tacchino, che altro posso dar da mangiare? E poi in questi casi metto un po’ di olio a crudo o neanche quello?”. Poiché sappiamo che mettere i bambini a “dieta in bianco” nel corso di un episodio di gastroenterite è una pratica molto diffusa, sebbene non consigliata da tempo, cerchiamo in letteratura le prove di questa tradizione dietetica.

Background

La gastroenterite acuta è una patologia comune tra i bambini. La reidratazione orale (*Oral Rehydration Solution: ORS*) rappresenta il cardine della terapia come è indicato nei “six pillars of good practice”

contenuti nella linea-guida redatta dall’ESPGHAN [1]. Insieme con le ORS, nella disidratazione minima o assente, come è il caso dei nostri due fratellini, viene raccomandata una precoce rialimentazione, con riassunzione di dieta normale.

Nella pratica persiste la tendenza a consigliare una dieta ristretta (dieta “in bianco”), quasi priva di grassi animali e di cibi vegetali ad alto tenore di grassi saturi (cacao, cioccolato), e a utilizzare i condimenti (olio extra-vergine di oliva) a crudo. Tale condotta alimentare ha la sua origine nell’idea di proteggere la mucosa gastro-intestinale dalla stimolazione legata alla presenza di cibi aciduli/piccanti/salati l’addome stomaco e intestino siano già abbondantemente stimolati dalla presenza di tossine virali o batteriche.

La domanda

Nei bambini con gastroenterite acuta [POPOLAZIONE], la “dieta in bianco” [INTERVENTO], rispetto a una dieta libera [CONFRONTO], riduce la fre-

quenza dei sintomi e la durata della gastroenterite acuta? [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Abbiamo condotto la nostra ricerca in letteratura secondaria: su *Cochrane database* e *DARE* inserendo i termini “*Diarrhea*”/ “*diarrhea, diet*” / “*gastroenteritis*”, non ottenendo nessun risultato pertinente.

Cerchiamo allora linee-guida per il trattamento della diarrea. La stringa di ricerca (“*Diarrhea*” [Mesh] OR “*Gastroenteritis*” [Mesh]) AND (“*Guideline*” [Publication Type] OR “*Practice Guideline*” [Publication Type] OR “*Guidelines as Topic*” [Majr]) NOT (“*Inflammatory Bowel Diseases*” [Mesh]) LIMITS: *All Child: 0-18 years*, dà 62 risultati, di cui 6 pertinenti e rilevanti [1-6]. Fra questi articoli, lo studio di Murphy è una linea-guida basata su una Revisione Sistemica di RCTs pubblicati fino al 1997 [4]. Proseguiamo la ricerca per vedere se dopo il 1997 sono stati pubblicati RCTs. Utilizzando la stringa (“*Diarrhea*” [Mesh] OR “*Gastroenteritis*” [Mesh]) AND (“*Diet*” [Mesh] OR “*Diet Therapy*” [Mesh] OR “*diet therapy*” [Subheading]) NOT (“*Inflammatory Bowel Diseases*” [Mesh]) LIMITS: *Entrez Date from 1997, Randomized Controlled Trial, All Child: 0-18 years*, otteniamo 48 articoli, di cui 1 pertinente.

Risultati

Le linee-guida relative al trattamento degli episodi di diarrea in bambini che assumono cibi solidi concordano sulla raccomandazione di somministrare una corretta reidratazione orale con ORS e di avviare una rapida ripresa della dieta “normale” [1-6]; consigliano di evitare i cibi con alto contenuto di zuccheri semplici (succhi di frutta, gelatina e altri alimenti zuccherati), perché il carico osmotico può peggiorare la diarrea [1]. Dopo l’episodio acuto è incoraggiato un

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

“extra food intake” se vi è stata perdita di peso [1]. Generalmente il bambino può essere alimentato con qualunque alimento assunto prima dell’episodio di diarrea [1-6]. Una precoce rialimentazione ha infatti l’obiettivo di offrire un adeguato apporto proteico che non è possibile ottenere con restrizioni alimentari come in una dieta di eliminazione priva di grassi [1-6].

La linea-guida della CDC è stata stilata per la prima volta nel 1992 [2]. L’update delle raccomandazioni è stato sviluppato nel 2003 da revisori del CDC ed esterni, esperti nella gestione delle gastroenteriti. La letteratura rilevante è stata identificata attraverso una ricerca su *MEDLINE*. Le raccomandazioni per i pazienti con disidratazione assente o minima consigliano di provvedere, comunque, all’integrazione dei liquidi perduti. Non deve essere raccomandata una dieta priva di lattosio; infatti una meta-analisi al riguardo non mostra alcun vantaggio di questo consiglio dietetico tuttora molto diffuso [7]. Le evidenze concordano circa la ripresa precoce dell’alimentazione normale per l’età.

L’articolo di Murphy è una linea-guida basata su una Revisione Sistemica [4]. La ricerca delle fonti di letteratura è condotta su *MEDLINE* e *Cinahl databases* dal 1966 al 1997 e su *Cochrane Library Database of Systematic Reviews*. L’evidenza e la forza delle raccomandazioni sono basate sul tipo di studi analizzati (tabella 1).

Lo studio riguarda principalmente la correzione della disidratazione, ma affrontando l’aspetto della nutrizione, l’Autore afferma: “Le nuove evidenze emergenti favoriscono la rialimentazione precoce per l’effetto positivo della nutrizione sulla crescita e rigenerazione della mucosa. Una precoce rialimentazione mostra infatti di ridurre l’aumento della permeabilità intestinale che si verifica nella gastroenterite acuta (grado di evidenza IA). L’aumento della permeabilità è considerato come perdita dell’integrità mucosale, la precoce rialimentazione può migliorare la rigenerazione enterocitaria e promuovere il recupero della disaccaridasi di membrana” [8-9].

L’RCT di Lamers ritrovato con la ricerca in letteratura primaria ha come obiettivo quello di valutare gli effetti di una dieta libera sulla durata della diarrea acuta e sulle condizioni cliniche di pazienti con

TABELLA 1: CATEGORIE DELL'EVIDENZA E RACCOMANDAZIONI

Livelli dell'evidenza

- (I) Basata su RCTs ben disegnati, meta-analisi, o revisioni sistematiche
- (II) Basata su studi di coorte o caso, controllo ben disegnati
- (III) Basata su studi non controllati o consensus

Livelli della forza delle raccomandazioni

- (A) Direttamente basata su categoria di evidenza I
- (B) Direttamente basata su categoria di evidenza II o estrapolata da categoria I
- (C) Direttamente basata su categoria di evidenza III o estrapolata da categoria I o II

gastroenterite acuta [10]. Si tratta di uno studio pilota, in singolo cieco, condotto su 71 pazienti selezionati in studi medici del territorio (Olanda). La popolazione di bambini e adulti (età 3-70 anni) con diarrea acuta è divisa in due gruppi: 44 assumono dieta libera e liquidi *ad libitum*, 27 dieta ristretta. Con i parametri studiati (durata della diarrea e benessere clinico) non sono emerse differenze significative tra i pazienti posti a dieta libera e i pazienti sottoposti a “dieta in bianco”. Occorre sottolineare che i risultati riguardanti bambini e adulti vengono analizzati insieme e che la qualità metodologica del trial è scarsa (Jadad score 2; vedi Quaderni acp 2007;14:110 nota). Questo studio non aggiunge alcunché rispetto a quanto emerso dall’analisi della letteratura secondaria.

Conclusioni

Le linee-guida sul comportamento terapeutico da riservare a bambini con gastroenterite acuta e disidratazione assente o minima concordano nelle raccomandazioni.

- ▶ È necessario provvedere al reintegro dei liquidi perduti.
- ▶ La dieta libera normale per l’età deve essere introdotta precocemente.
- ▶ Sono sconsigliati cibi con alto contenuto di zuccheri semplici, perché il carico osmotico può peggiorare la diarrea.
- ▶ È sconsigliato l’uso di latte privo di lattosio. ♦

Bibliografia

- [1] Sandhu BK. European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Working Group on Acute Diarrhoea. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33 Suppl 2:S36-9.

[2] King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR Recomm Rep* 2003;21;52:1-16.

[3] Armon K, Stephenson T, MacFaul R, et al. An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management. *Arch Dis Child* 2001;85:132-42.

[4] Murphy MS. Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. *Arch Dis Child* 1998;79:279-84.

[5] Walker-Smith JA, Sandhu BK, Isolauri E, et al. Guidelines prepared by the ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24:619-20.

[6] Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep* 1992 Oct 16;41(RR-16):1.

[7] Brown KH, Peerson J, Fontaine O. Use of non-human milks in the dietary management of young children with acute diarrhea: a meta-analysis of clinical trials. *Pediatrics* 1994;93:17-27.

[8] Levine GM, Deren JJ, Steiger E, et al. Role of oral intake in maintenance of gut mass and disaccharidase activity. *Gastroenterology* 1974;67:972-82.

[9] Newton T, Murphy MS, Booth IW. Protracted diarrhoea induced by glucose polymer in infants with unrecognized congenital sucrase/isomaltase deficiency. *J Pediatr* 1996;128:753-6.

[10] Lamers HJ, Jamin RH, Zaat JO, et al. Dietary advice for acute diarrhoea in general practice: a pilot study. *Br J Gen Pract* 1998;48:1819-23.

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

Nati per Leggere in ambulatorio

Costantino Panza

Pediatra di famiglia, ASL Reggio Emilia

Abstract

“Nati per Leggere” in paediatric ambulatory care facilities

The paediatric waiting room could become a comfortable place for the Nati per Leggere project. Parents and especially children could receive great satisfaction. This is the tale of such experience.

Quaderni acp 2008; 15(2): 75

Key words Waiting room. Paediatric ambulatory. Born to read

La sala d'aspetto di un ambulatorio pediatrico può essere trasformata in modo da accogliere il progetto “Nati per Leggere” con soddisfazione del pediatra, dei genitori e principalmente dei bambini. L'articolo è il racconto di una esperienza.

Parole chiave Sala d'attesa. Ambulatorio pediatrico. Nati per Leggere

La sala d'aspetto di un ambulatorio non è solo un luogo dove si “attende” ma un vero e proprio spazio che parla ed esprime la sensibilità del medico. Infatti, l'ospitalità e il primo benvenuto sono vissuti dalla famiglia in questo spazio. Sfruttare le potenzialità di questo luogo per promuovere momenti di educazione sanitaria è un obiettivo che si può perseguire. Inoltre, il “delegare” alle pareti di questa vera e propria sala di accoglienza alcuni aspetti di informazione può migliorare la gestione della risorsa più preziosa per ogni medico: il tempo.

Nell'ambito di NpL, oltre al dono di un libro a ogni bambino al primo compleanno, progetto che condivido con la totalità dei pediatri della mia Provincia, ho voluto proporre, nella sala d'aspetto, uno spazio di lettura per tutti i bambini.

Una prima esperienza, alcuni anni fa, naufragò in breve tempo: i libri collocati in sala d'aspetto, raccolti in una cesta insieme ad alcuni giochi, in breve tempo sparirono. Del resto basta ricordare che negli Stati Uniti NpL nacque proprio dal fatto che i libri in dotazione al City Hospital di Boston sparivano; ma, per fortuna, di fronte all'ambulatorio pediatrico, c'è la Biblioteca comunale: le famiglie, se bene informate, possono usufruire di una ricchissima scelta di libri, evitando così di impoverire la sala d'aspetto dell'ambulatorio.

Nacque la proposta di dedicare una parete della sala d'aspetto con un box contenitore per libri che portassero l'etichetta della Biblioteca comunale, anche se messi a disposizione direttamente dal pediatra; la bibliotecaria accettò con entusiasmo. E andò oltre, offrendosi di mettere a disposizione una ventina di libri della Biblioteca

comunale e di sostituirli ogni mese con nuovi titoli. Una proposta di libri in sala d'attesa funziona se si adegua l'ambiente della sala. La presenza dei libri per la lettura ad alta voce del genitore è incompatibile con la presenza di riviste o depliant informativi, lasciati molto spesso dagli informatori del farmaco. Anche la presenza di giochi non è facilmente conciliabile con questo spazio di lettura: il ricreare un angolo di biblioteca richiede impegno e raccoglimento: la presenza di giochi è in antitesi con il nostro obiettivo.

Le seggioline che erano nella stanza furono tolte. Infatti, durante la lettura, il bimbo sta seduto di fianco o sulle ginocchia del genitore, e le piccole sedie sarebbero state un elemento di distrazione o forse di confondimento per la coppia genitore-figlio che voglia leggere insieme.

Infine, sulla parete che accoglie la piccola biblioteca sono appesi dei poster che informano del progetto NpL, degli orari della Biblioteca comunale e, in particolare, un manifesto con immagini e didascalie che informano delle iniziative della Biblioteca. Al di fuori di un *tazebao*, collocato su un'altra parete dove vengono appesi fogli informativi di interesse sanitario ed educativo rinnovati periodicamente, in sala d'aspetto non vi è nessun altro centro d'interesse o di distrazione.

Offrendo il libro (contenuto) in questo ambiente così modificato (forma), in tre anni di attività, sono transitati circa mille titoli della Biblioteca comunale e più di quattordicimila bambini (accompagnati dai genitori) con una “perdita” di soli cinque libri. Il dubbio che il libro non possa essere letto completamente in quanto i tempi di attesa per la visita possono essere brevi, viene risolto dai bambini stessi: alla fine della

visita, chiedono al genitore di rimanere per completare la lettura.

L'impegno del pediatra

L'impegno iniziale è stato di prendere contatto con il responsabile della Biblioteca pubblica per discutere dell'attuazione del Progetto. Quindi la spesa per l'acquisto e la collocazione del contenitore per i libri, così come per le modifiche alla sala d'aspetto, è stata di pochi euro.

La sostituzione dei libri è, di norma, a cura della bibliotecaria (la distanza tra ambulatorio e biblioteca è di poche centinaia di metri), anche se talvolta è del pediatra l'impegno di fare il carico-scarico dei libri quando la bibliotecaria è impossibilitata. I contatti con la Biblioteca sono svolti, di norma, tramite e-mail.

Una possibile difficoltà risiede nel fatto che, talvolta, la sala d'attesa è condivisa con medici di medicina generale oppure è inserita in un poliambulatorio dove vi è un continuo passaggio di persone. In simili contesti l'organizzare un angolo di lettura ad alta voce può risultare arduo.

Cosa si impara da questa esperienza

- ▶ La sala d'aspetto non è un luogo dove si aspetta; è un luogo autorevole dove il pediatra parla a ogni famiglia. Le pareti “parlano” e raccontano l'animo del medico e ne rispecchiano la professionalità.
- ▶ La collaborazione con la Biblioteca pubblica indica che il medico è inserito nella vita sociale della comunità.
- ▶ La modifica dell'arredamento della sala d'aspetto è un momento essenziale per la riuscita dell'iniziativa. In questa esperienza, la “forma” modificata ha coinciso con la “sostanza” del progetto.
- ▶ Ogni volta che la famiglia entra in ambulatorio è accolta da NpL, una proposta presente in ogni momento e a ogni età del bambino, non solo in occasione di una occasionale visita di controllo.
- ▶ Il pediatra promuove la Biblioteca pubblica sia come bene sociale ma anche come un luogo “di salute” per la famiglia.
- ▶ Anche in mancanza di fondi per donare a ogni bambino un libro, la possibilità di creare un angolo di biblioteca nel proprio studio può portare a una incisiva azione di promozione della lettura. ♦

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

esperienze

Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna

Motivazioni e metodologia

Simona Di Mario*, Carlo Gagliotti**, Mara Asciano***, Maria Luisa Moro**

*CeVEAS, Azienda USL di Modena e Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, Area Rischio Infettivo; **Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, Area Rischio Infettivo; ***Pediatria di comunità, Azienda USL di Rimini e Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, Area Rischio Infettivo

Abstract

Emilia Romagna Region's Guidelines on pharyngotonsillitis and acute otitis media. Motivations and methodology

The Emilia-Romagna Region has elaborated two paediatric guidelines: one regarding acute otitis media and the other regarding pharyngotonsillitis. Both are on-line on the region's web site. The motivations, methodology and implementation of the guidelines are described in this paper.

Quaderni acp 2008; 15(2): 76-77

Key words Guidelines. Acute otitis media. Pharyngotonsillitis

La Regione Emilia-Romagna ha pubblicato due linee-guida (LLGG) di interesse pediatrico, una sulla gestione dell'otite media acuta e una sulla faringotonsillite, disponibili on-line sul sito dell'Agenzia Regionale. Le motivazioni che hanno sollecitato questa attività, la metodologia seguita, e le azioni previste per l'implementazione delle stesse sono oggetto di descrizione nell'articolo che viene pubblicato su questa rivista.

Parole chiave Linea guida. Otite media acuta. Faringotonsillite

Introduzione

Nel luglio 2007 sono state pubblicate dalla Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, Area Rischio Infettivo, due linee-guida (LLGG) sulla gestione della faringotonsillite e dell'otite media in età pediatrica. Le LLGG nascono dalle seguenti considerazioni:

- ▶ le otiti medie acute e le faringotonsilliti acute sono patologie frequenti e fra le prime cause di consultazione del pediatra ambulatoriale e di Pronto Soccorso;
- ▶ sono due patologie che causano numerose prescrizioni di antibiotici (spesso inappropriate);
- ▶ l'utilizzo inappropriato di antibiotici, in assenza di benefici per il paziente, può causare reazioni allergiche e/o tossiche [1], lo sviluppo e la diffusione di germi resistenti [2-4], inutili spese, sia a carico del SSN che delle singole famiglie [5];
- ▶ si possono inoltre suscitare, nelle famiglie, aspettative improprie relative alla prescrizione di antibiotici: prescritto un antibiotico per un episodio di infezione delle alte vie aeree, la famiglia si aspetterà di riceverlo ogni volta che si recherà dal medico per episodi analoghi [6].

Indagine preliminare ProBA

I dati sopra riportati, noti dalla letteratura, sono stati verificati anche nella realtà regionale dell'Emilia-Romagna, dove, a partire dal 2003, è stata condotta un'indagine per identificare i determinanti di prescrizione antibiotica in pediatria. Il progetto denominato ProBA (Progetto Bambini e Antibiotici) ha visto il coinvolgimento dei pediatri di famiglia, ospedalieri e di comunità che lavorano in Regione, di altre figure professionali, infettivologi ed epidemiologi, e di un gruppo di genitori. La fase preliminare del Progetto (2003-2005) è consistita in una indagine conoscitiva realizzata nei centri vaccinali e negli ambulatori dei pediatri di famiglia in occasione di visite per infezioni respiratorie. Fra i molti dati raccolti in questa fase [7] emergono:

- ▶ le inadeguate conoscenze delle famiglie rispetto alle patologie respiratorie frequenti: due terzi degli intervistati ritiene che i virus non possano essere implicati nella genesi della tosse e oltre un terzo ritiene che gli antibiotici siano efficaci contro i virus;
- ▶ l'incertezza diagnostica e la pressione (percepita dai pediatri) che i genitori

esercitano per ottenere la prescrizione dell'antibiotico sono due determinanti rilevanti nella prescrizione di antibiotici in corso di infezioni respiratorie.

Le azioni conseguenti

L'Agenzia Sanitaria Regionale ha quindi identificato le seguenti priorità:

- ▶ sviluppare strumenti atti a informare/formare le famiglie, con lo scopo di facilitare la collaborazione/comunicazione fra pediatra e famiglie stesse sui temi oggetto del progetto;
- ▶ creare un gruppo di lavoro regionale, comprendente pediatri di famiglia, ospedalieri, di comunità, infettivologi ed epidemiologi, per sviluppare LLGG su faringotonsillite e otite media acuta. Nel corso dell'indagine preliminare queste sono risultate patologie di particolare rilevanza per frequenza e per inadeguatezza gestionale;
- ▶ identificare e implementare le azioni necessarie alla diffusione delle LLGG e al monitoraggio della loro applicazione.

Il prodotto

Nel luglio 2007 il gruppo di lavoro regionale è giunto alla stesura delle due LLGG che sono state sviluppate secondo un processo basato sulla ricerca di prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*, EBM): partendo dall'identificazione e selezione di LLGG già esistenti, sviluppate secondo i criteri propri della EBM, si ricercano poi, sulla base di una revisione sistematica della letteratura, ulteriori prove di efficacia a completamento o in aggiornamento a quelle identificate, dando priorità agli studi di qualità maggiore (trial controllati randomizzati) e, in assenza di questi, a studi osservazionali o, infine, a opinioni di esperti. Poi, sulla base della metodologia del GRADE, si procede alla gradazione delle prove stesse (qualità elevata, moderata,

Per corrispondenza:
Simona Di Mario
e-mail: s.dimario@ausl.mo.it

proposte

scarsa) e alla formulazione di raccomandazioni [8].

Ogni raccomandazione, distinta in raccomandazione forte o debole, è corredata da un paragrafo in cui si esplicitano i criteri che il gruppo di lavoro ha considerato nel formulare e graduare la raccomandazione stessa: la qualità delle prove di efficacia a sostegno di ogni raccomandazione (se deriva, cioè, da un trial controllato randomizzato piuttosto che da uno studio osservazionale o dal parere di esperti), l'applicabilità di ogni raccomandazione nello specifico *setting* considerato, il rapporto rischi/benefici derivanti dall'applicazione della raccomandazione e il costo della stessa. Per ogni raccomandazione si riporta la votazione raggiunta dal gruppo di lavoro sul numero di professionisti che la condivide, che non la condivide o che si astiene dal giudicarla.

L'esplicitazione dei criteri e delle votazioni rende non solo trasparente il processo di attribuzione della forza delle raccomandazioni ma permette anche di modificare il giudizio finale, nel caso in cui si vogliono applicare tali raccomandazioni a *setting* diversi da quello regionale.

L'implementazione e il monitoraggio

Consapevole della scarsa efficacia della semplice disseminazione delle LLGG, la Regione Emilia-Romagna ha previsto una serie di azioni/strumenti per l'implementazione delle stesse:

- ▶ disponibilità delle LLGG in un formato agile di pronta consultazione in cui vengono riportate esclusivamente le raccomandazioni e gli algoritmi diagnostico-terapeutici e un documento integrale di oltre cento pagine corredato da tabelle sinottiche con descrizione delle prove di efficacia. La guida rapida è un ausilio nella pratica quotidiana e prevede comunque una presa in visione dell'intero documento;
- ▶ analisi dei possibili fattori di ostacolo e favorevoli all'implementazione delle stesse con conseguente identificazione degli strumenti per superare i fattori di ostacolo. Questi sono stati discussi durante gli incontri a livello regionale; i risultati di questa analisi sono stati inseriti all'interno delle LLGG;
- ▶ incontri di formazione per la discussione delle raccomandazioni principali delle LLGG e dei fattori di ostacolo e

facilitanti alla implementazione, programmati a livello delle singole aziende e condotti dagli stessi pediatri che, per conto di ogni azienda, hanno partecipato al gruppo di lavoro regionale;

- ▶ opuscolo informativo per favorire il dialogo con le famiglie e ridurre le lacune conoscitive evidenziate nella prima fase del ProBA. Il materiale contiene informazioni sulle più comuni infezioni respiratorie pediatriche, sulle misure da adottare a livello familiare per prevenirla e per ridurne la diffusione, sull'uso corretto degli antibiotici e sul meccanismo di sviluppo delle resistenze. La comprensibilità dei messaggi contenuti nell'opuscolo è stata testata su un campione di genitori. Oltre all'opuscolo, che è stato pensato per essere distribuito nel corso delle prime visite ambulatoriali, sono state predisposte singole schede informative (formato segnalibro) che il pediatra utilizzerà al momento dei contatti per le singole patologie o sintomi respiratori (raffreddore, tosse, sinusite, mal di gola ecc.);
- ▶ la Regione ha messo in essere degli interventi di tipo organizzativo per favorire l'adozione del test rapido nella diagnosi della faringotonsillite streptococcica. L'utilizzo del test e la conseguente decisione terapeutica verranno monitorati grazie a una semplice scheda (tempo di compilazione meno di 10 secondi) da compilare in caso di visita per sospetta faringotonsillite streptococcica;
- ▶ il tasso di prescrizione di antibiotici e il livello di resistenze dello *S. pneumoniae* e *S. pyogenes* verranno monitorati utilizzando i sistemi di sorveglianza regionali già attivi [9]. I report sull'andamento di questi due indicatori saranno compilati e diffusi fra i professionisti con cadenza annuale.

Eventuali ulteriori azioni atte a facilitare il cambiamento nelle pratiche assistenziali e prescrittive potranno essere sviluppate sulla base dei suggerimenti/stimoli eventualmente rilevati nel corso della presentazione/discussione delle LLGG prevista fra ottobre 2007 e gennaio 2008.

Tutti i documenti pubblicati (LLGG, guida rapida, materiale per le famiglie) sono disponibili per consultazione e scaricabili gratuitamente al sito della Regione Emilia-Romagna, dalla sezione del progetto ProBA (sezione pubblicazioni): [\[www.regione.emilia-romagna.it/agenzia-san/aree/rischio_inf/proba/index.htm\]\(http://www.regione.emilia-romagna.it/agenzia-san/aree/rischio_inf/proba/index.htm\). ♦](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

Per l'elaborazione e la scrittura dell'articolo non sono stati utilizzati fondi, strumenti, attrezzature, materiali, provenienti dall'esterno della struttura in cui gli Autori hanno operato.

Bibliografia

- [1] Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR Jr, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med* 2002;35:250-7.
- [2] Gagliotti C, Nobile L, Milandri M, Moro ML. Emilia-Romagna Antibiotic Resistance Study Group. Macrolide prescriptions and erythromycin resistance of *Streptococcus pyogenes*. *Clin Infect Dis* 2006b;42:1153-6.
- [3] Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, et al. Effect of beta lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ* 2002;324:28-30.
- [4] Bergman M, Huikko S, Pihlajamäki M, et al. Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance (FiRe Network). Effect of macrolide consumption on erythromycin resistance in *Streptococcus pyogenes* in Finland in 1997-2001. *Clin Infect Dis*, 2004;38:1251-6.
- [5] Bonati M. Progetto ARNO-Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica pediatrica. Rapporto 2003. Il profilo prescrittivo della popolazione pediatrica italiana nelle cure primarie. Monografia di Ricerca & Pratica, n. 6. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, novembre 2004.
- [6] Little P, Gould C, Williamson I, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997;315:350-2.
- [7] Milandri M, Marchi M, Resi D, Moro ML. ProBA Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Collana Dossier, n. 115, Regione Emilia-Romagna - ASR, 2005.
- [8] Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American college of chest physicians task force. *Chest* 2006;129:174-81.
- [9] Gagliotti C, Buttazzi R, Nobile L, et al. Uso di antibiotici sistemici e resistenze antibiotiche nella popolazione pediatrica dell'Emilia-Romagna. Rapporto. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, ottobre 2006a. Disponibile all'URL http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ric/pr_antibres/stpr_sorve_uso_antib/publicazioni/antibiotici_pediatria/link/antibiotici_pediatria.pdf (file pdf, 131 Kb - ultimo accesso 25/9/2007).

Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra

Francesco Ciotti

Pediatra e neuropsichiatra infantile, ACP Romagna, Cesena

Abstract

Parent-child relation and therapeutic relation in the paediatrician's office

The paediatrician's office is a good setting for observing and understanding a problematic parent-child relation of even a problematic parent-paediatrician relation. An good evaluation can begin by observing the child's behaviour in the paediatrician's office, and afterwards, by evaluating if both the paediatrician and the parent's points of view regarding the child's health needs are in tune and based on a solid collaboration. The visit context can be compared to a strange situation based on Crittenden criteria. Practical and conceptual tools for a paediatrician, derived from the basic principles of counselling, can give parents a positive relational experience for both their well being and their child's.

Quaderni acp 2008; 15(2): 78-82

Key words Parent-child relation. Ambulatory care. Strange situation

Una relazione problematica di un genitore con il suo bambino e anche una relazione problematica fra genitore e pediatra possono essere osservate e comprese nell'ambulatorio del pediatra. Questa valutazione può essere fatta partendo dalla presenza o assenza di sintonia e collaborazione tra il punto di vista del genitore e quello del pediatra sui bisogni sanitari del bambino e attraverso l'osservazione sul comportamento del bambino durante la visita pediatrica. Il contesto della visita ambulatoriale può essere assimilato a una "strange situation" secondo i criteri della Crittenden. I principi del counselling mettono a disposizione del pediatra gli strumenti concettuali e pratici per fornire al genitore una esperienza relazionale positiva per il benessere del genitore e del bambino.

Parole chiave Relazione genitore-bambino. Visita ambulatoriale. Strange situation

Accordo-disaccordo fra genitore e pediatra su necessità della visita e del trattamento

Nel 1992 Eminson e Postlethwaite, nel trattare la diagnosi del disturbo fittizio (*factitious illness*), hanno proposto di prendere in considerazione il consenso o l'accordo tra genitore e pediatra sulla necessità della visita pediatrica al bambino, quale indicatore dell'abilità del genitore a riconoscere i bisogni del proprio figlio [1].

Secondo questi Autori, nella maggior parte dei casi, il pediatra si trova d'accordo con la decisione del genitore di richiedere la consultazione e il genitore accoglie favorevolmente la risposta del pediatra ai propri bisogni: ascolta i consigli del medico e li mette in pratica. In altre parole c'è una buona sintonizzazione e negoziazione tra bisogni del genitore e risposte del pediatra, per il quale il genitore sa riconoscere in maniera suffi-

cientemente accorta i bisogni sanitari del bambino.

Dentro questo range di "normalità" stanno anche quei genitori che consultano il medico per sintomi lievi o che attuano puntigliosamente le terapie o che richiedono spesso dei farmaci. E vi si trovano anche coloro che, per contro, portano il bambino dal medico un po' più tardi del dovuto o che non eseguono fedelmente le terapie.

In alcuni casi invece fra genitore e pediatra si registra un disaccordo rilevante sulla necessità della visita e sulla opportunità dei trattamenti (*tabella 1*).

Su un versante si trovano quei genitori che non portano il bambino alla visita quando sarebbe opportuno, o lo portano troppo tardi anche in caso di sintomi importanti e/o non eseguono i trattamenti indicati e necessari, trascurando e mettendo in pericolo il benessere del bambino.

Sul versante opposto si collocano quei genitori che consultano uno o più medici per piccoli problemi di salute o anche in assenza di sintomi, fino a inventarsene alcuni per ottenere dal medico indagini diagnostiche e terapie non necessarie, o per somministrare farmaci inutili o dannosi, in assenza o contro lo stesso parere del medico. In entrambi i casi (quello della intrusività genitoriale fino alla malattia procurata, *Munchausen by proxy*, e quello della trascuratezza, *neglect*), il pediatra ritiene il genitore incapace di riconoscere i bisogni del bambino, con grande difficoltà, se non l'impossibilità, a una negoziazione efficace tra i rispettivi piani mentali, e dunque tra i bisogni sentiti dal genitore e le risposte ritenute opportune dal pediatra. Secondo Eminson e Postlethwaite, tale assenza di sintonia tra genitore e pediatra è indicatrice di una assenza di sintonia tra genitore e figlio, in quanto il genitore o nega o amplifica impropriamente i bisogni del bambino [1].

Secondo gli stessi Autori, i fattori che interferiscono con le abilità del genitore nel riconoscere i bisogni del proprio figlio sono:

- ▶ fattori intrinseci al bambino (come: temperamento difficile, malattia cronica);
- ▶ fattori relativi alla società (come: media che enfatizzano l'ansia generale per la salute, allarme sociale sulle assistenti sociali che "rubano" i bambini);
- ▶ fattori intrinseci al genitore, quali fattori cognitivi (scarsa capacità intellettuale) o fattori emotivi legati alla storia personale (esperienze di lutto o di abuso precoci e soprattutto esperienze di attaccamento difficili e insicure con i propri genitori).

Relazione medico-paziente e stile di attaccamento

Secondo Liotti la relazione medico-paziente in generale è un luogo privilegiato

Per corrispondenza:
 Francesco Ciotti
 e-mail: loretta139@inwind.it

il punto su

di attivazione e di osservazione dello stile di attaccamento del paziente, il quale ripropone, nella relazione con la figura di accudimento-medico, gli stessi schemi di relazione interpersonale che ha appreso nella relazione con i genitori, in cui il sistema di attaccamento si è costruito nell'età evolutiva [2]. Fra gli indicatori più comuni dell'attivazione di un originario pattern di attaccamento insicuro all'interno della relazione medico-paziente, Liotti indica la richiesta insistente di rassicurazioni, unita alla resistenza ad accoglierle quando sono fornite (nell'attaccamento ansioso-resistente) e la tendenza a evitare il medico o a parlare con lui il meno possibile (nell'attaccamento evitante). D'altra parte, all'interno di un attaccamento insicuro, sono più frequenti anche le esperienze di abnorme competizione da un lato e di continua critica e umiliazione che attivano il sistema competitivo interpersonale di dominanza e sottomissione. Di conseguenza nella relazione medico-paziente, di per sé potenzialmente asimmetrica e gerarchica col potere-sapere squilibrato dal lato del medico, il paziente con attaccamento insicuro attiva facilmente comportamenti di dominanza-sottomissione, quali paura a esprimere pensieri e sentimenti per vergogna di giudizi negativi o rimproveri, accanto a comportamenti oppositivi, manipolatori o ingannatori riguardo a sintomi, esami o terapie da eseguire. Nel 1992 Crittenden, nella descrizione della relazione di attaccamento madre-bambino in età prescolare, pone la strategia di negoziazione tra i piani mentali di genitore e bambino di fronte allo stress della "strange situation" come criterio fondamentale per classificare il pattern di attaccamento tra i due (tabella 2) [3]. Quando la relazione di attaccamento è sicura, il bambino riesce a separarsi dalla madre dopo una buona negoziazione, in cui i due comunicano apertamente i bisogni, i piani e i sentimenti di ciascuno; alla fine, confrontando i reciproci punti di vista, raggiungono un accordo sull'azione di separazione della madre e sullo stato di solitudine del bambino che resta in attesa del ritorno certo della madre. Quando la relazione di attaccamento è ansioso-resistente, il bambino rifiuta di negoziare perché non si fida della propria figura di attaccamento; presenta il proprio punto di vista in maniera esasperata,

TABELLA 1: ACCORDO FRA GENITORI E PEDIATRA SULLA NECESSITÀ DELLA CONSULTAZIONE E SULLE INDICAZIONI MEDICHE

Disaccordo	Buon accordo	Disaccordo
Madre che trascura i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione trascurante)</i>	Madre che sa riconoscere i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione sicura)</i>	Madre che esagera o inventa i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione ansiosa)</i>
La madre porta il bambino in maniera tardiva anche per problemi gravi. La madre ignora i sintomi e/o ignora le indicazioni diagnostiche e terapeutiche del medico.	Consulta appropriatamente il pediatra e applica le sue indicazioni. A volte può consultarlo anche per sintomi lievi o banali oppure può trascurare qualche sintomo non rilevante. Può talora dimenticarsi una indicazione oppure essere puntigliosa nell'aderire alle indicazioni.	La madre consulta il medico per problemi inesistenti, fino a inventare o a procurare i sintomi al bambino. Vuole che siano prescritte medicine anche senza malattie e, se il medico le nega, le somministra per conto proprio.

TABELLA 2: ATTACCOMENTO IN ETÀ PRESCOLARE ALLA STRANGE SITUATION

Stile evitante <i>Pattern di negoziazione</i>	Stile sicuro <i>Pattern di negoziazione</i>	Stile ansioso-resistente <i>Pattern di negoziazione</i>
Il bambino reprime i propri desideri e sentimenti e fa finta di niente. Cerca di prevedere ciò che il genitore si aspetta da lui e agisce di conseguenza. Evita di esprimere i propri desideri e cerca di aderire al punto di vista del genitore. Cerca di risolvere da solo i propri problemi.	Il bambino trasmette il suo punto di vista per negoziare. Nel gioco o all'uscita del genitore considera e rispetta il suo punto di vista. Il genitore riconosce il punto di vista del bambino e gli dà modo di rappresentarsi ciò che accade durante la separazione. C'è comunicazione chiara ed esplicita dei riferimenti e dei piani di ciascuno.	Il bambino rifiuta il punto di vista del genitore. Il bambino presenta il proprio punto di vista in maniera esasperata, coercitiva, imperativa, rifiutando quello del genitore perché non si fida di lui. Il genitore non è in grado di spiegargli apertamente le cose e di fargli rappresentare chiaramente la separazione.

coercitiva, imperativa, rifiutando quello della madre; inoltre utilizza strumentalmente l'espressione esagerata dei propri stati affettivi per ottenere che la madre non si separi da lui e per soddisfare solo il proprio bisogno senza riconoscere quello della madre. Anche nella relazione di attaccamento evitante, il bambino rifiuta di negoziare, ma per aderire passivamente ai bisogni della madre; evita di esprimere i propri desideri e i propri stati affettivi, cerca di assumere il punto di vista del genitore e di prevedere ciò che il genitore si aspetta da lui, agendo di conseguenza e accettando senza alcuna discussione e negoziato che la madre se ne vada dalla stanza e lo lasci solo. In una ricerca di Ciotti e Lambruschi del 1996, 45 bambini in età prescolare, clas-

sificati per l'attaccamento con la "strange situation" secondo i criteri della Crittenden, venivano osservati anche nel contesto della visita ambulatoriale a 3 anni, potendo la visita stessa essere ritenuta un contesto "strange", in cui il sistema di attaccamento è potentemente attivato, essendo il bambino esposto a una condizione particolare di vulnerabilità [4]. Per questo gli Autori si aspettano che tale situazione potesse discriminare in qualche modo i vari pattern relazionali: in funzione del proprio stile di relazione ogni bambino utilizza strategie molto diverse per far fronte allo stress della visita medica. L'osservazione del comportamento del bambino nel rapporto con le figure di accudimento presenti in ambulatorio era

condotta utilizzando una semplice griglia di osservazione in cui la visita era suddivisa in fasi: ingresso, spogliazione, visita, vestizione, consigli finali. Per ogni fase venivano descritti i comportamenti del bambino e, reciprocamente, i comportamenti del genitore sulla base dei seguenti criteri: mantenimento e ricerca del contatto fisico con la madre (al limite, aggrappamento) vs mancanza ed evitamento del contatto fisico; comportamenti cauti, diffidenti e “paurosi” verso il pediatra e l’ambiente vs comportamenti di libera esplorazione; comportamenti pacati e rilassati vs comportamenti arrabbiati e aggressivi; comportamenti collaborativi vs comportamenti oppositivi, negativisti o di sfida. Nella stessa visita pediatrica veniva proposto al bambino il test di Denver per lo sviluppo psicomotorio. I risultati della ricerca furono interessanti.

- ▶ Dei 16 bambini con attaccamento madre-bambino sicuro, alla “strange situation” in ambulatorio pediatrico, solo 1 presentò i comportamenti problematici della serie precedente.
- ▶ Dei 22 bambini con attaccamento ansioso resistente ben 11, ossia la metà, in ambulatorio manifestavano comportamenti problematici che rendevano difficile o impossibile la visita medica e l’esecuzione del test di Denver: contatto stretto e aggrappamento alla madre, rifiuto e opposizione alla visita, paura e diffidenza verso il medico.
- ▶ I bambini con attaccamento evitante tendevano per lo più a comportarsi in maniera apparentemente collaborativa come i sicuri, accettando le proposte e la visita del pediatra (tabella 3).

In altre parole, in questa esperienza, se si considera la visita medica come una “strange situation” a debole intensità per il bambino: a) quello con attaccamento sicuro alla madre negozia con la madre e con il pediatra l’esecuzione della visita e collabora; b) il bambino con attaccamento evitante aderisce passivamente alle richieste della madre e collabora alla visita; c) il bambino con attaccamento ansioso-resistente non negozia e si oppone alla visita e al pediatra, attivando in maniera estrema il sistema dell’attaccamento e aggrappandosi alla madre.

TABELLA 3: ATTACCOMENTO IN ETÀ PRESCOLARE. COMPORAMENTI PROBLEMATICI DEL BAMBINO NELLA VISITA MEDICA SU QUATTRO DIMENSIONI (PAURA/DIFFIDENZA, PROSSIMITÀ FISICA ALLA MADRE, OPPOSITIVISMO, AGGRESSIVITÀ) E COMPLIANCE AL TEST DI DENVER

	Stile evitante	Stile sicuro	Stile ansioso
Comportamenti problematici	2	1	11
Rifiuto test di Denver	0	0	4
Totale	7	16	22

Relazione madre-pediatra e attaccamento madre-bambino

L’osservazione proposta da Eminson e Postletwaite [1], relativa alla presenza o assenza di sintonia e collaborazione tra punto di vista del genitore e punto di vista del pediatra sui bisogni sanitari del bambino, e l’osservazione proposta da Ciotti e Lambruschi [4] sul comportamento del bambino di età prescolare in ambulatorio pediatrico, possono costituire due strumenti complementari nelle mani del pediatra per ipotizzare, a partire da una sua relazione problematica con quella madre, una relazione della madre con quel bambino o di tipo trascurante con rischio di sviluppo di attaccamento evitante, o di tipo intrusivo con rischio di sviluppo di attaccamento ansioso resistente.

Serve al pediatra fare queste ipotesi sulla relazione genitore-bambino? E soprattutto le ipotesi del pediatra sono di qualche utilità per quella madre e per quel bambino?

A questo proposito Mantovani e coll. segnalano il rischio che la formazione relazionale del medico tenda ad accentuare il suo atteggiamento critico nei confronti delle madri e a notare i fattori di incompetenza e di rischio, anziché a rilevare le risorse positive, seppure ancora confuse e non del tutto organizzate [5]. D’altra parte gli stessi Autori sottolineano che un buon pediatra deve far aumentare la consapevolezza, la competenza e la fiducia dei genitori, ma anche garantire che il bambino riceva dai genitori cure adeguate ed equilibrate, libere sia da eccessi di attenzioni e di ansie, sia da trascuratezza e negligenza.

Da parte sua Liotti indica allo psicoterapeuta, in particolare, e al medico, in generale, di sviluppare col paziente una relazione affatto gerarchica e giudicante,

bensì paritetica e collaborativa, soprattutto quando il paziente si dimostri problematico, imponendosi o sfuggendo la relazione [2]. Per questo occorre che il medico condivida con il paziente gli obiettivi della consultazione, manifesti apertamente, seppur se cautamente, i dubbi circa la validità dei propri punti di vista, chieda lumi al paziente per chiarire tali dubbi, spieghi con cura e sincerità i motivi che stanno alla base delle sue decisioni e dei suoi consigli, cerchi, ogni volta che sia possibile, un ragionevole compromesso riguardo a comprensibili richieste del paziente. Queste modalità mirano a facilitare nel paziente una esperienza emozionale correttiva rispetto a precedenti esperienze interpersonali di abnorme competizione o di continua critica e umiliazione.

Da un punto di vista etologico è altamente probabile che qualunque relazione sufficientemente sicura sul piano dell’attaccamento e sufficientemente paritetica dal punto di vista della dominanza-sottomissione abbia effetti benefici sulla salute psichica dell’individuo e sia, perciò, più o meno “terapeutica” per colui che nella propria storia familiare abbia sperimentato relazioni insicure per l’attaccamento e competitive-aggressive per la dominanza-sottomissione. In altre parole una relazione madre-pediatra di tipo collaborativo e paritetico può costituire per una madre con attaccamento insicuro una esperienza emozionale correttiva, capace di funzionare come fattore protettivo e correttivo rispetto allo stile relazionale che la madre ha con le figure affettivamente significative in generale e col suo bambino in particolare. Per contro, una relazione madre-pediatra conflittuale e competitiva può essere ritenuta un potenziale fattore di rischio unico o ulteriore per lo sviluppo di quella relazione genitoriale (figura 1).

Su questa linea Mantovani e coll., in merito allo sviluppo di una relazione sicura e paritetica tra pediatra e madre del bambino, indicano una serie di accorgimenti utili per il pediatra come guida alla comunicazione con la madre, quali [5]:

- ▶ usare il più possibile il nome del bambino;
- ▶ evitare termini tecnici;
- ▶ cercare di far capire che il pediatra ritiene molto importante l'opinione della mamma;
- ▶ non minimizzare i dubbi e le preoccupazioni della mamma;
- ▶ non esprimere giudizi su ciò che dice;
- ▶ mostrare di ascoltare con interesse ed empatia;
- ▶ porre le domande in modo aperto e flessibile;
- ▶ adattare e semplificare le domande;
- ▶ prendere brevi note, ascoltare la mamma guardandola, eventualmente completando le note dopo l'uscita della mamma.

I principi enucleati da Liotti e raccomandati dal gruppo di Mantovani costituiscono la base per lo sviluppo di una relazione sicura e collaborativa e sono infatti i principi della "negoziatioe" che abbiamo visto caratterizzare la strategia dell'attaccamento sicuro in età prescolare. Questi principi sono gli stessi che si trovano esposti come linea guida per "Negoziare e Programmare" nella scheda Calgary-Cambridge, utilizzata in diverse ricerche come strumento per l'intervento di counselling [6] (tabella 4):

- ▶ il medico discute le opzioni: indagini diagnostiche, terapie farmacologiche e non, misure preventive;
- ▶ valuta la comprensione e l'accettabilità del programma terapeutico;
- ▶ ottiene il punto di vista del paziente su ciò che ritiene necessario per procedere, indagando eventuali barriere; incoraggia il paziente a contribuire con le proprie idee, suggerimenti, preferenze; accetta e prende in considerazione, se necessario, punti di vista alternativi;
- ▶ tiene conto dello stile di vita del paziente, del suo retroterra culturale, della sua rete di supporto sociale e valuta la disponibilità di aiuti;
- ▶ incoraggia il paziente a responsabilizzarsi e ad avere fiducia in se stesso;
- ▶ coinvolge il paziente dando suggerimenti più che prescrizioni;

FIGURA 1: RELAZIONE MADRE-PEDIATRA COME FATTORE PROTETTIVO O FATTORE DI RISCHIO PER LA RELAZIONE MADRE-BAMBINO



TABELLA 4: I PRINCIPI DEL COUNSELLING COLLABORATIVO-PARITETICO PER IL MEDICO

Colloquio sul o sui problemi presentati	Negoziatioe su consigli e prescrizioni
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incoraggia il paziente a esporre con le proprie parole il problema. 2. Usa preferibilmente domande aperte. 3. Ascolta attentamente e permette al paziente di completare il proprio racconto. 4. Evita i termini tecnici o li spiega adeguatamente. 5. Chiede chiarimenti e approfondimenti. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discute le opzioni diagnostiche e terapeutiche. 2. Valuta la comprensione e l'accettabilità del programma terapeutico. 3. Ottiene il punto di vista del paziente e considera, se necessario, punti di vista alternativi. 4. Tiene conto dello stile di vita del paziente, del suo retroterra culturale, della sua rete di supporto sociale. 5. Incoraggia il paziente a responsabilizzarsi e ad avere fiducia in se stesso. 6. Coinvolge il paziente dando suggerimenti più che prescrizioni. 7. Negoziatioe un programma accettabile da entrambe le parti.

- ▶ negozia un programma accettabile da entrambe le parti;
- ▶ offre alternative;
- ▶ verifica l'accettazione del programma da parte del paziente;
- ▶ incoraggia il paziente a discutere ulteriori particolari ("ci sono altre domande che vorrebbe farmi?...", "c'è qualcosa che vi piacerebbe discutere ancora?...").

Sul piano della teoria etologica e dell'attaccamento il possesso da parte del pediatra di una strategia comunicativa e relazionale basata sulla negoziazione e sul sistema collaborativo e paritetico, soprattutto con le madri che tendono ad avere relazioni conflittuali o fuggitive, sarebbe di per sé uno strumento di sostegno alla relazione di quella madre con quel bambino e permetterebbe al pediatra, pur restando all'interno del proprio

specifico ruolo professionale, di assumere una funzione centrale nella prevenzione dei disturbi relazionali del bambino nei primi anni di vita.

E nei fatti? Purtroppo gli studi di valutazione di efficacia del counselling al momento presenti in letteratura devono fare i conti con criticità relative al disegno delle ricerche e alla selezione degli indicatori [7]. Citeremo come incoraggiamento ad approfondire e ad allargare questo campo di indagine e di pratica clinica alcuni risultati di due ricerche condotte in questo ambito, relative la prima ai risultati riferiti dalle madri e la seconda ai risultati riferiti dai pediatri.

Lambruschi e coll. riportano i risultati di 502 questionari compilati dalle madri di bambini di età compresa tra 2 mesi e 5 anni: 163 madri seguite da 6 pediatri che usufruivano di una formazione sul counselling in ambulatorio pediatrico e 339

seguite da 10 pediatri senza questa formazione specifica [8]. Dal questionario a 10 item emerge che secondo le madri in 2 item i pediatri con formazione al counselling sono migliori dei colleghi, e precisamente: "Il pediatra crea con me un clima amichevole e familiare" e "il pediatra tiene conto del mio punto di vista e discute con me prima di prescrivermi esami o terapie". È evidente che tali item contraddistinguono la relazione pediatra-genitore basata sulla collaborazione paritetica e sulla negoziazione (figura 1). Nella seconda ricerca Mantovani e coll. riportano le conclusioni di 12 pediatri che parteciparono alla messa a punto di una guida di osservazione madre-bambino nel primo anno di vita del bambino [5]. La guida richiedeva, alla prima visita, un tempo abbastanza lungo dedicato alla reciproca conoscenza e a una conversazione aperta, poco direttiva e distesa per facilitare la comunicazione, seguita da alcuni strumenti di osservazione della relazione madre-bambino e dalla compilazione di una scheda di osservazione. I 12 pediatri concordano sulle seguenti conclusioni:

► l'esercizio all'ascolto, determinato dalla guida e dalla formazione al counselling, fa spesso vedere le madri in una luce migliore, e questo fa

avviare una relazione di supporto anziché di dipendenza;

- negli incontri successivi alla prima visita, lunga e colloquiale, la comunicazione risulta facilitata;
- il tempo necessario per un colloquio approfondito, apparso talora eccessivo e gravoso ai più, è in realtà un utile "investimento" nella prima visita, come rilevato da alcuni pediatri;
- l'impostazione di una comunicazione paritetica spinge alcune madri a rivolgersi più spesso al pediatra anche per problemi della vita familiare con il bambino o relativi alla sua educazione e non solo attinenti alla salute fisica e alla crescita.

Quest'ultimo punto è la conseguenza naturale e necessaria di una comunicazione paritetica e collaborativa ed è l'indicatore dell'avvenuta trasformazione di una relazione, da indifferente o distaccata o conflittuale, a relazione "terapeutica", in cui cioè il medico è diventato per il paziente, e in questo caso per la madre, una "base sicura" con cui confrontarsi e su cui contare nella propria difficoltà quotidiana del vivere il difficile mestiere di genitore.

È vero che anche il mestiere del medico, basato oltre che sulla EBM anche sulla relazione di aiuto ai propri pazienti, è un

mestiere difficile. È probabile che la scelta e la formazione non prevedano a sufficienza questo tipo di "impegno relazionale", ma è esattamente questo che differenzia il mestiere del medico da quello, per esempio, di un ingegnere informatico o di un idraulico. ♦

Bibliografia

[1] Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. Arch Dis Child 1992;67:1510-6.
 [2] Liotti G. Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. Rivista di Psicologia Clinica 1990;2:176-87.
 [3] Crittenden PM. Quality of attachment in the preschool years. Dev Psychopathol 1992;4:209-41.
 [4] Ciotti F, Lambruschi F. Configurazioni di attaccamento genitori-bambino in età prescolare e comportamento in contesti extrafamiliari. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 1996;2:3-14.
 [5] Mantovani S, Picca M, Giussani M, Zanetto F. 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. Milano: Franco Angeli, 2002.
 [6] Ciotti F, Lambruschi F, Gangemi M, et al. Una esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico. Quaderni acp 2006;13:218-21.
 [7] Baronciani D, Basevi V, Gangemi M. La valutazione dell'efficacia del counselling: adottare o adattare le regole dell'Evidence Based Medicine? Prospettive in Pediatria 2005;35:303-8.
 [8] Lambruschi F, Ciotti F, Gangemi M, et al. La valutazione di un corso di formazione al counselling pediatrico. Quaderni acp 2006;13:260-3.

Una indagine ACP COME SONO CAMBIATI I REPARTI DI PEDIATRIA?

A che punto è la trasformazione della vita interna dei reparti di Pediatria nel nostro Paese? A pag. 86 recensiamo un libro sull'argomento. Su *Quaderni acp* (2007;14:171-2) abbiamo raccontato l'esperienza della UO dell'Ospedale "Cardarelli" di Napoli. Vorremmo continuare raccogliendo altri esempi e altre notizie. Gli interventi finora raccolti riguardano aspetti **strutturali** (per intenderci pareti a tinte con colori vivaci e con disegni di personaggi noti ai bambini) o **ambientali** (per l'accoglienza ci sono esperienze di clown in corsia; musica e lettura sono attivi in vari reparti). Vorremmo raccogliere il maggior numero di queste esperienze, conoscerne le motivazioni e il percorso. Sarebbe, infine, interessante sapere se si è pensato a una valutazione del loro impatto sui bambini e i loro genitori. Vi invitiamo quindi a scrivere a redazionequaderni@tiscali.it raccontando le vostre esperienze, seguendo per semplicità il format che riportiamo.

UO di Pediatria dell'Ospedale _____ Città _____

Posti letto _____ N° ricoveri anno 2006-2007 _____

Interventi strutturali: no sì specificare: _____

Interventi ambientali: no sì specificare: (clown, lettura, musica, giochi, pet-therapy, altro) _____

Motivazioni che hanno spinto alla realizzazione dell'esperienza _____

Percorso seguito _____

Gli interventi sono stati realizzati coinvolgendo anche i pazienti? no sì

È stata realizzata o è prevista la valutazione dell'intervento? no sì

Funziona la scuola in Ospedale? no sì

Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma

Laura Todesco e Giacomo Toffol (a cura di)

Parole chiave Anemia. Asma. Scarsa crescita. Indoor

Inquinamento indoor da combustibile di origine biologica, anemia, scarsa crescita

L'inquinamento interno alle abitazioni, causato dal malfunzionamento di stufe o forni che utilizzano combustibili di origine biologica (legna, residui vegetali, sterco animale), favorisce l'insorgenza di anemia e la riduzione dell'accrescimento ponderale nei bambini di età inferiore a 3 anni.

Lo afferma uno studio che riporta i risultati di una sorveglianza indiana sullo stato di salute della popolazione [1]. Gli Autori hanno confrontato la prevalenza di anemia e di scarsa crescita ponderale di più di 20.000 bambini con il tipo di combustibile abitualmente usato nelle loro abitazioni, distinguendo tra combustibili di origine biologica e combustibili "puliti" (elettricità, gpl, kerosene).

Anche controllando i dati per numerosi fattori di confondimento (età, sesso e ordine di genitura dei bambini, età, religione e livello di istruzione materna, supplementazione con ferro durante la gravidanza, infezioni respiratorie o diarrea nelle precedenti due settimane, malaria nei precedenti tre mesi, tipologia di abitazione, residenza urbana o rurale e regione di residenza, abitudine al fumo di sigaretta in casa) nei bambini che abitavano in case in cui veniva utilizzato combustibile di origine biologica si è riscontrato un significativo incremento sia di anemia moderata o severa: RR 1,58 (IC 95%: 1,28-1,94), sia di crescita ponderale severamente ridotta: RR 1,90 (IC 95%: 1,49-2,42).

Gli Autori concludono che l'inquinamento indoor prodotto dalla combustione di prodotti di origine biologica, data anche la scarsa efficacia delle strutture utilizzate per il riscaldamento e la cottura dei cibi, è sicuramente uno dei fattori che contribuisce al rischio di anemia e/o riduzione della crescita nei bambini indiani.

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

Quale relazione c'è fra asma e inquinamento atmosferico?

Due studi aiutano a colmare le ancora troppo scarse informazioni a riguardo. Il primo rileva effetti a lungo termine: una associazione diretta fra esposizione ad alte concentrazioni di ozono e incremento di incidenza di asma nei bambini; il secondo descrive effetti respiratori a breve termine da esposizione ai fumi di scarico di motori diesel in adulti asmatici.

Un studio di coorte prospettico, pubblicato su *The Lancet* nel 2002, merita attenzione [2]. Dimostra un significativo aumento di prevalenza di asma in bambini che esercitano settimanalmente 3 o più sport all'aria aperta in zone a elevata concentrazione di ozono. Gli Autori californiani sono gli stessi che hanno studiato la relazione inquinamento atmosferico e sviluppo polmonare. Lo studio svolto nelle scuole di 12 zone della California, 6 con alte concentrazioni di ozono e 6 con basse concentrazioni, effettuato con somministrazione annuale di questionario, ha reclutato in tre fasce d'età: 9-10, 12-13, 15-16 anni, un totale di 3535 bambini, escludendo gli affetti da asma o da patologia respiratoria cronica. Il follow up è durato 5 anni. Sono stati monitorati: ozono, biossido d'azoto, particolato, vapori acidi inorganici. Nelle comunità con elevata concentrazione di ozono, il Rischio Relativo di sviluppare asma in bambini che praticano 3 o più sport all'aria aperta, confrontato con bambini che non lo praticano, è pari a 3,3 (IC 95%: 1,9-5,8). Il praticare sport all'aperto non ha alcun effetto nelle zone con bassa concentrazione di ozono (RR 0,8; IC 95%: 0,4-1,6).

Anche giocare all'aria aperta si associa con incremento dell'incidenza di asma in aree con alta concentrazione di ozono (RR 1,4; IC 95%: 1,0-2,1), ma non in zone con bassa concentrazione di ozono. Il praticare sport all'aperto con esposizione a inquinanti diversi dall'ozono non ha effetto sull'incidenza di asma.

A Londra è stato effettuato uno studio trasversale randomizzato sugli effetti respiratori a breve termine degli scarichi di motori diesel su 60 adulti con asma lieve o moderato. Le novità espresse da questo lavoro aiutano a spiegare le evidenze epidemiologiche che associano

esposizione al traffico e funzione polmonare nell'asma [3].

Ogni partecipante ha passeggiato per 2 ore lungo Oxford Street, che è percorsa esclusivamente da bus e taxi con motore diesel e, in una diversa occasione, per Hyde Park. Sono state eseguite dettagliate indagini immunologiche e fisiologiche in tempo reale. I partecipanti erano esposti a concentrazioni significativamente più alte di particolato fine ($< 2,5 \mu\text{m}$ di diametro), particolato ultrafine, carbone elementare, biossido d'azoto in Oxford Street rispetto ad Hyde Park.

Camminare per 2 ore in Oxford Street ha indotto una riduzione asintomatica ma significativa nel FEV₁ (superiore a 6,1%) e della FVC (superiore a 5,4%), significativamente superiori a quelle indotte dalla passeggiata in Hyde Park. La significativa riduzione del FEV₁ persisteva fra 1 e 22 ore dopo l'esposizione, quella del FVC fra le 2 e le 5 ore dopo l'esposizione.

Gli effetti erano più evidenti in chi aveva asma moderato rispetto a chi aveva asma lieve.

Questi cambiamenti erano accompagnati da significativi incrementi di biomarcatori di infiammazione neutrofila (mieloperoxidasi nello sputo) ed erano maggiormente associati all'esposizione di particolato ultrafine e carbone elementare.

Concludendo

L'aria degli interni è peggiore dell'aria esterna, l'attività fisica è irrinunciabile in età evolutiva. La corretta diffusione delle conoscenze dell'entità degli effetti sanitari dell'aria inquinata è cruciale al fine di ridurre le emissioni. ♦

Bibliografia

[1] Mishra V, Retherford RD. Does biofuel smoke contribute to anemia and stunting in early childhood? *Intern J Epidemiol* 2007;36:117-29.

[2] McConnell R, Berhane K. Asthma in exercising children exposed to ozone: a cohort study. *Lancet* 2002;359:386-91.

[3] Mc Creanor J, Cullinan P, Nieuwenhuijsen MJ. Respiratory Effects of exposure to Diesel Traffic in Person with Asthma. *N Engl J Med* 2007;357:2348-58.

Meningococco: teniamolo d'occhio!

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave *Malattia meningococcica. Vaccini contro il meningococco. Strategie vaccinali contro il meningococco*

I casi veneti

I sette casi di meningite e sepsi da meningococco C, di cui 3 deceduti, segnalati nell'arco di pochi giorni nel dicembre 2007 in provincia di Treviso, hanno creato allarme in tutta Italia [1]. Anche per l'amplificazione data dalla stampa, che ha addirittura dato credito all'ipotesi che questo episodio rendesse necessaria e urgente l'introduzione della vaccinazione nel calendario per l'infanzia.

Si è trattato in realtà di un piccolo *cluster* epidemico che non ha modificato la situazione epidemiologica italiana, caratterizzata da un'incidenza nella popolazione generale tra le più basse in Europa (Italia: 0,5/100.000; Europa: 0,3 - 4,3/100.000) [2]. Per giunta, nel 2006 e nel 2007, i dati nazionali mostrano un calo delle forme sostenute dal meningococco C, in controtendenza con la crescita degli anni precedenti, forse per effetto della diffusione della vaccinazione [3].

La vaccinazione

La vaccinazione con l'antimeningococco C coniugato (MenC) ha dimostrato una grande efficacia nel contenere e poi eliminare l'epidemia europea iniziata nel Regno Unito nel 1999 e proseguita in Belgio, Olanda, Spagna, fino al Sud della Francia alla fine del 2002. In questi territori, se pure in modo diversificato, sono stati vaccinati in tempi brevi ampi strati di popolazione dai 2 mesi fino ai 24 anni di età ed è stata inserita contemporaneamente la vaccinazione routinaria dei piccoli. In Italia abbiamo invece una bassa incidenza di malattia e una grande disomogeneità nelle strategie vaccinali. A maggio 2006, nove delle nostre 21 Regioni avevano introdotto il MenC nel calendario, alcune solo nei piccoli, altre anche negli adolescenti; tutte vaccinano i bambini a rischio [4]. È possibile che in queste condizioni l'impatto della vaccinazione sia più limitato. Ciò potrebbe spiegare il *cluster* epidemico del Veneto

che ha riguardato persone dai 15 ai 33 anni, mentre la vaccinazione era stata introdotta, dal 2006, nei bambini di 12 mesi e 15 anni con coperture non elevate (rispettivamente 77% e 50%). Non si può neppure escludere che si sia trattato di un ceppo particolarmente aggressivo, visto che dopo anni di vaccinazione estesa, è stato segnalato nel Regno Unito un aumento significativo della diversità genetica del meningococco C; e in Canada è emerso un clone geneticamente modificato dopo un ampio impiego del vaccino non coniugato.

Scelte individuali e di comunità

La scelta per il singolo appare più semplice, purché sia "informato" sui benefici attesi dalla vaccinazione e sul rischio di malattia. La protezione individuale è risultata molto elevata (> 90%) dopo 4 anni dalla vaccinazione con MenC, ma non si conosce ancora l'eventuale necessità di richiami. Il profilo di sicurezza è risultato buono. I dati nazionali sulla malattia, facilmente accessibili online, riportano una media di circa 60 casi/anno nei bambini di età inferiore ai 5 anni con una proporzione del tipo C rispetto al B, variabile nel tempo. Meglio sarebbe disporre anche di dati regionali e locali, ma questo purtroppo avviene solo in alcune aree del Paese [4].

La scelta di vaccinare la comunità è invece più difficile. Le informazioni sulla malattia non ci mancano: la sorveglianza epidemiologica esiste da anni, compresa la tipizzazione. Mancano però criteri standardizzati per decidere l'introduzione estesa della vaccinazione. Speriamo che li indichi il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2008-2010, atteso per marzo 2008.

Il coniugato tetravalente

Dal 2005 è stato autorizzato negli USA un tetravalente coniugato contro il meningococco A, C, Y, W135, raccomandato per gli adolescenti [5]. Il 75% dei casi registrati negli Stati Uniti, dagli 11 anni di età in su, è sostenuto dai tipi C, Y e W135; il tipo B è più frequente sotto l'anno di vita. Essendo un vaccino coniugato, si presume che induca una protezione più duratura rispetto al non coniugato con uguale contenuto di antigeni. L'attribuzione degli episodi di Guillain-

Barré segnalati dopo la vaccinazione è rimasta incerta, per cui si consiglia cautela per chi ha una storia di pregressa Guillain-Barré. Ora è allo studio un nuovo tetravalente coniugato da somministrare fin dai 2 mesi di vita. È probabile che prima o poi il tetravalente coniugato verrà autorizzato anche in Europa, dove circolano quasi esclusivamente il meningococco di tipo B e C. Quindi il suo impiego sarà limitato ai viaggiatori in aree endemiche per gli altri tipi di meningococco contenuti nel vaccino, al posto del tetravalente non coniugato attualmente in uso. Ci servirebbe invece disporre di un vaccino contro i sottotipi del meningococco B circolanti in Europa, annunciato da tempo.

Una speranza

L'Africa è il continente più pesantemente colpito dalla malattia meningococcica, sostenuta prevalentemente dal tipo A. Si verificano epidemie che possono raggiungere fino a centinaia di migliaia di casi e decine di migliaia di morti. Gli attuali vaccini non coniugati (bivalenti A e C o tetravalenti A, C, Y, W135) proteggono solo per tempi brevi e sono poco efficaci nei bambini più piccoli. È un motivo di speranza sapere che l'India sta producendo un vaccino coniugato contro il meningococco A che dovrebbe essere disponibile nel giro di pochi anni [6]. ♦

Bibliografia

- [1] Ferro A, Baldo V, Cinquetti S, et al. Outbreak of serogroup C meningococcal disease in Veneto region, Italy. *Euro Surveill* 2008;13(2).
- [2] EU-IBIS Network. Invasive *Neisseria meningitidis* in Europe 2003/2004. Health Protection Agency, London 2006.
- [3] ISS, Sistema informatizzato Malattie Infettive. <http://www.simi.iss.it/dati.htm>.
- [4] D'Ancona F, Alfonsi V, Caporali M, et al. Pneumococcal conjugate, meningococcal C and varicella vaccination in Italy. *Euro Surveill* 2007;12(2).
- [5] CDC. Prevention and control of meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2005;54(RR-7).
- [6] WHO. Improved meningitis vaccine for Africa could signal eventual end to deadly scourge. *WER* 2007;82(24):222-4.

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

Contro la tosse è meglio il miele

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

Parole chiave Farmaci. Bambini. Tosse. Caffeina. Neonato prematuro

È il miele il miglior trattamento della tosse

Che è il miele il miglior trattamento della tosse emerge da uno studio clinico randomizzato in doppio cieco che ha incluso 105 bambini e adolescenti di età 2-18 anni con tosse dovuta a infezione delle vie aeree superiori. I bambini sono stati randomizzati a tre gruppi di trattamento: destrometorfano, miele e nessuna terapia. Frequenza, gravità della tosse notturna e impatto sul sonno dei bambini e dei genitori sono stati valutati dai genitori attraverso un questionario e confrontati con il basale (punteggio registrato nella notte precedente senza impiego di terapie). In base alla valutazione dei genitori, il miglioramento ottenuto con la somministrazione del miele è risultato significativamente maggiore rispetto a quanto ottenuto con il destrometorfano.

Paul IM, et al. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. Arch Pediatr Adolesc Med, 2007;161:1140-6.

La caffeina migliora la sopravvivenza dei prematuri

Il trattamento con caffeina dell'apnea dei prematuri è efficace nell'aumentare la sopravvivenza senza disabilità. Il follow-up a 18-21 mesi di 2006 neonati prematuri randomizzati al trattamento con caffeina o placebo ha osservato che l'incidenza di morte o disabilità nei trattati con caffeina era 40,2% versus 46,2% nei trattati con placebo. 17 bambini (IC 95%: 9-56) devono, perciò, essere trattati con caffeina per prevenire un evento avverso. Il trattamento con caffeina riduce, inoltre, l'incidenza di paralisi cerebrale (4,4% vs 7,3%) e di ritardo cognitivo (33,8% vs 38,3%).

Trent'anni dopo la pubblicazione della prima esperienza di impiego della caffeina per il trattamento dell'apnea del prematuro, questo rappresenta il primo studio che ha valutato i benefici a lungo termine.

Schmidt B, et al. Long-term effects of caffeine therapy for apnea of prematurity. N Engl J Med 2007;357:1893-902.

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

Gli studi di non inferiorità non sono eticamente accettabili

Gli studi di equivalenza e di non inferiorità sono ampiamente utilizzati. Sono accettati dalle autorità regolatorie ai fini della registrazione di nuovi farmaci, ma dovrebbero essere banditi dalla comunità scientifica in quanto non etici.

Il ricorso agli studi di non inferiorità viene generalmente giustificato con la necessità di fornire terapie per i pazienti con scarsa risposta o scarsa tolleranza ai trattamenti esistenti, ma in molti casi il vero motivo è che provare la non inferiorità di nuovi prodotti è meno rischioso che mirare a stabilirne la superiorità.

La non inferiorità e l'equivalenza si rifanno al concetto di una "somialtanza" entro certi limiti. Questi limiti però sono arbitrari e contemplan la possibilità di una minore efficacia (o di una peggiore tollerabilità). In questo modo, attraverso gli studi di non inferiorità, possono essere registrati farmaci che non hanno alcun valore aggiunto rispetto ai trattamenti già esistenti, anzi, in alcuni casi hanno un'efficacia che non si discosta da quella di un trattamento placebo. Gli studi di non inferiorità non offrono alcun beneficio per i pazienti e non è etico affidare al caso, attraverso la randomizzazione, la possibilità che un paziente riceva un trattamento che, nella migliore delle ipotesi, è uguale a quello che comunque avrebbe ricevuto ma che potrebbe anche ridurre gran parte dei benefici che in precedenza gli erano assicurati dai trattamenti correnti.

Garattini S, Bertelè V. Non inferiority trials are unethical because they disregard patients' interests. Lancet 2007;370:1875-7.

Farmaci a misura di bambino

Il 6 dicembre 2007 è stata lanciata la campagna *Make medicine child size* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La finalità dell'iniziativa, supportata anche da società scientifiche internazionali e organizzazioni non governative, è di accrescere la disponibilità di farmaci a misura di bambino, efficaci e sicuri per gli under 15. Per raggiungere questo scopo è essenziale che governi, industrie, ricercatori e operatori sanitari si impegnino per aumentare la ricerca, la produzione di farmaci pediatrici, e migliorare l'accesso alle terapie.

Fra le priorità identificate dall'OMS, la necessità di ricercare farmaci di seconda linea, per tubercolosi e co-infezione

HIV-TBC, e per le cosiddette malattie trascurate; e la necessità di sviluppare formulazioni pediatriche per i farmaci contro malaria, TBC e AIDS.

<http://www.who.int/childmedicines/en/>

Logo pediatrico? Nulla di fatto

Il *Paediatric Committee* (PDCO) dell'EMA, dopo mesi di discussione, non è riuscito a trovare un accordo riguardante il simbolo pediatrico che dovrà essere apposto sulle confezioni di farmaci indicati per i bambini. La maggioranza dei membri del comitato ha ritenuto, infatti, che il simbolo può essere fonte di malintesi e di possibili errori terapeutici e che il bilancio rischi/benefici del suo impiego sia sfavorevole. Alcuni membri, invece, hanno sostenuto la necessità del logo pediatrico, chiarendo che molti farmaci pediatrici richiedono la prescrizione medica e pertanto è il prescrittore che ha il compito di chiarire ai genitori...

Il simbolo pediatrico è previsto dal regolamento europeo per i medicinali pediatrici in vigore dal gennaio 2007 al fine di identificare i medicinali con autorizzazione all'uso nei bambini. Entro il 26 gennaio 2008 il PDCO avrebbe dovuto sottoporre alla Commissione Europea le raccomandazioni circa il simbolo da scegliere. Si attendono ora le decisioni della Commissione.

<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/paediatrics/49824707en.pdf>

Allattamento al seno e uso di codeina

In Canada, nel 2005, è stata descritta la morte di un neonato di 13 giorni, allattato al seno materno, per intossicazione da morfina; la madre assumeva dosi terapeutiche di codeina e paracetamolo. Un campione del latte materno rivelava una concentrazione di morfina molto alta: 87 ng/ml. Un test genetico evidenziava che la madre era una "metabolizzatrice ultrarapida" di codeina (enzima CYP2D6). I metabolizzatori ultrarapidi sono il 4-5% dell'intera popolazione negli Stati Uniti. In altri Paesi la frequenza è molto più alta. In agosto 2007 l'FDA ha informato circa il grave, anche se raro, rischio di sovradosaggio da morfina nei neonati che sono allattati al seno, le cui madri assumono codeina e sono metabolizzatrici ultrarapide.

Koren G, Cairns J, Chitavat D, et al. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. Lancet 2006;368:704. ♦

Libri: occasioni per una

La vita del bambino in ospedale: molto resta da fare



Giuliana Filippazzi
*Un ospedale
a misura di bambino*
Franco Angeli, 2004
pp. 202, euro 18,50

Alla fine degli anni Cinquanta, in Gran Bretagna, venne pubblicato il rapporto Platt (*The welfare of children in hospital*). Nel 1973 Feltrinelli pubblicò *Bambini in ospedale* di J. Robertson; nel 1980 uscì, presso la Nuova Italia, il libro di Klinzing *Il bambino in ospedale*, la cui versione inglese era uscita tre anni prima e che era centrato sulle tecniche di comunicazione per il personale sanitario. Quasi contemporaneamente era uscito *L'infermiera pediatrica* di Cislaghi e Nicolini, che puntava anche questo sulla formazione. Nel giugno 1986 compariva la *Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale*. È un po' la storia della nostra lenta sensibilizzazione a questo problema che si ripercorre leggendo il libro di Giuliana Filippazzi, che è coordinatrice europea di *European Association for Children in Hospital* (EACH). Si trattò di una sensibilizzazione grossolana a un problema del quale nessuno, nel corso di studi di laurea e di specializzazione, ci aveva parlato. La situazione attuale non è molto cambiata e stupisce leggere che qualche anno fa è stata proposta in alcuni ospedali francesi una *guardia di accoglienza* (accogliere il malato, presentare i servizi e accompagnarlo) per gli studenti del 2° e 3° anno di Medicina! Del resto in non pochi Paesi della UE non solo l'accogliimento dei genitori è una parte non trascurabile del percorso di accettazione e di accompagnamento, ma la *Partnership in care* comporta il loro coinvolgimento nell'assistenza. Il libro della Filippazzi esamina ogni particolarità della presenza del bambino in ospedale, dall'accoglienza alla funzione dei genitori, alle attività creative (disegno, musica, lettura e racconto), con il riferimento di esperienze

nei vari Paesi della UE: particolarmente interessante il progetto Hospital Arts del Chelsea & Westminster Hospital di Londra. Una particolare attenzione è data alle modifiche ambientali e alle modificazioni della vita interna delle UO di Pediatria sulle quali abbiamo pubblicato un articolo su *Quaderni acp* (Quaderni acp 2007;4:171) e su cui stiamo conducendo una indagine che procede molto faticosamente. Su questo argomento il libro riporta interessanti esperienze nazionali e internazionali. In Italia molto resta da fare sia nel campo dell'attuazione della *Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale*, ma soprattutto, nel campo della formazione degli operatori sanitari, pediatri in prima linea. La formazione del personale sanitario è centrata sulla malattia biologica, molto poco o nulla, invece, sul malato e sulle sue esigenze. Attualmente tutto è affidato alla buona volontà e alla fantasia dei medici che non sempre bastano e alle associazioni di volontariato. Di queste alcune (la EACH è la maggiore), attive nei vari Paesi europei, si incontrano periodicamente per confrontare le iniziative e prenderne di nuove.

Giancarlo Biasini

Stragi nelle scuole: una storia italiana



Antonio Scurati
Il sopravvissuto
Edizioni Bompiani,
2005
pp. 370, euro 16

Scena iniziale: esami di maturità, prova orale, in un liceo del nord Italia. Entra Vitaliano Caccia, studente "difficile", già ripetente e destinato a una seconda bocciatura ed... estrae la pistola e stermina i membri della commissione esaminatrice, a sangue freddo e in maniera raccapricciante. Tutti tranne uno, il "sopravvissuto", il professore di filosofia, Andrea Marescalchi, l'unico con cui Vitaliano avesse dialogo e in un certo senso feeling. Stop. Terribile. La descrizione la-

scia senza fiato. Dopo poche pagine di questa truculenta descrizione, inizia un altro libro: è il tentativo del "sopravvissuto" di dare un senso a quanto successo, di cercare di spiegare il perché del gesto e come mai nessuno degli insegnanti e dei compagni di Vitaliano avesse colto un indizio, un segnale di tanta crudele determinazione di sterminio. Il romanzo diventa un intreccio tra la narrazione e il diario, tra un flusso in avanti in cui il lettore segue i funerali, il cordoglio pubblico, le indagini, gli incontri con lo psichiatra, i continui pensieri del prof. Marescalchi alla ricerca della verità e la speranza che Vitaliano si faccia vivo per poter comprendere meglio; e un flusso all'indietro attraverso la lettura del diario che il professore ha tenuto per tutto l'anno scolastico, alla ricerca di un fatto o di una causa scatenanti. Dalla lettura del libro emerge fuori un quadro freddamente realistico della nostra società, una critica rassegnata e dolente della classe insegnante (peraltro il professore di filosofia appare come una figura altamente positiva di docente "sopravvissuto" alla follia burocratica e un po' schizofrenica della scuola italiana attuale, un professore umano, in grado di dialogare con i suoi studenti e quasi di capirli, magari non fino al punto di prevedere e prevenire il gesto estremo di Vitaliano; da qui la sua profonda frustrazione) ma anche una critica dei genitori e di tutta la società degli adulti, schierati di fronte ai giovani come durante una battaglia. Sicuramente un libro ben scritto (quanto è bravo Andrea Scurati! Ha una padronanza quasi funambolica della lingua italiana. Ha una narrazione avvincente, che si ispira a tutti i generi letterari. Per inciso, nato a Napoli nel 1969, insegna Teoria e tecnica del linguaggio televisivo all'Università di Bergamo), che affronta molti temi attuali: parla del mondo della scuola, di insegnanti e adolescenti più o meno motivati e coinvolti, della violenza "casuale" di ogni giorno, non ultime le stragi in ambito scolastico - quelle vere, purtroppo - dei college americani e poi... in questo libro sembra realizzato il sogno di ogni studente, magari il giorno prima dell'esame di maturità: poter ucciderli tutti, quei maledetti professori! Bellissimo romanzo che, seppure in alcuni passaggi sicuramente truce, ha vinto nel 2005 il Premio Campiello.

Fabrizio Fusco

buona lettura

Medicine is influenced by a host of factors that have little to do with science. It is informed by an inextricably bound up with history, literature, ethics, religion and philosophy: in short the concern of humanities.

F. McLellan, R. Horton, Z. Mullan, J. Palmer
(The Lancet editors)

Attaccamento e sviluppo psicologico



Grazia Attili
Attaccamento e costruzione evolutiva della mente. Normalità, patologia, terapia

Raffaello Cortina Editore, 2007
pp. 427, euro 29

Questo libro, acquistato al Congresso Nazionale ACP di Trani dopo aver ascoltato l'intervento di Grazia Attili, si è rivelato una sorpresa. Nel nostro percorso professionale leggiamo tanto e spesso, ci interessiamo di argomenti che ci coinvolgono anche dal punto di vista umano. Si legge in maniera a volte disordinata e onnivora, imbattendosi spesso in teorie o spunti interessanti. Questo però è un libro che apre scenari diversi, direi rivoluzionari, rispetto alla grande massa di letteratura sulla psicologia infantile e sulla genitorialità, lungo le strade ben tracciate della psicanalisi infantile, da Anna Freud alla Klein, a Winnicott. L'Autrice, professore ordinario di Psicologia sociale all'Università "La Sapienza" di Roma, in questo testo, che è un vero e proprio trattato, porta a riconsiderare lo sviluppo psicologico normale e l'origine della psicopatologia da un nuovo punto di vista. Nella prima parte dell'opera viene spiegata l'origine della "teoria dell'attaccamento", frutto delle osservazioni di Bowlby, psicologo inglese allievo della Klein, che poi entrò in contrasto con la psicanalisi. Egli, osservando i ragazzi disadattati e raccogliendo le loro storie familiari, intuì che la privazione di cure materne in età infantile poteva determinare l'incapacità di creare relazioni positive in età successive e che il modo di rapportarsi con la realtà e di instaurare delle relazioni si impara dalla "figura di attaccamento" (la madre, insomma). Avviò un progetto di ricerca presso la Tavistock Clinic, di cui era vicedirettore, sugli effetti della separazione dalla madre sulla personalità, osservando i bambini ospedalizzati. Gli

studi di etologia sull'attaccamento nell'animale (Lorenz, Hinde, Harlow) gli offrono importanti informazioni sull'imprinting e la necessità del cucciolo di mantenere un contatto stretto con la madre per potersi garantire la sopravvivenza. Nella seconda parte del volume vengono presentati i diversi strumenti per la valutazione dell'attaccamento nell'età infantile (*Strange situation*), prescolare (*Preschool assessment of attachment; Il Disegno della Famiglia*), scolare (*Separation anxiety test*) e adulta (*Adult attachment interview*). Vengono inoltre analizzate le varie modalità di attaccamento e le caratteristiche di personalità che ne conseguono e in base a cui si strutturano i rapporti di coppia e le relazioni familiari. L'ultima parte tratta di psicoterapia e delle possibilità di "modificare e ripristinare quei sistemi cognitivi resi carenti dalle prime esperienze affettive e portare a una nuova regolazione delle emozioni": lo psicoterapeuta si pone come la base sicura, mancata nella prima infanzia. Una trattazione chiara e coinvolgente: alla fine ci si ritrova con tante domande e con la sensazione che questa sia una strada da percorrere, con un'importante potenzialità preventiva.

Letizia Rabbone

Cosa vuol dire "wabi"?



Muriel Barbery
L'eleganza del riccio

Edizioni e/o 2007
pp. 319, euro 18

"Wabi" in giapponese vuol dire "forma nascosta del bello, qualità di raffinatezza mascherata di rusticità". È questo che rappresenta Renée, una delle due protagoniste del romanzo *L'eleganza del riccio*, una portinaia cinquantenne, che ha accuratamente nascosto il suo "wabi", dentro la più conformistica personificazione della portinaia di uno stabile di

lusso a Parigi: grassa, sciatta, ciabattante, scorbutica, teledipendente. Vive sola con il suo gatto e dissimula un grande segreto. È in realtà una persona che ama la lettura, la cultura, la musica, il bello, il cinema e dedica tutto il suo tempo a coltivare questi suoi amori, ma "in segreto". L'altro personaggio è Paloma, la figlia dodicenne di un ministro che abita in quel condominio con la sua famiglia (anche questa molto paradigmatica, sufficientemente snob e vacua, con tutte le manie pseudoculturali della *gauche au caviar*) e nasconde anche lei un segreto: la preparazione del suo suicidio al compimento del tredicesimo anno. Fino ad allora nessuno dovrà sospettare che è in realtà una ragazzina geniale e colta e anche lei nasconde il suo "wabi" in una conformistica versione di adolescente mediocre e stravagante. Renée e Paloma vivono in incognito, ma cominciano a "sospettare" l'una dell'altra.

Un nuovo personaggio, il regista giapponese Ozu, sarà il *deus ex machina* che smaschererà le due donne e il loro segreto. E in questo mondo rigorosamente fatto a scale, in cui la scala sociale è rappresentata da gradini e pianerottoli che dal quinto piano scendono alla portineria, la superiorità umana, intellettuale e culturale costituirà le basi della complicità tra le due protagoniste e il nuovo inquilino che, svelando la loro finzione, consentirà alla forma del bello di venir fuori. Caso letterario in Francia, questo libro di Muriel Barbery, quarantenne, docente di filosofia, fa sorridere e divertire quando fa a pezzi gli inquilini snob del palazzo (il cattivissimo e fatuo critico gastronomico, i rampolli super-istruiti e ignoranti come la sorella di Paloma, Colombe, gli adulti sopravvissuti a decenni di strutturalismo e psicanalisi lacaniana solo per impasticcarsi di Prozac, le false sicurezze post-borghesi di inquilini supponenti), e commuove nel suo riflettere sul fatto che il pregiudizio sociale vuole una portinaia povera, ignorante, tanto insignificante da essere invisibile, che è sempre il pregiudizio sociale a decidere il valore di una vita, e che, come dice alla fine Paloma, "... andare alla ricerca del sempre nel mai. La bellezza, qui, in questo mondo", può essere un atteggiamento veramente rivoluzionario.

Maria Francesca Siracusano

Da *Rashomon* a *You Tube*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

A Kyoto, nel Giappone del Medio Evo, un boscaiolo, un monaco e un ladrunco lo trovano riparo dalla pioggia battente rifugiandosi sotto la porta decrepita di Rasha. La loro discussione cade su un caso di omicidio avvenuto qualche tempo prima: un brigante ha ucciso un samurai e ne ha violentato la moglie. I tre uomini danno tre versioni diverse dell'accaduto, facendo apparire responsabili di volta in volta il samurai, la donna, il brigante. Quello che è successo veramente non si saprà mai. Questa è la trama di *Rashomon* di Akira Kurosawa del 1950, che entrerebbe a pieno titolo in un ideale *Top Ten* dei migliori film della Storia del Cinema. Viene da pensare a *Rashomon* seguendo la strana storia dei quattro fratellini romani che si sono serviti di Internet per denunciare gli abusi sessuali subiti. Un filmato di appena 13 minuti, diviso in due parti, che ha fatto registrare un record di accesso in quella comunità vasta ed eterogenea di spettatori/attori che, da tre anni a questa parte, si dà appuntamento su *You Tube*. Una spudorata bugia mediatica, oppure un allarmante film verità? È compito di altri accertare se questa storia è reale, del tutto inventata, o vera solo in parte. È certo, però, che ci troviamo di fronte a un vero e proprio prodotto filmico che utilizza i mezzi tecnici più moderni, lo schermo, il cast, la sceneggiatura, la recitazione, l'inquadratura, la scenografia, la regia e, a sentire qualcuno, persino il produttore.

Chiariamo meglio. Se, fino a qualche anno fa, per girare un film era necessario avere a disposizione pellicola, cinepresa, sviluppo e montaggio, oggi basta una videocamera o un cellulare. Il confronto tra grande e piccolo schermo non regge più. Un film realizzato con un budget di milioni di euro e proiettato in cento sale può avere meno spettatori di un corto autoprodotta e caricato su un sito. È cast anche quello composto da quattro ragazzini: la maggiore di 13 anni, di 11 la seconda, di 6 la più piccola, di 9 l'unico

maschietto. Un copione di poche battute è sempre una sceneggiatura e, per essere definiti attori, basta recitare con naturalezza. Il filmato di *You Tube* è un film vero e proprio; uno di quei film di accusa su un tema talmente scottante da incorrere nella censura. Non essendo più in circuito, è giocoforza riassumerlo. Nei titoli di testa la più grande presenta se stessa e gli altri e introduce direttamente l'argomento: "*Questo è un caso di pedofilia*". La bambina più piccola tiene in mano fogli con disegni, li mostra e dice la sua battuta: "*Vi vogliamo mostrare i disegni di quando ero con la mamma e il suo compagno mentre mi leccavano e questo non era piacevole. Questa è mamma e il suo compagno mentre fanno le cose schifose. Loro si filmano per poi vedersi sul computer*". Altro disegno e altro commento: "*Questo è un tipico esempio per dire che mamma era veramente uno schifo e faceva piangere tutti con un sasso infilato ed un fuoco che bruciava tutto*".

È la volta del maschietto che presenta altri disegni, racconta di maschere indossate dai suoi violentatori, di essere stato inchiodato, di incubi notturni che non lo lasciano riposare. Dice: "*Ci chiudevano sempre a chiave e noi piangevamo molto. C'era un uomo che filmava le cose schifose tra mamma e il suo compagno. Fanno delle cose molto brutte con delle maschere e a me fanno molto male. Qui è quando mi ha messo sul letto nudo e mi fa del wrestling e mi ha fatto molto male. Questa storia va avanti da quando io andavo all'asilo. Io sono stanco... Grazie*". Fine del Primo Tempo. Il secondo filmato è una denuncia contro il mondo degli adulti, le psicologhe, i magistrati della Procura e del Tribunale dei Minori di Roma, colpevoli di non avere mai creduto alla loro versione, di avere chiuso le orecchie e gli occhi. Ecco altre battute: "*Quella donna è un criminale! Ci hanno ridotto come bambole. L'unica cosa che vogliamo è rimanere qui. Questa non è una denuncia ma un appello: abbiamo bisogno di aiuto! Da due anni viviamo nello schifo più totale, siamo persone che dovrebbero essere tutelate e invece siamo maltrattati e questa è una denuncia alle persone che ci*

hanno trattato male. Vogliamo una vita normale!".

L'inquadratura e la scenografia dicono qualcosa in più. La camera fissa testimonia che quello che si vede non ha nulla da spartire con il grande inganno degli effetti speciali. È un piano sequenza senza montaggio, con la sorella più grande al centro, il maschietto davanti a lei, le altre due bambine quasi a sostenersi reciprocamente. Sullo sfondo una mini libreria che induce ad altre riflessioni. Questi bambini non vivono nell'indigenza e in un ambiente degradato. I dubbi, semmai, riguardano l'idea, il soggetto, la sceneggiatura, la regia. L'inchiesta – aperta, archiviata, riaperta – non ha ancora prodotto risultati e l'opinione pubblica s'è divisa tra colpevolisti e innocentisti. Proprio come in *Rashomon*, tre ipotesi supportate da convincenti prove e ragionamenti: la diabolica mamma e il suo compagno sono davvero colpevoli; i bambini si sono inventati tutto intraprendendo un gioco più grande di loro, che ha fatto loro confondere realtà e finzione; il padre, imprenditore di produzioni cinematografiche e televisive, ha convinto i bambini a girare il video per vendicarsi della ex moglie e dei magistrati che l'hanno incriminato per maltrattamenti psicologici. Un film giallo, non c'è che dire.

Un giallo al quale calza a pennello ciò che ha scritto Kurosawa per commentare il suo film: "*Questa storia ritrae esseri umani che non riescono a sopravvivere senza bugie che li facciano sentire migliori di quel che sono in realtà*". Forse non sapremo mai come andranno a finire i quattro fratellini di *You Tube*. Conosciamo, però, il finale di *Rashomon*.

Quando cessa la pioggia, si sente un vagito: in un angolo del tempio diroccato c'è un bimbo abbandonato dai suoi genitori. Il ladrunco gli ruba la misera coperta e fugge, il monaco lo prende teneramente tra le sue braccia ma non sa cosa fare, il boscaiolo lo accoglie nella sua già numerosa famiglia. Metaforicamente e inconsapevolmente, 58 anni fa, Kurosawa aveva anticipato tre modi di porsi di fronte all'infanzia: lo sfruttamento, la preoccupazione etica e sociale, l'aiuto concreto. ♦

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

La musica delle parole

Angela Dal Gobbo

Esperta di letteratura per l'infanzia

Abstract

The music of words

Angela Dal Gobbo, an expert in children's literature, is well known to our readers, she has written for this journal a very interesting article regarding picture books and the importance, for children, of looking at illustrations. In this article she analyses the significance of words before they can convey sense in children. Words are first of all sounds for the foetus and for infants; as Daniel Stern wrote in the early '90's in the "Diary of a child": "... she (the mother) uses the sound of her voice as a blanket to wrap up and calm Joey down. His mother's voice is one of the first elements that can wrap him up with gentleness".

Quaderni acp 2008; 15(2): 89-91

Key words Picture books. Language and literacy. Predictable books. Nursery rhymes

Angela Dal Gobbo è conosciuta dai lettori di Quaderni acp come esperta e appassionata di letteratura per l'infanzia: lo scorso anno ha pubblicato (Quaderni acp 2007; 14:143) un articolo sull'importanza delle immagini da proporre ai piccolissimi partendo da "... alcune riflessioni sul significato del vedere". Continuando questo percorso, l'Autrice analizza su questo numero l'importanza della parola, caratteristica propria del genere umano, prima ancora che essa trasmetta un senso, nel momento in cui viene percepita dal feto prima e dal bimbo piccolissimo dopo, come suono. La voce della mamma e poi quella del mondo che lo circonda sono, all'inizio della vita del bambino, i suoni che vengono percepiti ancor prima delle parole. Scriveva Stern circa 16 anni orsono nel "Diario di un bambino": "... si serve del suono della sua voce (materna) come una coperta con cui avvolgere Joey, per tranquillizzarlo... la voce della mamma è il primo degli elementi che lo avvolgono con dolcezza...".

Parole chiave Albi illustrati. Linguaggio e literacy. Libri con rime

Il linguaggio, cioè il testo verbale, costituisce insieme alle immagini un elemento fondamentale dell'albo illustrato. Prima di esaminare le caratteristiche che deve possedere in rapporto all'età del lettore, ricordiamo l'importanza che la parola riveste nella comunicazione e nella cultura dell'uomo.

Una delle testimonianze più antiche è offerta dal testo biblico, dove è la Parola a decidere l'origine del creato, a plasmare un universo che si presentava come *abisso*, il *caos* dei greci, magma primordiale privo di ordine e di bellezza.

Nel farsi strumento di creazione, la Parola dimostra di possedere un grande potere: sa suscitare la vita e ne contiene il segreto; come viene trasmessa dai testi sacri, è lo strumento che disvela il senso ultimo dell'esistere; attraverso la Parola ha luogo la rivelazione – la Parola contiene il sigillo di verità.

Forse perché legato al linguaggio e associato al suo potere di trascendere la realtà, il suono, anche se incomprensibile, esercita da sempre fascino sull'uomo – ne sono testimonianza la musica e la poesia, dove non al significato bensì al suono è affidato il compito di comunicare.

Voci e suoni

"Prima del senso c'è il suono, prima delle parole c'è la voce. Quella voce ha potere sulle cose: le chiama all'umanità, le rende umane". Lo sanno i poeti, lo sanno Bruno Tognolini e Rita Valentino Merletti che ci hanno trasmesso questa frase, lo sanno genitori e bimbi [1]. La voce umana, nella sua capacità di articolare il linguaggio, possiede la caratteristica di appartenere solo all'uomo e il potere grande di comunicare. L'uomo è un animale sociale, cioè predisposto alla comunicazione; e tuttavia il potere che la

parola esercita sull'uomo si fonda anche sulla radice musicale dalla quale essa ha origine.

Nel suono il linguaggio rivela la natura del canto. Ancora prima di nascere, i feti percepiscono, intorno ai cinque mesi, i suoni del mondo, innanzitutto la voce materna; e poi, dopo la nascita, ogni voce, ogni variazione di timbro e di tono costituiscono una continua, incessante e stimolante musica.

Spontaneamente, senza che nessuno lo abbia insegnato loro, gli adulti si rivolgono ai piccoli, nei primi mesi di vita, in quel tono da falsetto, con tonalità acute e ritmo rallentato, che accentua la cadenza del parlare, lo trasforma in cantilena, in una melodia fatta di consonanti addolcite, vocali allargate, parti iniziali e finali delle frasi accentuate. In questo modo, pare, noi adulti trasmettiamo le emozioni prima ancora del senso, e stabiliamo una prima modalità di comunicazione. In questo modo i piccoli assimilano il linguaggio.

Non solo nell'infanzia dell'individuo, anche in quella dell'umanità pare esserci stata una particolare predisposizione a comunicare e a comprendere i suoni, ancor prima delle parole. I primati sono particolarmente sensibili alle variazioni di tono, e così erano gli ominidi, sei milioni di anni fa. Recenti studi sull'evoluzione dell'uomo sembrano stabilire, a partire dalle analisi dei fossili, dalla misurazione dei canali nervosi e delle cicatrici nei muscoli, che la comunicazione degli ominidi avvenisse attraverso il canto; fu il passaggio alla posizione eretta a permettere di danzare (altra importante modalità di comunicazione) e a produrre profondi cambiamenti nel tratto vocale. Prima del linguaggio sembra sia nato il canto.

Queste origini ancestrali sembrano spiegare il fascino che la musica esercita sugli esseri umani...

Dunque, qualsiasi suono, parola, canto si proponga al neonato, sarà uno strumento che lo avvicina alla capacità tutta umana

Per corrispondenza:
Angela Dal Gobbo
e-mail: angeladalgobbo@yahoo.it

nati per leggere

di comunicare, in particolare di trasmettere emozioni e affetto. Con la voce, piccolo mio, ti chiamo a condividere la gioia di vivere...

È per questo che il primo approccio alla lettura consiste, in realtà, nel condividere con il bambino, il canto e la musicalità delle parole e delle rime tramite filastrocche. Nei Paesi di lingua inglese sono enormemente diffuse e molte appartengono a una consolidata tradizione: si identificano come *nursery rhymes* o “filastrocche di Mamma Oca” [2]. Anche l'Italia ne possedeva un buon numero, che ora sembra dimenticato; le riprende, a volte direttamente dalla voce di nonne e nonni, il bel volume di Giulia Baronchelli e Celia Carpi Germani, *Coccole e filastrocche*, presentandole insieme a giochi fisici e tattili, utili per favorire il contatto affettivo e la relazione adulto-bambino [3]. Chi invece desidera avere a disposizione un ricco repertorio di filastrocche, indovinelli, scioglilingua, potrà apprezzare il volume *Staccia buratta, la micia e la gatta...*, scritto da Francesca Lazzarato e illustrato da Nicoletta Costa [4].

Pure le ninne nanne rappresentano un patrimonio insostituibile di canti destinati ai piccolissimi; a queste, fin dai tempi più antichi, si attribuiva il magico potere di proteggere i piccoli durante il sonno, momento misterioso, simile alla morte, a volte perfino pericoloso se la “morte bianca” fosse giunta, fatale e inattesa, in quell'età in cui essi paiono così indifesi. Rime e assonanze sembrano possedere, nell'armonia dei suoni, la capacità di tutelare come un amuleto; ne offre un buon esempio *Ninna nanna Ninna mamma* di Antonella Abbatiello, raccolta scritta e illustrata dall'Autrice [5].

La parola

Arriva un momento, intorno ai nove mesi di età, in cui il piccolo comincia a comprendere il significato delle parole. Ancora non sa parlare ma capisce che quei suoni, così affascinanti e musicali, hanno qualcosa in più: sono dotati di significato. Per compiere questo passo il bambino deve avere sviluppato a sufficienza le capacità intellettive fino ad assegnare ai suoni una funzione simbolica: si dice “cane” e la successione dei suoni delle lettere, *c, a, n, e*, forma

I LIBRI CITATI

Libri in rima per cantare, raccontare...

Mamma Oca e le altre filastrocche	Fabbri, 2002
Coccole e filastrocche. Rime, giochi e tenerezze	Giunti, 1996
Staccia buratta, la micia e la gatta...	Mondadori, 1998
Ninna nanna Ninna mamma	Fatatracc, 2004
1, 2, 3, 4 non tirar la coda al gatto	Fabbri, 2002

Libri per le prime parole

Il mio primo libro delle parole	Fabbri, 2002
Rosalina gioca in casa, e Rosalina gioca fuori casa	AER, 2007
Vado a dormire e Vado a giocare	Editoriale Scienza, 2006

Libri con assonanze, indovinelli, non sense...

Sogno di neve	Il Castoro, 2001
L'orso	Babalibri, 2003
Indovinelli	Feltrinelli, 2000
La fattoria di Poppy Cat	Emme Ed., 2004
Prosciutto e uova verdi	Giunti, 2002

Libri per introdurre la poesia...

A caccia dell'orso	Mondadori, 2001
C'era un bambino profumato di latte	Mondadori, 1988
Mal di pancia calabrone	Salani, 1995
Topo dopo topo	Fatatracc, 2007
Gocce di voce	Fatatracc, 2006

un'entità da collegarsi a un'immagine reale che diventa mentale, dotata delle caratteristiche essenziali affinché la mente possa classificarla. A ogni oggetto, a ogni componente della realtà corrisponde un elemento astratto, la forma sonora delle parole collegata alla forma visiva mentale. È il momento di proporre ai bambini libri-dizionario, dove si assegna un nome alle figure. Ne esistono in commercio di buona qualità, come *Il mio primo libro delle parole*, Fabbri editore, dove immagini di oggetti, animali e persone sono fotografate e si stagliano sul fondo bianco [6].

È una impostazione grafica che favorisce l'associazione della parola all'oggetto, caratterizza la figura separandola dalle altre, la rende evidente isolandola dal contesto. L'ordinata disposizione delle figure secondo righe, da leggersi da sinistra verso destra, introduce il bambino all'ordine di lettura in uso in Occidente e costituisce naturalmente una prima forma di alfabetizzazione, oltre che di lateralità.

Quando il bambino inizia a parlare, significa che egli è riuscito ad articolare il proprio mondo interiore in un “paesag-

gio mentale”, cioè in un insieme di emozioni, desideri, intenzioni, pensieri, ricordi... E successivamente sorge in lui l'esigenza di condividere tutto ciò con un altro, di entrare in relazione con la madre, con gli adulti che lo circondano. La condivisione di pensieri ed emozioni è, di fatto, alla base del rapporto profondo tra le persone; è così che il piccolo impara a interagire con l'adulto e a far uso delle capacità di astrazione della mente. Prima comunica tramite lo sguardo, indicando con gli occhi gli oggetti che lo interessano; poi inizia a pronunciare le prime parole. Presto è in grado di esprimersi in modo semplice ma efficace, utilizzando *olofrasi*, cioè brevi frasi formate da pochi termini, come “Mamma, palla”.

In questa fase il bambino è maggiormente interessato al contenuto del libro che alla sua forma, perché sa collegare gli oggetti agli avvenimenti. Gradisce libri che raccontino brevi storie, nelle quali egli possa riconoscere il proprio vissuto, storie che lo riguardino direttamente. I libretti su *Rosalina* di Linne Bie, nel catalogo NpL, possiedono contemporaneamente sia le caratteristiche del libro-

dizionario, poiché nella pagina di sinistra compare un oggetto con il termine corrispondente, sia quelle delle prime brevi storie, perché nella pagina di destra è raffigurata l'azione che la protagonista, Rosalina, compie con l'oggetto [7]. Sono uno strumento utile per passare dai libri nei quali il bambino nomina gli oggetti, a quelli in cui occorre che egli sappia cogliere i primi elementari nessi di causa ed effetto, che in realtà consentono di comprendere una narrazione. Successivamente si possono proporre i libri di Pippa Goodhart, *Vado a dormire* e *Vado a giocare* sempre del catalogo NpL, che narrano il vissuto del bambino [8].

Quando, intorno ai diciotto mesi, i bambini iniziano a cantare, sono attirati dai libri con i suoni dove un meccanismo produce, nel momento in cui si apre la pagina oppure si preme un bottone, un suono ripetuto; è il caso dei libri di Eric Carle, come *Sogno di neve* oppure *L'orso* di Kimiko [9-10].

È necessario che i libri da proporre a questa età siano caratterizzati da brevi testi, possibilmente in rima. *L'orso* è uno di questi. Il testo in rima favorisce la memorizzazione e consente al bambino di prevederne le parole e, una volta assimilate, di ripeterle a memoria. Più avanti potrà addirittura anticipare la rima, indovinando e completando la frase. Sul meccanismo della rima da indovinare è costruito *I dovinelli* di Giulia Orecchia e Roberto Piumini [11]. I libri che raccontano di animali, ne riproducono i versi e contengono un testo in rima sono tra i più amati, come *La fattoria di Poppy Cat*, libro cartonato e sagomato, fornito di finestrelle attraverso le quali il piccolo lettore può intravedere l'animale che il testo chiede di indovinare [12].

I testi del Dr. Seuss, pseudonimo di uno tra i più amati autori per bambini, riscuotono negli Stati Uniti un successo ininterrotto da cinquant'anni a questa parte. Costruiti su assonanze e rime, per questo difficili da tradurre, sanno giocare col non-sense e con i significati più profondi, danno forma al mondo fantastico del bambino, ne ricalcano il modo di vedere le cose. *Prosciutto e uova verdi* è tra i più noti e lo si può apprezzare anche da noi grazie alla bella traduzione di Anna Saffari; era stato realizzato dal Dr. Seuss con sole cinquanta parole, intorno agli anni '60, per avvicinare i bambini alla

lettura divertendo; rappresentò allora una sfida tra autore e mercato editoriale [13]. È ancora oggi, anche per i bambini italiani, uno dei libri più riusciti.

Si sa da tempo che i bambini che hanno goduto di una precoce esperienza di ascolto di storie sviluppano prima e meglio linguaggio e abilità di lettura. In particolare essi acquisiscono un bagaglio lessicale che non sarebbe possibile ottenere solo con l'ascolto del linguaggio parlato. Il linguaggio scritto, infatti, differisce da quello parlato perché è più formale e le frasi contengono un maggior numero di informazioni e di immagini; deve essere compreso di per sé, indipendentemente da un contesto concreto, perché il narratore non è lì, presente, non si trova faccia a faccia col lettore. Per comprendere quel che sta avvenendo nel racconto scritto, il bambino è costretto a prestare maggior attenzione al linguaggio di quanto farebbe nella vita reale, ed è proprio questo a favorire l'apprendimento.

Poesia

Il tipo di testo che maggiormente valorizza la parola in sé, spesso decontestualizzata, è la poesia; straordinariamente lo fa quando ricorre al non-sense.

Può fungere da valida introduzione al ritmo della poesia *A caccia dell'orso*, racconto impostato su un testo verbale ricco di assonanze e rime, molto musicale, nel quale si narra di cinque personaggi che vanno a caccia dell'orso attraversando prati, boschi, fiumi... [14]. Il finale a sorpresa entusiasma i piccoli lettori. Ricordiamo, poi, i libri di Roberto Piumini, grande scrittore, tra cui *C'era un bambino profumato di latte*, e quelli di Bruno Tognolini, straordinario inventore di rime e assonanze, il cui *Mal di pancia calabrone* è ancora insuperato: brevi filastrocche di soli quattro versi da utilizzare come formule magiche "per tutti i giorni"; e ancora il suo bel *Topo dopo topo*, riscrittura della fiaba del pifferaio di Hamelin, per bimbi intorno agli otto anni di età [15-16-17].

Il recente *Gocce di voce* raccoglie le poesie dei migliori Autori italiani che scrivono per l'infanzia; illustrato da Antonella Abbatiello, è destinato alle famiglie dei nuovi nati delle città di Roma e Torino, nello spirito di "Nati per Leggere", cioè che i neonati capiscono la voce di chi li

ama e ne hanno bisogno per crescere [18].

All'origine dei tempi la poesia era un modo sottile e profondo per entrare in contatto con la realtà, era magia. Possiamo considerare prime poesie le antiche formule magiche, i responsi degli antichi oracoli. Ancora oggi gli acrostici mantengono una parvenza di magia. Lo stupore e il fascino che suono, musica, senso suscitano quando si intrecciano nella poesia, hanno potere sui bambini come sugli adulti. In un Paese, come l'Italia, dove pochi sono i lettori di poesia, non possiamo che auspicare una maggiore attenzione per essa. Chi apprezza il suono delle poesie potrà possedere un bagaglio lessicale ricco, sarà in grado di provare un grande piacere quando si troverà di fronte a un bel testo verbale, saprà in definitiva amare la lettura. ♦

Bibliografia

- [1] Merletti RV, Tognolini B. Leggimi forte. Milano: Salani, 2006.
- [2] Long S. Mamma Oca e le filastrocche. Milano: Fabbri Ed., 2002.
- [3] Baronchelli G, Carpi Germani G. Coccole e filastrocche. Rime, giochi e tenerezze. Firenze: Giunti, 1996.
- [4] Lazzarato F, Costa N. Staccia buratta, la micia e la gatta... Milano: Mondadori, 1998.
- [5] Abbatiello A. Ninna nanna Ninna mamma. Firenze: Fatatrac, 2004.
- [6] Wilkes A. Il mio primo libro delle parole. Milano: Fabbri Ed, 2006.
- [7] Bie L. Rosalina gioca in casa, e Rosalina gioca fuori casa. Bolzano: AER, 2007.
- [8] Goodhart P, Granström P. Vado a dormire e Vado a giocare. Trieste: Editoriale Scienza, 2006.
- [9] Carle E. Sogno di neve. Milano: Il Castoro, 2001.
- [10] Kimiko. L'orso. Milano: Babalibri, 2003.
- [11] Orecchia G, Piumini R. I dovinelli. Milano: Feltrinelli, 2000.
- [12] Jones L. La fattoria di Poppy Cat. Emme Ed., 2004.
- [13] Dr Seuss. Prosciutto e uova verdi. Firenze: Giunti, 2002.
- [14] Rosen M, Oxenbury H. A caccia dell'orso. Milano: Mondadori, 2001.
- [15] Piumini R. C'era un bambino profumato di latte. Milano: Mondadori, 1988.
- [16] Tognolini B. Mal di pancia calabrone. Milano: Salani, 1995.
- [17] Tognolini B. Topo dopo topo. Firenze: Fatatrac, 2007.
- [18] Autori vari. Gocce di voce. Firenze: Fatatrac, 2006.

congressi

Trani: XIX Congresso Nazionale ACP

La narrazione implica il punto di vista del narratore e quindi offrirò una lettura personale, ma non per questo meno corrispondente ai fatti.

Scrivo Atul Gawande, chirurgo statunitense, autore di *Salvo complicazioni*: “Una volta all’anno, tuttavia, c’è un posto pieno di gente che lo sa. Sono tutti intorno a te. Arrivano e ti siedono accanto. Gli organizzatori chiamano il loro convegno annuale Convegno dei Chirurghi e l’espressione mi sembra molto giusta. Per qualche giorno siamo, con tutti i pro e i contro della situazione, un unico popolo di medici”. Partendo proprio dall’aspetto relazionale del Congresso Nazionale dell’ACP, che rispecchia sempre di più lo spirito acipino, l’amicizia e la cordialità degli amici pugliesi non temono confronti, così come la scelta del Castello di Trani non poteva essere migliore. L’ottima organizzazione è stata realizzata, come ormai da tre anni, senza sponsor dell’industria. Una iniziativa applicata una prima volta in ACP con il Congresso di Taormina del 1999. La crescita del gruppo, sia a livello nazionale che locale, è parsa evidente e l’importanza del contesto ben sottolineata con la proiezione di *La Terra* di Rubini.

Quanto ai contenuti del Congresso Nazionale, essi sono da considerare davvero innovativi in ambito pediatrico. “Relazioni per crescere”, il titolo, bene ha sintetizzato la necessità per il bambino, ma anche per il pediatra, di entrare in relazione con vari attori per poter superare l’isolamento che ostacola lo sviluppo. Non sempre è facile attuare il tanto auspicato approccio di rete, che richiede una “contaminazione” dei vari saperi. E il Congresso di Trani è stato proprio un primo tentativo di porre delle basi comuni tra pediatri, psicologi, neuropsichiatri ed educatori, con la salute mentale del bambino e il sostegno alla genitorialità (counselling, Nati per Leggere, Nati per la Musica), temi conduttori del Congresso, parte delle priorità di intervento dell’ACP di questo triennio.

Può essere apparso ad alcuni un Congresso poco pratico e lontano dalla pediatria reale, ma il pediatra oggi dovrebb-

be essere la figura capace di intercettare il disagio psichico e sociale, e in grado di attivare il conseguente intervento di rete. È innegabile che non siamo formati in questi ambiti e continuiamo a non vedere ciò che non ci hanno insegnato a osservare. E la pediatria dello sviluppo meriterebbe un ampio spazio nella formazione del pediatra che opera nelle cure primarie.

Ottima è stata anche l’idea di ritornare ai corsi di formazione monotematici in parallelo, senz’altro da riproporre in occasioni successive. Per un eccesso di generosità si è dovuto comprimere l’assemblea dei soci, peraltro senza compiti di elezione degli organi direttivi. Di questo mi scuso con tutti. Grazie agli infaticabili organizzatori e arrivederci a Cagliari per il XX Congresso nazionale ACP.

Michele Gangemi

Abuso e maltrattamento: un lungo corso di formazione in Umbria

Il problema dell’abuso all’infanzia viene ormai riconosciuto nella sua diffusione e nella sua gravità, tanto che Commissioni e Coordinamenti Nazionali hanno proposto linee guida e strategie di contrasto che prevedono, come strumenti efficaci di prevenzione, la costituzione di équipe specialistiche e la formazione diffusa sul tema (Commissione Nazionale del Consiglio dei Ministri, 1998; Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’infanzia, 1998; Osservatorio Nazionale per l’Infanzia e l’Adolescenza, 2001). Sulla base di tali indicazioni, il Centro per la Salute del Bambino-ONLUS, su richiesta del Servizio di Promozione Sociale e Politiche Giovanili della Provincia di Perugia, ha realizzato un percorso formativo sul tema del maltrattamento e abuso sessuale all’infanzia. Le finalità di tale percorso consistono in:

- formazione approfondita di un gruppo di operatori selezionati per la costituzione di un’équipe specialistica multi-professionale e interistituzionale. Gli operatori in questione hanno acquisito, in un primo livello, conoscenze e strumenti di base sul tema del child-abuse, per poi accedere a competenze

specifiche per le diverse professionalità. Al termine del percorso formativo si è costituita l’équipe specialistica, formata da operatori di diversa professionalità e appartenenti a diversi servizi dell’Azienda Sanitaria e del Comune. Tale équipe ha la funzione di prendere in carico i casi di child abuse, ma anche di offrire consulenza, formazione permanente e supervisione agli operatori del territorio. Il futuro dirà se i corsisti sono stati capaci di ricoprire questi ruoli;

- formazione diffusa di tutti gli operatori dell’area sociale, sanitaria ed educativa coinvolti, a diverso titolo, nella fase di rilevazione dei casi di child abuse, in modo da garantire un’adeguata segnalazione e l’intervento precoce.

La formazione, che ha avuto inizio nel 1998, è stata curata e realizzata – come si è detto – sia negli aspetti contenutistici sia negli aspetti metodologici, dal Centro per la Salute del Bambino-ONLUS, in collaborazione con specialisti nel campo dell’abuso all’infanzia, della prevenzione e del trattamento: citiamo la dott. Marinella Malacrea, la prof. Marcellina Mian, la prof. Paola Facchin, il prof. Francesco Montecchi, la prof. Paola Di Nicola.

L’intero percorso formativo è stato raccolto e sintetizzato in una pubblicazione del Centro per la Salute del Bambino, curata da Maria Grazia Apollonio e Carla Berardi, ora a disposizione (www.csb.onlus.org). In tale pubblicazione sono presenti le premesse teoriche e le linee guida indicate dalle Commissioni e dai Coordinamenti Nazionali, dalle quali prende origine la formazione proposta; la metodologia adottata e gli aspetti organizzativi; i contenuti formativi, sulla base delle relazioni e dei contributi dei diversi specialisti intervenuti. Nel volume viene quindi descritto il fenomeno del child abuse, nei suoi aspetti epidemiologici, nei modelli causali proposti, nelle diverse forme in cui può manifestarsi (dall’incuria all’abuso sessuale), e viene dedicato ampio spazio alle possibili strategie di contrasto, dalla prevenzione al trattamento. Viene infine riportata un’ampia bibliografia sul tema, sulla base delle indicazioni fornite dai docenti del corso.

Giancarlo Biasini

controluce

Musica e infanzia all'abbazia di Pomposa

Si è svolto, a Pomposa, nei giorni 22 e 23 settembre 2007 il Convegno "Nuove frontiere per le professioni musicali: contesti educativi e socio-assistenziali", promosso da TAMINO (Terapie e Attività Musicali Innovative Oggi).

Il Convegno, occupatosi prevalentemente di argomenti inerenti alla musicoterapia, ha ospitato anche la presentazione del Progetto ACP "Nati per la Musica". Il Convegno ha chiarito come l'intervento musicoterapico, più che porsi come obiettivo la guarigione, si affianchi come intervento di supporto nell'ambito della presa in cura globale del paziente. Il Convegno è stato, dunque, un'importante occasione di confronto e di apertura verso nuove interessanti competenze. Gratificante è stato l'interesse dimostrato nei confronti di "Nati per la Musica", anche nell'ottica di ampliare sempre più le possibilità di diffondere l'importanza della musica in ambito familiare. L'incontro è stato allietato dalla presenza di musicisti dell'Orchestra Mozart e della Scuola di Musica di Fiesole, con indubbio beneficio per le attività cognitive dei partecipanti al Convegno. Anche questa una piacevole novità che consiglio caldamente di "importare" nei nostri Congressi!

Stefano Gorini

La pandemia silenziosa

Ad Arezzo, dal 29 novembre all'1 dicembre 2007, si sono svolte le II Giornate Italiane Mediche dell'Ambiente, ricche di nuove informazioni e di esempi di buone pratiche. Alcune brevi notizie sui temi trattati.

- ▶ Gli *interferenti endocrini*, in grado di persistere a lungo nell'organismo, possono alterare il funzionamento del sistema endocrino e lo sviluppo neurocomportamentale, provocare patologie tiroidee, ridurre la fertilità maschile, determinare ipospadia e criptorchidismo. È inoltre possibile il passaggio transgenerazionale.
- ▶ L'incidenza dei *tumori* nei Paesi occidentali è doppia rispetto a quella dei Paesi in via di sviluppo. Il cancro è una malattia ambientale e le popola-

zioni che emigrano acquisiscono il rischio dell'area geografica che vanno a occupare. L'80% dei tumori è prevenibile. I risultati delle rianalisi del professor Hardell dell'Università svedese di Orebro, inerenti al rapporto fra esposizione a *onde elettromagnetiche* e tumori, hanno messo in evidenza che l'uso dei cellulari aumenta il rischio di neurinomi dell'acustico, tumori del cervello e tumori dell'occhio.

- ▶ I *rifiuti* sono in aumento. Le scelte per lo smaltimento vanno valutate secondo criteri di sicurezza. Discariche o incenerimento comportano la diffusione delle sostanze chimiche nell'ambiente. Anche una metropoli come San Francisco arriva al riciclo del 60% dei rifiuti. Il pluripremiato consorzio Priula che opera in provincia di Treviso recupera l'80% dei rifiuti. L'azienda di riciclo di Veduggio (TV) recupera ciò che non è riciclabile, ottenendo materiale inerte, sterile, da utilizzare in edilizia. L'alternativa per il residuo è la biostidazione, un processo di essiccazione che comporta il minimo impatto per l'ambiente.
- ▶ L'attuale *sistema dei trasporti* non è sostenibile, la produzione di CO₂ è aumentata del 32% rispetto al 2004. È necessario inserire nuove modalità: taxi collettivo, car sharing, car pooling, programmazione urbanistica. A Friburgo sono state realizzate piste ciclabili integrate fra loro, con sistemi per passare da un punto all'altro senza incrociare auto.
- ▶ Altri esempi di buone pratiche sono stati illustrati dall'azienda Sicoter, consulente on line per l'utilizzo di *biomasse per teleriscaldamento* a filiera diretta, e dai PuMP con la *proposta di una giornata di formazione per medici su questi temi*.

La senatrice Monica Bettoni, direttore dell'ISS, è intervenuta al Congresso sottolineando la necessità di essere più presenti in questo campo, collegando ambiente, università, sviluppo economico, con l'obiettivo che la salute guidi tutte le politiche.

Laura Todesco

Il poster INTERACT a Campobasso

Il seminario "La prevenzione in età pediatrica", svoltosi a Campobasso nel maggio 2007, ha offerto l'occasione per la presentazione del poster "Comunicare e parlare, nascita di un gioco", nato dalla filosofia del programma INTERACT per la sensibilizzazione e la prevenzione del ritardo del linguaggio (Bonifacio S, Reginella A, Zocconi E. Comunicare e parlare: la nascita di un gioco. Come prevenire il ritardo del linguaggio. Quaderni acp 2006;13:41-3).

L'idea forte alla base dell'iniziativa è stata quella di individuare una nuova impostazione culturale che regoli e qualifichi l'attività dei pediatri, invitandoli a seguire un percorso comune e ad assumere comportamenti uniformi in tema di sicurezza e prevenzione.

Tra i vari argomenti trattati, si è parlato anche di ritardo del linguaggio e della possibilità di poter disporre di uno strumento che, in modo semplice ma estremamente efficace, potesse aiutare il sanitario, e in particolare il pediatra di famiglia, nella diagnosi precoce di un disturbo specifico del linguaggio. Con alcune importanti conseguenze: dove sperimentato in ambulatorio, il poster (scaricabile da www.quaderniacp.it) si è rivelato un buon intervento di medicina preventiva che qualifica l'attività professionale del pediatra di famiglia e in particolare i bilanci di salute; può aiutare il pediatra a lavorare "in rete" con altri operatori sanitari, migliorando l'efficienza delle proprie prestazioni (invio appropriato al centro di secondo livello); infine, può risultare determinante anche nella prevenzione dei disturbi dell'apprendimento di lettura e scrittura.

L'utilità e la praticabilità del poster sono apparse subito evidenti e facilmente riconosciute dai pediatri partecipanti al seminario. Nell'ambito dei bilanci di salute è possibile fornire ai genitori informazioni più mirate e stampare direttamente "le pagine" del poster stesso, di volta in volta necessarie.

Sergio Zarrilli

Al Convegno regionale ACP - Campania ricordo di Pasquale Causa

Il nostro Direttore, al Convegno regionale dell'ACP - Campania del 25-26 gennaio 2008, così ha ricordato Pasquale Causa

Non ricordo bene quando ho conosciuto Pasquale, ma ricordo il primo problema che mi pose in una delle sue lunghe telefonate una decina di anni fa: il libero accesso alle riviste sul web. Molte riviste non erano disponibili, di alcune si leggeva solo l'abstract. Si crogiolava su questo problema: se non si poteva leggere tutto quello che si scriveva, che futuro avevamo noi medici pratici, se separati dalla ricerca? Fu perfino disponibile, per qualche tempo, a "compromettersi" con l'industria per consentire all'ACP un accesso sul web ad almeno 10 riviste. Ma poi si chiedeva: cosa sono in fondo solo 10 riviste? Era un problema di principio quello del libero accesso, e sui principi era difficile fare intendere a Pasquale che l'ACP, oltre a osservarli, poteva poco per farli osservare.

Ma lui dell'ACP aveva grande considerazione e aveva grandi speranze: chiedeva che l'Associazione si pronunciasse. Si poteva mai immaginare – diceva un Pasquale inorridito – che gli Autori che scrivono un articolo su *Lancet* non abbiano il libero accesso alla rivista su cui hanno scritto? In fondo noi mettevamo *Quaderni acp* sul web; gli altri dovevano fare lo stesso per noi. Inappuntabile come ragionamento, a parte il confronto fra *Quaderni acp* e *Lancet*. Ma per Pasquale valeva il detto "*de minimis non curat preator*".

Del resto non è da molto che questo problema è stato posto a livello internazionale; la comparsa di *PLOS Medicine* lo ha reso più attuale.

I suoi interventi ai congressi riguardavano cose "alte" che l'ACP doveva "fare" e non serviva dirgli che spesso erano al di fuori della nostra portata; e non importava dirgli che potevamo molto dire da un piccolo balcone, ma poco influire oltre la nostra apprezzabile, e spesso sofferta, testimonianza.

Lui guardava in alto e credo gli sembrassimo dei *travet*, e non dei dirigenti di un'associazione di intellettuali. Questa sensazione era forse capace di portarlo ai suoi, non infrequenti, momenti di tristezza.

Poi venne NpL.

Fu la madre di tutti i suoi entusiasmi.

Lo visse come un incontro, una sorta di rivelazione, di illuminazione. Vi vide lo strumento per aiutare la famiglia a cambiare, a modificare il rapporto fra genitori e figli. "Nati per Leggere" poteva essere, perfino, lo strumento per rendere fruttifero il demonizzato *acuto-banale* nello studio del pediatra.

Vi vide una rivoluzione culturale forse più grande di quella che realmente è, ma si comportò come se avesse di fronte la possibilità che tutto cambiasse.

Si illudeva? Non so. Ma sul secondo numero di *Lancet* del 2008 (Ofri D. The muse on the medical wards. 2008; 371:110-11) è scritto che la medicina è influenzata da una quantità di fattori che hanno poco a che fare con la scienza. Essa è inestricabilmente legata alla storia, alla letteratura, all'etica, alla filosofia, alla musica.

E Pasquale lamentava che troppo pochi di noi si fossero accorti di quanto era possibile cambiare con i libri il mondo in cui noi pediatri stiamo, e farlo con gioia. Ci fu un tempo in cui meditò, nel coordinamento nazionale, di "acquistare", lui stesso, una sorta di esclusiva di NpL per lanciarlo alto nei cieli dei suoi desideri. Questo dice molto di lui.

Ma con NpL tornò il problema del libero accesso alle riviste.

Articoli molto importanti per il significato della lettura erano pubblicati su *Educational Research*, *Development Review*, *Quarterly Research*, e le riviste erano tutte ad accesso chiuso: e tornò sull'antica battaglia del web libero e aperto.

Certo su NpL raggiunse il massimo della competenza e viveva con dolore la non soddisfacente partecipazione dei suoi colleghi.

E andava avanti.

Soddisfatto di "Guarda che faccia", nelle cui pagine il piccolo bambino rivedeva se stesso, diceva che non ci si doveva fermare e aveva progettato negli ultimi mesi, seguendo lo sviluppo del bambino, un libro delle azioni quotidiane: come il bambino, nelle facce del libro, vede la sua faccia, così doveva vedere se stesso nell'immagine dell'alzarsi, del far cola-

zione, del saluto dei genitori, del suo andare al nido e così via. Doveva rivivere insomma la sua vita nelle immagini. Le immagini che la casa editrice aveva proposto non gli piacevano; cercava di più, voleva di più, come sempre.

Voleva di più, come sempre ha cercato di più, anche quando era assai difficile averlo e mi dispiace, ora, di averlo più volte deluso con il mio, per lui eccessivo, realismo.

I realismi per lui erano freno, legacci al pensiero che fermavano la ricerca del meglio.

Per questo, quando aveva raggiunto un obiettivo, mai che si dicesse soddisfatto e si fermasse o si sedesse; ecco che lui gettava il cuore e il cervello subito oltre, nell'infinito degli "interminati spazi", in un ambito spesso in attesa di definizione, ma che si doveva comunque raggiungere.

Questo suo vitalismo, questo suo andare avanti sempre, senza stancarsi, verso obiettivi forse ancora non ben chiari a se stesso, erano forse anche una richiesta di aiuto; e io non lo avevo inteso.

Qualche anno fa, durante una sua breve permanenza a Cesena, gli avevo detto di un poco conosciuto rapporto fra la mia Cesena e la sua Napoli: una intensa amicizia fra Benedetto Croce e il mio concittadino Renato Serra, una grande speranza della critica letteraria, caduto a trent'anni, insieme a centinaia di romagnoli, nelle trincee del Carso.

E gli avevo detto di un amore romagnolo di Don Benedetto, conosciuto grazie a Serra.

Gli avevo citato una frase dello scrittore su una rampa del nostro castello che si apre verso il cielo, una frase che molto mi piace: "*Un passo dopo l'altro, su per la rampata di ciottoli vecchi e lisci con un muro alla fine, ma una porta aperta sul cielo: e di là il mondo*".

Oggi mi accorgo di quanto Pasquale ci sia in queste righe: forse anche lui era alla ricerca di un mondo che gli è sempre stato difficile trovare; e che forse non sapeva dove e come trovare; ma lui, con quel suo passo ondeggiante e un po' dinoccolato, continuava ad andare avanti, a cercarlo. ♦

Malastampa

Crediamo molto utile pubblicare, per i lettori di Quaderni acp, questo messaggio di una mamma molto attenta, inviato alla lista di discussione ali_ba_ba@yahoogroups.com il 14 gennaio 2008.

Accidenti, che lettrice critica questa "non pediatra"! Non c'è proprio nulla da aggiungere.

Forse qualcuno di voi ha già letto un articolo apparso sul *Corriere della Sera* dell'8 gennaio (http://www.corriere.it/salute/08_gennaio_14/coliche_neonato_probiotico_37730740-c272-11dc-ab8f-0003ba99c667.shtml).

Il titolo (sul giornale cartaceo) è questo: "Coliche dei neonati: il rimedio è un fermento lattico". In internet: "Coliche dei neonati: Il rimedio *potrebbe essere* un fermento lattico". ... sono già due concetti diversi.

In sintesi: l'articolo dice che uno studio dell'università di Bari ha correlato l'uso di un probiotico (*Lactobacillus reuterii*) con la diminuzione delle "coliche dei lattanti". L'articolo dice: "Insomma: coliche gassose addio o ridotte in modo evidente". Già leggendo meglio l'articolo, vedo che lo studio è stato fatto su (ben!) 30 bimbi *prematuri*, quindi non su bambini "qualunque". Poi vedo che 10 prendevano latte materno (LM) e 20 latte artificiale (LA). Hanno dato il probiotico ai 10 del LM e a 10 del LA, agli altri 10 del LA hanno dato il placebo. L'articolo diceva che lo studio sarà pubblicato su *Journal of Pediatrics*: vado a controllare sul sito dove si può leggere la sintesi: <http://www.jpeds.com/article/PIIS0022347607010529/abstract>. Ecco le conclusioni: "Our results suggest a useful role for *L. reuteri* supplementation in improving feeding tolerance and gut function in formula-fed preterm newborns". Cioè più o meno: "I nostri risultati suggeriscono il ruolo utile della supplementazione di *L. reuteri* nel migliorare la tolleranza alimentare e la funzione intestinale nei neonati prematuri alimentati artificialmente". Leggete bene: *prematuri e alimentati artificialmente*. Ce ne corre dal fare un titolo trionfalistico come "il rimedio è un fermento lattico"! Non giudico in nessun modo lo studio

(non sono né medico né ricercatore) ma critico come il *Corriere* ha dato la notizia, di fatto distorcendola. Comunque, alla fine, penso sia sempre un ulteriore punto in più per il LM: in pratica i poveri bimbi prematuri che non possono prendere (o che l'ospedale non gli permette di avere...) LM stanno peggio di quelli che prendono LM. Purtroppo per esperienza quasi-diretta, vedo che molti ospedali ignorano l'ulteriore importanza del LM per i prematuri... biberon di LA e via! Se proprio la mamma non ha ancora avviato la lattazione e/o non ce la fa per vari motivi, perché non far funzionare bene le banche del latte?

Concorsi e politica

Ogni tanto, a seguito di scandali o di sollecitazioni intellettuali, torna il problema della nomina dei dirigenti delle Aziende Sanitarie o Ospedaliere e poi, a scalare, dei primari. Sarà, ma lo stupore e lo scandalo per il fatto che gli assessori regionali nominino dirigenti di loro "fiducia", io, che pure mi considero sostanzialmente "intransigente", lo trovo ingiustificato. Il problema non sono le nomine di persone di fiducia, ma la nomina di incompetenti che, anche se sono onesti, fanno danno. La nomina di persone nelle quali i politici regionali hanno "fiducia" per l'attuazione dei loro programmi a me sembra lecita, ma se la nomina è di incompetenti, i governi regionali compiono un tradimento di loro stessi. Qualche sera fa in uno dei numerosi talk show (non ricordo quale) ho udito un direttore generale calabrese che solo a sentirlo parlare si capiva che mai avrebbe potuto attuare nessun programma, data la sua palese incompetenza. Era evidente che quella nomina non poteva derivare da nessuna "fiducia".

Scendendo dalla scelta dell'assessore a quella dei direttori generali, trovo comprensibile che, oltre alla capacità "tecnico-scientifica" del medico, il manager badi alla capacità "gestionale" del candidato nell'uso delle risorse, nella capacità di scegliere e di guidare i collaboratori, nella capacità di fare squadra: cose difficili da valutare in un colloquio. In ogni caso il chirurgo prima di essere "gestore" deve sapere operare: non è il caso di un

ospedale, oramai ben noto, del quale si è raccontato di 4 otoiatri, di cui solo uno sapeva tracheotomizzare. Ma stiamo attenti al termine "politica" quando si parla di influenze nella Sanità. Sono "politica" anche le influenze dei dirigenti dei sindacati (medici e non medici), dell'industria (farmaceutica e no), delle cattedre universitarie e via dicendo. Forse qualcuno dei tuoi lettori potrebbe raccontarci di passaggi dal sindacato alla dirigenza? Credo di sì.

Non è detto che sia un male ammesso che il primario sappia operare o il direttore sappia dirigere. Che è la cosa che deve essere verificata. La spasmodica attenzione che i giornali e con loro l'opinione pubblica mettono ora nella tecnologia concorsuale, spesso cambiata dal 1992 a oggi (elenchi degli idonei, metodologie sicure e sofisticate per scelte cosiddette oggettive), trova una smentita nei concorsi "aperti" degli anni Settanta e Ottanta, che noi vecchietti ricordiamo, e che erano dominati dalle cattedre: anche quella era "politica" e talora le scelte erano buone, talora no. Ma io immagino che quanto a segnalazioni sia Marchionne che qualche primario di cui, ahimè, si è recentemente parlato, da qualcuno sia stato segnalato. Se al primario fossero stati indicati gli obiettivi che la FIAT ha indicato a Marchionne e se qualcuno (anche la popolazione che da qualcuno sarà pure rappresentata) avesse controllato, forse alcuni incidenti sarebbero stati evitati.

Efrem Marri

La lettera di Marri introduce una interessante visione del rapporto fra governi regionali e manager nominati per la direzione delle ASL/AO. In sostanza i direttori generali sarebbero dei realizzatori della politica sanitaria regionale e quindi fra loro e la regione dovrebbe vigere un rapporto di fiducia. La scelta per "fiducia" può essere accettabile se – come Marri precisa – essa avviene all'interno delle competenze necessarie per il governo della sanità. Il che non sempre accade. Ma necessiterebbe comunque che, almeno per i direttori generali, ogni serie di nomine avesse fine a ogni cambio degli assessori della sanità?

Ritornare al Progetto Obiettivo Materno-Infantile: per Consulenti e altro

Ho letto gli articoli e le lettere sui Consulenti Familiari (CF) dello scorso numero di *Quaderni acp*.

Io credo che, se lasciamo fare alle Regioni, il destino dei CF è segnato: andranno a esaurimento con il pensionamento progressivo del personale. La privatizzazione e la esternalizzazione diffuse dei servizi territoriali delle aziende sanitarie non lasciano scampo.

Come l'assistenza sanitaria ai bambini è stata garantita dalla Pediatria di Famiglia, con buona pace – purtroppo – dell'ormai defunta Pediatria di Comunità, così l'assistenza sanitaria alla donna incinta viene e sarà garantita dalla ginecologia privata e ospedaliera, con buona pace dei CF.

Questi ultimi, infatti, purtroppo da tempo hanno tradito la loro vocazione originale, prevista dalla loro istituzione nel 1978, di rivolgersi ai bisogni sanitari e sociali delle nuove famiglie, per limitarsi a un ruolo quasi esclusivamente sanitario, centrato sulla sessualità della donna. Il ruolo non sanitario, in carenza di risorse, può essere, di volta in volta, attribuito e preso da altre agenzie private, ospedaliere o comunali, come è avvenuto, ad esempio, in Emilia-Romagna con i Centri delle Famiglie dei grandi e medi Comuni.

La sopravvivenza del ruolo pubblico del Consulente familiare o della Pediatria di Comunità può essere assicurata soltanto all'interno di una visione generale della salute fisica e psichica del bambino e dei suoi genitori e di una organizzazione complessiva delle cure del bambino e della famiglia, così come è prevista nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

In assenza di un forte disegno nazionale strutturale continueremo ad assistere a una grande disomogeneità nelle cure a seconda dei territori e delle risorse locali (come le lettere a *Quaderni acp* del numero scorso ben documentano) e a iniziative a pioggia, velleitarie e marginali, delle quali, purtroppo, una delle maggiori responsabili è stata anche la (per fortuna?) scaduta Ministro della Salute Livia

Turco: si veda il vaccino anti-papilloma, l'epidurale per tutti (dove?). Credo che su questo piano l'ACP nazionale dovrebbe imparare qualcosa dalle abilità mercantili dell'onorevole Berlusconi. Se vogliamo ottenere qualcosa di valido per la salute infantile, non dobbiamo partire con richieste al ribasso, ma dalle posizioni più alte acquisite all'interno del dibattito nazionale degli ultimi anni: Progetto e Dipartimento Materno-Infantile in tutto il territorio nazionale.

Francesco Ciotti

La lettera di Francesco Ciotti è pervasa da pessimismo, ma è difficile essere ottimisti nell'attuale situazione.

È abbastanza chiaro che il Dipartimento Materno-Infantile, su cui si erano appuntate le grandi speranze della nostra associazione e che certamente rafforzava anche i CF, è finito nel nulla.

Qui esistono sicuramente responsabilità della politica. Il Ministro di allora (On. Bindi) lo pubblicò in extremis, poco prima della fine della legislatura con nessuna intesa con il Ministro della Solidarietà sociale (On. Turco) o con i suoi collaboratori. Chi ha assistito da vicino alla gestazione del Progetto lo ricorda perfettamente. La pubblicazione in extremis impedì al Ministro di seguirne la attuazione; anche se bisogna ricordare che l'ultimo finanziamento a favore dei CF fu di quel Ministro. Il Ministro successivo (Prof. Sirchia), il POMI proprio lo ignorava: nel senso che non ne conosceva l'esistenza.

Ma la ricerca di responsabilità politiche non può dimenticare che esistono precise responsabilità anche dei medici.

I medici di Medicina generale ne ebbero di grandi nel ritardo della emanazione, per la temuta estensione del limite dei 18 anni per la Pediatria di famiglia del quale la SIP aveva fatto un cavallo di battaglia, con nessuna possibilità di raggiungere l'obiettivo. Quel limite, nelle prime versioni esplicito, scomparve dal testo nelle ultime settimane, ma rimase la comica presenza di due formulazioni opposte: l'una che estendeva alla PLS la competenza per l'adolescenza e l'altra che, due pagine prima, la negava.

Non si può dimenticare poi la diffidenza dei pediatri ospedalieri che temevano la

parificazione di carriera dei PLS alla dipendenza nella organizzazione dipartimentale: fu molto temuta la presenza di Unità Operative Ospedaliere e Unità Operative Distrettuali "interdipendenti", come diceva il POMI. E non si può dire che i sindacati dei pediatri, al di là di generici appoggi, abbiano brillato per impegno in questo ambito: si temette un rafforzamento della Pediatria di Comunità che veniva definita "carente" e quindi da implementare? Poi, di fatto, di quell'impegno fu fatta carta straccia.

Infine, il Dipartimento di Salute mentale voleva "impadronirsi" della competenza neuro-psichiatrica infantile, mentre la presenza del POMI poteva lasciare aperte le due soluzioni adombrate nel Progetto Obiettivo di Salute mentale o comunque apriva una contrattazione su questo, dando maggior forza alla NPI. Da allora sono passati due governi. Il penultimo non ha affrontato alcun problema. L'ultimo si è gingillato fra le sigle: UTAP e Case della salute; alla fine ha presentato un progetto sul quale l'ACP ha istituito un gruppo di studio che qualche discreta soluzione aveva intravisto. Si ricomincia da capo. Intanto le Regioni hanno contribuito a creare, ognuna, un proprio modello, o nessun modello; e dentro questi modelli ognuno ha dato una sua interpretazione. Secondo l'ultima indagine del Ministero della Salute (febbraio 2008) i DMI "denunciati" dalle regioni sono 144, ma si tratta di un numero che non significa nulla più di una denominazione sulla carta. Si pensi che ci sono Dipartimenti di Pediatria senza Ostetricia e Dipartimenti di Ostetricia senza Pediatria. È venuto il momento che società e sindacati pediatrici si diano una mossa.

P.S. Il 26 febbraio 2008, a Bologna, alla Conferenza Nazionale sulle cure primarie il Ministro Turco ha detto che, nella organizzazione di queste, "non contano i modelli". Stiamo freschi! ♦

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...

- [L'uomo ridisegna la geografia](#)
- [Un piccolo libro per i fratelli e i compagni di scuola di bambini con autismo](#)
- [Un epidemiologo nella Londra di Dickens](#)
- [La malattia dalla parte del malato, semplicemente](#)
- [Videogiochi: in Italia, nel 2006 spesi oltre 740 milioni](#)

martedì 19 febbraio 2008

Q IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

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

IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

Piacenza, Park Hotel Best Western

19 aprile 2008

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


Scarica il [programma](#)

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

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

sabato 16 febbraio 2008

Q L'uomo ridisegna la geografia




I viaggi perduti. Un progetto di Luciano Del Sette
Suoni immagini e parole
Libro + CD 13 brani

Suoni, immagini e parole per luoghi che non potremo

Google Custom Search

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

- [Ambiente](#) (3)
- [Annunci](#) (1)
- [Appuntamenti](#) (4)
- [Comunicazioni](#) (3)
- [CSB](#) (2)
- [Diseguaglianze](#) (2)
- [Documenti](#) (2)
- [Farmaci](#) (3)
- [Info: notizie sulla salute](#) (57)

97

Editoriale

- 49 La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione *Giancarlo Biasini*

Ricerca

- 50 Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana
Monia Puglia, Veronica Casotto, Franca Rusconi, Eva Buiatti

Research letters

- 56 Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido
Giorgio Tamaro, Michela Donato, Sergio Parco

Attualità

- 59 Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti
Doriana Chiuchiù

Salute pubblica

- 63 Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini
Luisella Grandori, M. Giulia Gatti, Nadia Lugli et al.

Info

- 68 Internet serve per promuovere salute?
68 È nato AliBaBa
68 Farmacie amiche del bambino
68 Inaugurata a Milano la prima "culla per la vita"
68 Nuove linee-guida per l'autismo
68 WONCA Italia
69 La farina di guar (yogurt, gelati, dolci ecc.) inquinata da diossina
69 Finanziaria: no ai principi attivi
69 Parlamento europeo: tre ore settimanali di sport
69 Piano sanitario europeo senza soldi
69 Statistiche di salute in Sudamerica
69 Salute delle donne in Brasile

Osservatorio internazionale

- 70 Le relazioni tra medici e industria
Adriano Cattaneo
72 E se arriva la pandemia?
A proposito di vaccini pre-pandemici
Tom Jefferson

Scenari

- 73 Gastroenterite acuta: è ancora indicata la "dieta in bianco"? *Elena Cama, Angela Alfarano, Andrea Chiaro et al.*

Esperienze

- 75 Nati per Leggere in ambulatorio
Costantino Panza

Proposte

- 76 Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna
Simona Di Mario, Carlo Gagliotti, Mara Asciano, Maria Luisa Moro

Il punto su

- 78 Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra *Francesco Ciotti*

Per un mondo possibile

- 83 Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma
Laura Todesco, Giacomo Toffol

Vaccinacipi

- 84 Meningococco: teniamolo d'occhio!
Luisella Grandori

Farmacipi

- 85 Contro la tosse è meglio il miele
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Libri

- 86 Un ospedale a misura di bambino
di Giuliana Filippazzi
86 Il sopravvissuto *di Antonio Scurati*
87 Attaccamento e costruzione evolutiva della mente *di Grazia Attilli*
87 L'eleganza del riccio *di Muriel Barbery*

Film

- 88 Da *Rashomon* a *You Tube* *Italo Spada*

Nati per Leggere

- 89 La musica delle parole *Angela Dal Gobbo*

Congressi controllo

- 92 Trani: XIX Congresso nazionale ACP
Michele Gangemi
92 Abuso e maltrattamento: un lungo corso di formazione in Umbria
Giancarlo Biasini
93 Musica e infanzia all'abbazia di Pomposa
Stefano Gorini
93 La pandemia silenziosa
Laura Todesco
93 Il poster INTERACT a Campobasso
Sergio Zarrilli

Acp news

- 94 Al Convegno regionale ACP - Campania ricordo di Pasquale Causa

Lettere

- 95 Malastampa *Una lettrice*
95 Concorsi e politica *Efrem Marri*
96 Ritornare al Progetto Obiettivo materno-infantile: per Consulenti e altro *Francesco Ciotti*

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.