

# Quaderni acp

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

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della  
**A**ssociazione **C**ulturale **P**ediatri  
[www.acp.it](http://www.acp.it)

## I bambini e i fiori



**marzo-aprile 2009 vol 16 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](http://www.quaderniacp.it)  
March-April 2009; 16(2)

## 49 Editorial

The increase of neoplasms and other disease environment linked  
*Ernesto Burgio*

## 51 Research

Searching for celiac disease: report of a clinical experience  
*Giacomo Toffol, Giustina Bonato, Daniela Dalla Pazza, et al.*

## 57 Research letters

Foreign object inhalation in paediatric age: the experience of an hospital team  
*Paolo Siani, Fabio Antonelli, Domenico Aronne, et al.*

## 60 Current issues

Pedagogy of immigration. An intercultural approach  
*Laura Tussi*

## 62 Info

## 64 A window on the world

The Pemba Challenge in Tanzania  
*Valeria Confalonieri*

## 66 Narrative medicine

Five advices for a good doctor  
*Michele Gangemi*

## 67 Learning from a case

Pneumonia with macroscopic hematuria  
*Luciano De Seta, Massimiliano De Vivo, Sara Di Stefano, Marco Maglione*

## 70 Keep an eye on the skin

A child with sleeping problems: what is the cause?  
*Piero Minardi*

## 72 Appraisals

"Early adiposity rebound": an early risk marker of obesity and metabolic complications  
*Maurizio Iaia*

## 80 Forasustainableworld

Environmental exposures and respiratory morbidity  
*Giuseppe Primavera, Giacomo Toffol*

## 81 Vaccinacipi

Sailing without a compass  
*Luisella Grandori*

## 82 Farmacipi

A new children formulation for malaria therapy  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

## 83 Tenstories

Bird flu pushed back - but threat of a human pandemic remains  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## 84 Informing parents

Reading aloud and listening to music help children grow better  
*Antonella Brunelli, Stefania Manetti*

## 86 Books

## 88 Movies

## 89 Musical-mente

The "Born to Music" initiatives  
*Federica Zanetto, Stefano Gorini*

## 90 Born to read

## 92 Meeting synopsis

## 94 ACP news

## 96 Letters

# Quaderni acp

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

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Comitato editoriale

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

## Collaboratori

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

## Organizzazione

Giovanna Benzi

## Progetto grafico

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito web: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it)

## Indirizzi

**Amministrazione**  
**Associazione Culturale Pediatri**  
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)  
Tel. / Fax 078 357401  
e-mail: [francdessi@tiscali.it](mailto:francdessi@tiscali.it)

## Direttore

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

## Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari  
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041  
e-mail: [ufficioci@acp.it](mailto:ufficioci@acp.it)

## Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547 610201  
e-mail: [info@stilgrafcesena.191.it](mailto:info@stilgrafcesena.191.it)

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

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

## LA COPERTINA

L'immagine riproduce "Ritratto di Carlo Catinelli bambino" (1835 ca.), Giuseppe Battig. Gorizia, Musei Provinciali.

**QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI.** Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione ([redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere correddati 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.

# Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate

Ernesto Burgio

Pediatra, Comitato Scientifico ISDE (International Society of Doctors for Environment), Italia

**Parole chiave** Tumori infantili. Trend. Tasso di incidenza. Barker hypothesis. Epigenetica

Tempo fa un'inchiesta della rivista *L'Espresso*, sul controverso tema dell'incremento delle neoplasie infantili, destò timori, scalpore e polemiche [1]. Gettarono acqua sul fuoco alcuni tra i più noti oncologi ed epidemiologi italiani; criticarono l'eccessivo allarmismo dei media e fornirono una rappresentazione tutto sommato tranquillizzante della situazione. Se un incremento di talune patologie neoplastiche c'è, anche in età pediatrica, – si disse – si tratta di un aumento contenuto, che riguarda essenzialmente alcune forme (spesso rare) ed è abbondantemente bilanciato da un apprezzabile miglioramento prognostico, grazie a diagnosi sempre più tempestive e a trattamenti sempre più efficaci. Presa di posizione comprensibile, perché è certamente importante rafforzare la fiducia dei cittadini nella medicina pubblica e in quello che è comunque stimato come uno dei sistemi sanitari più efficienti al mondo, in un momento in cui la sfiducia verso le istituzioni, sembrerebbe potersi estendere a tutto il Sistema, a beneficio di quanti da una crisi della Sanità Pubblica cercano di trarre vantaggio, per imporre un'ulteriore accelerazione alla deriva privatistica già in atto. È però anche vero che milioni di cittadini vedono ammalarsi con frequenza crescente i propri parenti e conoscenti di patologie immunomediatae, neuro-degenerative, neoplastiche. È difficile negare che la prevalenza delle patologie allergiche sia passata in un secolo dall'1-2% a un preoccupante 20-30% (con punte del 50% in alcune aree pesantemente inquinate o comunque "occidentalizzate") e che altre patologie immunomediatae si stiano diffondendo in modo preoccupante: si pensi al diabete tipo 1, alla celiachia, alla patologia tiroidea su base autoimmune [2-3].

Né si può dimenticare che l'incremento delle patologie neurodegenerative ha acquisito un andamento epidemico tra gli anziani dei Paesi ricchi. Il prototipo di tale incremento è la malattia di Al-

zheimer: i 4,5 milioni di soggetti affetti del 2000 sono destinati a triplicare entro il 2050, riguarda sempre più soggetti in età relativamente giovane ed è stato messo, da alcuni ricercatori, in relazione all'inquinamento atmosferico al pari del concomitante incremento (nel Nord del mondo) dei deficit di sviluppo neuropsichico dell'infanzia (autismo, ADHD, dislessia) [4-5]. Va citato, a questo proposito, l'allarme lanciato, dalle pagine prestigiose di *Lancet* dai ricercatori della *Harvard School of Medicine*, secondo i quali una vera e propria "pandemia silenziosa" di danni neurologici colpirebbe già il 10% dei bambini del primo mondo [6]. Per quanto concerne l'incremento dei tumori è noto che l'indice assoluto di mortalità per neoplasie è più che raddoppiato negli ultimi sessant'anni; che ogni anno muoiono di cancro almeno 7 milioni di persone; che 1 su 2 maschi e 1 su 2,4 donne contraggono una neoplasia nel corso della loro esistenza; che nei Paesi più industrializzati il cancro si avvia a diventare la prima causa di morte [7-8]. Se mettiamo insieme tutti questi dati, sarebbe arduo negare che questa "rivoluzione epidemica" sia in qualche modo collegata – nel bene (riduzione delle malattie acute/da cause esogene), come nel male (incremento delle malattie croniche/da cause endogene) – alla radicale trasformazione ambientale prodotta dall'uomo in pochi decenni.

Per tornare, da pediatri, al problema delle *neoplasie infantili*, occorre ricordare come a ispirare l'inchiesta dei giornalisti de *L'Espresso* fossero alcuni studi di grande rilievo, che hanno tracciato un primo quadro complessivo dell'incremento di tumori dell'infanzia e dell'adolescenza in Europa, a cominciare dal primo *report* del progetto ACCIS (*Automated Childhood Cancer Information System*) [9]. Si trattava di un ampio monitoraggio condotto da una squadra di epidemiologi IARC su 63 registri oncologici di 19 Paesi europei, per un totale di oltre 130 mila tumori di tutti i tipi (113mila pediatrici e 18mila in età adolescenziale) pubblicato su *Lancet* nel 2004 [10].

Il report evidenziava un incremento annuo dell'1-1,5% per tutte le neoplasie, con incrementi più marcati per alcuni linfomi, sarcomi dei tessuti molli, tumori delle cellule germinali e del sistema nervoso centrale. Seguì nel 2006 la rassegna a tutt'oggi più completa dei dati emersi dallo stesso studio, che costituiscono il più ampio database europeo sul cancro in un numero monografico, dell'*European Journal of Cancer*: 18 articoli in tutto, che contengono l'analisi dettagliata dei dati sui tassi di incidenza e sui *trend* di prevalenza e sopravvivenza delle principali neoplasie infantili e adolescenziali [11]. Non è evidentemente possibile approfondire, in questo editoriale, l'argomento. Può essere sufficiente sottolineare come in venti anni (tra il 1978 e il 1997) si sia assistito, in Europa, a un incremento medio generale dell'1,1% annuo e del 2% annuo circa in età adolescenziale. Un dato di particolare interesse, rilevato tanto dal report iniziale quanto dalla successiva e più completa analisi, concerne l'incremento notevole delle neoplasie del primo anno di vita: una evidente conferma epidemica di quanto sostenuto per decenni da Lorenzo Tomatis, circa la possibile trasmissione transplacentare e/o transgenerazionale (da modifiche genetiche o epigenetiche trasmissibili delle cellule germinali) del cancro [12-13]. Di grande rilievo appaiono, in questo ambito, i dati provenienti dagli studi più recenti dell'epidemiologo inglese Ernest Knox, che dopo aver passato in rassegna i luoghi di residenza dei bambini morti di cancro in Gran Bretagna tra il 1955 e il 1980, ha dimostrato che il rischio aumenta in modo significativo non solo per i bambini nati e cresciuti vicino a strade trafficate, pompe di benzina e stazioni di autobus, impianti industriali, ma soprattutto per i figli di donne residenti in tali aree nel periodo della gravidanza [14]. Il dato pone l'accento non solo sul nesso, ancora incredibilmente contestato da taluni, tra inquinamento atmosferico e cancro (secondo Knox un quarto delle neoplasie infantili avrebbe questa origine), ma anche sulla *vexata questio* della trasmissione tran-

Per corrispondenza:

Ernesto Burgio

e-mail: erburg@libero.it

editoriale

splacentare e/o transgenerazionale del cancro. Se possibile, ancora peggiori sono le notizie per i bambini italiani. Con una certa frequenza e da più parti, in questi ultimi anni, si è replicato alle sollecitazioni di alcuni medici e ricercatori ISDE circa la necessità di prendere in seria considerazione i dati ACCIS adducendo motivazioni abbastanza ragionevoli, come il probabile maggior incremento di patologie neoplastiche in alcune regioni europee, in particolare nei Paesi dell'Est più direttamente coinvolti dall'incidente di Chernobyl, e i notevoli progressi diagnostici (fattore in realtà già preso in considerazione e smentito dai ricercatori IARC) [15-17].

Purtroppo i recenti dati del Rapporto 2008 AIRTUM (*Associazione Italiana Registri Tumori*) sui tumori infantili sembrano confermare le nostre analisi: i dati di incidenza e gli andamenti temporali sono infatti nel nostro Paese peggiori nei confronti tanto degli altri Paesi europei che degli USA; il che, evidentemente, toglie valore all'ipotetico fattore miglioramento diagnostico [18]. Ma forse il modo migliore di inquadrare i dati consiste nel citare direttamente alcuni passi della sintesi finale del rapporto: "Il tasso di incidenza per tutti i tumori pediatrici in Italia (175,4 casi per milione/anno nel bambino, 270,3 casi nell'adolescente) è più alto di quello rilevato negli anni Novanta negli Stati Uniti (158) e in Europa (140). In Germania è 141, in Francia è 138... Tra il 1988 e il 2002 si è osservato un aumento della frequenza (per tutti i tumori) del 2% annuo, passando da 146,9 casi nel periodo 1988-1992 a 176,0 casi nel periodo 1998-2002. L'incremento più consistente riguarda i bambini al di sotto di un anno di età (+3,2%), seguiti da quelli di età compresa tra i 10 e i 14 anni (+2,4%). Tutti e tre i tumori più frequenti nei bambini sono in aumento: le leucemie (+1,6% anno), i tumori del sistema nervoso centrale (+2,0% annuo) e soprattutto i linfomi (+4,6% anno)".

Un'attenta riflessione su questi dati è necessaria e urgente: se l'incremento di patologie degenerative e neoplastiche sembra poter essere un segno-sintomo-indice (anche quantitativo) dell'attuale modello di sviluppo, l'incremento significativo delle neoplasie in età pediatrica rappresenta un dato particolarmente significativo e inquietante. E questo non soltanto perché nei bambini dovrebbero svolgere un ruolo assai minore l'esposi-

zione ad agenti inquinanti legata alle cattive abitudini personali (*in primis* il fumo di sigaretta) e lo stress, ma soprattutto perché non dovrebbe realizzarsi in così breve tempo l'accumulo di lesioni ossidative e, più in generale, di alterazioni genetiche ed epigenetiche, generalmente considerate la causa prima di qualsiasi degenerazione in senso neoplastico [19-20]. A meno di dare valore ai nuovi paradigmi cancerogenetici, che propendono per un'origine sempre più precoce del processo neoplastico, riconoscendo in esso la conseguenza di un processo di sviluppo imperfetto: cioè di un difetto di programmazione dei tessuti che avverrebbe in età embrionale o fetale e le cui conseguenze si rivelerebbero dopo (molti) anni [21-22]. Paradigmi tutto sommato poco noti e forse in parte osteggiati, perché fondati su un assunto di base, che è quello della ancora controversa *Barker hypothesis*, che da modello patogenetico valido per alcune patologie endocrino-metaboliche assurgerebbe a paradigma patogenetico "universale", secondo cui l'inquinamento progressivo dell'ambiente sembrerebbe poter produrre un'alterazione del microambiente uterino e quindi dei processi ontogenetici e dell'assetto epigenetico di vari tessuti e organi [23-25]. ♦

#### Bibliografia

- [1] L'Espresso. SOS CANCRO, 24 maggio 2007.
- [2] Verlato G, Corsico A, Villani S, et al. Is the prevalence of adult asthma and allergic rhinitis still increasing? Results of an Italian study. *Allergy Clin Immunol* 2003;111:1232-8.
- [3] Arbes SJ Jr, Gergen PJ, Elliot L, et al. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116:377-83.
- [4] Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, et al. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol* 2003;60:1119-22.
- [5] Calderón-Garcidueñas L, Franco-Lira M, Torres-Jardón R, et al. Pediatric respiratory and systemic effects of chronic air pollution exposure: nose, lung, heart, and brain pathology. *Toxicol Pathol* 2007; 35:154-62.
- [6] Grandjean P, Landrigan PJ. Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. *Lancet* 2006;368: 2167-78.
- [7] Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999 Sep 24;83(1):18-29.
- [8] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58:71-96.
- [9] Automated Childhood Cancer Information System: a system of provision, presentation and interpretation of data on cancer incidence and survival of children and adolescents in Europe <http://www-dep.iarc.fr/accis.htm>.

[10] Steliarova-Foucher E, Stiller C, Kaatsch P, et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project) an epidemiological study. *Lancet*. 2004;364:2097-105.

[11] Steliarova-Foucher E, Coebergh JW, Kaatsch P, et al. Cancer in children and adolescents in Europe. *Eur. J. Cancer* 2006;42:1913-2190. In particolare: Steliarova-Foucher E, Kaatsch P, Lacour B, et al. Quality, comparability and methods of analysis of data on childhood cancer in Europe (1978-1997): report from the ACCIS project. *Eur J Cancer* 2006; 42:1915-51.

[12] Tomatis L. Identification of carcinogenic agents and primary prevention of cancer. *Ann NY Acad Sci* 2006;1076:1-14.

[13] Tomatis L. Prenatal exposure to chemical carcinogens and its effect on subsequent generations. *Natl Cancer Inst Monogr* 1979;51:159-84; Tomatis L. Overview of perinatal and multigeneration carcinogenesis. *IARC Sci Publ* 1989;96:1-15; Tomatis L, Narod S, Yamasaki H. Transgeneration transmission of carcinogenic risk. *Carcinogenesis* 1992; 13:145-51.

[14] Knox EG. Childhood cancers and atmospheric carcinogens. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:101-5; Knox EG. Roads, railways, and childhood cancers. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:136-41.

[15] ISDE. International Society of Doctors for Environment; <http://201.216.215.170/isde.org/>; <http://www.isde.it/>.

[16] [Cfr 9].

[17] IARC. International Agency for Research on Cancer; <http://www.iarc.fr/> [cfr note 9-11].

[18] Rapporto AIRTUM 2008 - Tumori infantili. Incidenza, sopravvivenza, andamenti temporali. *Epidemiologia & Prevenzione* 2008;32:Suppl 2:1-112).

[19] Vogelstein B, Kinzler KW. Cancer genes and the pathways they control. *Nat Med* 2004;10:789-99.

[20] Esteller M. Epigenetics in cancer. *N Engl J Med* 2008 13;358:1148-59.

[21] Hilakivi-Clarke L, de Assis S. Fetal origins of breast cancer. *Trends Endocrinol Metab*. 2006 Nov;17(9):340-8; Soto AM, Vandenberg LN, Maffini MV, Sonnenschein C. Does breast cancer start in the womb? *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2008; 102:125-33.

[22] Cook JD, Davis BJ, Cai SL, et al. Interaction between genetic susceptibility and early-life environmental exposure determines tumor-suppressor-gene penetrance. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005 14;102:8644-9.

[23] Barker DJ, Eriksson JG, Forsén T, et al. Origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol* 2002 Dec;31(6):1235-9; Lucas A, Fewtrell MS, Cole TJ. Fetal origins of adult disease - The hypothesis revisited. *BMJ* 1999;319: 245-9.

[24] Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science* 2004;305:1733-6.

[25] Sul tema cfr. anche: Burgio E. Trasformazioni ambientali, climatiche, epidemiche: la Pandemia Silenziosa. In: *Il Cesalpino*, Rivista medico-scientifica Ordine dei Medici Chirurghi. Arezzo, aprile 2008, pp. 19-28; <http://www.omceoar.it/cgibin/docs/cisal-pino/cesalpino%20monotematico%201.pdf>

# Ricerca la celiachia: report di una esperienza clinica

Giacomo Toffol\*, Giustina Bonato\*, Daniela Dalla Pozza\*, Stefano Martellosi\*\*, Valentina Baldas\*\*  
\*Pediatri di famiglia, ACP Asolo; \*\*IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

## Abstract

### Searching for celiac disease: report of a clinical experience

**Background** Celiac disease is still underestimated in many Italian regions, including Veneto. Previous studies have shown that this is due to the presence of many atypical forms, often underestimated by doctors.

**Objectives** To estimate the prevalence of celiac disease in a group of selected patients on the basis of minor signs and symptoms, to train paediatricians in the diagnostic process.

**Methods** The study lasted a year (2003). 21 paediatricians participated from the province of Treviso. All children who fulfilled at least one inclusion criteria from a specially designed chart, and visited by a paediatrician during the year were enrolled. Anti-transglutaminase IgA and IgG antibodies were determined. The detected patients were sent to a third level centre (Burlo Garofolo Hospital in Trieste) for intestinal biopsy.

**Results** 21 paediatricians were involved with 20,989 children. At the beginning of this study the celiac patients were totally 19 with a prevalence of 1:1104. 18,919 children, about 90% were seen by their paediatrician. 389 children were detected having at least one inclusion criteria; 18 were positive for antibodies anti-transglutaminase and sent to biopsy. Diagnosis was confirmed in 16 of them. The prevalence of celiac disease changed from the initial value of 1:1104 to the final value of 1:600.

**Conclusions** The study led to a significant increase in the prevalence of celiac patients. Furthermore, the participation in the study was by itself a very good training.

Quaderni acp 2009; 16(2): 51-55

**Key words** Celiac disease. Antibodies antitransglutaminase. Testing

**Background** La celiachia è ancora una malattia sottostimata in molte Regioni italiane, compreso il Veneto. Precedenti studi hanno dimostrato come ciò sia dovuto alla presenza di molte forme sfumate, spesso sottovalutate dai medici.

**Obiettivi** Stimare la prevalenza della celiachia in un gruppo di pazienti selezionato in base a segni e sintomi minori di tale patologia; formare i pediatri partecipanti nei confronti della diagnosi di questa patologia.

**Metodi** Lo studio è durato un anno (2003). Hanno partecipato 21 pediatri della provincia di Treviso. Sono stati arruolati tutti i bambini visitati dai pediatri durante l'anno, presentanti almeno uno dei criteri di inclusione di una griglia predisposta appositamente. A tutti i bambini arruolati è stato effettuato il dosaggio degli anticorpi antitransglutaminasi IgA e IgG. I pazienti positivi sono stati inviati al Centro di terzo livello (Ospedale Burlo Garofolo di Trieste) per eseguire la biopsia intestinale.

**Risultati** All'inizio dello studio i 21 pediatri ricercatori seguivano 20.989 bambini e avevano in carico 19 pazienti celiaci, con una prevalenza di 1:1104. Durante lo studio sono stati visitati 18.919 bambini, pari al 90% della popolazione seguita. Sono stati arruolati 389 bambini, di cui 18 sono risultati positivi agli anticorpi anti-transglutaminasi e quindi inviati alla biopsia, che ha confermato la diagnosi in 16 di loro. La prevalenza della malattia celiaca è pertanto passata dal valore iniziale di 1:1104 a quello finale di 1:600.

**Conclusioni** L'effettuazione dello studio ha determinato un significativo aumento della prevalenza della celiachia nei pazienti seguiti dai ricercatori. Inoltre la partecipazione allo studio è stata un'occasione formativa molto efficace.

**Parole chiave** Celiachia. Anticorpi antitransglutaminasi. Testing

## Background

L'analisi dei registri correnti delle patologie della ASL 8 del Veneto ha evidenziato come la celiachia, rispetto ai dati recenti della letteratura, sia ancora una patologia sottodiagnosticata nella nostra popolazione [1-5].

Questo è stato l'impulso che ha spinto l'Associazione Culturale Pediatri Asolo a intraprendere una ricerca finalizzata a:

- ▶ stabilire la prevalenza di questa patologia in un gruppo di pazienti selezionato in base alla presenza di segni e sintomi minori;
- ▶ aumentare il numero di pazienti diagnosticati;
- ▶ elaborare uno strumento di lavoro pratico per permettere al pediatra di famiglia di migliorare le proprie capacità diagnostiche [5-8];
- ▶ definire un percorso idoneo a seguire nel tempo i pazienti celiaci e le loro famiglie, contribuendo ad assicurare loro la miglior qualità di vita possibile.

La precocità della terapia dietetica è infatti l'elemento essenziale per il miglioramento della prognosi e della qualità di vita del bambino celiaco, contribuendo a evitare, come ormai è definitivamente stabilito, l'insorgenza delle complicanze a distanza. Per assicurare che ciò venga effettuato nel modo più corretto possibile è necessaria una stretta collaborazione tra pazienti, familiari e medico curante, rigorosamente codificata e condivisa, e non lasciata all'iniziativa spontanea dei sanitari.

## Materiali e metodi

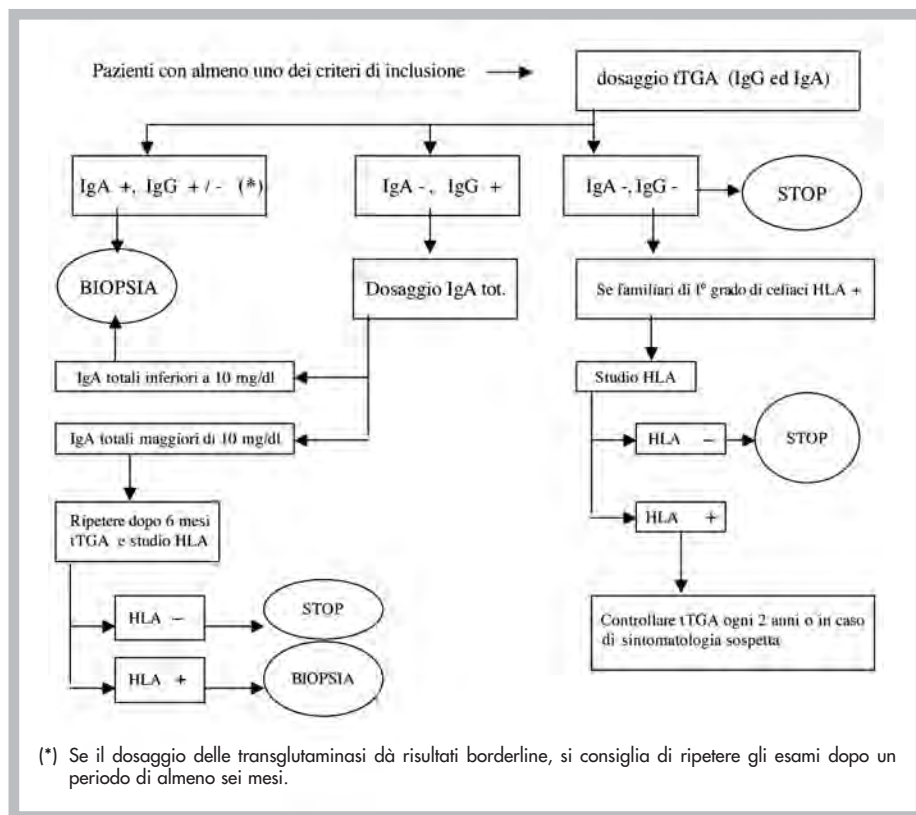
Lo studio ha avuto la durata di un anno, da febbraio 2003 a gennaio 2004.

Sono stati coinvolti 21 pediatri di famiglia della provincia di Treviso (20 dell'ASL 8 e 1 dell'ASL 9), in collaborazione con l'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo" di Trieste, con i laboratori analisi dell'Ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna e con l'Unità di Anatomia patologica dell'Ospedale di Castelfranco Veneto.

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

**TABELLA 1: SEGNI E SINTOMI DELLA MALATTIA CELIACA**

<b>Deficit di crescita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- velocità di crescita &lt; 4 cm all'anno in età prepuberale</li> <li>- crescita staturale e/o ponderale &lt; 3° percentile</li> <li>- rallentamento della crescita staturale-ponderale &lt; 2 curve percentili tra il primo e secondo anno di vita</li> <li>- perdite di peso inspiegate dopo i 2 anni</li> <li>- anoressia marcata in bambino che prima mangiava</li> <li>- pubertà ritardata, intesa come mancanza dei segni puberali a 13 anni e mezzo nella femmina e 14 anni e mezzo nel maschio</li> </ul>
<b>Sintomi gastrointestinali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diarrea &gt; 1 mese</li> <li>- vomiti ricorrenti</li> <li>- DAR &gt; 1 anno, o in bambino in corso di indagini per DAR</li> <li>- addome globoso</li> <li>- invaginazione e volvolo (anche se pregresse)</li> <li>- malattia di Crohn</li> <li>- giardiasi recidivante</li> </ul>
<b>Malattie genetiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sindrome di Down</li> <li>- sindrome di Turner</li> <li>- sindrome di Williams</li> <li>- fibrosi cistica.</li> </ul>
<b>Malattie autoimmunitarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diabete insulino-dipendente</li> <li>- tiroidite autoimmune</li> <li>- porpora di Schönlein-Henoch</li> <li>- altre malattie (epatite autoimmune, LES, morbo di Addison, emocitopenie)</li> <li>- artrite reumatoide giovanile</li> <li>- nefropatia da IgA</li> <li>- atassia autoimmunitaria</li> <li>- sindrome di Sjogren</li> </ul>
<b>Familiarità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- per celiachia (fratello o sorella, madre o padre)</li> <li>- per malattie autoimmuni (fratello o sorella, madre o padre)</li> </ul>
<b>Anomalie di laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anemia sideropenica o carenziale (Hb &lt;10,5 da 6 mesi a 7 anni, Hb &lt;11 dai 7 ai 13 anni e Hb &lt;12 dai 13 anni in poi)</li> <li>- ipocalcemia, ipofosfatemia, iposideremia</li> <li>- ipertransaminasemia isolata (2-3 volte i valori normali, persistente da almeno 3 mesi)</li> <li>- presenza di sangue occulto nelle feci</li> <li>- deficit di IgA (IgA &lt;10 mg/dl)</li> <li>- deficit di acido folico</li> <li>- deficit di B12</li> </ul>
<b>Sintomi extraintestinali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stomatite aftosa ricorrente</li> <li>- lesioni dello smalto dentario</li> <li>- dermatite erpetiforme di Duhring</li> <li>- vitiligine</li> <li>- orticaria cronica</li> <li>- dermatite atopica</li> <li>- psoriasi</li> <li>- alopecia</li> <li>- ittiosi</li> <li>- uveite bilaterale</li> <li>- epilessia occipitale, epilessie intrattabili, epilessie con calcificazioni endocraniche</li> <li>- fratture spontanee e osteoporotiche, osteoporosi e osteomalacia, rachitismo</li> <li>- disturbi del comportamento (astenia, depressione, irritabilità, sbalzi di umore)</li> <li>- atassia</li> </ul>

**FIGURA 1: ITER DIAGNOSTICO UTILIZZATO PER I CASI DUBBI O BORDERLINE****TABELLA 2: BAMBINI ARRUOLATI NELLO STUDIO, CONFERME DIAGNOSTICHE E PERCENTUALI PER MOTIVO DI ARRUOLAMENTO (SEGNI E SINTOMI)**

	PAZIENTI SCREENATI	CELIACI	%
Deficit di crescita	144	7	4,86
Sintomi gastrointestinali	103	4	3,88
Malattie genetiche	12	1	8,33
Malattie autoimmunitarie	21	1	4,76
Familiarità	32	1	3,12
Anemia sideropenica	38	2	5,26
Sintomi extraintestinali	39	0	0
<b>Totale</b>	<b>389</b>	<b>16</b>	<b>4,11</b>

È stato preceduto da una serie di incontri tra tutti i partecipanti tesi ad approfondire le reciproche necessità formative, a concordare le definizioni cliniche necessarie e le modalità di follow-up clinico e diagnostico dei nuovi pazienti.

Una griglia, preparata sulla base della letteratura più recente, validata dagli esperti dell'ospedale scelto per la conferma biotica e contenente i principali segni e sintomi di malattia celiaca (tabella 1), è stata utilizzata come strumento ap-

plicativo pratico, necessario per l'individuazione dei casi sospetti [2,3,6,8-16].

Tutti i bambini che si sono recati dal proprio pediatra per qualsiasi motivo durante il periodo stabilito, e che rientravano in almeno uno dei criteri di inclusione della griglia, sono stati arruolati nello studio.

Ognuno di loro è stato sottoposto, in uno dei due laboratori di riferimento, alla ricerca dei soli anticorpi antitransglutaminasi (IgA e IgG), utilizzando dei kit

allestiti con transglutaminasi ricombinante umana [2,7,17].

I pazienti risultati positivi agli anticorpi antitransglutaminasi sono stati inviati al Centro di III livello (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste) per eseguire la biopsia intestinale. Sono stati sottoposti, a cura del Centro stesso, alla determinazione dell'assetto genetico (DQ2-DQ8) e ad altre indagini di laboratorio per evidenziare l'eventuale compresenza di complicanze a carico di altri organi o apparati. I casi dubbi o borderline sono stati inseriti nell'iter diagnostico illustrato nella figura 1. Per ogni paziente arruolato il medico doveva compilare una scheda, contenente dati anagrafici e clinici, il motivo di invio, i risultati degli esami eseguiti e l'esito dell'eventuale biopsia.

## Risultati

All'inizio della ricerca i 21 pediatri ricercatori seguivano 20.989 bambini e avevano in carico 19 pazienti celiaci, con una prevalenza di 1:1104. Durante lo studio sono stati visitati 18.919 bambini, pari al 90% della popolazione seguita.

Sono stati arruolati 389 bambini che sono stati sottoposti alla ricerca anticorpale, pari al 2% dei bambini visitati (media di 18,8 pazienti/pediatra, con range 5-46).

I principali motivi di arruolamento sono stati i seguenti: deficit di crescita (144 pazienti, pari al 37%); sintomi gastrointestinali (103, pari al 26,4%); sintomi extraintestinali (39 pazienti, pari al 10%); anomalie di laboratorio (tutte anemie sideropeniche, in 38 pazienti, pari al 9,7%); familiarità (32 pazienti, pari all'8,2%); malattie autoimmunitarie (21 pazienti, pari al 5,3%) e malattie genetiche (12 pazienti, pari al 3%).

Dei 389 pazienti sottoposti allo studio sierologico, 18 sono risultati positivi agli anticorpi antitransglutaminasi e quindi inviati alla biopsia (4,6%). La biopsia intestinale ha confermato la diagnosi in 16 pazienti, di cui 14 con assetto genetico DQ2+, considerato predisponente allo sviluppo della malattia celiaca. In due pazienti la biopsia e l'assetto genetico sono risultati entrambi negativi.

L'età media dei pazienti al momento della diagnosi è risultata di 6 anni e mezzo (78 mesi con range da 14 a 170). Dei 18 bambini con positività delle transglutaminasi, 9 sono stati arruolati per

**TABELLA 3: PREVALENZA DELLA CELIACHIA PER TIPO DI SEGNO-SINTOMO DI SOSPETTO**

Studio	ARP Vicenza			ACP Milano			ACP Asolo			Totale 3 studi		
	testati	celiaci	prev.	testati	celiaci	prev.	testati	celiaci	prev.	testati	celiaci	prev.
Deficit crescita	105	8	7,6	122	1	0,8	144	7	4,9	371	16	4,31
DAR	45	3	6,6	117	1	0,8	103	4	3,9	265	8	3,02
Anemia sideropenica	17	4	23,5	14	3	21,4	38	2	5,3	69	9	13,04
Stomatite ricorr./afte recidiv.	17	0	0	19	1	5,3	–	–	–	36	1	2,78
Ipoplasia smalto dentario	7	0	0	4	0	0	–	–	–	11	0	0,00
Aumento transaminasi	2	0	0	–	–	–	–	–	–	2	0	0,00
Deficit IgA	3	0	0	3	0	0	–	–	–	6	0	0,00
Malattie autoimmuni	19	1	5,2	–	–	–	21	1	4,8	40	2	5,00
Sindrome di Down	11	1	9,9	10	1	10	12	1	8,3	33	3	9,09
Familiarità di primo grado	14	2	7,1	11	0	0	32	1	3,1	57	3	5,26
<b>Totale</b>	<b>240</b>	<b>18</b>	<b>7,5</b>	<b>300</b>	<b>7</b>	<b>2,3</b>	<b>350</b>	<b>16</b>	<b>4,1</b>	<b>890</b>	<b>41</b>	<b>4,61</b>

**TABELLA 4: RIASSUNTO DELLA RICERCA**

<b>Situazione all'inizio dello studio</b>	Bambini seguiti da 21 pediatri	20.989 (100%)
	Bambini in carico per celiachia	19
	Prevalenza	1:1104
<b>Durante lo studio</b>	Bambini controllati	18.919 (90%)
	Bambini arruolati	389
	Positivi agli anticorpi antitransglutaminasi	16
<b>Prevalenza a fine studio</b>		<b>1:600</b>

deficit di crescita (50%), 4 per sintomi gastrointestinali (22,2%), 2 per anomalie di laboratorio/anemia sideropenica (11,1%), 1 per malattie autoimmunitarie/diabete insulino-dipendente (5,55%), 1 per familiarità (5,55%) e 1 per sintomi extraintestinali/astenia (5,55%); 2 dei 9 pazienti arruolati per deficit di crescita e positivi alle transglutaminasi hanno avuto la biopsia intestinale negativa (tabella 2).

Il riscontro di 16 nuovi pazienti celiaci, sommati ai 19 già in carico ai pediatri partecipanti allo studio, porta a 35 il numero dei celiaci pediatrici attuali della nostra zona. La prevalenza della malattia celiaca è pertanto passata dal valore iniziale di 1:1104 a quello finale di 1:600 (tabella 4).

### Discussione e conclusioni

Le segnalazioni della letteratura indicanti la celiachia come malattia sottodiagno-

sticata vengono confermate dai risultati di questa ricerca. In un anno di studio sono stati diagnosticati 16 celiaci, e ciò ha determinato un significativo aumento della prevalenza di questa patologia all'interno della nostra popolazione pediatrica. Quanto ai vari segni e sintomi considerati come criteri di inclusione, il gruppo in cui la malattia è risultata maggiormente presente è rappresentato dalle malattie genetiche e dalle anomalie di laboratorio (esclusivamente anemia sideropenica), come già evidenziato da altri studi [8-18-19]. Da un'analisi comparata con altri due studi con obiettivi e setting simili a questo [8], pubblicati in Italia (tabella 3), emerge come i criteri che hanno permesso di identificare il maggior numero di pazienti celiaci, oltre ai classici difetti di accrescimento, siano rappresentati sempre dalla presenza di una malattia genetica o di una malattia autoimmune e dalla presenza di una ane-

mia sideropenica. In particolare, dall'analisi cumulativa dei dati dei due studi citati e del nostro, nei pazienti con sindrome di Down la prevalenza di celiachia risulta pari al 9,09% e nei pazienti con anemia sideropenica pari al 13,04% (con variazioni ampie dovute verosimilmente alle differenze tra i valori di cut-off utilizzati) (tabella 3) [8-19].

Nonostante l'incremento di diagnosi effettuate, la prevalenza della celiachia di questa popolazione rimane ancora lontana da quella emersa da altri studi, dimostrando come l'attenzione verso i sintomi di tale patologia non sia risultata ancora ottimale tra i pediatri partecipanti alla ricerca. Tale sensazione è confortata dall'analisi delle schede inviate da ciascun pediatra partecipante. La grande variabilità del numero di pazienti reclutati da ciascun pediatra, indipendentemente dal numero di assistiti in carico e realmente visitati nel periodo in esame, ci conferma come possano essere ancora molti i celiaci non diagnosticati nella nostra popolazione. Una maggiore e più costante attenzione nei confronti di tutti i segni e sintomi raccolti nella griglia utilizzata da parte di tutti i pediatri partecipanti allo studio avrebbe probabilmente permesso di aumentare ulteriormente il numero delle diagnosi.

Riteniamo tuttavia che l'utilità dello studio effettuato sia molteplice. Innanzitutto risulta chiaro come la scelta di un unico esame abbia dimostrato la sua utilità, sia



per il suo valore predittivo positivo, che è risultato pari a 0,89, sia per il suo relativo basso costo. È d'altra parte confermato anche dalla letteratura più recente come questo, al momento attuale, sia l'esame non invasivo più indicato per sensibilità e specificità. Inoltre riteniamo che la partecipazione allo studio da parte di un numero elevato di pediatri di famiglia sia stata per essi uno stimolo formativo molto valido, i cui risultati si sono riversati immediatamente nella pratica clinica dei singoli partecipanti, e quindi in un maggior livello di attenzione verso i sintomi e segni minori che possono sottendere una celiachia.

A conferma di ciò segnaliamo come, nei due anni successivi allo studio, i pediatri che hanno partecipato alla ricerca abbiano identificato altri 13 bambini celiaci, portando così la prevalenza della patologia a 1:434. Va inoltre valutata positivamente la stretta collaborazione che si è creata in tale occasione tra medici di laboratorio e pediatri, che ha permesso la buona riuscita dello studio e che anche in futuro renderà più agevole il lavoro di entrambi, a vantaggio della salute dei bambini.

Infine, va sottolineato l'impegno dei ricercatori a:

- ▶ seguire nel tempo questi nuovi pazienti, sia da un punto di vista clinico, sia supportando le loro famiglie nelle scelte alimentari che tale tipo di diagnosi richiede, in collaborazione con l'Associazione Italiana Celiachia e i locali servizi di mensa scolastica;
- ▶ fornire dei consigli riguardo alla necessità di screenare tutti i familiari di primo grado per la celiachia (tramite la determinazione degli anticorpi anti-transglutaminasi e dell'assetto genetico DQ2+), in stretta collaborazione con i loro medici curanti.

### **Pediatri di famiglia partecipanti**

Fabiola Banchetti, Giustina Bonato, Miriana Callegari, Lorenzo Dal Lago, Daniela Dalla Pozza, Fabio Dell'Antonia, Marilena De Santi, Patrizia Gaiotti, Patrizia Gobbi, Maria Rosaria Macchia, Silvana Mastropimiano, Giuseppe Matteoli, Camilla Montini, Loredana Murgia, Carmela Palmieri, Franco Pomiatto, Maria Elena Seminara, Giacomo Toffol, Gaetano Tringali, Alessandro Zini, Maria Luisa Zuccolo.

### **Medici di laboratorio**

M. Pradella, P. Clemen (Laboratorio analisi, Ospedale di Castelfranco Veneto); D. Infantolino (Anatomia Patologica, Ospedale di Castelfranco Veneto); G.P. Piaserico (Laboratorio analisi, Ospedale di Montebelluna). ♦

**Gli Autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interesse.**

### **Bibliografia**

- [1] Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001;120:636-51.
- [2] Ventura A. et al. Tre regole per tre malattie: diarrea acuta, dolori addominali ricorrenti, celiachia. *Medico e Bambino* 2001;10:675-81.
- [3] Tommasini A, Not T, et al. Malattia celiaca: tra passato e futuro, Prospettive in Pediatria 1999; 29:181-96.
- [4] Bontems P, Deprettere A, et al. L'iceberg celiaco. *Bambini e nutrizione* 2000;4:168-73.
- [5] Ventura A. Progressi e delusioni in gastroenterologia, *Medico e Bambino* 2001;3(suppl.):22.
- [6] Greco L, Errichiello S. Celiachia: dove si nasconde? *Medico e Bambino* 2001;7:437-47.
- [7] Di Domenico, Annaluisa, Pluvio, et al. Ruolo degli anticorpi antiendomio e antitransglutaminasi nella diagnosi e follow-up della malattia celiaca, *Ped Med Chir* 2002;24:208-12.
- [8] Narducci M, Mauri L, Castelli L. Un percorso formativo per la ricerca dei celiaci ignoti. *Quaderni acp* 2001;6:46-8.
- [9] Lombardo T, Ximenes B, Ferro G. Hypochromic microcytic anemia as a clinical presentation of celiac disease. *Clin Lab* 2006;52:231-6.
- [10] Zbikowska-Bojko M, Szaflarska-Poplawska A, Pilecki O, et al. Selected aspects of the epidemiological analysis of celiac disease and diabetes mellitus type 1 coexistence in children and youth. *Pol Merkuriusz Lek* 2006;20:322-5.
- [11] van Heel DA, West J. Recent advances in coeliac disease. *Gut* 2006;55:1037-46.
- [12] Humbert P, Pelletier F, Dreno B, et al. Gluten intolerance and skin diseases. *Eur J Dermatol* 2006;1:4-11.
- [13] Arslan N, Buyukgebiz B, Ozturk Y, et al. The prevalence of liver function abnormalities in pediatric celiac disease patients and its relation with intestinal biopsy findings. *Acta Gastroenterol Belg*. 2005;4:24-7.
- [14] Nishihara RM, Kotze LM, Utiyama SR, et al. Celiac disease in children and adolescents with Down syndrome. *J Pediatr* 2005;5:373-6.
- [15] Meize-Grochowski R. Celiac disease: a multi-system autoimmune disorder. *Gastroenterol Nurs* 2005;5:394-402.
- [16] Sollid LM, Lie BA. Celiac disease genetics: current concepts and practical applications. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;9:843-51.
- [17] Hill PG, Mc Millan SA. Anti-tissue transglutaminase antibodies and their role in the investigation of coeliac disease. *Ann Clin Biochem* 200;43:105-17.
- [18] Ferrara D, Teresi S, Aloisio A, et al. Studio in pediatria di base della prevalenza della celiachia in soggetti a rischio o con sintomatologia d'allarme. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2002;5 [http://www.medicoebambino.com/?id=RI0201\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RI0201_10.html).
- [19] Andreotti F, Baggiani A, Fusco F, et al. Cercare la celiachia "dentro e fuori" l'intestino. L'esperienza dei pediatri di famiglia dell'ARP Vicenza. *Medico e Bambino* 1999;18:253-5.

## **FIN DA PICCOLI**

Aggiornamenti sulla letteratura  
in tema di interventi  
nei primi anni di vita

numero di gennaio-aprile 2009

### **Sommario**

- Una modifica nella presentazione della Newsletter *Violenza famigliare e psicopatologia infantile*
- Controllo della depressione post-partum con operatori non professionali
- Meglio l'affidamento intrafamigliare quando possibile
- La scarsa compliance del bambino influenza il comportamento della madre

### **Appendice**

- I fattori del successo scolastico
- I maltrattamenti infantili e le conseguenze nell'età adulta
- Better evidence for a better world
- Gap in information should not be an excuse for inaction
- Lettere a FIN DA PICCOLI

### **Hanno collaborato a questo numero**

Giancarlo Biasini  
Francesco Ciotti  
Marina Macchiaiolo  
Stefania Manetti

Se si desidera ricevere la Newsletter scrivere a [info@csbonlus.org](mailto:info@csbonlus.org) o chiamare il n. 040 3220447 indicando di voler ricevere "FIN DA PICCOLI"

**Centro per la Salute del Bambino ONLUS**

Formazione e ricerca per le cure alla Maternità, all'Infanzia e all'Adolescenza

## XXI CONGRESSO NAZIONALE ACP

Cesenatico 8, 9, 10 ottobre 2009

### Concorso per una poesia in dialetto su "Il bambino e il dottore"

I partecipanti al Congresso sono invitati a partecipare a un originale concorso per una poesia in dialetto di qualsiasi regione o subregione italiana dal titolo "Il dottore e il bambino".

Qui sotto, come esempio, trovate una poesia in dialetto romagnolo di Aldo Spallicci, poeta e pediatra, scritta nella prima metà del secolo XX. Le poesie vanno inviate entro il 15 settembre 2009 alla segreteria dell'ACP Romagna [pafabe@libero.it](mailto:pafabe@libero.it)

[pfaberi@ausl-cesena.emr.it](mailto:pfaberi@ausl-cesena.emr.it)

I migliori componimenti verranno letti in occasione della cena sociale di venerdì 9 ottobre 2009.

#### E' dutor e i babin

"Benilda u j è e dutor!"

e è passared l'è dvin'te mot'd fati  
coma propi s'l l'avess vest comparì  
l'ombra dè cazador.

L'era è mostar dal fol;  
I babin j era armett coma inciudè  
E int è bur u s' sinteva barbutlè  
solamanet è paròl.

Sota è lun ad petroli  
è dutor u s'fa sora e maladin,  
oh, l'è è faichet ch'l'ingranfa un por uslin  
ch' l'ha ancora al bucaroli.

E' guerda, è tasta, è scolta  
L'urecia sora é cor. Lò da è gargòzz  
I tira so un suspir, e pu un singiòzz.  
I smola un a la volta.

Eco è barbon dla fola  
e ved arluser int la cambra bura  
di grend òcc spalanché par la paura  
coma al bres int l' urola

Aldo Spallicci

#### Il dottore e i bambini

"Benilde c'è il dottore!"

E il passareto è diventato muto d'un tratto  
come se avesse visto comparire  
l'ombra del cacciatore.

Era il mostro delle favole;  
I bambini erano rimasti come inchiodati  
e nel buio di sentiva solamente  
il borbottio del paiolo.

Sotto il lume a petrolio  
il dottor si fa sopra il malatino:  
oh, è il falchetto che ingraffa un povero uccellino  
che ha ancora le boccarole. \*

Guarda, tasta, ascolta  
con l'orecchio sul cuore.  
Loro dalla gola  
traggono un sospiro e poi un singhiozzo  
emettono uno alla volta.

Ecco il barbone della favola  
vede rilucere nella camera buia  
dei grandi occhi spalancati per la paura  
come la brace sul focolare.

\* Membrane agli angoli della bocca degli uccelli da nido.

## XXI CONGRESSO NAZIONALE ACP

Cesenatico, 8-9-10 ottobre 2009, Colonia AGIP

### Programma preliminare

#### Precongresso dedicato ai 10 anni di Nati per Leggere

##### Giovedì 8 ottobre

ore 10,30-13,00

Sessione dedicata ai 10 anni di Nati per Leggere (1999-2009)  
Modera: G. Biasini (Cesena)

Nascita e sviluppo di Npl  
G. Tamburlini (ACP); I. Poggiali (AIB);  
G. Biasini (CSB)

L'attitudine alla lettura in famiglia in Italia  
L. Ronfani (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)  
I progetti locali. Rilevazione del 2008  
G. Malgaroli (AIB)

Alcuni dati sul progetto "Reach Out and Read" in USA e gli sviluppi recenti delle evidenze scientifiche  
B. Zuckerman (Boston)

Presentazione dei libri in edizione speciale e della bibliografia "Guida per genitori e futuri lettori"

N. Benati (AIB); A. Sila (CSB)

Presentazione del video Nati per Leggere

#### XXI Congresso nazionale ACP

ore 14,30

Aperitivo di benvenuto ai partecipanti  
ore 15,00 Apertura XXI Congresso ACP  
Saluti di benvenuto

Modera: G. Tamburlini (Trieste)

ore 15,30-18,30  
NUOVE PROSPETTIVE IN TERAPIA

Nuove prospettive sull'impiego delle cellule staminali in pediatria  
(A. Biondi, Monza)

Stato dell'arte e nuove prospettive nel trattamento della celiachia  
(L. Greco, Napoli)

Nuove strategie nel trattamento del diabete infantile  
(M. Pocecco, Cesena)

ore 18,30 Presentazione della mostra a cura di G. Cerasoli "Colonia di vacanza per bambini"  
(V. Balducci, Bologna)

#### Venerdì 9 ottobre

ore 9,00-11,00

##### RICERCA E SALUTE

Modera: M. Bonati (Milano)

Ricerca clinica e organizzativa in ambito perinatale con l'utilizzo dei dati correnti  
(D. Baronciani, Modena)

I pediatri sanno prescrivere gli antibiotici? Una ricerca in pediatria di famiglia  
(A. Nova, Monza)

Serve il beclometasone nella profilassi del wheezing virale. Una proposta di ricerca  
(A. Clavenna, Milano)

La gestione dell'asma persistente da parte del pediatra ambulatoriale: un confronto europeo  
(L. Reali, Roma)

La gestione del testicolo ritenuto: confronto tra linee guida e pratica clinica  
(F. Marchetti, Trieste)

ore 11,00-13,00 TAVOLA ROTONDA

Introduce, coordina e modera: F. Carugati (Bologna)

L'"età invisibile": fattori protettivi, fattori di rischio e sensori del disagio nell'età fra 11 e 14 anni

Partecipano F. Mazzini (adolescentologo ASL Cesena), M. Gaggi (Servizi sociali, Comune di Cesena), L. Giornelli (Insegnante, Cesenatico) e rappresentanti dell'associazionismo giovanile

##### Colazione di lavoro

ore 14,30

IL PROTOCOLLO D'INTESA UNICEF-ACP  
(L. Baldassarre, L. Speri, M. Gangemi)

ore 15,30 Coffe-break

ore 16,00-19,00 **Assemblea dei soci**

Relazione di fine mandato del presidente uscente (M. Gangemi, Verona)

Elezione del presidente di quattro componenti il consiglio direttivo

ore 21,00 *Cena sociale*

Proclamazione degli eletti.

Letture delle poesie segnalate nel concorso di poesia "Il bambino e il dottore"  
(Bando nella colonna a fianco)

#### Sabato 10 ottobre

ore 9,00-13,00

DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN PEDIATRIA  
Modera A. Biasini (Cesena)

Gli esami di laboratorio dirimenti nella pratica clinica (R. Dorizzi, A.V. Romagna)

Tecniche nuove in radiologia pediatrica  
(P.P. Guastalla, Trieste)

ore 11,00-13,00

##### GRUPPI DI LAVORO SUL SAPER FARE

Ad ogni gruppo parteciperà uno specializzando come discutant

Il self help dermatologico per il pediatra  
(F. Arcangeli, Cesena. C. Geraci)

Saper utilizzare BMI e curve di crescita per la valutazione dell'eccesso ponderale  
(M. Iaia, Cesena. E. Gubellini)

Neurologia pratica per il pediatra  
(E. Del Giudice, Napoli. L. Juliano)

La salute orale del bambino (M. Cagetti, Milano)

La gestione del dolore nel bambino  
(L. De Seta, Napoli. MT. Russo)

##### Colazione di lavoro

ore 14,30-17,30

COME SONO CAMBIATE LE CURE PER I BAMBINI NEGLI ULTIMI 10 ANNI

Modera: M. Gangemi (Verona)  
Come è cambiata la salute di una comunità  
(M. Farneti, Cesena)

Come è cambiata la dermatologia pediatrica negli ultimi 10 anni (F. Arcangeli, Cesena)

Come è cambiata la chirurgia per i bambini negli ultimi 10 anni (G. Ricciperitoni, Milano)

Come è cambiato l'utilizzo dei farmaci nei bambini negli ultimi 10 anni (M. Bonati, Milano)

Come è cambiata la cultura ecologica dei pediatri negli ultimi 10 anni (G. Toffol, Asolo)

ore 18,00

Cosa abbiamo imparato  
(L. Piermarini, Terni)

# Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero

\*Paolo Siani, \*Fabio Antonelli, \*\*Domenico Aronne, \*\*\*Gennaro Savoia, \*\*Bruno Del Prato

\*UOC Pediatria, Dipartimento Materno-infantile; \*\*Servizio Endoscopia Bronchiale; \*\*\*UOC Anestesia e Rianimazione pediatrica, AORN "A. Cardarelli", Napoli

## Abstract

### Foreign object inhalation in paediatric age: the experience of an hospital team

**Objective** A foreign body inhalation is a paediatric emergency. The clinical and radiological presentation can be various. No imaging technique can be really completely diagnostic. Thus bronchoscopy is necessary for diagnostic and therapeutic purposes. A team has been created for this kind of emergency, made of paediatricians, radiologists, pneumologists and anesthesiology specialists.

**Methods** 125 patients from 1998 to 2007 with a suspect of foreign body inhalation were evaluated retrospectively. The clinical, radiological and therapeutic approach was evaluated.

**Results** 67.6% of the 125 patients enrolled were males with mean age of 34.9 months. The most representative age was 19-24 months. 32% had a normal chest X-ray; 22% had a chest x-ray with pneumonia; 20% with obstructive emphysema; 8% atelectasis, 5% pneumomediastinum. 5% of patients showed associated diagnosis. In the 8% the foreign body was opaque at the X-ray. 67% of foreign bodies were food (nuts, small candies, small pasta), 22% plastic objects, 5% metallic objects, 6% various objects. 130 bronchoscopies were done: 60 with flexible bronchoscopy, 50 with a rigid one. 120 bronchoscopies in general sedation and 10 with local sedation in children aged more than 10 years old.

**Conclusions** Bronchoscopy is the only exam necessary for diagnostic purposes if there is a clinical suspect of foreign body inhalation. Children with the suspect of a foreign body inhalation can be better evaluated by a specialists team.

Quaderni acp 2009; 16(2): 57-59

**Key words** Foreign object. Inhalation. Bronchoscopy

**Obiettivi** L'inalazione di un corpo estraneo (CE) rappresenta una grave emergenza pediatrica. Il quadro clinico e radiologico con cui si presenta può essere multiforme. Nel caso di un sospetto clinico nessuna tecnica di imaging è totalmente diagnostica. È quindi necessario ricorrere alla broncoscopia per la diagnosi ed eventualmente per la terapia. Per affrontare una tale emergenza è stato istituito un team composto da pediatri, radiologi, pneumologi interventisti e anestesisti, del quale viene valutata l'attività.

**Metodi** Sono stati valutati retrospettivamente 125 pazienti giunti alla osservazione del team dal 1998 al 2007 con sintomi suggestivi per inalazione di CE. Sono stati valutati i metodi clinici, radiologici e gli interventi adottati.

**Risultati** Dei 125 pazienti coinvolti nello studio il 67,6% era di sesso maschile con un'età media di 34,9 mesi. La fascia di età 19-24 mesi è quella maggiormente rappresentata. I quadri radiologici riscontrati sono stati i seguenti: radiografia del torace normale nel 32%, con quadro di polmonite nel 22%, di enfisema ostruttivo nel 20%, di atelektasia nell'8%, di pneumomediastino nel 5%. Reperti associati sono stati osservati nel 5%. Il corpo estraneo era radiopaco nell'8%. Sono stati estratti CE di tipo alimentare (67%) (arachidi, confetti, pasta), CE in plastica (22%), CE metallici 5% e CE vari (6%). Sono state praticate 130 bronchoscopia: 60 con broncoscopio flessibile, 50 con broncoscopio rigido e flessibile e 20 con broncoscopio rigido. 120 endoscopia in anestesia generale e 10 in anestesia locale in bambini di età superiore a 10 anni.

**Conclusioni** Nel caso di un sospetto clinico di inalazione di CE l'unico esame che può dirimere ogni dubbio è la broncoscopia, e l'applicazione di un percorso diagnostico-terapeutico che coinvolge più figure professionali consente di trattare in maniera adeguata i bambini con sospetta inalazione di CE.

**Parole chiave** Corpo estraneo. Inalazione di corpo estraneo. Broncoscopia

## Background

L'inalazione di corpo estraneo (CE) è una comune e grave emergenza nei bambini. Può condurre alla morte o a complicanze comunque minacciose per la vita [1]. Il quadro clinico acuto più frequente è la sindrome da inalazione, caratterizzata da tosse accessionale e dispnea ingra- vescente per spasmo della glottide.

La sintomatologia può manifestarsi anche a distanza di tempo e i quadri clinici e radiologici possono essere multiformi. Più il corpo estraneo si dispone distalmente lungo l'albero bronchiale, più i sintomi si attenuano e possono scomparire.

I genitori effettuano spesso, nel momento della inalazione, alcune manovre: per esempio tentano di estrarre il CE con le mani o pongono il lattante a testa in giù e danno colpi sulla schiena. Queste manovre possono favorire una maggiore penetrazione nell'albero tracheo-bronchiale.

L'evento quindi può presentarsi come un episodio acuto e drammatico con dispnea e/o cianosi e tosse imponente (sindrome da inalazione o *stadio 1*) che in alcuni casi porta a espulsione del CE e, in altri casi, a completa ostruzione delle vie aeree con asfissia. Poiché manca spesso un testimone dell'evento inalatorio, i genitori non possono riferire questa sintomatologia, o sottovalutano l'importanza dell'episodio, se questo è meno clamoroso, e lo ricostruiscono solo dopo aver visto il CE estratto [2-3].

In altri casi il CE si fissa nell'albero tracheo-bronchiale. La sintomatologia si riduce o scompare e può ripresentarsi a distanza variabile dall'inalazione in caso di mobilitazione del CE cosiddetto "ballerino" (*stadio 2*).

Può infine esservi un'assenza di sintomi anche protratta ("CE misconosciuto" o *stadio 3*), con comparsa di complicanze tardive dimostrate radiologicamente. Queste sono processi broncopneumonitici, accessi polmonari, emoftoe, bronchiectasie.

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

research letters

I segni indiretti della presenza di un CE nelle vie aeree (air trapping, sbandamento del mediastino) possono essere radiologicamente dimostrabili talora solo con opportuni accorgimenti: radiogramma eseguito durante la fase espiratoria o in decubito laterale. Nessuna tecnica di imaging è, però, totalmente diagnostica, per cui è necessario ricorrere alla broncoscopia per la diagnosi ed eventualmente per la rimozione.

Circa i 2/3 delle inalazioni si verificano nei maschi, in particolare tra 14 e 36 mesi. Questo perché, in questa età, sono presenti due importanti fattori di rischio: l'inizio della deambulazione autonoma e la fase orale. Il bambino tende a muoversi e giocare durante il pasto, e questo fattore aggiunto all'incompleto controllo del meccanismo della deglutizione genera una maggiore probabilità di inalazione. I materiali più comunemente inalati sono frammenti di cibo e piccole parti in plastica dei giocattoli. I CE alimentari, arachidi, noci, semi di agrumi, legumi, oltre a costituire di per sé un ostacolo alla ventilazione, possono successivamente aumentare di volume a contatto con le secrezioni bronchiali e quindi peggiorare l'ostruzione o possono rilasciare irritanti (sostanze oleose contenute nelle arachidi) con reazione infiammatoria cronica fino alla formazione di vere e proprie reazioni granulomatose nel punto di impianto. La presenza di tessuto di granulazione esuberante con facile iperemia e sanguinamento può mascherare il CE e indurre a errori diagnostici, poiché la diagnosi differenziale chiama in causa la tubercolosi endobronchiale, altri processi infettivi infiammatori o quadri endoscopici di neoplasie endobronchiali. Il broncoscopio rigido è unanimemente riconosciuto come lo strumento di elezione per rimuovere i CE inalati dai bambini.

La broncoscopia flessibile può essere praticata, come prima indagine, nei bambini e nei giovani per meglio localizzare un CE soprattutto quando i dati clinici e anamnestici non sono dirimenti. Dopo la sua localizzazione, si deve ricorrere alla effettuazione tempestiva di una broncoscopia rigida da parte della stessa équipe. È possibile praticare in giovani o ragazzi sopra i 10 anni, quindi con un albero tracheobronchiale per dimensioni quasi simile a quello dell'adulto, una bronco-

scopia flessibile terapeutica utilizzando gli stessi strumenti in uso nell'adulto (video-broncoscopi e broncoscopi flessibili con diametro esterno di 5-5,2 mm e canale operativo interno di 2-2,2 mm). Tali strumenti permettono, con tutti i limiti della operatività con broncoscopio flessibile, l'uso di pinze ed estrattori a cestello sicuramente più idonei alla estrazione di CE soprattutto di natura metallica o solida e di facile presa.

### Obiettivo e metodi

Sono stati valutati retrospettivamente tutti i casi di pazienti giunti alla nostra osservazione dal 1998 al 2007, nella UOC Pediatria dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli con sintomi suggestivi per inalazione di CE.

L'obiettivo era quello di valutare l'età e il sesso maggiormente coinvolti in tale patologia, analizzare i quadri clinici e radiologici di presentazione e valutare le modalità con le quali i pazienti sono stati trattati.

### Risultati

I casi osservati nel periodo 1998-2007 sono stati 125. Il 67,6% era di sesso maschile con un'età media di 34,9 mesi. La fascia di età maggiormente rappresentata (38,2%) è quella fra 19 e 24 mesi in accordo con i dati della letteratura [1]. Il sospetto diagnostico di inalazione di CE è stato posto dopo valutazione anamnestica, clinica e radiologica secondo le metodologie sopra indicate.

Nello stadio 1 rientravano 31 pazienti, 41 nello stadio 2, 53 nello stadio 3.

Nella maggior parte dei casi (87,5%) è stata praticata solo la radiografia standard del torace; nel 12,5% dei casi è stata praticata anche la TC torace.

Per quanto riguarda i quadri radiologici (radiografia standard del torace in espirazione) è stata rilevata la distribuzione riportata nella *tabella 1*.

Sono state praticate 130 broncoscopie nei 125 pazienti. Di queste 60 con broncoscopio flessibile, 20 con broncoscopio rigido, 50 con broncoscopio rigido e flessibile.

Dei 130 esami endoscopici 120 sono stati praticati in anestesia generale e 10 in anestesia locale in bambini di età superiore a 10 anni.

La broncoscopia è stata effettuata in anestesia generale (con *Propofol*), previa

anestesia locale delle alte vie respiratorie (laringe e trachea) con lidocaina all'1-2% (la dose totale di lidocaina non deve essere superiore a 5 mg/kg). La metodica permette una sicura e agevole operatività con un migliore controllo della ventilazione e aspirazione delle secrezioni e consente di utilizzare pinze di varie misure per l'asportazione. In ogni caso al suo interno si può comunque introdurre un fibroscopio flessibile.

Gli esami strumentali con il solo broncoscopio flessibile sono stati praticati soprattutto in piccoli pazienti dove il sospetto di CE era basso o comunque con quadri radiologici di addensamenti persistenti o a lenta risoluzione, e dove tra le diagnosi differenziali veniva proposta la possibile pregressa inalazione di un CE (soprattutto materiale alimentare) mai in piccoli pazienti con forte sospetto di inalazione di CE. In un solo caso il CE è stato ritrovato in laringe (*figura 1*); negli altri casi sempre nei bronchi.

La maggior parte dei CE era di tipo alimentare: arachidi, confetti, pastina; seguivano quelli di plastica: per lo più frammenti di giocattoli; poi quelli di metallo (*tabella 2* e *figure 1* e *2*). Il 75% delle broncoscopie è stato effettuato entro 24 ore dall'inalazione o dal ricovero in ospedale.

### Conclusioni

Lo studio conferma, come già segnalato in letteratura, che i maschi sono maggiormente a rischio per tale patologia e che l'età 19-24 mesi è quella in cui i bambini sono più frequentemente esposti [1]. Particolare attenzione va posta al racconto dei genitori, all'esordio clinico e al quadro radiologico: infatti in circa 1/3 (32%) della nostra casistica la radiografia del torace era risultata negativa. Da sottolineare inoltre come, dietro un quadro di polmonite a lenta risoluzione (da noi osservato), possa esservi stata una inalazione di CE. Infine il quadro di enfisema ostruttivo (meccanismo a valvola del CE) è molto più comune di un quadro di atelettasia (*tabella 1*).

L'istituzione di un team composto da pediatri, radiologi, pneumologi interventisti e anestesisti ha permesso di realizzare un preciso iter diagnostico (esami preparatori per eventuale anestesia, paziente tenuto a digiuno) e terapeutico (bronco-

**TABELLA 1: QUADRI ALLA RADIOGRAFIA DEL TORACE STANDARD**

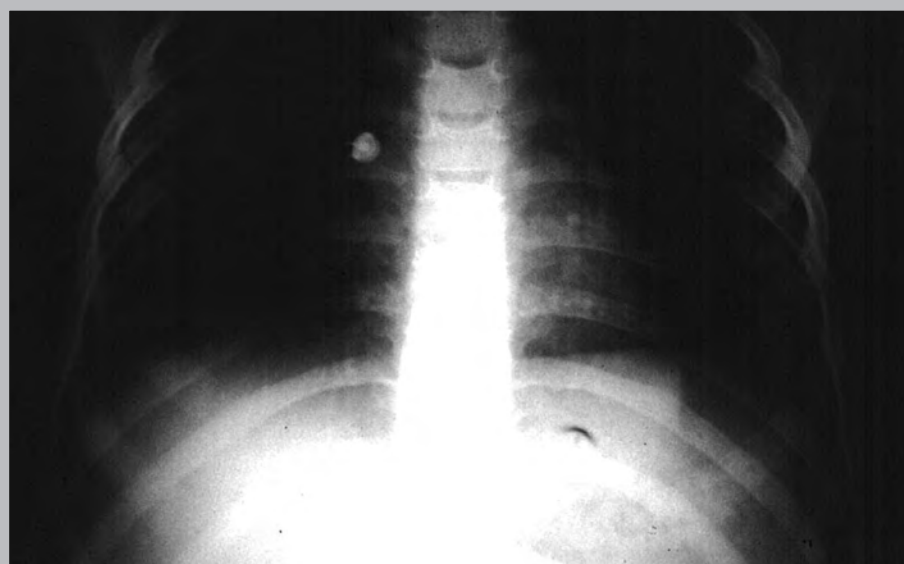
Normale	32%
Polmonite	22%
Enfisema ostruttivo	20%
Immagine radiopaca da CE	8%
Atelettasia	8%
Pneumomediastino	5%
Quadri associati	5%

**TABELLA 2: TIPO DI CE ESTRATTI**

CE alimentari (arachidi, confetti, pasta)	67%
CE di plastica, frammenti di giocattoli	22%
CE metallici	5%
CE vari	6%

**FIGURA 1**

In corrispondenza della porzione media della laringe si evidenzia un corpo estraneo a densità metallica senza alterazione della trasparenza polmonare.

**FIGURA 2**

Presenza di corpo estraneo a densità radiopaca sulla sede proiettiva del tratto distale del bronco principale di destra.

scopia anche d'urgenza) che ci consente di intervenire tempestivamente in qualsiasi momento della giornata per affrontare questa urgenza pediatrica. Come si è detto sopra, il 75% delle broncoscopie è stato effettuato entro 24 ore dall'inhalazione o dal ricovero in ospedale. ◆

**Gli Autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interesse.**

#### Bibliografia

- [1] Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, et al. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. *Chest* 1999; 115:1357-62.
- [2] Gregori D, Salerni L, Scarinzi C, et al. Foreign bodies in the upper airways complications and requiring hospitalization in children aged 0-14 years: results from the ESFBI study. *Eur Arch Otorhin* 2008; 265:971-9.
- [3] Hui H, Zhijun CJ, Fugao ZG, et al. Therapeutic experience from 1428 patients with pediatric tracheobronchial foreign body. *J Pediatr Surg* 2008;43:718-21.

## COME ISCRIVERSI O RINNOVARE L'ISCRIZIONE ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari.

Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri  
via Montiferru, 6, Narbolia (OR),  
indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota.

Per iscriversi la prima volta, dopo aver versato la quota come sopra indicato,

occorre inviare una richiesta (fax 079 3027041

oppure e-mail: [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it)) con cognome, nome, indirizzo e qualifica.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto di ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo [info@csbonlus.org](mailto:info@csbonlus.org), la Newsletter bimestrale

*La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLI** del

Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto

a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*

e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi

su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce,

l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione,

e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare

a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri.

Per una descrizione più completa si può visitare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it).

# La pedagogia dell'immigrazione

## Un approccio interculturale

Laura Tussi

Docente e giornalista, Istituto Comprensivo Statale, Limbiate (Milano)

### Abstract

#### **Pedagogy of immigration. An intercultural approach**

*School is becoming every day more a place where children from different origins, cultures, nations and experiences encounter themselves. School needs to learn about other worlds and different traditions, about "different" childhoods, more or less different, sometimes difficult to accept and share. Italian children now grow together with other children coming from other countries or born in their country but with different religions, speech and traditions.*

Quaderni acp 2009; 16(2): 60-61

**Keywords** Integration. Acceptance. Solidarity. Diversity

*La scuola contemporanea diventa sempre più un luogo di incontro di bambini e ragazzi che provengono da origini, storie di vita e di esperienze, culture, realtà sociali e Paesi diversi, differenti e dissimili dalla realtà tradizionale dei Paesi d'accoglienza. Sempre più la scuola si confronta con esigenze di conoscenza di altri mondi e di altre infanzie di tipo "diverso", di matrice "altra" caratterizzati da differenze implicite ed esplicite, quindi più o meno evidenti e, a volte, più o meno facili da tollerare, accettare, condividere, mettere in comunicazione e i bambini italiani si trovano a crescere con coetanei che arrivano da altri Paesi, da altre Nazioni, da realtà territoriali "altre", ossia dissimili o che nascono in Italia, ma hanno tradizioni, religioni, lingua, usi e costumi differenti.*

**Parole chiave** Integrazione. Accoglienza. Solidarietà. Diversità

Nel fenomeno immigrazione scaturiscono molteplici fattori cognitivi quali pregiudizi relativi all'ambito della mentalità, dell'intelligenza, delle modalità affettive, alle difese di tipo territoriale, quali le minacce per l'ecosistema, per i nostri privilegi acquisiti come gruppo umano. Lo straniero è fonte di paura per la perdita dei nostri valori e rappresenta uno dei più grandi inviti all'autoeducazione, tramite la pedagogia interculturale, che non esige solo integrazione assimilativa, ma il rispetto del principio di vita nelle diversità e nell'interazione che significa e comporta un riempirsi, rimescolandosi. I principi della pedagogia interculturale sono basati sull'incontro di tre soggettività: noi, loro e i loro figli. L'educatore autoctono è chiamato a integrare l'arricchimento dei propri saperi e a fonderli con l'alterità. L'obiettivo prioritario consiste nel costruire nella scuola e nella società le premesse psicologiche per l'affermazione di tendenze interculturali. Occorre il riconoscimento del diritto alla differenza nel dare risposte efficaci alle esigenze di integrazione. Per attivare l'interazione con lo straniero va manifestato interesse nei suoi confronti, per la

sua storia e per i suoi punti di vista, assumendo atteggiamenti di ascolto.

### **La scuola come modello di integrazione nelle professioni di aiuto**

Il docente davanti all'immigrato può agire secondo tre modalità:

- ▶ osservazione di episodi della vita relazionale (modalità esplorativa);
- ▶ creazione di situazioni più favorevoli perché gli immigrati si sentano accettati (modalità facilitativa);
- ▶ consapevolezza che l'immigrato è portatore di saperi offrendo spunto per riflessioni (modalità interculturale).

Le politiche sociali rivolte alla formazione degli immigrati prevedono la prevenzione dei conflitti e degli antagonismi sul territorio, costruendo modelli locali di integrazione. La pedagogia dell'interazione suscita appunto l'interrelazione e l'interscambio con il riconoscimento dei diritti del diverso tramite l'educazione alla democrazia culturale.

Diversi sono i compiti del docente:

- ▶ conoscenza del mondo dal quale proviene l'immigrato;

- ▶ spiegazione ai genitori che la scuola ha il dovere civile e sociale di occuparsi delle diversità;
- ▶ promozione di attività di formazione che facilitino i successi scolastici dello svantaggiato.

I metodi e i valori dell'intercultura si fondano sulla permeabilità nei confronti dei punti di vista delle forme di pensiero altrui e sulla sintonizzazione con le origini di pensiero formatosi in altri diversi contesti. L'interazione strategica prevede il fare in modo che il confronto tra mentalità differenti dia luogo a un innalzamento non solo della conoscenza reciproca, ma anche del consociarsi per individuare forme superiori di comprensione del mondo, tramite uno stile cognitivo che accetti l'incontro tra le culture come una complessa abitudine dell'intelligenza.

Il campo d'azione della pedagogia interculturale è costituito dalla scuola, dal lavoro, dalle relazioni sociali, dalla vita civile. La legge Martelli del 20 febbraio 1990 stabilisce che l'immigrato diventi cittadino a tutti gli effetti perché gli si chiede di rinunciare alla temporaneità, gli si propone di rinunciare a essere solo lavoratore immigrato. Si diventa neocittadini quando si è soggetti al diritto e quando il luogo diventa una risorsa per progettare un percorso di vita.

### **La pedagogia interculturale**

La scuola deve trattare la diversità etnica come invisibile per concedere e assegnare uguale opportunità. La pedagogia interculturale

- ▶ favorisce l'incontro tra diverse etnie e permette la conoscenza dei valori di altre identità etnolinguistiche;
- ▶ risulta attenta alla riuscita scolastica di chi è a rischio e alla promozione del processo più complesso di integrazione culturale. Il risultato consiste in un'ibridazione perché non si compierà per un immigrato l'assimilazione totale, ma l'integrazione risulta effettuata quando il soggetto ha la consapevolezza che la propria biculturalità non

Per corrispondenza:  
Laura Tussi  
e-mail: [tussi.laura@tiscali.it](mailto:tussi.laura@tiscali.it)

attualità

lo penalizza, ma lo difende e lo accresce;

- ▶ facilita la conoscenza reciproca e la disponibilità al confronto e al cambiamento e fa in modo che le culture differenti convivano senza ignorarsi;
- ▶ deve tener conto di un assetto metodologico e didattico che elimini in ambito educativo l'idea che l'immigrato sia associato al concetto di povertà: vanno sviluppate argomentazioni che richiamino l'attenzione al prestigio di altre culture, tramite la valorizzazione della lingua dei Paesi d'origine attraverso prodotti letterari e poetici, nella consapevolezza che l'esistenza di diversità è un fattore positivo.

Le parole chiave della pedagogia interculturale sono l'accoglienza, la stabilizzazione e la formazione.

L'*accoglienza* è anche cultura autoctona disponibile a confrontarsi con l'alterità: non tanto dovere civile di solidarietà, quanto attenzione ai bisogni e ai diritti, voce delle minoranze etniche. L'*accoglienza* è modalità di "pronto soccorso" e rende meno gravoso il primo impatto con il Paese ospitante; è stile professionale; è strategia non solo dei singoli, ma dell'intera comunità.

La *stabilizzazione* consiste nella ricostruzione del tessuto bi-psicologico, bi-linguistico, bi-etico, in quanto convivenza tra due culture, quella d'origine e quella d'accoglienza, senza la rimozione del passato, ma tramite la conciliazione di due opposti.

La *formazione* è sintesi tra accoglienza e stabilizzazione, per cui l'immigrato cerca sicurezza nei contenuti di formazione. L'incontro fra culture diverse si rivela un'iniziativa relazionale e comunicativa, per cui gli adulti immigrati e i loro figli richiedono l'adozione di specifiche politiche formative.

Con gli adulti immigrati occorre intervenire in maniera compensatoria e relazionale, tramite azioni di alfabetizzazione e di formazione linguistica, ossia attività didattiche che implicano la ridefinizione della metodologia dell'insegnamento.

Per i minori, il Ministero della Pubblica Istruzione ha istituito una commissione nazionale incentrata sull'inserimento degli stranieri nella scuola dell'obbligo. Con il Disegno di Legge 1980 vengono precisati gli elementi di una politica formativa e scolastica in favore degli immigrati, come il rendere più flessibile l'ordinamento scolastico, attivare la semplificazione delle procedure per le iscrizioni, avviare nel curriculum l'insegnamento della lingua e della cultura d'origine, incentivare e favorire l'apertura alle società multiculturali.

## I bambini e la scuola

Il bambino migrante deve conciliare in sé una serie di conflitti che lo spostamento nella spazio geografico introduce nel-

l'ambito corporeo e culturale, linguistico e familiare, un coacervo di traumi causati dal sentimento di perdita e dal sentimento di separazione.

Nello spazio geografico, il bambino immigrato vive esperienze di sradicamento e di perdita di legami con figure parentali di riferimento, in un adattamento forzato agli oggetti diversi, alle persone altre, agli ambienti non conosciuti e privi di familiarità. Questa condizione di provvisorietà spaziale e temporale comporta il vissuto di un presente quale continua attesa che esita in un sentimento di disagio e vergogna per le proprie origini. Nello spazio corporeo la migrazione ha sedimentato problematiche di identità fisica, come la vergogna per il colore della pelle e le caratteristiche dei capelli. Nello spazio linguistico sussiste il problema per il sistema della comunicazione verbale e non verbale. Il bilinguismo può assumere varie caratteristiche:

- ▶ può presentarsi come fattore d'élite, promozionale, arricchente, soprattutto in condizioni privilegiate, in famiglie socialmente favorite;
- ▶ può manifestarsi come popolare, con difficoltà di tipo linguistico, espressivo, sociolinguistico, socioaffettivo e cognitivo;
- ▶ può essere aggiuntivo, manifestandosi nel sistema linguistico del bambino che ha sviluppato una buona competenza nella prima lingua e assume valorizzazione dalla seconda lingua, palesando vantaggi dal punto di vista cognitivo;
- ▶ quando è sottrattivo, il primo idioma non è socialmente valorizzato, con una padronanza ridotta di entrambe le lingue che diventa un semilinguismo deprivante.

Al momento dell'inserimento nelle strutture educative italofone l'interazione tra bambini stranieri e gli adulti italiani è inesistente, eccetto l'esposizione passiva al linguaggio della televisione. Dopo i due anni i bambini stranieri che parlano italiano a scuola, ne riportano le espressioni in famiglia, perché l'italiano occupa lo spazio comunicativo quotidiano. Nel bambino migrante i dispositivi di accoglimento tendono a colmare la carenza linguistica, causa principale dell'insuccesso scolastico. La classe preparatoria, che ha una durata limitata nel tempo evolutivo da sei mesi a sei anni, è situata fuori dal percorso ordinario. Il sostegno linguistico consiste nell'insegnamento della seconda lingua a minori di diverse nazionalità, integrato nel tempo scolastico normale. Le classi bilingue sono rivolte a gruppi con uguale appartenenza nazionale e culturale, dove l'insegnamento è impartito nella lingua del Paese d'origine, contemporaneamente all'insegnamento della lingua del Paese di residenza che diventa in mo-

do progressivo la lingua veicolare dell'insegnamento.

## Adulti e processi formativi

L'immigrato adulto sente il bisogno di comunicare e di apprendere l'insegnamento istituzionalizzato italiano, ma gran parte dei lavoratori stranieri non padroneggia la seconda lingua e acquisisce un italiano di sopravvivenza segnato dall'urgenza comunicativa. La vita si organizza attorno a dei poli sociali linguistici che prevedono l'incontro con i connazionali, gli amici (lingua degli affetti) e il polo del lavoro con obblighi burocratici (lingua dei doveri). Il sistema di comunicazione risulta debole perché compreso da un limitato numero di interlocutori, perché permette di esprimersi riguardo a un numero limitato di argomenti, perché non presenta tecniche verbali per esprimere progetti di valutazione, causando difficoltà di ricerca e mantenimento del lavoro, con infortuni sul lavoro e dipendenza da connazionali che conoscono meglio l'italiano. Secondo i concetti della relazione sociale tra i gruppi, il grado di adattamento linguistico aumenta con la volontà dei gruppi di adattarsi ai valori sociali e alle norme del Paese straniero. Sussistono diverse fasi nel contatto tra gruppi etnici differenti: gli immigrati accettano il ruolo di subordinazione sociale ed economica, imparando la lingua del Paese straniero per la sopravvivenza, senza la convinzione che un maggior apprendimento possa portare a una modificazione di stato. Altre volte la mobilità sociale è il tentativo di acquisire un'identità sociale più positiva, sforzandosi di entrare nel gruppo dominante, nella crescita di consapevolezza che la seconda lingua, vista come mezzo per esprimere rivendicazioni e richieste, annulla le relazioni competitive tra gruppi, con la lingua materna simbolo pregnante di identità collettiva. ♦

### Bibliografia consultata

- Bocchi G, Cerreti M. Solidarietà e barbarie. L'Europa delle diversità contro la pulizia etnica. Milano: Cortina, 1994.
- Demetrio D, Favaro G. Immigrazione e pedagogia interculturale, bambini, adulti, comunità nel percorso di integrazione. Firenze: La Nuova Italia, 1992.
- Demetrio D, Favaro G. Bambini stranieri a scuola. Accoglienza e didattica interculturale nella scuola dell'infanzia e nella scuola elementare. Firenze: La Nuova Italia, 1997.
- Favaro G, Tognetti Bordogna M. Politiche sociali ed immigrati stranieri. Roma: NIS, 1989.
- Favaro G (a cura di). Il mondo in classe. Dall'accoglienza all'integrazione. I bambini stranieri a scuola. Milano: Nicola Milano editore, 1992.
- Gardner H. Intelligenze Multiple. Anabasi, 1994.
- Grillo G. Noi visti dagli altri. Esercizi di decentramento narrativo. Bologna: Emi, 1998.
- Nanni A. L'educazione interculturale oggi in Italia. Bologna: Emi, 1998.
- Nanni A. Decostruzione e Interculturalità. Bologna: Emi, 1998.

# info: notizie

## Le diseguglianze nella salute in Europa

La Commissione Europea ha adottato dal 2004 quale indicatore di salute gli anni senza disabilità (HLY: *Healthy Life Years*). Una valutazione effettuata nel 2005 in 25 Paesi ha trovato che un cinquantenne maschio della UE ha un HLYs di 17,3 e una femmina di 18,1. A titolo di esempio l'HLYs in Estonia per i cinquantenni è di 9,1 anni e in Danimarca di 23,6 anni; per l'Italia il valore è di 20,63 per i maschi e di 20,86 per le femmine. Gli indicatori fortemente collegati all'HLYs sono il PIL e la spesa assistenziale per gli anziani; per i maschi la disoccupazione prolungata è negativamente correlata all'HLYs, mentre il livello di istruzione e la partecipazione a iniziative di formazione durante la vita lavorativa sono correlati positivamente (Lancet 2008;372:2124).

## In Sanità avanti, ma con giudizio

I cittadini di un Paese tendono ad accogliere meglio le riforme della Sanità che non si discostano troppo da quelle in vigore. Solo il 38% dei nordamericani, ma l'82% degli italiani crede che lo Stato debba assumersi la responsabilità della Sanità. Un forte aumento di risorse per il fondo sanitario nazionale lo chiede il 17% dei nordamericani e il 28% degli italiani; la percentuale sale a oltre il 50% nei Paesi ex comunisti, con una punta del 64% in Russia. Forse è per la bassa richiesta americana che Barack Obama non ha proposto una grossa rivoluzione nel sistema sanitario americano, ma solo consistenti ritocchi (J. Health and Social Behaviour citato da: Le scienze 2009;1:23).

## Un bilancio del 2008 tra disastri e nuove conoscenze

Un editoriale di *Lancet* (2008;272:2087) elenca una lista dei disastri accaduti nel 2008: il terremoto in Cina, l'escalation di guerre civili in Somalia e Congo, l'uragano che ha devastato la costa del Golfo negli USA, le inondazioni nel Sud-Est asiatico, il crollo delle scuole a Haiti, l'epidemia di colera nello Zimbabwe. Ma il 2008 è stato anche un anno abbastanza

produttivo per la medicina: ci sono buone notizie per i malati di stroke relativamente alla efficacia della trombolisi (NEJM 2008;359:1317), per la ricerca delle staminali con due importanti contributi, uno nel campo delle cellule pluripotenti (Cell 2008;134:877), l'altro sul trapianto di trachea da cellule staminali del paziente stesso, superando così il problema del rigetto (Lancet 2008;372:2023). Una ricerca di interventi di comunità semplici ed economici ha dimostrato una consistente riduzione della mortalità infantile in India (Lancet 2008;372:1151) e sempre nel campo della salute infantile una ricerca (Lancet Neurol 2008;7:500) ha dimostrato che la dieta chetogena ha efficacia sulle convulsioni farmaco-resistenti. Buone notizie anche sul miglioramento mondiale della sopravvivenza per tumori (Lancet Oncol 2008;9:730) e per il trattamento del tumore colo-rettale (NEJM 2008;359:1757). Nel campo del trattamento del dolore passi in avanti sono stati riferiti in un articolo di *JAMA* (2008; 299:1016).

## Nasce Baby Consumers Italia

Scopi dell'associazione ([www.babyconsumers.it](http://www.babyconsumers.it)) sono la protezione, l'informazione e l'educazione, nonché la salvaguardia della salute, della sicurezza, dell'ambiente e degli interessi economici dei consumatori e utenti, con particolare riguardo e attenzione ai bambini e alle loro famiglie. I genitori potranno consultare le news settimanali e scaricare le guide realizzate dall'associazione su argomenti di grande interesse: le regole per una sana alimentazione, la scelta dei giocattoli, la garanzia dei baby-prodotti. All'interno del sito i genitori potranno altresì accedere al blog intitolato "Salvarsi dal caro-bebè" con informazioni e utili consigli per risparmiare nel campo degli acquisti per i più piccoli. Presso la sede di Baby Consumers è già operativo lo sportello "SOS Famiglia" gestito in collaborazione con l'associazione "Famiglia & Famiglia". Qui i genitori potranno rivolgersi a uno staff di legali e psicologi – sia telefonicamente che per e-mail all'indirizzo [sosfamiglia@babyconsumers.it](mailto:sosfamiglia@babyconsumers.it) – per ricevere una prima consulenza gratuita sui seguenti temi: conseguenze della separazione sui bambini, affida-

mento condiviso, adozione nazionale e internazionale e affido. Ma anche questioni più "delicate", come la sottrazione internazionale di minori, le molestie e gli abusi sessuali, i maltrattamenti e la pedopornografia.

## Cerchi di Vita a partire da Palermo

Dall'incontro di diverse mamme palermitane e delle loro esperienze, è nato il progetto di *Cerchi di Vita*, un'Associazione di volontariato che si prende cura delle donne che desiderano confrontarsi sulla maternità e sulle esperienze di parto, dopo parto e relazione col bambino, momenti significativi per l'identità di tutto il nucleo familiare. Situata nel cuore dell'Albergheria, a Palermo, *Cerchi di Vita* offre a raggiera su tutto il territorio palermitano, e non solo, incontri mensili aperti alle donne in gravidanza e con bambini, ai papà e a tutti coloro che sono interessati. Gli incontri sono informativi, prevedono la libera condivisione di esperienze e competenze acquisite e comportano sostegno e aiuto per coloro che si trovano in difficoltà. L'Associazione opera inoltre attraverso confronti con esperti, consulenze telefoniche e domiciliari, partecipa a corsi di accompagnamento alla nascita come Associazione sostenitrice della naturalità del parto e dell'allattamento al seno; entra anche nelle scuole per diffondere e promuovere la sua realtà associativa; collabora con varie associazioni promotrici del sostegno alla maternità e all'allattamento al seno e in particolare con l'ACP Trinacria. *Cerchi di Vita* dispone anche di una piccola biblioteca con prestito gratuito che tratta temi riguardanti gravidanza, parto, maternità e genitorialità (<http://it.groups.yahoo.com/group/cerchidivita> / e-mail [cerchidivita@yahoo.it](mailto:cerchidivita@yahoo.it)).

## Il Codice Violato

È disponibile "Il Codice Violato 2008", terzo rapporto sulle violazioni del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno rilevate in Italia. Il rapporto, elaborato e pubblicato dall'IBFAN (*International Baby Food Action Network*) Italia con il contributo del Comitato Italiano per l'UNICEF, raccoglie le violazioni al *Codice*



# sulla salute

rilevate in Italia. Esempi di violazioni sono: distribuzione di campioni gratuiti di latte artificiale, vendite sottocosto, pubblicità con immagini che esaltano “presunti” benefici del latte artificiale, pubblicità selvaggia di biberon e tettarelle ecc. Nonostante il Codice sia stato sottoscritto anche dalle principali aziende produttrici di sostituti del latte materno, e sia stato da tempo recepito dalle normative nazionali (in misura variabile nei diversi Paesi), ancora oggi si registrano numerose violazioni in tutto il mondo, con gravi conseguenze per la salute. È per questo che IBFAN Internazionale si impegna a monitorare a livello internazionale le violazioni più frequenti del Codice, per fare pressione sulle compagnie produttrici e sensibilizzare i consumatori e i legislatori su questa tematica. Le edizioni precedenti del rapporto sono gratuitamente consultabili sul sito dell'IBFAN [www.ibfanitalia.org](http://www.ibfanitalia.org). L'edizione 2008 può essere acquistata (5 € la singola copia, prezzo da contrattare per l'acquisto di molte copie) contattando Paola Negri all'indirizzo: [paola.negri@ibfanitalia.org](mailto:paola.negri@ibfanitalia.org).

## Ricerca under 40

Il governo a fine dicembre ha varato il bando per i ricercatori under 40. Lo stanziamento è di 28 milioni di euro. I fondi sono per i giovani ricercatori (anche senza contratto, cioè precari) per progetti sulla salute e per problemi socio-sanitari. La valutazione – come nella edizione precedente – sarà tra pari e sarà basata su una selezione anonima e indipendente sul merito specifico del progetto. La valutazione è affidata a revisori internazionali (*red*).

## La modifica della Legge Bindi

La proposta di Legge Di Virgilio-Palumbo propone in sintesi le seguenti modifiche alla Legge Bindi, dopo le versioni abortite di Sirchia e della Turco:

- Il Collegio di Direzione diventa un organo dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera; è composto da 15-20 membri e deve dare pareri obbligatori su molteplici argomenti. Il suo parere (positivo o negativo che sia) è vincolante nelle decisioni del Direttore

Generale che deve motivare un suo eventuale rifiuto di tenere conto.

- I concorsi per le figure mediche apicali vengono effettuati da commissioni costituite da 2 membri selezionati da un sorteggio regionale, mentre il 3° componente è il Direttore Sanitario.
- La commissione identifica una terna di candidati (vincitore e 2 idonei) mediante l'indicazione del punteggio ottenuto dai concorrenti.
- Il Direttore dell'Azienda assegna l'incarico al primo dei 3. Cade quindi la valutazione discrezionale.
- La dirigenza sanitaria viene riarticolata in un unico ruolo, ma con “*due livelli articolati in relazione alle diverse responsabilità professionali*”. L'apicalità viene attribuita al 1° livello.
- L'età pensionabile sale dagli attuali 60 ai 70 anni (65 garantiti, 70 a domanda). La funzione assistenziale per gli universitari rimane (ovviamente!) a 72 anni (*red*).

## Piano Nazionale per la Prevenzione

Il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP), messo a punto dalle Regioni per gli anni 2009-11, prevede per l'ambito materno-infantile la riduzione dei ricoveri per traumi da caduta in ambito domestico da 0 a 4 anni, il mantenimento o raggiungimento di coperture vaccinali per le malattie in obbligo di eliminazione, la definizione di strategie vaccinali per vaccini non ancora inseriti in presenza di nuove conoscenze (frequenza e severità della patologia, efficacia dei preparati, disponibilità di strumenti di monitoraggio), il raggiungimento di livelli di sicurezza negli ambienti di vita collettiva specialmente nelle scuole, la riduzione dell'obesità infantile al di sotto del 10% da valutare con stime campionarie, l'incremento del consumo di frutta, l'incremento dell'attività motoria da valutare con dati ISTAT e sistemi di sorveglianza specifica. La popolazione infantile rientra naturalmente anche nelle aree della prevenzione all'esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici (acqua, terra, aria), ma questi sono i soli titoli che la riguardano specificamente. Al PNP dovranno essere destinati fondi pari al

5% delle attribuzioni regionali con rendicontazione separata; e questa è una buona notizia. Per ogni intervento sono indicati gli indirizzi strategici e gli interventi da realizzare (IISole24ORESsanità 23-29 dicembre 2008).

## I girelli fanno danni

Una norma europea di sicurezza relativa ai girelli è stata pubblicata in questi giorni sulla Gazzetta Ufficiale dopo l'adozione formale da parte della Commissione Europea. I dati raccolti presso i centri di Pronto Soccorso dell'UE e degli USA negli ultimi 20 anni indicano costantemente che i girelli costituiscono un rischio potenziale e che ogni anno migliaia di bambini ricevono un trattamento medico in seguito a incidenti causati dai girelli. Ulteriori ricerche condotte dal “Child Accident Prevention Trust” del Regno Unito giungono alla conclusione che i girelli sono all'origine del maggior numero degli incidenti di cui sono vittima i bambini. Gli incidenti dovuti ai girelli come ribaltamenti o cadute dalle scale, possono essere estremamente gravi e nella maggior parte dei casi comportano lesioni del capo. La norma UE introduce una disposizione relativa a test di stabilità durante la produzione dei girelli e prevede che nella fase di progettazione si tenga presente la necessità di ridurre il rischio di lesioni. Nel novembre 2008 gli Stati membri, in sede di Comitato per la sicurezza generale dei prodotti, hanno espresso il loro appoggio alla proposta della Commissione di introdurre questa norma e anche il Parlamento europeo ha accolto con favore tale decisione ([www.babyconsumers.it](http://www.babyconsumers.it)).

## La Scozia cambia i colori negli ospedali

Il governo di Glasgow ha deciso che i medici ospedalieri vestiranno di blu, gli infermieri resteranno in bianco e il personale non sanitario in verde. La decisione è dovuta alla richiesta dei cittadini di evitare la confusione dei pazienti nel distinguere i ruoli. Le nuove divise saranno acquistate dagli ospedali da un unico fornitore anche per evitare difformità stilistiche (IISole24ORESsanità 23-29 dicembre 2008). ◆

# La sfida di Pemba, in Tanzania

Valeria Confalonieri  
Fondazione "Ivo de Carneri" onlus

## Abstract

### *The Pemba Challenge in Tanzania*

*Schistosomiasis, filariasis and intestinal parasitosis are rare diseases in the developed world. These diseases are strongly linked to poverty and still influence life and growth of children and families. The mission of the Ivo de Carneri foundation, born in 1994 in memory of Prof. De Carneri's life and work is to fight against parasitic and infectious diseases through scientific works. Professor de Carneri was a parasitology professor and WHO consultant, he died in 1993.*

Quaderni acp 2009; 16(2): 64-65

**Key words** Ivo de Carneri Foundation, Tropical diseases. Developing countries

*Schistosomiasi, filariasi, parassitosi intestinali sono malattie scomparse dal mondo ricco, con il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e di vita. Ma sono anche malattie che, appartenenti alle patologie tropicali dimenticate, incidono ancora fortemente sulla vita e lo sviluppo di bambini, famiglie e Paesi, mantenendo un legame stretto con la povertà in cui nascono e che favoriscono. La cura delle malattie parassitarie e l'incremento degli studi di parassitologia rappresentano la mission della Fondazione Ivo de Carneri, nata nel 1994 in memoria di Ivo de Carneri, professore di parassitologia e consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, scomparso l'anno precedente.*

**Parole chiave** Fondazione Ivo de Carneri. Malattie tropicali. Paesi in via di sviluppo

## Un Centro di studi nazionali e internazionali

Le attività della Fondazione, articolate nel campo della cooperazione sanitaria, della ricerca e della formazione sulle malattie tropicali, si sono concentrate sull'isola di Pemba, nell'arcipelago di Zanzibar, in Tanzania. Proprio a Pemba Ivo de Carneri era arrivato nel 1988, inviato dalla Cooperazione italiana per valutare i programmi in atto contro la schistosomiasi e l'opportunità di allargare l'intervento ad altre parassitosi. Ivo de Carneri aveva allora sottolineato l'importanza che l'isola si dotasse di un Laboratorio di Sanità Pubblica, per analisi di qualità e ricerche nel campo delle malattie endemiche nella Regione. La Fondazione ha portato avanti questa idea, attraverso il progetto e la successiva costruzione di un Laboratorio a Pemba, seguito in collaborazione con il Ministero della Sanità di Zanzibar.

È nato così il Laboratorio di Sanità Pubblica "Ivo de Carneri" (Public Health Laboratory Ivo de Carneri, PHL-IdC), la cui attività è iniziata ufficialmente nel 2000. Integrato nel Sistema Sanitario

Nazionale, il Laboratorio dal 2005 è Centro di collaborazione dell'OMS per la schistosomiasi e le parassitosi intestinali. Rappresenta un centro di riferimento per il controllo delle malattie endemiche e per le ricerche realizzabili in loco con mezzi qualitativamente adeguati, ma è anche un luogo di formazione per personale locale e internazionale.

Sono tre le aree principali in cui si articola il lavoro del Laboratorio, grazie a uno staff permanente formato da 40 persone locali, affiancato da circa 300 operatori sul territorio (numero che può variare a seconda degli studi in corso): controllo e sorveglianza delle malattie endemiche, ricerca applicata e formazione. In questi tre ambiti, diversi ma collegati tra loro, sono numerose le collaborazioni con centri e istituti. A livello nazionale, con lo "Zanzibar Health Research Council" e il "College of Health Sciences"; in Tanzania, sulla terraferma, con il "Research Centre in Ifakara", il "National Institute" of "Medical Research" e la "Muhimbili University". Sul piano internazionale, con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con le statunitensi

"Cornell University" e "Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health" e i britannici "Imperial College" e "London School of Hygiene and Tropical Medicine" (UK); anche in Italia sono in atto diverse collaborazioni con sedi universitarie (Milano, Ancona, Brescia).

## Dalla ricerca alla formazione

In questi primi anni di attività, grazie alla presenza di un Laboratorio attrezzato in un territorio dove le malattie parassitarie e della povertà sono diffuse, è stata possibile la realizzazione di diverse attività di controllo e di ricerca in loco: dalla terapia per la malaria in gravidanza alla gestione di malattie diarroiche e di epidemie di colera (come quella del 2006 che ha visto i tecnici del Laboratorio impegnati in prima persona); dai programmi di controllo per la schistosomiasi a quelli per la tubercolosi; dalle ricerche sull'integrazione con micronutrienti nei primi tre anni di vita a quelle sul rapporto fra elmintiasi intestinali e fenomeni infiammatori, anemia e malnutrizione nella prima infanzia; e ancora gli studi sull'anemia gravidanza in un contesto in cui vermi intestinali e malaria sono endemici, fino ai progetti sull'accesso a fonti di acqua sicure e sulla nutrizione infantile.

La formazione resta un punto chiave nella sostenibilità di un progetto la cui ambizione è quella di godere nel più breve tempo possibile di vita autonoma. Da quella del personale locale a quella in cui il Laboratorio stesso diventa centro di riferimento per operatori sanitari europei e dell'Africa subsahariana, essa prevede corsi sulla gestione e il controllo delle malattie trasmissibili nell'Africa subsahariana (organizzati ogni anno – il 2008 vede la quinta edizione): Pemba diventa così un centro di aggregazione delle diverse conoscenze del Nord e del Sud del mondo, con presenza di studenti e docenti locali e internazionali, con una inversione del flusso di apprendimento e della sede di incontro, dai Paesi ricchi ai Paesi cosiddetti poveri.

Per corrispondenza:  
Valeria Confalonieri  
e-mail: v.confalonieri@fondazioneicarneri.it

# osservatorio internazionale

Il Laboratorio di Pemba è stato anche protagonista di un Workshop nel 2007, organizzato dall'OMS e dalla Fondazione "Ivo de Carneri", sul controllo integrato delle malattie tropicali dimenticate attraverso la terapia preventiva. Lo stesso tipo di corso, che a Pemba aveva riunito partecipanti dei Paesi africani anglofoni, è stato poi replicato in Benin a febbraio del 2008 per i Paesi francofoni, con il supporto tecnico della Fondazione. Scopo di questi due incontri era lo sviluppo di un piano di azione per alcune elmintiasi sulla base della terapia preventiva indicata dall'OMS nel 2006



(WHO, Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis, 2006), con un trattamento periodico di popolazione nelle aree dove sono diffusi vermi intestinali, schistosomiasi, filariosi linfatica. L'incontro con rappresentanti dei diversi Paesi africani era finalizzato alla stesura di un manuale operativo applicabile nelle diverse realtà locali, grazie al contributo diretto di chi vive e opera nei Paesi dove queste malattie sono endemiche.

### L'attenzione alla comunità

Dal Laboratorio di Sanità Pubblica sono successivamente derivate altre attività della Fondazione "Ivo de Carneri" sull'isola di Pemba, sempre a sostegno delle comunità locali: tra queste, il controllo delle fonti idriche del distretto di Chake Chake, ove è situato il Laboratorio, cui è

seguita una fase di risanamento, tuttora in corso, con costruzione di stazioni di pompaggio. Un intervento che, in associazione con iniziative di educazione sanitaria, porta con sé il significato di prevenzione della diffusione di malattie quali la schistosomiasi o il colera, per le quali l'acqua inquinata rappresenta veicolo di diffusione e rischio per i bambini, ma non solo.

### Il futuro dei bambini

Le malattie tropicali dimenticate, e in particolare le infezioni parassitarie, sono condizioni croniche di ostacolo a uno sviluppo psicofisico adeguato nell'infanzia, interferendo negativamente sulle possibilità offerte ai piccoli negli anni a venire. Rientra nell'attenzione ai bambini e alle loro mamme il sostegno della Fondazione, iniziato nel 2003 insieme alla St. Andrews Clinics for Children di Glasgow (UK), a un Dispensario materno-infantile a Gombani, nel distretto di Chake Chake, sempre sull'isola di Pemba. Il Dispensario svolge un servizio gratuito nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, con in media cento visite ogni giorno per tre giorni alla settimana; negli altri due giorni della settimana una clinica mobile attrezzata raggiunge i villaggi più lontani e le persone che non possono recarsi al Dispensario.

### Il cammino verso l'autonomia

Il filo conduttore degli interventi della Fondazione a sostegno della popolazione di Pemba è rappresentato dal suo inserimento nella realtà locale e dalla conseguente conoscenza dei passi che la comunità stessa può compiere nel miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e nel controllo delle malattie endemiche. La presenza costante da diversi anni nello stesso Paese diventa un valore aggiunto, per una migliore conoscenza delle esigenze e possibilità locali, nel rispetto del luogo dove si lavora e delle persone con cui si collabora e nella consapevolezza che la valorizzazione e la crescita delle risorse umane locali rappresentano la strada verso l'autonomia. ♦

Per maggiori informazioni:  
Fondazione "Ivo de Carneri" onlus  
Viale Monza 44 - 20127 Milano  
www.fondazionede-carneri.it

## NO COMMENT

### Sosteniamo l'allattamento?

Ma no! Produciamo biberon più duri!

Lo sforzo fisico compiuto dai neonati allattati al seno può rafforzare i loro polmoni nell'adolescenza.

Sono le conclusioni di uno studio condotto da ricercatori americani e britannici su 1456 bimbi di 10 anni dell'isola di Wight (GB).

Secondo Syed Arshad, della Southampton University, le sostanze chimiche presenti nel latte materno non bastano a spiegare questo particolare effetto benefico dell'allattamento al seno.

In media i bebè allattati al seno devono faticare il triplo rispetto ai coetanei nutriti col biberon per saziarsi, e ogni pausa-pappa tende a essere molto più lunga con il sistema naturale.

Basterebbe quindi rivedere il design dei biberon per cercare di riprodurre questo ennesimo effetto benefico del latte materno.

**Basandosi su questo presupposto i ricercatori hanno contattato un produttore di biberon con l'obiettivo di creare un prototipo di bottiglietta con tettarella in grado di mimare lo sforzo di un bebè allattato al seno.**

(<http://www.sanitanews.it/quotidianointarticolo.php?id=1761&sendid=438>)

### E per lo svezzamento?

Nelle indicazioni per lo svezzamento del pediatra c'è scritto che se i bambini rifiutano la pappa bisogna somministrargliela con un biberon con foro a stella ed eventualmente aggiungere zucchero per fargliela piacere. (Gruppo di discussione yahoo ali\_ba\_ba)

# I cinque consigli per un buon medico

Michele Gangemi  
Pediatra di famiglia, Verona

## Abstract

### Five advices for a good doctor

Five essential advices for a better and pleasant medical profession. In order to change a doctor's profession, listening to patients and being curious regarding their life could be good starting points. It is important not to be overwhelmed by routine and to ponder over everyday activity through writing and the desire to promote research and training.

Quaderni acp 2009; 16(2): 66

**Key words** Listening. Change. Research. Training. Medical humanities

Vengono forniti cinque consigli essenziali per migliorare e rendere più piacevole la professione del medico. L'aumento dell'ascolto del paziente e la curiosità per il suo mondo rappresentano il punto di svolta che prelude al cambiamento del medico. È importante non lasciarsi travolgere dalla routine e mantenere la capacità di riflettere sulla propria attività attraverso lo scrivere e la voglia di promuovere ricerca e formazione.

**Parole chiave** Ascolto. Cambiamento. Ricerca. Formazione. Medico umanista

“Si entra nella professione convinti che sia tutta una questione di acume diagnostico, di bravura tecnica e di una qualche capacità di simpatizzare con la gente. Ma non è così, e lo si scopre presto. ... bisogna vedersela con i sistemi, le risorse, le circostanze, le persone e anche con i nostri limiti”. Lo dice Atul Gawande (vedi pag. 86), l'Autore del libro *Con cura*, nella sua introduzione [1]. Questa premessa rappresenta l'incipit dell'opera in cui l'Autore s'interroga sui punti nodali della nostra professione. Riesce a farlo attraverso la narrazione di storie di pazienti e di medici, senza rinunciare a una autocritica e sempre pronto a imparare dai propri errori.

Alla fine del libro vengono forniti cinque consigli, irrinunciabili per qualsiasi medico, per diventare “devianti positivi”, cioè professionisti curiosi e disposti ad adottare nuovi comportamenti in base alla propria esperienza e alla letteratura.

## 1. Fate una domanda fuori copione

Il counselling e la medicina narrativa, pur con le loro peculiarità, hanno posto le basi per comprendere l'essenzialità di tale suggerimento. La curiosità nei confronti del mondo dell'altro ci permette di capire qualche cosa di più rispetto all'anamnesi tradizionale e ci riserva sempre sorprese utili per l'alleanza terapeutica che cerchiamo d'instaurare. Se passiamo all'epidemiologia “delle facce”, rendiamo il nostro lavoro meno ripetitivo e ogni nostra prestazione più gratificante. Peraltro tale curiosità migliora anche la relazione nell'équipe professionale e si può scoprire una persona che lavora a fianco molto diversa da come si immagina.

## 2. Non lamentatevi

Il lamento è lo sport preferito dai medici e se ne ha la riprova nelle varie liste di discussione loro riservate. L'Autore sostiene che “Abbiamo buttato a mare le vecchie consuetudini ma non siamo riu-

sciti a rimpiazzarle”. Dovremmo aver superato il paternalismo, ma non siamo pronti al confronto con altri professionisti di diversa formazione e non riusciamo a praticare il gioco di squadra. L'autorevolezza nei confronti dei pazienti e della società va conquistata con una professionalità che si costruisce giorno dopo giorno con scrupolosità, con il fare la cosa giusta e con la ingegnosità che rappresentano le tre parti del libro.

## 3. Trovate qualcosa da contare

La capacità di riflettere sui propri errori e di migliorare trova la necessaria premessa nella ricerca. La ricerca nasce da una riflessione sulla propria attività quotidiana e dal non accontentarsi della routine. Non occorre essere scienziati, ma persone curiose di quanto stiamo facendo e come potremmo migliorare quello che facciamo. L'esempio di Virginia Apgar risulta molto efficace: il suo semplice punteggio ha creato uno strumento potente e applicabile con facilità ai neonati da chi semplicemente li osserva. La storia della neonatologia moderna è stata profondamente segnata da questo punteggio semplice e a costo zero.

## 4. Scrivete qualcosa

Scrivere permette di vedere quello che abbiamo fatto e di riflettere sul nostro operato; di mettere in luce i punti di svolta ancora da fare e che non si erano evidenziati mentre svolgevamo la nostra professione. Come per i bambini, s'impara a scrivere se si è stati e si è buoni lettori e ci si apre alle emozioni. Non è importante scrivere per il proprio curriculum ma, al contrario, lo scrivere documenta un percorso che può, per prima cosa, essere utile a noi stessi, ma poi a tutti quelli che svolgono il nostro lavoro. Se si è così bravi nello scrivere come Gawande, si riesce a parlare del proprio lavoro rendendolo affascinante anche per tutti gli altri.

Il saper cogliere la ricchezza che ogni pa-

ziente porta con sé, attraverso la sua storia, è per ogni medico fonte di vera crescita personale e professionale. Il linguaggio non è mai casuale e dice molto di noi. Non posso fare a meno di ripensare alla telefonata di una mamma preoccupata per il dolore all'orecchio del figlio. Cercando di tranquillizzarla, le avevo suggerito una terapia con antidolorifico nell'attesa di una visita il giorno seguente. La mamma mi ha telefonato il giorno successivo, scusandosi per aver portato il figlio al Pronto Soccorso per l'aumento del dolore. Il collega aveva diagnosticato un'otite “media”; perciò si era resa conto di aver esagerato, in quanto il dolore essendo “medio” non era poi così forte. A parte il sorriso suscitato, questo episodio conferma quante troppe volte diamo per scontate terminologie per noi chiare, ma intese diversamente da coloro con cui parliamo. Imparare dal confrontare il punto di vista del medico con quello del paziente è un utile esercizio.

## 5. Cambiate

Sebbene ricca di successi, la medicina resta piena d'incertezze e fallimenti [2]. Abituiamoci a essere degli “adottanti precoci” che non oppongono troppa resistenza al cambiamento e sono curiosi di sperimentare le novità supportate da ragionevoli prove di efficacia. La disponibilità a mettersi sempre in discussione, a tenere vivo il dialogo con i pazienti è essenziale per migliorare il nostro operato. Da quando i pediatri ascoltano di più le mamme e i bambini e contengono l'irrefrenabile tentazione di fornire la risposta giusta per ogni occasione, il loro rapporto con le famiglie è migliorato e la loro autorevolezza è accresciuta.

Un genitore va aiutato a trovare la risposta per suo figlio in quella determinata famiglia, mentre non esistono risposte standardizzate valide per tutte le stagioni.

Questo cambiamento, in atto in alcuni pediatri, ha permesso loro di essere meno assillati dalle proprie prestazioni e di arricchirsi con l'ascolto. ♦

## Bibliografia

[1] Gawande A. *Con cura*. Torino: Giulio Einaudi Ed., 2008.

[2] Gawande A. *Salvo complicazioni*. Roma: Fusi Orari Ed., 2005.

Publicata su Va' Pensiero [www.vapensiero.info](http://www.vapensiero.info) e modificata per *Quaderni acp*.

Per corrispondenza:  
Michele Gangemi  
e-mail: [migangem@tin.it](mailto:migangem@tin.it)

# Ematuria macroscopica in corso di polmonite

Luciano De Seta, Massimiliano De Vivo, Sara Di Stefano, Marco Maglione  
 UO Struttura Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale "S. Paolo", Napoli

## Abstract

### *Pneumonia with macroscopic hematuria*

*A 6 year old girl admitted in hospital for coca cola coloured urine and fever in the last three days (38.5°C-39°C). Seven days before she had an upper respiratory infection with low fever. Urinalysis showed erythrocytes, some leukocytes and various hyaline cylinders. The lung auscultation showed rales and crackles in the left lower lobe. A chest X-ray showed a lung consolidation in the left lower lobe. A renal and urinary tract ultrasonography was in the normal range. Streptococcus pneumoniae, the aetiological agent of both glomerulonephritis and pneumonia was found through an hemoculture. The diagnosis was Pneumococcus pneumoniae with acute hypocomplement glomerulonephritis. Treatment was started with intravenous ceftriaxone and after a few days rales and crackles were not present at chest auscultation. Two months later the acute glomerulonephritis showed complete remission. A rare case of acute glomerulonephritis with a Streptococcus pneumoniae etiology.*

*Quaderni acp 2009; 16(2): 67-69*

**Key words** Hematuria. Glomerulonephritis. Pneumonia. Streptococcus pneumoniae

*Viene descritto il caso di una bambina di 6 anni che si ricovera per la comparsa da alcune ore di urine color coca-cola con febbre negli ultimi tre giorni (38,5°C-39°C). Sette giorni prima aveva presentato segni di infezione delle alte vie respiratorie e febricola. Da tre giorni ha febbre continuo-remittente (38,5°C-39°C). L'esame delle urine mostra emazie a tappeto dismorfiche, numerosi leucociti e numerosi cilindri ialino-granulosi. Al torace si apprezza un reperto di rantoli crepitanti a piccole e medie bolle in regione basale sinistra. Un radiografia del torace mostra la presenza di una opacità in regione medio-basale sinistra. Un'ecografia renale e delle vie urinarie risulta negativa. Ulteriori approfondimenti diagnostici permettono di escludere una sindrome uremico-emolitica, un primo episodio di una malattia di Berger, una pielonefrite. L'eziologia della polmonite e della glomerulonefrite viene dimostrata dal referto dell'emocultura con sviluppo di numerose colonie di Streptococcus pneumoniae. Viene posta diagnosi di glomerulonefrite acuta ipocomplementemica in corso di batteriemia e polmonite da Streptococcus pneumoniae. La paziente è trattata con ceftriaxone endovenoso e, dopo alcuni giorni, si assiste al miglioramento del reperto ascoltoratorio toracico, alla regressione dell'ematuria macroscopica e alla normalizzazione completa dei parametri laboratoristici. Il follow up a due mesi dimostra la completa guarigione della glomerulonefrite. Il caso viene discusso alla luce della letteratura aneddotica sui casi di GNA non post-streptococcica che dimostra la rarità dell'eziologia pneumococcica della GNA.*

**Parole chiave** Ematuria. Glomerulonefrite. Polmonite. Pneumococco

## La storia

Si ricovera d'urgenza una bambina di 5 anni e 8/12, per la comparsa da alcune ore di urine color coca-cola. Sette giorni prima aveva presentato segni di infezione delle alte vie respiratorie e febricola. Nei due giorni precedenti il ricovero aveva manifestato rinite e sub-edema al volto per cui il pediatra curante aveva prescritto *Bentelan* cp 1 mg per due giorni. Da tre giorni presentava febbre continuo-remittente (38,5°C-39°C). Non aveva mai sof-

ferto di alcuna patologia importante, non aveva subito traumi recenti, né assunto farmaci nei giorni precedenti l'inizio dei sintomi. Non vi erano familiari affetti da malattie renali, ematuria isolata, calcoli, ipoacusia o coagulopatie.

## Il percorso diagnostico

La bambina appariva all'ingresso in condizioni generali non molto compromesse con un colorito pallido della cute e senza edemi. L'addome era trattabile e non do-

lente alla palpazione profonda con organi ipocondriaci nei limiti. Segno di Giordano negativo bilateralmente.

Il peso era di 23,100 kg (90° ct), l'altezza di 116 cm (90° ct), la temperatura corporea era di 39,2°C, la pressione arteriosa di 95/75 mmHg (90° ct), la FR di 30 atti/min.

In seconda giornata la pressione arteriosa si manteneva nella norma, mentre la frequenza respiratoria appariva più elevata (40 atti/min). Al torace era ora apprezzabile un reperto di rantoli crepitanti e a piccole e medie bolle in regione medio-basale di sinistra.

Una radiografia del torace dimostrava la presenza di un'area di opacità quasi rotondeggiante in regione medio-basale sinistra. Per il persistere della febbre fu praticata una emocultura.

L'esame delle urine – che era stato fatto già all'ingresso – mostrava la presenza di emazie a tappeto con numerosi leucociti e numerosi cilindri ialino-granulosi. Le emazie, al microscopio, apparivano piccole e dismorfiche per il 90%, organizzate in agglomerati, il che testimoniava della loro origine glomerulare.

Gli esami di laboratorio mostravano un numero molto elevato di globuli bianchi (49.500/mm<sup>3</sup>) con una spiccata neutrofilia (neutrofili 88%; linfociti 5%) e un valore di Hb di 11,2 g/dl. La conta delle piastrine era normale (415.000/mm<sup>3</sup>). Gli indici di flogosi erano elevati: VES 67 mmHg, PCR 18,3 mg% (VN: < 0,8 mg). Azotemia (35 mg%) e creatininemia (0,5 mg%) nei limiti della norma.

Vi era una proteinuria (150 mg/dl), mentre i lipidi plasmatici, le proteine totali, le immunoglobuline e gli indici di emocoagulazione risultavano nella norma. Fattore reumatoide, anticorpi anti-nucleo, anti-mitocondrio pure nella norma (1/40). Ecografia renale e delle vie urinarie con reperto fisiologico.

## La diagnosi

In sintesi una bambina di circa 6 anni presentava:

Per corrispondenza:  
 Luciano De Seta  
 e-mail: ludeseta@fin.it

il caso che insegna

- ▶ polmonite
- ▶ ematuria glomerulare
- ▶ proteinuria moderata
- ▶ indici infiammatori molto elevati
- ▶ pressione arteriosa al 90° ct
- ▶ funzione renale normale.

Si ponevano in discussione le seguenti diagnosi differenziali:

1. *Una sindrome uremico-emolitica* che poteva essere agevolmente esclusa dall'assenza di una gastroenterite se non in atto, almeno sofferta di recente. Erano assenti i segni di laboratorio di un'insufficienza renale (creatininemia e urea nella norma) e non vi era piastrinopenia.
2. *Una pielonefrite* poteva essere presa in considerazione per la leucocituria e per gli indici infiammatori elevati. Ma doveva essere esclusa per la presenza dell'ematuria glomerulare, dei numerosi cilindri ialino-granulosi oltre che da una clinica negativa (Giordano negativo e assenza di sintomi urinari).
3. *Un primo episodio di malattia di Berger* non poteva essere escluso a priori in quanto erano presenti un'ematuria glomerulare in corso di malattia infettiva (polmonite); ma la presenza di numerosi cilindri ialino-granulosi con proteinuria in discreta quantità deponevano maggiormente a favore di una sindrome nefritica acuta.
4. *Una glomerulonefrite acuta in corso di polmonite* era l'ipotesi più probabile: vi era l'opacità polmonare, il curante aveva riscontrato sub-edemi che erano stati trattati con cortisonici, vi era ematuria glomerulare con modesta proteinuria, una PA al 90° ct.

Per avvalorare questa ipotesi furono richieste le frazioni C3 e C4 del complemento, un tampone faringeo per la ricerca dello SBEGA e la Strepto-DNasi. La frazione del C3 risultò ridotta (37 mg% vs un valore normale di 77-195 mg%), non si poté documentare un'infezione streptococcica recente: il tampone faringeo per SBEGA e la Strepto-DNasi erano negativi. Era, pertanto, da escludere, una GNA acuta post-streptococcica. Del resto era improbabile che la bambina fosse affetta, contemporaneamente, da polmonite verosimilmente batterica e da una glomerulonefrite da Streptococco beta-emolitico che sappia-

mo essere la causa di gran lunga più frequente di GNA.

L'emocoltura, fatta all'ingresso, fu la chiave di risoluzione del problema: consentì lo sviluppo di numerose colonie di *Streptococcus pneumoniae* mentre gli anticorpi per *Clamydia pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae* risultarono negativi. Si poté dunque concludere per una glomerulonefrite acuta ipocomplementemica in corso di batteriemia e polmonite da *Streptococcus pneumoniae*.

### Il decorso

Alla bambina veniva somministrata antibiotico-terapia endovenosa con ceftriaxone 2 g/die per 7 giorni. Nel volgere di qualche giorno, si assisteva al miglioramento del reperto ascoltatorio toracico, alla regressione dell'ematuria macroscopica e alla normalizzazione completa dei parametri di laboratorio. Alla dimissione, dopo 10 giorni, la proteinuria era scomparsa, l'emoglobinuria era di 1 mg% e il C3 si era normalizzato (106 mg/dl). Al controllo clinico dopo circa una settimana, l'esame delle urine evidenziava una modesta emoglobinuria, alcune emazie nel sedimento urinario, PA al 50° ct. Il follow up a due mesi dimostrò la completa guarigione della glomerulonefrite.

### Commento

Nell'età pediatrica la causa più frequente di sindrome nefritica è rappresentata dalla glomerulonefrite postinfettiva secondaria a infezione da streptococco beta-emolitico. Altri agenti infettivi sono in grado, anche se eccezionalmente, di indurre una GNA, e tra questi lo *Streptococcus pneumoniae*. Vale la pena ricordare che l'eziologia del danno glomerulare nella glomerulonefrite dipende dalla formazione di immunocomplessi formati da IgG e complemento, che, precipitando nel glomerulo, scatenano la reazione infiammatoria locale. Tale meccanismo impiega almeno 7-10 giorni per realizzarsi. I tempi si accordano abbastanza bene con l'inizio della febbre, la polmonite e la comparsa dell'ematuria. Tale meccanismo patogenetico è quello più frequentemente in causa nella glomerulonefrite acuta post-streptococcica. Anche lo pneumococco può causare una nefrite attraverso lo stesso meccanismo. Tuttavia lo pneumococco è in grado di produrre danno glomerulare agendo

anche sulla via di attivazione alternativa non anticorpo-mediata del complemento. Questo meccanismo patogenetico è compatibile con un tempo di latenza minore tra l'infezione primaria (spesso misconosciuta) e l'inizio della sintomatologia renale. Tale via di attivazione del complemento è più frequentemente responsabile delle manifestazioni cliniche nei bambini di età inferiore ai 5 anni, a causa della loro relativa incapacità di produrre anticorpi in quantità adeguata verso lo pneumococco. In corso di batteriemia pneumococcica (e non di polmonite pneumococcica) è possibile un interessamento glomerulare anche attraverso altri meccanismi, diversi dall'attivazione della via classica e alternativa del complemento [1]. Tra questi ricordiamo: 1) la trombosi renale e/o glomerulo-capillare, ma non sembra essere questa la causa scatenante della glomerulonefrite nella nostra paziente, dal momento che l'eco renale non mostrava alterazione del parenchima e del calibro delle arterie renali; 2) la glomerulonefrite in corso di batteriemia pneumococcica, e ciò potrebbe essere compatibile col caso della paziente; 3) la glomerulonefrite secondaria a CID, ma la presentazione clinica e gli indici di emocoagulazione erano tutti nella norma. Inoltre, alcuni sierotipi particolari di pneumococco, in particolare i tipi 5, 7, 9, 14, 15, mostrano di essere particolarmente nefritogeni.

Ritornando alla nostra paziente, le indagini effettuate permettevano di escludere un'eziologia virale e risultavano negative per malattie autoimmuni. Il tampone faringeo negativo, la Strepto-DNasi e il TAS nella norma testimoniavano dell'assenza di un'infezione streptococcica recente. L'emocoltura positiva per *Streptococcus pneumoniae* e la polmonite inducevano a porre, come già detto, la diagnosi di glomerulonefrite acuta secondaria a polmonite pneumococcica.

Il caso offre qualche spunto interessante dal punto di vista eziopatogenetico: la patogenesi è compatibile sia con un meccanismo di attivazione della via classica o alternativa del complemento, sia come secondario alla batteriemia pneumococcica. Il rapido miglioramento delle condizioni cliniche della paziente non ha reso necessaria l'esecuzione di una biopsia renale, pertanto l'ipotesi di attivazione della via classica o alternativa del complemento rimane non verificata.

In età pediatrica, in un bambino con sindrome nefritica acuta e pregresso o attuale interessamento respiratorio, va sempre presa in considerazione anche una possibile infezione da pneumococco. L'infezione pneumococcica va ricercata in particolare se la presentazione clinica della GNA non è caratteristica e i test per la dimostrazione di una recente infezione da streptococco beta-emolitico sono negativi. Il caso è, infine, interessante per la sua rarità perché in letteratura ne sono descritti pochissimi di cui uno anche in corso di meningite da pneumococco [2-5].

### Cosa abbiamo imparato

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato:

- ▶ anche se raramente lo pneumococco può essere causa di una GNA ipocomplementemica, del tutto indistinguibile da una GNA post-streptococcica;
- ▶ l'associazione di polmonite ed ematuria macroscopica deve evocare l'eziologia pneumococcica della GNA, anche se non si può escludere una eziologia da *Mycoplasma* o da *Clamydia pneumoniae*;
- ▶ una batteriemia pneumococcica da sola può essere causa di GNA;
- ▶ i meccanismi patogenetici attraverso cui lo pneumococco può indurre il danno glomerulare avvengono attraverso l'attivazione sia della via classica che di quella alternativa del complemento;
- ▶ la prognosi di questa particolare GNA post-pneumococcica è quasi sempre buona come, del resto, per quella post-streptococcica. ◆

### Bibliografia

- [1] Hyman LR, Jenis EH, Hill GS, Zimmerman SW, Burkholder PM. Alternative C3 pathway activation in pneumococcal glomerulonephritis. *Am J Med* 1975;58:810-4.
- [2] Phillips J, Palmer A, Baliga R. Glomerulonephritis associated with acute pneumococcal pneumonia: a case report. *Pediatr Nephrol* 2005;20:1494-5.
- [3] Schachter J, Pomeranz A, Berger I, Wolach B. Acute glomerulonephritis secondary to lobar pneumonia. *Int J Pediatr Nephrol* 1987;8:211-4.
- [4] Nelson. *Textbook of Pediatric*, 18<sup>th</sup> edition. Saunders, 2007:1734.
- [5] Kavukçu S, Topaloğlu R, Saatçi U. Acute glomerulonephritis associated with acute pneumococcal meningitis. A case report. *Int Urol Nephrol* 1993;25:187-9.

Associazione Culturale Pediatri

## GLI ARGONAUTI X

*In viaggio per Itaca: viaggiando in direzione ostinata e contraria*

Messina, 7-9 maggio 2009

### Giovedì ore 15,30-19,30

Modera: G. Giunta

- 15,30 La casa ecologica (G. Cacciola)  
 16,15 Inquinamento e salute infantile: l'Ilva di Taranto (A.M. Moschetti)  
 Educazione alla legalità. L'inquinamento da... mafia (G. Lo Coco)  
 Interventi precoci di sostegno alla genitorialità (L. Speri, M.F. Siracusano)  
 Be Happy! Dal bambino conteso al bambino condiviso (R. Scillieri)  
 19,15 Cosa ci portiamo a casa (F. Panizon)

### Venerdì ore 9,00-19,00

Moderano: G. Corsello, G. Magazzù

- 9,00 CASI CLINICI: Flash di dermatologia (P. Rana)  
 9,20 Dove c'è troppo da mangiare  
 - cosa può nascondere l'obesità (F. Messina)  
 - a cosa può portare? (V. Nobili)  
 - pubblicità che ingrassa (A. Cattaneo)  
 - cosa può fare il pediatra (N. D'Andrea)  
 Dove ce n'è poco...  
 - l'esperienza africana (L. Greco)  
 12,30 CASI CLINICI nel cassetto (P. Siani)

Moderano: L. Speri, I. Barberi

- 14,30 CASI CLINICI: I segni che parlano (G. Liotta)  
 15,00 La Care di mamma e neonato  
 - In Tin (C. Cacace)  
 - Come le pratiche del parto possono influenzare l'allattamento (P. Negri)  
 - Appar a 10 minuti e oltre (A. Volta)  
 - Costruire una rete (L. Speri)  
 18,30 CASI CLINICI: I segni che parlano (S. Manetti)

### Sabato ore 9,00-19,00

Moderano: T. Arrigo, G. Biasini

- 9,00 CASI CLINICI: Flash di dermatologia (P. Rana)  
 9,20 Gli screening neonatali  
 - Esperienze a Messina:  
 renale (C. Mami), anche (A. Silvestro), audiologico (M. Aversa)  
 - Il punto su (D. Baronciani)  
 12,00 Collegamento on-line con le Filippine (F. Mammi)

Moderano: C. Salpietro, A. Tedeschi

- 14,00 CASI CLINICI: Una febbre che persiste (G. Crisafulli)  
 14,45 Patologie del fegato metaboliche (A. Fiumara)  
 15,30 e... non metaboliche (G. Maggiore)  
 16,30 Far meglio con meno nella cura della pelle del bambino  
 e... l'ultima novità (E. Bonifazi)  
 18,00 Il piacere in pediatria (F. Panizon)

### SECONDO CONCORSO FOTOGRAFICO PASQUALE CAUSA

"Viaggiando in direzione ostinata e contraria"

Le foto, inerenti ai temi del Convegno, dovranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa

Per il regolamento consultare [www.acp.it](http://www.acp.it)

È stato richiesto accreditamento ECM

Segreteria Organizzativa: Sunmeetings, via XXVII Luglio, 1 - 98123 Messina

Tel. 0902929379 - cell. 3497713672 - fax 0906510803

e-mail: [info@sunmeetings.com](mailto:info@sunmeetings.com)

# Un bambino con difficoltà nel sonno: quale la causa?

Piero Minardi  
Pediatra di famiglia, Statte (TA), ACP Puglia-Basilicata

*Questa Rubrica pubblica casi di dermatologia pediatrica. Ha volutamente un tono dimesso, come quella di amici che si scambiano informazioni bevendo un caffè o chiacchierando al telefono in una pausa di lavoro; ma le informazioni che dà sono importanti per la pratica. Quindi racconti brevi, poche voci bibliografiche piuttosto elementari, soprattutto qualche buona immagine. Mandate i vostri casi a Pierangela Rana (pierangela.rana@tin.it).*

## Abstract

**A child with sleeping problems: what is the cause?**

*A child is brought to visit for a sleeping problem. The cause seems to be a very itching scabies concealed by the mother.*

*Quaderni acp 2009; 16(2): 70-71*

**Key words** Scabies. Itching. Insomnia

*Una madre porta il figlio a una visita pediatrica perché ha problemi di sonno. In realtà ha una scabbia molto pruriginosa che tiene nascosta al pediatra.*

**Parole chiave** Scabbia. Prurito. Insomnia

**FIGURA 1**



## La mamma dimentica di dirmi che...

Giuseppe ha tre mesi. Il motivo della visita è una tosse insistente da qualche giorno, ma la preoccupazione è una irrequietezza e una difficoltà di sonno da più di due settimane: dorme molto poco. Lo faccio svestire per la visita e mi accorgo, con sorpresa, che la mamma aveva trascurato nella sua esposizione un segno piuttosto clamoroso: la presenza su tutto l'ambito cutaneo di macule eritematose, vescicole, alcune lesioni in fase crostosa, papule e noduli di dimensioni variabili da 1 a 5-6 mm. Non vi è risparmio di alcun distretto; sono interessate anche le regioni palmo-plantari.

## ...ha delle lesioni sulla pelle

Penso subito che l'irrequietezza riferita dalla mamma sia dovuta al prurito intenso che si acuisce durante la notte; e trovo in questo la causa dell'insonnia.

Cerco di pensare all'eziologia di quelle lesioni: il prurito a 3 mesi in genere è dovuto a dermatite atopica, ma la morfologia delle lesioni, le sedi e soprattutto le localizzazioni non tipiche, ma specifiche per l'età, come quei noduli sotto le piante dei piedi mi fanno pensare alla scabbia.

Espongo il sospetto alla mamma che però mi tranquillizza: pochi giorni prima – mi dice – quelle lesioni le aveva viste un dermatologo che aveva escluso la scabbia e aveva fatto diagnosi di dermatite atopica. In base alla diagnosi aveva fatto una prescrizione di cortisonici topici e creme emollienti.

Non sono del tutto convinto, ma cedo alla diagnosi dello specialista. A ogni buon conto fotografo le lesioni per seguirne l'evoluzione e poi mi interessa della tosse di Giuseppe che è il vero motivo della visita. Chiedo però di rivedere il bambino dopo una settimana per verificare l'evoluzione delle lesioni (figura 1).

Per corrispondenza:

Piero Minardi

e-mail: piero.minardi@libero.it

occhio alla pelle



Al controllo della settimana successiva noto un modesto miglioramento dell'aspetto cutaneo, dovuto probabilmente allo spegnersi dell'eritema.

La mamma mi chiede cosa utilizzare per trattare le lesioni che sono rimaste. Nel dubbio di darle un buon suggerimento, per prendere tempo, le consiglio solo impacchi con amuchina al 3%. Mi rimane sempre il dubbio che quella dermatite sia troppo suggestiva per scabbia e non verifico la prescrizione fatta dal dermatologo: commetto un errore; naturalmente lo avevo già commesso nella visita precedente.

### Ecco la diagnosi

Rivedo il bambino dopo due settimane. È notevolmente migliorato. La mamma è entusiasta perché finalmente (dice lei!), dopo tante visite e prescrizioni dermatologiche, con la sola amuchina ha finalmente risolto il problema. Mi chiede poi se può utilizzarla anche per il fratellino maggiore che inizia a presentare le stesse lesioni di Giuseppe. Il tarlo della scabbia torna a mordere e, ancora più insospettito, chiedo di vedere l'altro bambino e (anche se un po' tardi) tutte le prescrizioni ricevute dal dermatologo.

Ecco dunque che alla visita dermatologica, avvenuta pochi giorni prima del mio primo incontro con il bambino, era stata diagnosticata una scabbia e tutti i componenti della famiglia avevano fatto per un giorno terapia topica con *Scabiacid* (permetrina al 5%).

Chiedo alla mamma perché mai me lo aveva taciuto. Mi risponde che, a suo parere, se si fosse trattato di scabbia, con la terapia del dermatologo avrebbe dovuto notare un immediato miglioramento, così come era accaduto in passato quando aveva usato la crema cortisonica per la dermatite atopica del volto!

### La mamma aveva mentito, interpretato o che altro?

Insomma la mamma aveva mentito? Forse no: aveva "troppo interpretato" i fatti invece di raccontarli semplicemente? O forse – più probabilmente – provava vergogna per una diagnosi che secondo il comune parere è sinonimo di scarsa igiene?

E io? Rivedendo, poi, le foto, con l'aiuto del Prof. Bonifazi ho dovuto ammettere che fin dalla prima visita avevo tutti gli elementi per fare diagnosi certa di scabbia. C'era addirittura la presenza di cunicoli (lesioni lineari indicate nella *figura 2* con le frecce) che si vedono oramai raramente, e poi c'era l'interessamento del

**FIGURA 2**



margine ulnare delle mani, c'era la concentrazione delle lesioni ai gomiti, c'erano i noduli palmo-plantari. Vescicole disabitate (senza parassiti al loro interno) possono continuare a essere presenti anche dopo 2-3 mesi dalla eradicazione degli stessi.

### Cosa ho imparato

Cosa mi ha insegnato questa esperienza? Che devo sempre verificare sulla carta i referti o le prescrizioni degli esperti specialisti; che è meglio non fidarsi di ciò che ci viene riferito dai famigliari, anche se (come era nel caso) li riteniamo attendibili; che ho fatto bene a fotografare: di fronte a un quadro dermatologico poco chiaro o che non sappiamo interpretare con sicurezza occorre farlo; che una volta fotografato è meglio non attendere

a chiedere consulenze, specie per noi che abbiamo il Forum di dermatologia pediatrica. Se avessi inviato subito le foto al Forum, avrei ricevuto probabilmente in giornata la consulenza di diversi esperti; mi sarei risparmiato i 100 km di strada per andare, da Statte a Bari, dal Prof. Bonifazi e, soprattutto, non avrei fatto la figura del pollo con la madre di Giuseppe. ♦

### Bibliografia essenziale

- Angelini G, Vena GA. Dermatologia professionale e ambientale. Brescia: ISED, 1997.
- Arcangeli F, Pierleoni M. Parassitosi cutanee. Dermatologia pediatrica. UTET, 2005:77-80.
- Bonifazi E, Pratica F. Pediatric Dermatology. Eur J Dermatol 1999;9:369-84.
- Nelson W. Textbook of Pediatrics 18th Ed. 2756-8.

# “Early adiposity rebound”: indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche

Maurizio Iaia

Pediatra di famiglia e di comunità, AUSL Cesena, ACP Romagna

## Abstract

“Early adiposity rebound”: an early risk marker of obesity and metabolic complications

For a better prevention of childhood and adolescent obesity, detection of early life risk markers before adiposity reaches high levels could be useful. Between 5 and 7 years of age there is a second rise in the BMI curve that corresponds to the “adiposity rebound”. Children with an “early adiposity rebound” (EAR), between 2-5 years of age, are at an increased risk of overweight. The earlier the EAR the higher the BMI at 21 years of age. The EAR reflects a growth acceleration and it is a better indicator of obesity origin in respect to a high BMI since the latter could increase years after the onset. The typical EAR growth pattern consists in a normal or low BMI before EAR followed by rapidly increasing BMI values after EAR (centile crossover). It is recorded in recent generations of children. The early onset of adiposity rebound found in most obese children suggests that obesity determinants are operative in the first years of life. The post weaning diet of industrialized countries characterized by a high protein and low fat intake, followed by a high fat diet after the first two years of life could be the consequence. The described pattern of EAR is also significantly associated with a central body fat pattern and with the risk of impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and coronary heart disease. The family paediatrician has an important role in primary and secondary prevention.

Quaderni acp 2009; 16(2): 72-78

**Key words** Fat tissue development. Infant nutrition. Early adiposity rebound. Obesity programming. Metabolic complications

Per una più efficace prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente è molto utile identificare markers precoci di rischio prima che l'eccesso di peso raggiunga livelli elevati. Lo stato del BMI nei primi anni di vita ha un valore predittivo basso per lo sviluppo successivo di obesità. L'Adiposity Rebound (AR) corrisponde al secondo aumento della curva del BMI che normalmente si verifica fra i 5 e i 7 anni di età. L'età dell'AR è predittiva del rischio di obesità: i bambini che hanno un “early adiposity rebound” (EAR) nell'età 2-5 anni hanno un rischio significativamente aumentato di diventare obesi; più precoce è l'età dell'EAR, maggiore è il BMI a 21 anni. L'EAR riflette un'accelerazione della crescita e rappresenta un indicatore dell'origine dell'obesità migliore rispetto a un BMI elevato che può divenire tale anche dopo molti anni che il processo è iniziato. Il pattern tipico di crescita dell'EAR consiste in un BMI basso o normale prima dell'EAR, seguito da valori rapidamente crescenti del BMI dopo l'EAR (attraversamento verso l'alto dei percentili) e viene rilevato in bambini delle generazioni recenti. L'età precoce dell'AR registrata nella maggior parte dei soggetti obesi suggerisce che i determinanti dell'obesità hanno operato nei primissimi anni di vita. Ciò può essere la conseguenza di un modello di alimentazione infantile, comune dopo lo svezzamento nei Paesi industrializzati, con un elevato consumo di proteine e un basso consumo di grassi, seguito dopo i primi 2 anni di vita da un'alimentazione ricca in grassi. Il pattern descritto dell'EAR è anche significativamente associato con obesità addominale e con il rischio di ridotta tolleranza ai carboidrati, diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare aterosclerotica. Il pediatra di famiglia ha un importante ruolo nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria.

**Parole chiave** Sviluppo del tessuto adiposo. Nutrizione infantile. Early adiposity rebound. Programming dell'obesità. Complicanze metaboliche

## I fattori di rischio precoci per obesità

Le strategie preventive e terapeutiche nei confronti dell'epidemia di obesità in corso, finora indirizzate soprattutto all'età scolare e adolescenziale con risultati deludenti a medio/lungo termine, richiedono un nuovo approccio concettuale e operativo alla luce dei recenti sviluppi della ricerca scientifica.

Importanti studi epidemiologici longitudinali, sostenuti da conferme sperimentali, mettono sempre più in evidenza quali sono i più significativi fattori ambientali “protettivi” e “di rischio” che, agendo durante *periodi critici*, dalla vita intrauterina ai primissimi anni di vita (programming intra- ed extra-uterino dell'obesità), condizionano la storia naturale della predisposizione o meno all'obesità e alle complicanze metaboliche associate. È in tale fase sommersa dell'iceberg che si determinano le condizioni biometaboliche e psicocomportamentali di base per lo sviluppo più tardivo del fenomeno. Successivamente le abitudini alimentari errate e lo stile di vita sedentario che caratterizzano diffusamente il contesto di vita obesigeno contribuiscono, come fattori di mantenimento, a far emergere clinicamente l'obesità come punta dell'iceberg.

Premesso che lo svantaggio socioculturale favorisce in modo rilevante l'obesità, i principali fattori di rischio precoci (0-5 anni) che in indagini prospettiche hanno dimostrato un valore predittivo indipendente possono essere semplificati come segue [1]:

- ▶ **obesità nei genitori** (odds ratio 10 se entrambi obesi; odds ratio 4,25 se solo la madre è obesa; odds ratio 2,54 se solo il padre è obeso);
- ▶ **peso neonatale “elevato”** (odds ratio 1,05 per ogni 100 grammi di unità di aumento) o “basso per l'età gestazionale”; quest'ultimo aumenta il rischio di sindrome metabolica (obesità addominale, dislipidemia, ridotta tolleranza al glucosio o diabete tipo 2, iper-

Per corrispondenza:

Maurizio Iaia

e-mail: maurizio.iaia@ausl-cesena.emr.it

il punto su

tensione arteriosa) e malattia cardiovascolare aterosclerotica precoce [2];

- ▶ *eccessivo incremento di peso nel primo anno di vita* (odds ratio 1,06 per ogni 100 g di unità di aumento);
- ▶ *early adiposity rebound (EAR)* in età < 5 anni (odds ratio 15 se si realizza in età < 43 mesi).

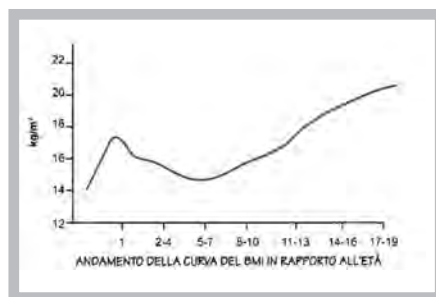
Nel testo sono riportati gli odds ratios relativi ai fattori (fra 25 indagati) che nei primi anni di vita aumentano in modo indipendente (analisi multivariata) l'incidenza di obesità a 7 anni di età, secondo un'importante indagine prospettica di coorte condotta su un campione rappresentativo della popolazione del Regno Unito [3]. Altri 4 fattori sono risultati significativi in questo studio: una crescita "catch up" nel periodo 0-2 anni (odds ratio 2,60), una deviazione standard in eccesso per il peso a 8 mesi (odds ratio 3,13) e a 18 mesi (odds ratio 2,65), l'eccessiva esposizione alla TV (> 8 ore/settimana a 3 anni; odds ratio 1,55) e il deficit di sonno notturno (< 10,5 ore a 3 anni; odds ratio 1,45).

Prenderemo in esame l'EAR che è uno dei principali fattori di rischio in età prescolare.

### Periodi critici nello sviluppo del tessuto adiposo ed EAR

A livello cellulare, l'obesità pediatrica è il risultato di un aumento del volume (ipertrofia) e del numero (iperplasia) degli adipociti. L'aumento di volume, conseguente a un bilancio energetico cronicamente positivo che provoca un'eccessiva lipogenesi, è potenzialmente reversibile con il calo ponderale (lipolisi). Al contrario, il numero di adipociti si mantiene sostanzialmente irreversibile fino all'età adulta, anche in caso di dimagrimento, facilitando la tendenza individuale alle recidive di sovrappeso. Sono stati dimostrati, grazie agli studi con timidina marcata, due periodi sensibili nello sviluppo fisiologico postnatale del tessuto adiposo corrispondenti al 1° anno di vita e all'età dai 6 ai 10 anni, ossia alle due fasi di incremento della curva del BMI (*figura 1*), caratterizzati da un'elevata attività replicativa e differenziativa dei preadipociti con conseguente aumento del numero di nuove cellule adipose mature [4]. L'esposizione a fattori ambientali obesogeni durante periodi critici d'intensa attività replicativa cellulare determina un aumento del rischio di sviluppare successivamente obesità persistente. Il corpo umano è composto da un insieme di componenti (massa magra, massa grassa,

**FIGURA 1: VARIAZIONI FISILOGICHE DEL BMI NEL CORSO DELLA CRESCITA**



acqua), le cui proporzioni si modificano con l'età. La percentuale di massa adiposa (per cento della massa corporea totale) presenta nel corso della crescita variazioni fisiologiche con un'alternanza di periodi di aumento e di diminuzione rappresentate dall'andamento del grafico del *body mass index* (BMI = peso in kg/statura in m) in funzione dell'età [4]. La *figura 1* dà appunto una idea di queste alternanze.

- ▶ *0-1 anno (1° periodo di aumento)*: alla nascita la percentuale di grasso corporeo corrisponde al 12-15% della massa corporea totale e aumenta poi notevolmente nel corso del 1° anno di vita con un picco pari al 25% verso i 6 mesi di vita (prima salita della curva del BMI). *Questa fase, caratterizzata da un aumento del numero di adipociti, rappresenta un primo periodo sensibile per il rischio di obesità.*
- ▶ *1-6 anni (1° periodo di diminuzione)*: dopo il 1° anno si ha una continua e progressiva riduzione della percentuale di grasso corporeo (con concomitante aumento % della massa magra) fino a un valore minimo (10% nei maschi e 15% nelle femmine) raggiunto intorno ai 5-6 anni di età (discesa della curva del BMI).
- ▶ *6-10 anni (2° periodo di aumento)*: all'età media di 6 anni (e non prima dei 5,5 anni) inizia una seconda fase fisiologica di progressivo incremento percentuale del grasso corporeo (seconda salita della curva del BMI). Questa è definita *Adiposity Rebound (AR)* che prosegue fino alla prima pubertà, quando raggiunge valori del 15% nei maschi e del 18-20% nelle femmine. *Anche tale fase a elevata attività proliferativa cellulare è particolarmente critica per il rischio di obesità.*

Rolland Cachera ha dimostrato per primo che l'AR se inizia "anticipatamente", nell'età 2-5 anni, invece che all'età di 5-7 anni, rappresenta un importante indicatore di rischio precoce per lo sviluppo successivo di obesità fino all'età giovanile-adulta [5]. Tale fenomeno è definito *Early Adiposity Rebound (EAR)*. Nella *figura 2* è riportato un esempio di EAR a 3 anni.

### L'early adiposity rebound (EAR)

La definizione di EAR viene talora fraintesa: si ritiene erroneamente che si riferisca a un bambino che è "diventato obeso a un'età precoce", cioè con il riscontro puntiforme di un BMI elevato (> 95° percentile) a una data età. L'EAR indica invece una traiettoria particolare della curva del BMI, (individuabile con l'osservazione di diversi punti della curva in successione temporale (*figura 2*) che precede lo stato di sovrappeso: dopo una prima fase in cui il BMI presenta valori generalmente normali o bassi fino al punto più basso (nadir), si osserva, a 2-5 anni, un'inversione "anticipata" verso l'alto della curva che corrisponde all'inizio dell'EAR. Tale cambiamento di direzione è seguito da un'accelerazione della velocità di incremento del BMI con attraversamento dei percentili fino a raggiungere poi valori indicativi di sovrappeso/obesità anche dopo anni. Questo è espressione di un accumulo di grasso corporeo in età prescolare a un tasso superiore rispetto ai bambini che hanno l'AR in età più tardiva. Un bambino con EAR risulta perciò generalmente (ma non sempre) magro o normopeso prima del rebound (primi anni di vita) e diventa grasso solo un certo tempo dopo l'EAR. Nella *figura 3* sono riportate le traiettorie del BMI in 4 diversi casi.

Il *caso 1* è di una bambina sovrappeso a 1 anno, divenuta obesa dopo un "early adiposity rebound" a 2 anni e mezzo.

Il *caso 2* è di una bambina grassa a 1 anno, non rimasta grassa dopo un "late adiposity rebound" a 8 anni.

Il *caso 3* è di una bambina normopeso a 1 anno, divenuta grassa dopo un "early adiposity rebound" a 4,5 anni.

Il *caso 4* è di una bambina magra a 1 anno, rimasta magra dopo un "late adiposity rebound" a 8 anni.

Lo "stato" del BMI nei primi anni di vita ha un valore predittivo basso di obesità nell'adulto.

Infatti molti adulti obesi non sono stati obesi in età prescolare, ma hanno avuto invece un adiposity rebound anticipato: più del 70% dei bambini e adolescenti obesi valutati presso la Clinica per l'Obesità dell'Ospedale Universitario per bambini di Bruxelles ha avuto un EAR [6]. Diverse indagini longitudinali hanno dimostrato che vi è un'associazione significativa fra EAR e obesità in età adulta [5-8]. È stato inoltre evidenziato che più precoce è l'età dell'AR, più elevato è il valore del BMI a 21 anni [9-10].

### Trends di crescita ed EAR

l'EAR non sembra correlato a un peso neonatale basso e riflette perciò un'accelerazione della crescita postnatale ex novo. L'età media dell'AR è di 3 anni negli adolescenti/adulti obesi, di 6 anni nei normopeso: questo indica che fattori che agiscono in un periodo critico precoce sono alla base del fenomeno obesità. In due studi di follow up sono state confrontate le traiettorie di crescita di due diverse generazioni francesi nate a 30 anni di distanza (1985 vs 1955) [11-12]. I nati nel 1985 presentano all'età di 20 anni valori più elevati di statura e peso, ma sono anche più grassi rispetto ai nati nel 1955; la maggiore statura finale è dovuta soprattutto a una maggiore crescita staturale nei primi 2 anni di vita. La generazione più recente ha inoltre valori più bassi di BMI nei primi anni di vita, un'età media dell'AR significativamente inferiore, valori di BMI più elevati solo dopo l'AR. Osservazioni simili sono riportate anche in altri Paesi industrializzati [13-14].

I diversi patterns di crescita sopracitati, fra due generazioni anagraficamente vicine, sono ovviamente attribuibili a fattori ambientali (non genetici) operanti nei primi anni di vita, quando sono più eclatanti le differenze nei parametri antropometrici. A tal proposito gli squilibri alimentari che descriveremo svolgono un ruolo primario, a cui va aggiunto il contributo di una scarsa attività motoria.

### Intakes nutrizionali precoci ed EAR

L'associazione fra abitudini alimentari e obesità viene comunemente valutata attraverso indagini epidemiologiche di tipo trasversale che forniscono frequentemente risultati contraddittori. Tale approccio

non è in grado di fare luce sulla storia naturale del fenomeno, dal momento che i determinanti dell'obesità possono agire in un periodo precoce della crescita; per tale scopo sono più appropriati gli studi di tipo longitudinale. Uno studio longitudinale francese ha valutato l'influenza esercitata dalle abitudini alimentari precoci sullo sviluppo successivo di sovrappeso e sull'età di inizio dell'AR [12-15-16]. Sia un'alimentazione ipercalorica che un'alimentazione iperproteica a 2 anni si associavano a un'aumentata incidenza di sovrappeso/obesità a 8 anni, ma le traiettorie del BMI erano molto diverse: nel primo caso (ipercalorica) i valori del BMI erano alti a tutte le età (da 10 mesi a 8 anni) e l'AR si realizzava a un'età media normale, mentre nel secondo caso (iperproteica) i valori del BMI tendevano a essere più bassi nei primi anni di vita e dopo la comparsa di un EAR cominciavano ad aumentare rapidamente (pattern con maggior rischio metabolico a lungo termine, come vedremo in seguito). L'unica associazione significativa fra gli intakes nutrizionali a 2 anni di vita e l'EAR è risultata l'elevata percentuale di proteine nella dieta: maggiore era tale percentuale, più precoce l'età dell'EAR. Indagini nutrizionali condotte in vari Paesi europei hanno confermato che all'età di 1 anno i bambini di oggi assumono, diversamente dal passato, una quantità di proteine che è 3-4 volte superiore ai fabbisogni medi con una percentuale superiore al 16% delle calorie totali, mentre l'apporto calorico da lipidi è basso, circa il 28% delle calorie totali [16-17]. Questo è dovuto a un eccessivo consumo di proteine animali (prodotti caseari light con alto tenore proteico ma ridotto contenuto in grassi, carne e insaccati), mentre vi è uno scarso consumo di olio di oliva e di altri alimenti di origine vegetale.

Un'alimentazione infantile con eccesso di proteine e scarso contenuto in grassi comporta una riduzione dell'introito calorico totale in quanto gli alimenti con basso contenuto lipidico determinano una riduzione della densità energetica della dieta (calorie/100 g) mentre l'elevato potere saziante delle proteine anticipa il senso di sazietà [16].

Tale stile alimentare, frequente nell'età 6-24 mesi nei Paesi industrializzati, risulta fortemente squilibrato rispetto alle indicazioni dei LARN (proteine:10-12%;

lipidi: 50% nel 1° anno e ~ 40-45% delle calorie totali giornaliere nel 2° anno) e rispetto alla composizione del latte materno al quale è riconosciuto un effetto protettivo dose-dipendente e durata-dipendente nei confronti dell'obesità. Il latte materno, infatti, ha un contenuto in proteine basso (7% delle calorie totali) ed elevato in grassi (50% delle calorie totali). Le indagini nutrizionali evidenziano anche che dopo i 2 anni di età l'intake di proteine continua a mantenersi sempre alto mentre quello di lipidi, che ora dovrebbe idealmente ridursi intorno al 30%, aumenta.

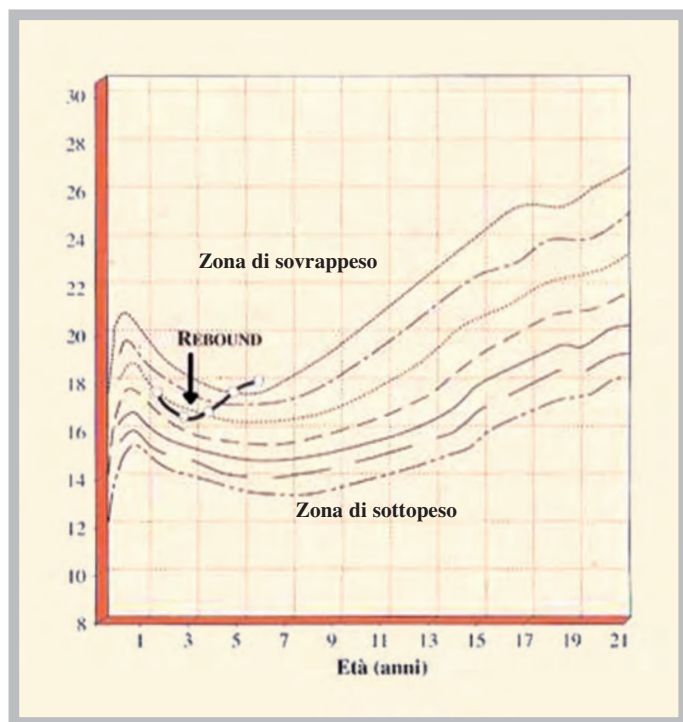
Vediamo come possono essere interpretati gli effetti di tali pattern alimentari.

#### a. L'eccesso proteico

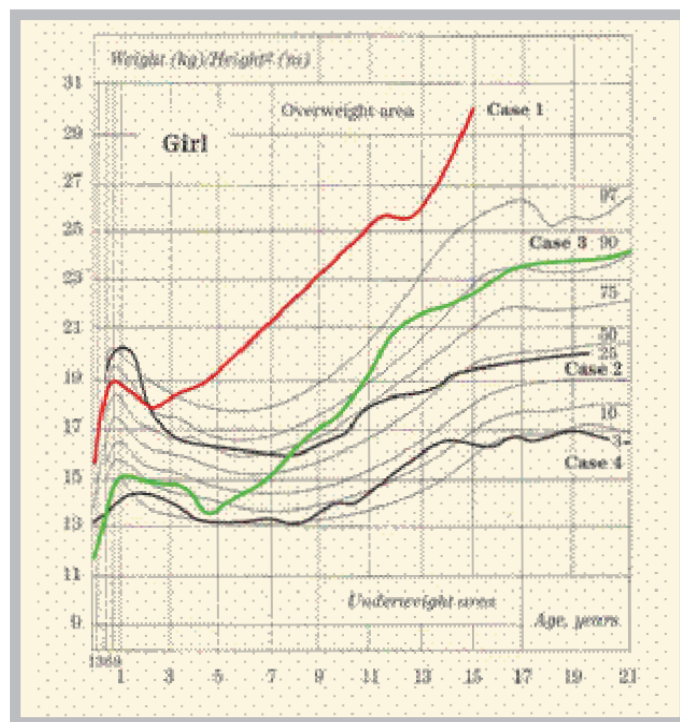
Un eccessivo intake di proteine animali (soprattutto da latte vaccino) nei primissimi anni di vita sembra indurre un'aumentata produzione di fattori di crescita come l'IGF1 (*Insulin Like Growth Factor*) [12-16-18]. L'aumento dei livelli di IGF1, iperstimolando la sintesi proteica e la proliferazione cellulare in tutti i tessuti, determina anche un'aumentata differenziazione dei preadipociti (che sono provvisti di recettori per l'IGF1) in adipociti e un incremento numerico eccessivo delle cellule adipose (iperplasia). Questo fenomeno opererebbe nella patogenesi dell'EAR (*tabella 1*). A conferma di ciò è significativo che l'EAR risulti inversamente associato con l'età ossea (accelerazione della crescita staturale riportata al paragrafo precedente) e che nell'obesità pediatrica essenziale l'accumulo di grasso corporeo è accompagnato costantemente, oltre che da una statura maggiore per l'età, da un aumento della massa muscolare. L'alimentazione iperproteica favorisce anche la deposizione di grasso a livello viscerale (pattern androide), probabilmente mediata da una diminuzione della secrezione di GH (*tabella 1*), spesso riscontrata nei bambini obesi [12]. Il pattern androide è anche una caratteristica dei soggetti con deficit di GH.

L'aumento di IGF1 e la diminuzione di GH abitualmente presenti nell'obesità essenziale e verosimilmente correlati all'alimentazione iperproteica protratta sono l'immagine speculare della malnutrizione proteica.

**FIGURA 2: ESEMPIO DI "EARLY ADIPOSITY REBOUND" (GRAFICA DEL BMI)**



**FIGURA 3: QUATTRO ESEMPI DI EVOLUZIONE DEL BMI NEL TEMPO**



**TABELLA 1: INTERPRETAZIONE DELLE "ORIGINI" DELL'OBESITÀ [16]**

Fattori di rischio	Conseguenze
<b>Prima infanzia</b>	
Eccessivo intake proteico	⊃ IGF1 → proliferazione cellulare in tutti i tessuti Accelerazione della crescita Iperplasia del tessuto adiposo
Deficit lipidico (energetico)	Induzione di "Fenotipo a risparmio energetico"
<b>A tutte le età</b>	
Eccessivo intake proteico	⊃ GH → ⊃ Lipolisi ⊃ Grasso addominale
Elevato intake energetico e/o bassa spesa energetica	Bilancio energetico positivo → ⊃ Grasso corporeo

**TABELLA 2: CONTENUTO PROTEICO IN GRAMMI PER 100 GRAMMI DI ALCUNI ALIMENTI VEGETALI E ANIMALI (PESI A CRUDO AL NETTO DEGLI SCARTI)**

ALIMENTI VEGETALI	g %
Pasta di semola	10,9
Fagioli secchi	23,6
Lenticchie secche	22,7
Ceci secchi	20,9
Piselli secchi	21,7
Piselli surgelati	5,4
Noci	10,5
Spinaci	3,4
Cavolfiore	3,2
ALIMENTI ANIMALI	g %
Vitello	20,7
Petto di tacchino	22,0
Pesce (merluzzo)	17,0
Formaggio molle	18,5
Parmigiano	33,5
Uovo	12,4
Latte	3,3

b. Il deficit energetico precoce (da scarsa assunzione di lipidi), seguito da un bilancio energetico positivo  
Un intake energetico paradossalmente basso in un "periodo critico" di elevato fabbisogno energetico indurrebbe, secondo Rolland Cachera, la programmazione precoce epigenetica di un fenotipo adattativo "a risparmio energetico", come accade nell'iponutrizione fetale e perinatale secondo l'ipotesi sempre più confermata di Barker, caratterizzato dalla tendenza metabolica ad accumulare più facilmente grasso come riserva e a consumare poca energia per le funzioni basali [19-21]. Questo processo di adattamento endocrino-metabolico che svolge originariamente una funzione protettiva nella situazione di deficit energetico, diventa in epoca successiva un importante svantaggio se il bam-

bino viene ipernutrito o anche semplicemente normonutrito, favorendo l'insorgenza di obesità e di insulinoresistenza.  
Concludendo, la traiettoria caratteristica della curva del BMI nelle recenti generazioni che abbiamo descritto può essere attribuita a un'alimentazione con troppe proteine (accelerazione della crescita staturale) e pochi grassi nei primi 2 anni di vita (bilancio energetico negativo), che spiega i valori bassi/normali del BMI prima dell'EAR, seguita da un eccessivo intake di grassi negli anni successivi (bilancio energetico positivo con incremento accelerato del BMI dopo l'EAR). Uno stile di vita sedentario contribuisce a un bilancio energetico positivo. L'European Nutrition Committee ha recentemente stilato nuove linee guida che raccomandano una nutrizione infantile basata su un più basso livello di proteine.

**Contenimento dell'assunzione proteica**

I livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti in rapporto all'età (LARN, a cura della Società Italiana di Nutrizione Umana) rappresentano un ampio margine di sicurezza degli apporti alimentari (+ 2 deviazioni standard) al di sopra dei fabbisogni medi della popola-

zione, ma anche i limiti da non superare per evitare eccessi.

In particolare, l'apporto raccomandato di *proteine* è di 2 grammi/kg/die nei primi mesi, da ridurre progressivamente fino a 1,5 g/kg/die intorno ai 2 anni, per rimanere poi tale fino a 12-13 anni, con una ripartizione al 50% fra proteine animali e vegetali. Espresso come percentuale, l'apporto proteico giornaliero dovrebbe idealmente coprire il 10-12% delle kcal totali e comunque non superare il 15%.

L'assunzione di porzioni adeguate per l'età e un'equilibrata frequenza di consumo di alimenti animali e vegetali, il cui contenuto proteico è molto variabile come riportato in *tabella 2*, consentono di contenere l'apporto proteico medio giornaliero. Nella *tabella 3* sono indicati alcuni esempi di porzioni di alimenti proteici per un bambino di 1 anno con il corrispondente contenuto proteico per porzione e con la frequenza di consumo raccomandata.

### EAR e conseguenze cardiometaboliche

Due importanti recenti studi longitudinali di coorte, di cui riportiamo una breve sintesi, hanno evidenziato le traiettorie di crescita nel corso dell'età evolutiva (come l'EAR) che hanno influenzato significativamente il successivo rischio di complicanze cardiometaboliche, con importanti implicazioni sul piano preventivo.

Uno studio retrospettivo longitudinale su una coorte di soggetti nati nel decennio 1934-1944 a Helsinki, monitorati con registrazioni antropometriche (peso, lunghezza-altezza, BMI) dalla nascita fino a 11 anni di età, ha analizzato l'associazione fra i pattern di crescita in tale fascia di età e il successivo sviluppo di morbilità e mortalità coronarica (CHD: *Coronary Heart Disease*) [22]. Lo studio si è svolto su 8760 soggetti della coorte originaria sorvegliati fino al 1998 per registrare l'incidenza di eventi coronarici mortali e non: 357 maschi e 87 femmine sono andati incontro a tali eventi secondo i dati desunti dai Registri Nazionali.

La CHD è risultata associata in modo "indipendente" sia con la crescita prenatale (peso e BMI neonatale bassi) che con la crescita postnatale (BMI basso a 2 anni e poi rapido incremento come espressione di un EAR). A 11 anni il BMI

**TABELLA 3: PORZIONI DI ALCUNI ALIMENTI PER UN BAMBINO DI 1 ANNO, GRAMMI DI PROTEINE PER PORZIONE E FREQUENZE DI CONSUMO CONSIGLIATE**

ALIMENTO	Porzioni (g)	Proteine per porzione (g)	Frequenze
Carne di vitello	30-35	6,3-7,3	3-4 v/settimana
Pesce	45	7,6	3-4 v/settimana
Legumi secchi	20-25	4,7-5,9	3-4 v/settimana
Formaggi:			
-molliti	35-40	6,4-7,4	1-2 v/settimana
-Parmigiano* (2° piatto)	10-15	3,3-5,5	1-2 v/settimana
Uovo	n. 1 (g 55)	6,8	1-2 v/settimana
Latte vaccino intero	200-250 ml	6,6-8,3	1-2 v/die

\* Parmigiano grattugiato come condimento nei primi piatti: 1 cucchiaino (5 grammi)

dei soggetti colpiti raggiungeva i valori medi dei controlli, ma ciò che caratterizzava il rischio era la sua particolare traiettoria di attraversamento verso l'alto dei percentili fra i 2-11 anni, più che i singoli valori del BMI raggiunti a ogni data età.

Dividendo i soggetti in tre gruppi (terzili) e valutando, per maschi e femmine insieme, l'effetto simultaneo esercitato dall'associazione "peso neonatale/BMI a 2 anni", il rischio maggiore di CHD si aveva nel gruppo con peso neonatale più basso (< 3 kg) e BMI a 2 anni inferiore o eguale a 17. Considerando inoltre l'effetto simultaneo dell'associazione "BMI a 2 anni/BMI a 11 anni", il rischio più elevato si aveva quando i valori del BMI rientravano a 2 anni nel terzile più basso (BMI < 16) e a 11 anni nel terzile più alto (BMI > 17,5).

Anche il rischio di insulinoresistenza e di diabete tipo 2 era significativamente aumentato da questi stessi profili di crescita. L'incidenza rilevata di diabete tipo 2 in età adulta era dell'8,6% in coloro che avevano avuto un EAR in età inferiore a 5 anni, mentre si riduceva fino all'1,8% quando l'AR si verificava dopo i 7 anni di età [23]. I risultati non erano modificati significativamente dal diverso status socioeconomico.

Queste osservazioni concordano fortemente con quelle di uno studio prospettico di popolazione su una coorte di nati a Delhi, in India, la cui crescita è stata monitorata da 0 a 12 anni di età [24]. Anche se in età adulta i soggetti della coorte originaria che erano divenuti dislipidici risultavano generalmente sovrappeso, nessuno di questi era obeso

a 12 anni di età. Il rischio di intolleranza al glucosio e di diabete tipo 2 a 30 anni di età risultava significativamente associato sia con valori bassi di BMI da 0 a 2 anni che con il rapido incremento del BMI fra i 2 e i 12 anni (odds ratio 1,36 per ogni aumento di una deviazione standard del BMI in questa fascia di età) e non era correlato con il livello culturale, lo stato socioeconomico, il consumo di alcol, il fumo e il livello di attività fisica. Non è stato valutato il rischio coronarico perché la coorte è ancora troppo giovane. In definitiva si può ribadire che l'EAR aumenta di per sé il rischio di obesità fino all'età adulta, ma da questi studi è risultato anche evidente che i soggetti con un pattern caratterizzato da un BMI basso alla nascita e/o nei primi anni di vita seguito da un EAR e dal rapido aumento dei valori del BMI negli anni successivi (attraversamento verso l'alto dei centili) hanno un rischio significativamente aumentato di sviluppare nel tempo insulinoresistenza, diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare aterosclerotica. D'altro canto è anche noto, sulla base dei risultati inequivocabili di numerosi studi prospettici, che i soggetti con un BMI elevato e/o un aumento della circonferenza addominale in età scolare e adolescenziale, condizioni favorite e spesso precedute da un EAR, hanno un rischio aumentato di sindrome metabolica e malattia aterosclerotica precoce in età adulta [25-29]. Da qui l'importanza di trattare precocemente l'EAR.

### Conclusioni

Vi è sufficiente evidenza che fattori ambientali che agiscono precocemente (vita

intrauterina e infanzia), e in particolare l'alimentazione, possono "programmare" in modo permanente la regolazione del metabolismo energetico, influenzando il futuro rischio di sviluppare obesità e complicanze metaboliche.

Questa evidenza suggerisce la necessità di indirizzare in modo più mirato le strategie preventive in tali periodi sensibili della crescita attraverso piani per la salute integrati e sinergici da parte dei servizi sanitari e di tutta la società, visti i costi sanitari e sociali dell'obesità. Occorre pertanto *agire prima e meglio*. Gli interventi precoci sembrano essere tanto più efficaci quanto prima vengono attuati [1-30-34].

In particolare, il pediatra di famiglia (PdF) potrebbe esercitare, in maniera continuativa, una più incisiva azione di prevenzione e contrasto nei confronti dell'obesità. Nell'ambito della *prevenzione primaria*, il PdF ha un autorevole ruolo di "guida anticipatoria" nel sostenere attivamente le competenze educative genitoriali per la promozione di stili di vita sani che possiamo così indicare [31-33]:

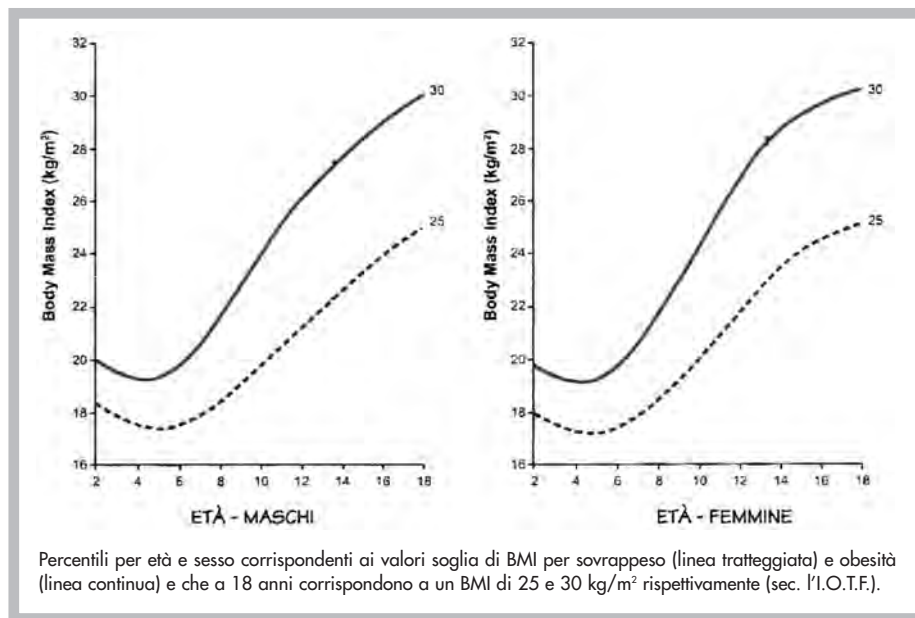
- ▶ sostenere l'allattamento protratto al seno; svezzare a 6 mesi e promuovere abitudini alimentari corrette: prevenire un'alimentazione con eccesso di proteine animali e deficit di grassi salutari nei primi 2 anni di vita, contenere l'intake lipidico dopo i 2 anni, rimarcare l'importanza della prima colazione, contrastare il consumo di bevande zuccherate, aumentare il consumo di frutta e verdura ecc.;
- ▶ prevenire la sedentarietà: contenere il tempo di esposizione alla TV, promuovere giochi di movimento, camminare il più possibile, fare le scale a piedi ecc.

**Box: LA STORIA DI UN CASO**

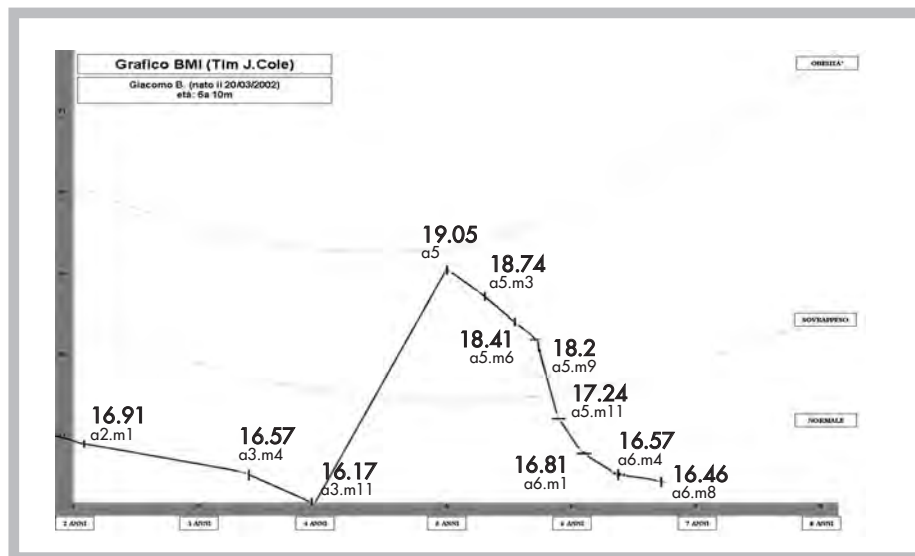
Nella *figura 5* è riportato un caso personale di EAR.

- I valori del BMI fra 2 e 4 anni di età presentano una normale diminuzione.
- A 5 anni, in occasione del bilancio di salute, è stato rilevato un BMI nettamente aumentato e rientrante già nella fascia sovrappeso, ma non obeso. Tra i 4 e i 5 anni vi è stato, quindi, un EAR, anche se non è possibile individuare il momento esatto in cui il BMI ha invertito verso l'alto la sua traiettoria per mancanza di misure intermedie.
- L'intervento, iniziato a 5 anni, si è articolato su vari elementi: informazione/sensibilizzazione dei genitori, progressiva modifica del tipo di merende (sostituzione di dolci vari con la frutta fresca), modulazione delle porzioni di cibo, riduzione delle ore di TV, follow up antropometrico.
- Dopo l'inizio del trattamento si è registrata una progressiva riduzione del BMI fino al mantenimento di valori normali all'ultimo controllo eseguito all'età di 6 anni e 8 mesi.

**FIGURA 4: PERCENTILI DEL BMI PER SOVRAPPESO E OBESITÀ**



**FIGURA 5: UN CASO PERSONALE DI EAR**



Nell'ambito della *prevenzione secondaria*, il PdF ha l'importante compito di intercettare/trattare "precocemente" i soggetti a rischio. L'impiego integrato di informazioni anamnestiche mirate e di semplici strumenti (bilancia, statimetro, metro flessibile da sarto per la misura della circonferenza addominale, tavole dei percentili) consente l'individuazione precoce dei profili di rischio, onde modulare appropriatamente gli interventi [34-36].

A tale scopo è necessaria la valutazione dei seguenti dati:

- ▶ anamnesi neonatale (peso neonatale elevato o basso per l'età gestazionale);
- ▶ anamnesi familiare mirata per obesità e sindrome metabolica nei genitori. Prima dei 3 anni di età l'obesità dei genitori ha un valore predittivo per obesità nei figli maggiore dello stato del BMI del bambino; in seguito le condizioni personali del bambino diventano via via più rilevanti;
- ▶ monitoraggio antropometrico e della curva del BMI [36]. Si possono utilizzare i percentili del BMI proposti dall'*International Obesity Task Force* (sec. Cole) per l'età 2-18 anni, in cui sono evidenziate le due fasce di sovrappeso e di obesità (*figura 4*) o i nuovi percentili OMS 2006 del BMI per l'età 0-5 anni. In tal modo si individuano i bambini con EAR o con un iniziale sovrappeso sui quali indirizzare un intervento personalizzato precoce prima che diventino obesi (*box*);
- ▶ misurazione della *circonferenza addominale*. Valori elevati dai 5 anni di età rappresentano anche nel bambino, come riconosciuto da tempo nell'adulto, un fattore di rischio altamente predittivo per lo sviluppo successivo di *sindrome metabolica* [26]. La sua misurazione routinaria consente di identificare i bambini con "obesità androide": circonferenza addominale > 90° percentile secondo i percentili di McCarthy [35]; si può utilizzare anche il rapporto circonferenza addominale/statura in cm  $\geq 0,490$  [37], dal momento che non sempre essi presentano un valore parallelamente elevato del BMI.

Quanto sopra detto richiede certamente una formazione specifica dei pediatri di

famiglia che comprenda anche l'acquisizione di adeguate competenze di counselling per l'attuazione di efficaci programmi di prevenzione e trattamento precoci. ♦

**L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse.**

#### Bibliografia

- [1] Maffei C. Il bambino obeso e le complicanze. Firenze: SEE Ed., 2005.
- [2] Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P, et al. Management of the child born small for gestational age through to adulthood: a Consensus Statement of the International Societies of Pediatric Endocrinology and Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:804-10.
- [3] Reilly J J, Armstrong J, Dorosty A R, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005;330:1357-64.
- [4] Wabitsch M. Molecular and biological factors with emphasis on adipose tissue development. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, et al (Eds). *Child and Adolescent Obesity*. Cambridge University Press, 2002.
- [5] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, et al. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984;39:129-35.
- [6] Guillaume ML, Burniat W. L'excès pondéral et l'obésité chez l'enfant: un réel problème de santé publique. *Revue de la Médecine Générale* 1999;163:213-7.
- [7] Whitaker R, Pepe MS, Wright JA, et al. Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. *Pediatrics* 1998;101:e 5.
- [8] He Q, Karlberg J. Probability of adult overweight and risk change during the BMI rebound period. *Obes Res* 2002;10:135-40.
- [9] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Avons P, et al. Tracking adiposity patterns from 1 month to adulthood. *Ann Hum Biol* 1987;14:219-22.
- [10] Freedman DS, Kettel Khan L, Serdula MK, et al. BMI rebound, childhood height and obesity among adults: the Bogalusa Heart study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:543-9.
- [11] Deheeger M, Rolland Cachera MF. Longitudinal study of anthropometric measurements in Parisian children aged 10 months to 18 years. *Arch Pediatr* 2004;11:1139-44.
- [12] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, et al. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int J Obes* 2006;30:S11-7.
- [13] Hughes JM, Chinn S, Rona RJ. Trends in growth in England and Scotland, 1972 to 1994. *Arch Dis Child* 1997;76:182-9.
- [14] Ulmen U, Hesse V, Hinkel J, et al. Comparison of length, height and body weight in two German longitudinal studies in infants and toddlers with a time interval of more than twenty years (1978 vs 2001). *Monatsschrift Kinderheilkd*. 2005;153:1026.
- [15] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, et al. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes* 1995;19:573-8.

- [16] Rolland Cachera MF, Bellisle F. Nutrition. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, et al (Eds). *Child and Adolescent Obesity*. Cambridge University Press, 2002.
- [17] Scaglioni S, Agostoni C, De Notaris R, et al. Early macronutrients intakes and overweight at five years of age. *Int J Obes* 2000;24:777-81.
- [18] Hoppe C, Udam TR, Lauritzen L, et al. Animal protein intake, serum insulin growth factor I and growth in healthy children. *Am J Clin Nutr* 2004;80:447-52.
- [19] Barker DJP, Eriksson JG, Forsén TJ, et al. Fetal origins of adult diseases: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol* 2002;31:1235-9.
- [20] Lucas A. Long-term programming effects of early nutrition. Implications for the preterm infant. *J Perinatol* 2005;25:82-6.
- [21] Cripps RL, Martin-Gronert MS, Ozanne SE. Fetal and perinatal programming of appetite. *Clin Sci* 2005;109:1-11.
- [22] Barker DJP, Osmond C, Forsén TJ, et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *N Engl J Med* 2005;353:1802-9.
- [23] Eriksson JG, Forsén T, Tuomilehto J, et al. Early adiposity rebound in childhood and risk of type 2 diabetes in adult life. *Diabetologia* 2003;46:190-4.
- [24] Bhargava SK, Sachdev HS, Fall C, et al. Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *N Engl J Med* 2004;350:865-75.
- [25] Baker JL, Olsen LW, Serensen TI. Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329-37.
- [26] Zimmer P, Alberti G, Kaufman E, et al. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet* 2007;369:2059-61.
- [27] Morrison JA, Friedman LA, McGuire CG. Metabolic syndrome in childhood predicts adult cardiovascular disease 25 years later: The Princeton Lipid Research Clinics Follow up Study. *Pediatrics* 2007;120:340-5.
- [28] Li S, Chen W, Srinivasan S. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood. The Bogalusa Heart Study. *JAMA* 2003;290:2271-6.
- [29] Wunsch R, De Sousa G, Toshke AM. Intima-media thickness in obese children before and after weight loss. *Pediatrics* 2006;118:2334-40.
- [30] Davis K, Christoffel K. Obesity in pre-school and school-age children. Treatment early and often may be best. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:1257-61.
- [31] Iaia M. Lo svezzamento e oltre... secondo natura. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale, 2008.
- [32] Iaia M. Lo svezzamento e oltre secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti. *Quaderni acp* 2008;15:216-22.
- [33] Iaia M. Cibo dei piccoli... salute dei grandi. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale, 2006.
- [34] Consensus Development on Childhood Obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:1871-87.
- [35] Società Italiana di Pediatria. Obesità del bambino e dell'adolescente: Consensus su Prevenzione, Diagnosi e Terapia. Milano: Istituto Scotti Bassani, 2006.
- [36] Gardner D, Hosking J, Metcalf B, et al. Contribution of early weight gain to childhood overweight and metabolic health: a longitudinal study (EarlyBird 36). *Pediatrics* 2009;123:e67-73
- [37] Khan HS, Imperatore G, Young J, et al. A population-based comparison of BMI percentiles and Waist-to-Height Ratio for identifying cardiovascular risk in youth. *J Pediatr* 2005;146:482-8.



# VUOI FARE UN REGALO INTELLIGENTE?

Per una laurea... una specializzazione...  
... un fidanzamento... un matrimonio...  
... e chi più ne ha più ne metta.

## Perché non regalare una iscrizione alla ACP?

Soci ordinari	€ 100,00
Specializzandi	€ 10,00
Infermiere/i	€ 30,00
Non medici	€ 30,00

Versa l'importo sul c/c postale n. 12109096 intestato a:  
Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6, Narbolia (OR).  
Indica cognome, nome, indirizzo e l'anno a cui si riferisce l'iscrizione che stai donando.

Invia la notifica con cognome, nome, indirizzo e qualifica professionale di chi riceve il regalo a [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) specificando il motivo del regalo (laurea, specializzazione, matrimonio ecc.).

**Il nuovo iscritto riceverà la seguente lettera del nostro presidente.**



Al signor \_\_\_\_\_

Caro amico,

il Dr. \_\_\_\_\_ ti ha regalato l'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri (ACP) in occasione di...

L'Associazione, composta di pediatri e di cultori dei problemi del mondo infantile, punta molto sulla partecipazione attiva dei suoi iscritti e sono certo che anche tu potrai dare il tuo contributo nel prossimo futuro.

Colgo l'occasione per augurarti il miglior futuro possibile nella professione e nella vita sempre... all'interno dell'ACP!

Ti ricordo che l'iscrizione all'ACP dà diritto:

- a ricevere gratuitamente la rivista bimestrale *Quaderni acp*, un giornale non solo per pediatri
- a uno sconto di 20 euro sulla quota dell'abbonamento a *Medico e Bambino*
- a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

E poi ancora,

- a ricevere la *newsletter pediatrica*, strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia e ospedaliero, che fa parte di una convenzione stipulata tra l'ACP e il Centro per la Salute del Bambino (CSB) di Trieste;
- a partecipare a *corsi di apprendimento a distanza*, orientati alla soluzione di problemi dell'attività quotidiana attraverso il metodo EBM (tra essi, il progetto WEBM);
- a una serie di *pacchetti formativi* su vari argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'accostamento precoce al mondo dei suoni, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, le vaccinazioni, lo sviluppo del bambino, l'ambiente e la salute, e altre materie che riguardano il mondo materno-infantile e che non sono solo per i medici;
- a ricevere la *newsletter "FIN DA PICCOLI"* che riporta le conoscenze sulla efficacia degli interventi precoci nei primi anni di vita per la salute e lo sviluppo dei bambini e che hanno poi conseguenze sulla qualità della vita dell'adulto e che è indirizzata a medici, amministratori, educatori.

Ma questo non basta e per una descrizione più completa delle numerose attività dell'Associazione ti invitiamo a visionare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it), in cui sono riportati e aggiornati tutti i documenti e le iniziative ACP.

Quindi, benvenuto fra noi e buona ACP!

Il Presidente

# Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita

Giuseppe Primavera, Giacomo Toffol  
Pediatri di famiglia, Gruppo PUMP dell'ACP

**Parole chiave** VLBW. Patologia respiratoria. Obesità. Inquinamento indoor. Perturbatori endocrini. Particolato

## Inquinamento indoor e patologia respiratoria nei prematuri

I nati pretermine hanno un rischio aumentato di sviluppare patologie respiratorie. Uno studio di coorte effettuato negli USA su 124 bambini con peso molto basso alla nascita (VLBW) dimostra come questo rischio possa essere almeno in parte attribuibile all'esposizione a fattori ambientali modificabili [1].

Lo studio ha coinvolto una coorte di dimessi da un centro di cure intensive neonatali di Rochester, New York. Al momento dell'arruolamento sono state richieste ai genitori informazioni sulle condizioni sociodemografiche della famiglia e sull'esposizione prenatale al fumo di sigaretta.

All'età di un anno, mediante interviste telefoniche, sono stati indagati i problemi respiratori dei bambini (necessità di visite mediche e di ricoveri per patologia respiratoria, presenza di una diagnosi medica di asma) e la presenza di fattori di rischio nell'ambiente di vita: fumatori in casa; presenza di muffe, di animali, di stufe a legna; utilizzo nell'anno trascorso di prodotti chimici per il controllo di parassiti. Ha completato il follow-up l'86% degli arruolati.

La necessità di cure mediche per problemi respiratori è risultata molto comune (il 47% ha richiesto almeno una visita medica per problemi respiratori, l'11% è stato ricoverato almeno una volta, il 9% ha avuto una diagnosi di asma).

La maggioranza dei soggetti era esposta ad almeno un fattore ambientale nocivo (82%): presenza di animali (56%), coabitazione con almeno un fumatore (33%), presenza domestica di muffe (14%), stufe a legna (13%), uso di antiparassitari (13%).

Anche dopo aver controllato i dati in base a: caratteristiche demografiche, storia familiare di asma o allergia, peso alla nascita, presenza o meno di broncodi-splasia, si è evidenziato come la convivenza con un fumatore e l'esposizione ad antiparassitari risultassero associate in modo indipendente tra loro a un aumento della necessità di cure mediche per

problemi respiratori (OR 2,62 con IC 95% 1,09-6,29 per il fumo), (OR 4,41 IC 95% 1,22-15,94 per gli antiparassitari).

Un'ulteriore conferma quindi dell'impatto dei fattori ambientali, peraltro facilmente modificabili, sulla salute dei bambini.

## Perturbatori endocrini e obesità

Uno studio prospettico realizzato su una coorte di neonati delle Fiandre rileva una associazione tra esposizione prenatale a inquinanti ambientali ed elevato BMI durante i primi tre anni di vita [2].

Dalla fine degli anni '90, dati di laboratorio indicavano che l'esposizione a *endocrine disruptors* come policlorobifenili (PCBs), diossine e bifenolo A in periodi critici dello sviluppo fetale, poteva aumentare il rischio di obesità in fasi successive della vita, ma pochi studi epidemiologici avevano investigato in tal senso. In questo studio longitudinale i ricercatori hanno esaminato un campione random di 138 coppie madre-bambino provenienti da 26 maternità delle Fiandre collocate in aree geografiche con diverse caratteristiche di inquinamento (rurali, urbane e industriali). Sono state raccolte informazioni sullo stato di salute, fumo, età, condizione socioeconomica; sono stati registrati peso e altezza dei bambini da 0 a 3 anni e da un campione di sangue ombelicale sono stati misurati i livelli di esaclorobenzene, PCBs, composti dioxin-like e DDE (metabolita del DDT).

Alti livelli di PCBs erano associati a elevati BMI SDS (*standard deviation scores*) tra 1 e 3 anni di età. L'effetto di alti livelli di DDE sul BMI SDS a 3 anni di età era non significativo in figli di madri non fumatrici, ma questo effetto aumentava nei figli delle fumatrici (differenza di BMI SDS per concentrazioni di DDE tra il 10° e il 90° percentile = 0,76). Quindi, la simultanea esposizione intrauterina a *endocrine disruptors* potrebbe aggravare l'effetto del fumo in gravidanza sull'aumento del BMI, già riscontrato in altri studi. Principali limitazioni dello studio: la mancata registrazione dell'incremento di peso materno in gravidanza, importante fattore di rischio per obesità nel bambino, e il follow-up dei bambini durato solo tre anni (ma un elevato BMI nel bambino piccolo è riconosciuto come fattore di rischio di obesità nell'adulto). Sono necessari altri studi prospettici per confermare questi risultati e studi che spieghino i possibili meccanismi con cui gli inquinanti possono alterare il metabolismo energetico.

## Particolato e aspettativa di vita

Migliorare la qualità dell'aria produce dei risultati misurabili sulla salute umana? È quanto si è proposto di indagare questo studio che ha valutato i cambiamenti nell'aspettativa di vita associati con le variazioni di concentrazione del particolato fine avvenute negli US tra gli anni '80 e '90. A tale scopo furono calcolate le concentrazioni medie di PM<sub>2,5</sub> di 51 aree metropolitane tra il 1979 e il 1983; questi dati furono confrontati con quelli delle stesse città, dal 1999 al 2000. Fu quindi calcolata l'aspettativa di vita in 215 contee ricadenti nelle 51 aree metropolitane nei quinquenni 1978-82 e 1997-01. In assenza di dati attendibili sulla variabile più importante, l'esposizione al fumo di tabacco, furono utilizzati come indicatori i tassi standardizzati di morte per cancro polmonare e malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD). Modelli di regressione furono usati per stimare l'associazione tra riduzione delle concentrazioni di PM<sub>2,5</sub> verificatesi tra gli anni 80 e 90 e variazione dell'aspettativa di vita. In tutti i modelli, pur controllando le possibili covariate (livello di istruzione, reddito, proporzione di popolazione nera e ispanica, cambio di residenza e variabili proxy del fumo di tabacco), l'incremento dell'aspettativa di vita era significativamente associato col decremento del particolato fine. Un decremento di 10 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>2,5</sub> era associato con un incremento medio dell'aspettativa di vita di 0,61 ± 20 anni (p=0,004). Considerato che tra il 1980 e il 2000 nelle contee analizzate si era verificato un incremento medio dell'aspettativa di vita di 2,72 anni, la riduzione media del PM<sub>2,5</sub> (6,52 µg/m<sup>3</sup>) aveva dato un contributo di almeno il 15%. Nelle aree metropolitane dove la riduzione era stata maggiore l'incremento dell'aspettativa di vita era stato anche di 0,82 anni [3].

Notizie buone o cattive? Buone, laddove politiche di salute pubblica tendono a ridurre i livelli di inquinamento ambientale; cattive, se pensiamo alla vita che ci viene tolta vivendo in città soffocate dallo smog. ♦

## Bibliografia

- [1] Halterman JS, Lynch KA, Conn KM, et al. Environmental exposures and respiratory morbidity among very low birth weight infants at 1 year of life. *Arch Dis Child* 2009;94:28-32.
- [2] Verhulst SL, Nelen V, Der Hond E, et al. Intrauterine exposure to environmental pollutants and body mass index during the first 3 years of life. *Environ Health Perspect* 2009;117:122-6.
- [3] Pope III, Ezzati M, Dockery DW. Fine-particle air pollution and life expectancy in the United States. *N Engl J Med* 2009;360:376-86.

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

# Navigando senza bussola

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

**Parole chiave** Vaccino antipneumococcico. Sorveglianza epidemiologica. Piano Nazionale Vaccini

Ancora una volta, viene segnalato il rimpiazzo dei sierotipi dopo la vaccinazione estesa con l'antipneumococco 7 valente (PCV7). Confrontando i dati dell'Active bacterial core surveillance degli USA del 1998-1999 con quelli del 2004-2005, è stato osservato un calo del 64% dell'incidenza delle meningiti da pneumococco nei bambini minori di 2 anni e del 54% oltre i 65 anni di età, dopo l'inserimento del vaccino nei piccoli nel 2000. Ma l'incidenza della malattia da sierotipi non contenuti nel PCV7 è aumentata complessivamente del 60,5% e in particolare nei bambini minori di 2 anni con un incremento relativo del 275%. È cresciuta in modo significativo la percentuale dei casi da 19A, 32F e 35B, non contenuti nel vaccino. Inoltre la proporzione di ceppi non suscettibili alla penicillina, diminuita dal 32% al 19,4% tra il 1998 e il 2003, è aumentata dal 19,4% al 30,1% tra il 2003 e il 2005. Gli Autori dello studio concludono che i fenomeni osservati sono "motivo di preoccupazione" [1].

L'epidemia di polmonite da pneumococco di tipo 1 – non contenuto nel PCV7 – in una scuola del Regno Unito nel 2006, riportata di recente sul *BMJ*, solleva ulteriori interrogativi [2]. Le infezioni invasive da pneumococco non sono considerate contagiose, tanto che le raccomandazioni internazionali non prevedono, per questo microrganismo, interventi di profilassi antibiotica. Un'epidemia è quindi un fatto eccezionale. Si è trattato forse di un microrganismo con caratteristiche di aggressività maggiore dell'usuale? Questo aspetto non è stato indagato. Viene però segnalato, nell'ultimo decennio, un forte aumento di complicazioni da polmoniti pneumococciche nei bambini del Regno Unito e l'emergere del tipo 1 come sierotipo dominante. Anche se è difficile, in questo caso, attribuire responsabilità alla vaccinazione inserita pochi mesi prima, questo episodio conferma la complessità del comportamento dello pneumococco e della sua interazione con l'ospite e l'ambiente. È difficile prevedere l'impatto di un vaccino diretto solo contro alcuni sierotipi, su un equilibrio "ecologico" tanto delicato e composito.

Queste due segnalazioni confermano che è indispensabile una stretta sorveglianza epidemiologica, compresa la tipizzazione, e sottolineano l'urgenza di disporre al più presto del vaccino sierotipi-indipendente piuttosto che i vaccini 10 o 13 valenti, annunciati (da anni!) dall'industria. E in Italia cosa sta succedendo dopo l'introduzione della vaccinazione? L'ACP ha chiesto con insistenza, fin dal 2003, alle Autorità competenti che si attivasse la sorveglianza dei sierotipi. Nonostante i reiterati annunci che questa sarebbe stata garantita, ancora non conosciamo quali ceppi stanno circolando. In diverse Regioni (e non sappiamo neppure quante, visto che i dati accessibili risalgono al 2006) si sta vaccinando senza sapere contro cosa e quanto si stiano proteggendo i bambini. Per i pediatri è difficile informare le famiglie, e i genitori sono i primi a stupirsi che non venga monitorata la situazione. Tutto ciò non aiuta a diffondere fiducia nelle vaccinazioni e nelle azioni del SSN. E non sono stati d'aiuto gli spot televisivi promossi da un sindacato e finanziati dalla Wyeth, nel 2006 sospesi dall'AIFA "in quanto non autorizzati né dall'AIFA né dal Ministero della Salute" e contenenti "messaggi non conformi alle indicazioni date dal Piano Sanitario Nazionale 2005-2007" [3]. Né è stata d'aiuto la falsa Delibera diffusa nel 2007 in Lombardia che indicava l'introduzione dell'antipneumococcica nel calendario regionale, a cui sono seguite denunce in 6 Procure, di cui non si è saputo l'esito [4].

In questo scenario tra pasticci e scarse informazioni, siamo anche senza precise indicazioni nazionali. Queste ultime erano attese con il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2008-2010 che è stato ritirato per mancanza di copertura finanziaria. Quanto ha giocato sulla copertura finanziaria l'introduzione di una vaccinazione tanto controversa quanto costosa come quella contro il papillomavirus?

Intanto rimaniamo nel limbo del PNV 2005-2007 che lascia libere le Regioni di decidere come meglio credono sull'antimeningococcica e l'antipneumococcica, senza l'obbligo di attivare la sorveglianza. Ancora: una nota dell'ISS ha avvertito che da gennaio sarebbe stato sospeso il Sistema Informatizzato di Sorveglianza delle malattie infettive (SIMI) in attesa "della fase di completamento di una nuova piattaforma del Ministero della Salute". Si fa una interruzione prima di avere pronto un sistema di sorveglianza alternativo? Osservando i dati

aggiornati al novembre 2008 ancora visibili online sul sito del SIMI, non si notano modificazioni significative del numero di infezioni invasive da pneumococco nella fascia di età da 0 a 4 anni, attribuibili alla vaccinazione. Ma non conoscendo né la copertura vaccinale né i sierotipi circolanti, è impossibile darsi una spiegazione. Se la vaccinazione fosse stata implementata ampiamente sul territorio nazionale e le coperture fossero elevate, si potrebbe ipotizzare una scarsa sovrapposizione tra i sierotipi vaccinali e quelli circolanti.

Da anni l'ACP chiede che le strategie vaccinali siano basate sui criteri e i metodi propri di questa materia, confrontandosi con tutta l'area pediatrica e con il Ministero, sui contenuti del documento degli "8 passi". Invece si sta facendo sempre più strada un atteggiamento di "urgenza" delle azioni non cercando evidenze come se disporre di un nuovo vaccino fosse un motivo sufficiente per introdurlo nel calendario vaccinale. Il rigore metodologico viene considerato un fastidioso intralcio nella corsa verso un obiettivo che non si capisce quale sia, in assenza di un quadro generale di riferimento.

Poca sorveglianza, poche informazioni, scelte affrettate non basate sull'epidemiologia delle malattie, su solide evidenze, su valutazioni di priorità, di costo/beneficio, di sostenibilità... stiamo navigando senza bussola. ♦

## Bibliografia

- [1] Hsu HE, Shutt KA, Moore MR, et al. Effect of pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal meningitis. *N Engl J Med* 2009;360:244-56.
- [2] Gupta A, Khaw FM, Stokle EL. Outbreak of *Streptococcus pneumoniae* serotype 1 pneumonia in a United Kingdom school. *BMJ* 2008;337:a 2964.
- [3] AIFA. Spot televisivo sul vaccino antipneumococcico - Richiesta di sospensione. Comunicato dell'11/10/2006.
- [4] Ravizza S. "Meningite, vaccino gratuito". Ma la delibera è falsa. *Corriere della sera*, 21 marzo 2007.

## ERRATA CORRIGE

L'ultima frase di Vaccinacipi del numero 1/2009, a pagina 32, contiene un refuso. Invece di:

*sarà più difficile farci cadere in trappole o farci credere "bufale"*

va letto:

*sarà più difficile farci cadere in trappole o farci credere **alle** "bufale"*.

Chiediamo scusa all'Autrice e ai lettori.

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: [luisegra@tin.it](mailto:luisegra@tin.it)

# Una formulazione adatta ai bambini per la cura della malaria

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

**Parole chiave** Malaria. Vicks VapoRub. Psicostimolanti per i bambini

## La malaria

Novartis, in collaborazione con l'organizzazione no-profit *Medicines for Malaria Venture* (MMV), ha annunciato il lancio di Coartem® compresse solubili, nuova formulazione pediatrica di Coartem® (artemetere/lumefantrina 20 mg/120 mg), per il trattamento della malaria non-complicata nei neonati e nei bambini. La nuova formulazione rappresenta la prima terapia combinata a base di artemisia sviluppata specificamente per l'impiego pediatrico e contiene le stesse quantità di principi attivi del farmaco utilizzato finora negli adulti.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la malaria è responsabile della morte di 700.000 bambini all'anno, il 90% dei quali in Africa, dove è la principale causa di mortalità al di sotto dei 5 anni di età. Questa formulazione "su misura" potrebbe perciò contribuire a ridurre la mortalità infantile. In precedenza le compresse, di sapore amaro, dovevano essere frantumate per essere deglutite dai bambini, mentre le nuove compresse si sciolgono rapidamente in acqua, facilitando la somministrazione e assicurando un dosaggio efficace per i piccoli pazienti.

Uno studio di fase III pubblicato su *The Lancet* ha dimostrato che il tasso di guarigione con la formulazione pediatrica è del 97,8%, non differente da quello della formulazione classica (98,5%).

Il farmaco è stato approvato dalle autorità regolatorie di numerosi Paesi africani e sarà disponibile a prezzo di costo per le strutture sanitarie pubbliche nelle aree a endemismo malarico.

(Press Release: MMV and Novartis launch Coartem Dispersible® [http://www.mmv.org/article.php?id\\_article=580](http://www.mmv.org/article.php?id_article=580); Abdulla S, et al. Efficacy and safety of artemether-lumefantrine dispersible tablets compared with crushed commercial tablets in African infants and children with uncomplicated malaria: a randomised, single-blind, multicentre trial. *The Lancet* 2008;372:1819-27)

## Il Vicks VapoRub può indurre distress respiratorio nei bambini

Un case report e uno studio sperimentale indicano che applicare il Vicks VapoRub® (contenente canfora, mentolo e olio di eucalipto) sotto le narici dei bambini piccoli può causare effetti indesiderati.

Il case report riguardava una bambina di 18 mesi giunta al Pronto Soccorso con grave distress respiratorio a esordio improvviso. All'anamnesi è risultato che le era stato applicato sotto le narici il Vicks VapoRub® con la finalità di alleviare i sintomi di una infezione delle vie aeree superiori e che dopo circa 30-45 minuti dall'applicazione del prodotto erano comparsi i sintomi respiratori. Il distress si è risolto nell'arco di 24 ore.

In seguito a questo caso, un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Pediatria della Wake Forest University ha condotto un esperimento in vitro e in vivo in 14 furetti, osservando un aumento della secrezione di muco e una ridotta clearance muco-ciliare in seguito all'esposizione a Vicks VapoRub®. Questo effetto pro-infiammatorio, simile a quello causato da altre sostanze irritanti, potrebbe essere la causa scatenante del distress respiratorio. In Italia questo medicinale dovrebbe essere applicato solo sul petto, la gola e il dorso ed è controindicato nei bambini inferiori ai 2 anni di età.

Studi in volontari sani hanno comunque evidenziato che la sensazione di aumento del flusso di aria nelle vie aeree dopo inalazione di Vicks VapoRub® è solo soggettiva e non è documentata dalla rinomanometria.

(Abanses JC, et al. Vicks VapoRub Induces Mucin Secretion, Decreases Ciliary Beat Frequency, and Increases Tracheal Mucus Transport in the Ferret Trachea. *Chest* 2009; 135:143-148)

## Gli psicostimolanti possono causare allucinazioni

Gli psicostimolanti, anche quando utilizzati a dosi terapeutiche, possono causare in alcuni pazienti sintomi di psicosi o mania, in particolare allucinazioni di tipo tattile e visivo.

È quanto emerge da un'analisi dei risultati di 49 studi clinici randomizzati ri-

guardanti il trattamento dell'ADHD in età pediatrica, effettuata dalla *Food and Drug Administration*, in cui sono stati osservati 11 casi di psicosi/mania tra i pazienti che avevano ricevuto stimolanti, con una incidenza pari a 1,48 eventi per 100 persone-anni (IC 95% 0,74-2,65). Al contrario, nessun caso di psicosi/mania è stato osservato nel gruppo trattato con placebo (420 persone-anni).

A supportare questo dato ci sono, inoltre, 865 segnalazioni spontanee di casi di psicosi/mania in pazienti trattati con stimolanti (metà delle quali riguardavano bambini di età ≤ 10 anni) raccolte dal sistema di farmacovigilanza statunitense.

(Mosholder AD, et al. Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics* 2009;123:611-6)

## Effetti cardiaci del domperidone nei neonati

Uno studio condotto nella neonatologia dell'Ospedale di Amiens in Francia ha documentato un'associazione fra assunzione orale di domperidone nei neonati e prolungamento dell'intervallo QT.

Lo studio ha coinvolto 31 neonati a cui era stato somministrato domperidone per reflusso gastroesofageo e ha osservato un allungamento medio dell'intervallo QT di 14 millisecondi. In 9 neonati (29%) l'intervallo QT è aumentato più di 30 millisecondi, anche se nessuno di essi ha manifestato aritmie cardiache.

Una revisione condotta dal gruppo di lavoro sui farmaci pediatrici dell'AIFA sul trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica aveva già evidenziato come il rapporto rischi-benefici dell'impiego di domperidone in età pediatrica fosse sfavorevole.

Il riscontro che il domperidone può indurre la sindrome del QT lungo con rischio aumentato di torsione di punta, un'aritmia potenzialmente fatale, dovrebbe suggerire una ancor maggiore cautela nella prescrizione di domperidone ai bambini.

(Djeddi D, et al. Effect of Domperidone on QT Interval in Neonates, *J Pediatr* 2008;153:663-666; Il trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica. Bilancio tra rischi e benefici. *BIF ANNO XIV - N. 5; 2007*) ♦

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

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

# 10 Stories the world should hear more about



## L'influenza aviaria: un passo indietro ma rimane la minaccia di una pandemia

Rubrica a cura di Stefania Manetti

*La pandemia influenzale si verifica quando si hanno cambiamenti radicali del virus dell'influenza. Il rischio principale, che fa temere l'avvento di una nuova pandemia dopo le tre che si sono verificate nel corso del XX secolo (1918, 1957, 1968), è che la compresenza del virus aviario con quello dell'influenza umana, in una persona infettata da entrambi, faciliti la ricombinazione di H5N1 e lo renda capace di trasmettersi nella popolazione umana. Il cambiamento del virus è tale che non c'è immunità per il nuovo virus. Con l'attuale aumento della mobilità e delle condizioni di sovraffollamento, le eventuali epidemie finora solo teoriche legate a un nuovo virus influenzale si diffonderebbero rapidamente e potrebbero generare una pandemia. Rimane pertanto necessario essere preparati a tale eventualità. Tutte le istituzioni sono al lavoro per un piano che permetta di affrontare al meglio le pandemie. Queste strategie devono essere messe a punto proprio nei periodi definiti "interpandemici", ossia negli anni che intercorrono tra una pandemia e l'altra.*

Dal 2003, anno della sua prima comparsa, il virus della influenza aviaria si è diffuso rapidamente, ma la risposta dei governi riuscì allora a operare un contenimento di tale diffusione. Tuttavia, poiché vengono tuttora segnalati piccoli focolai epidemici e la minaccia di una mutazione per la razza umana permane, appare necessaria e critica la programmazione di una serie di interventi e di strategie per fronteggiare una eventuale pandemia globale.

### La storia

La minaccia di una pandemia influenzale per l'uomo non è più di interesse per i media. La soddisfazione di avere in parte arginato le epidemie di aviaria potrebbe però essere pericolosa se non si considera il pericolo, tuttora presente, di una mutazione virale che potrebbe provocare la trasmissione della malattia all'uomo, causando una pandemia globale con milioni di vite a rischio. Negli ultimi 3 anni il virus dell'influenza aviaria si è diffuso rapidamente nell'Est asiatico, dove fu segnalato inizialmente, e da lì verso alcuni territori dell'Africa del Nord e dell'Ovest, verso il centro Europa e fino al Regno Unito. Nel 2005 l'influenza aviaria è stata segnalata in 15 nazioni. Nel 2006 è stata segnalata in 55 nazioni e territori. Circa 200 milioni di polli sono stati eliminati dalla catena riproduttiva per ridurre il rischio di epidemie. Le comunità rurali sono state quelle a subire maggiormente i danni, e in particolare le persone con basso reddito hanno subito una drastica riduzione del loro intake proteico. A seguire dalla prima epidemia c'è stata una immediata risposta a livello interna-

zionale, intensificatasi poi con la istituzione dell'UNSCIC (sistema di coordinamento della influenza aviaria dell'ONU) con l'obiettivo di migliorare l'efficacia degli interventi a seguito di epidemie nei polli in tutte le nazioni del mondo. A metà del 2007 le strategie di prevenzione e controllo adottate dalla Food and Agriculture Organization e dal World Organization for Animal Health sono state poi adottate da molte altre nazioni. Pertanto per la fine del 2007 il numero di nazioni dove la malattia si era trincerata era sceso a 6. Per tenere la malattia sotto controllo ed eliminare la ricorrenza di epidemie sono stati poi istituiti controlli serrati e intensivi in tutti questi contesti. Nella situazione attuale gran parte delle nazioni è capace di controllare le epidemie in caso di ricorrenza. Mentre però questo virus tosto e resiliente non fa più notizia, l'influenza aviaria non è scomparsa completamente né risulta essere meno letale. Ora però abbiamo semplicemente un po' di respiro per poter programmare e fronteggiare le emergenze.

### Il contesto

► Il Dr. David Nabarro è stato nominato nel 2005 Coordinatore dell'ONU per l'influenza aviaria per poter far fronte alla diffusione della malattia e all'aumentata minaccia di una possibile mutazione responsabile di una pandemia nell'uomo. L'UNSCIC è stata strategicamente organizzata sotto forma di piccoli team con base in continenti diversi e con il mandato di coordinare le attività di più di una dozzina di agenzie ONU oltre che a coordinare anche il lavoro con i

governi nazionali, le agenzie internazionali e vari donatori.

- Verso la fine del 2007 sono stati denunciati 243 decessi nell'uomo imputabili al virus dell'aviaria.
- Il rischio pandemico ha portato molti governi a migliorare i servizi deputati alla denuncia, contenimento e riduzione dell'impatto di patogeni pericolosi. Tuttavia molti piani nazionali per la pandemia non sono sufficientemente operativi e le attività di coordinamento dei programmi per la pandemia tra le varie nazioni necessitano di maggiore attenzione.
- David Nabarro sottolinea come molte delle nuove malattie emergenti nel mondo siano frutto di un passaggio dal mondo animale a quello umano. "Il controllo della malattia negli animali è alla radice della prevenzione delle infezioni nell'uomo e della riduzione della probabilità di una pandemia" dice Nabarro. "C'è grande bisogno di professionisti che lavorino insieme e sinergicamente sulla salute animale e umana, sulla salute dell'ambiente, sulla sicurezza alimentare e sul management delle crisi per poter rendere il mondo preparato a fronteggiare minacce alla sicurezza della razza umana".

### Altre informazioni:

UN Department of Public Information: Tim Wall Tel: +1 212 963 5851 <http://www.un.org/events/tenstories/07/contactus.asp?address=3>  
**Siti web: UN System Coordinator for Avian and Human Influenza (UNSCIC)**  
<http://www.un-influenza.org>

Ulteriori informazioni:

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

# tenstories

# Letture ad alta voce e musica per crescere meglio

Antonella Brunelli\*, Stefania Manetti\*\*

\* Direttore del Distretto AUSL Cesena, ACP Romagna; \*\*Pediatra di famiglia, ACP Campania

**Parole chiave** *Letture a voce alta. Musica. Ascolto. Linguaggio. Apprendimento*

## Se i libri fossero...

Se i libri fossero di torrone, ne leggerei uno a colazione.  
 Se un libro fosse fatto di prosciutto, a mezzogiorno lo leggerei tutto.  
 Se i libri fossero di marmellata, a merenda darei una ripassata.  
 Se i libri fossero frutta candita, li sfoglierei leccandomi le dita.  
 Se un libro fosse di burro e panna, lo leggerei prima della nanna.

R. Piumini

## Quando cominciare a leggere ad alta voce?

Si può cominciare da subito, leggendo o raccontando filastrocche e storie fin dai primi mesi di vita, parlando con il bambino durante la giornata. Un libro lo si può leggere ad alta voce a partire dai 6 mesi di età quando il bambino sta seduto in braccio: adulto e bambino leggono così insieme.

Già nella pancia i bimbi ascoltano la voce; all'inizio sentono solo le vibrazioni e i suoni.

Alla nascita è possibile verificare che sia il battito del cuore che il riflesso della suzione, cioè quel movimento delle labbra e della bocca che fanno tutti i neonati, aumentano quando la mamma parla al bimbo. Ma non è solo questo: studi recentissimi hanno dimostrato che quando una mamma parla al bimbo, anche appena nato, come fanno tutte le mamme del mondo, cioè usando quel modo di parlare particolare fatto di toni diversi, con voce alta e bassa, pause lunghe e buffe espressioni del viso, alcune zone del cervello del proprio bambino vengono stimolate, e sono proprio le zone che sviluppano le emozioni e le sensazioni. Questo modo di parlare si chiama "mammese".

Questo alternarsi di sguardi, suoni, espressioni e vocalizzazioni tra te e il tuo bambino lo renderà sensibile ai suoni, alle parole e ai discorsi, sensibile cioè

alla comunicazione con il mondo.

## Perché leggere ad alta voce?

A 6 mesi la lettura ad alta voce con il tuo bimbo in braccio è considerata la cosa più importante da fare per favorire lo sviluppo del linguaggio, per trasmettere l'amore e la curiosità verso la lettura e – in seguito – per avere successo a scuola. Leggendo ad alta voce, l'attenzione del bimbo e dell'adulto è verso il libro e questo tipo di piacevole concentrazione è la chiave per favorire lo sviluppo di tutta una serie di abilità importanti per il suo futuro scolastico.

Con il bambino in braccio diventa poi facile aiutarlo a girare le pagine, a indicare le immagini che più lo attraggono, a leggere le poche parole o a giocare con i suoni.

## Con quali libri cominciare?

A 6 mesi i bimbi hanno bisogno di libri piccoli che possono tenere in mano e portare in bocca, e cartonati da poter essere "mangiati" e conservati. A questa età sono poi attratti da libri colorati, con immagini familiari e ben definite. I volti di altri bambini attraggono molto, così come le immagini di oggetti che fanno parte della vita di tutti i giorni. I libri non devono avere troppo testo, né troppe immagini. *Importante è poi sempre ricordare che non bisogna essere degli esperti per leggere ad alta voce, ma solo essere interessati e avere il piacere di farlo.*

A 9-12 mesi il bimbo comincia a indicare le immagini, a girare le pagine nel verso giusto. È attratto dai suoni, specie se buffi o in rima, dai versi degli animali conosciuti, dai colori e dalle immagini ben definite del libro.

*Con il bambino in braccio si legge e si risponde ai suoi tentativi di comunicazione, si fa diventare il libro parte del suo quotidiano, anche se per pochi minuti al giorno, tutti i giorni.*

A 12-18 mesi sono indicate le immagini legate alle cose di tutti i giorni: il pasto, il dormire, il gioco. Non immagini quindi

di cose strane e sconosciute. Il libro adatto dovrà sempre avere poche parole, semplici. Il libro potrà essere un po' più grande, non troppo, in modo che il bambino lo possa tenere in mano e portarselo dietro. Dopo i 18 mesi il libro può cominciare a raccontare storie semplici e brevi, familiari, divertenti o avventurose. Nel leggere con il bambino si deve cercare sempre di paragonare la storia alle cose di tutti i giorni. Il tuo bambino a questa età comincerà a usare più paroline; a 24 mesi imparerà a memoria frasi del libro preferito. Questa è l'età della "rilettura": vorrà ascoltare sempre la stessa storia. La rilettura è importante e va assecondata.

I 2-3 anni possono essere il momento giusto per ascoltare una fiaba illustrata. Storie di avventura, di fantasia e magia, ma anche storie divertenti dove il tuo bimbo può insieme a te vivere emozioni e trovare anche il suo quotidiano.

Dopo i 3 anni la lettura ad alta voce sarà anche un modo per rispondere alle sue domande, per allenarlo all'ascolto e per aiutarlo a esprimere i suoi sentimenti. A questa età, ma anche prima, il bambino potrà voler leggere una storia al suo orsacchiotto o alla sua bambola, proprio perché la lettura è diventata per lui/lei un momento piacevole e divertente.

*Tieni il tuo bimbo in braccio mentre leggi e indica con il dito le figure. Lasciati coinvolgere dalla storia che leggi e trasmetterai il piacere della lettura.*

Per saperne di più [www.natiperleggere.it](http://www.natiperleggere.it)

## Filastrocca della musica

Senti le trombe d'oro e di sole  
 Squilli di raggio le loro parole  
 Senti i clarini, amici di legno  
 Voci di sera, velluto di sogno  
 Senti i tamburi, fiori pesanti  
 Cuori invincibili degli elefanti  
 Senti i violini, fili di veli  
 Voli di rondini, gridi di cieli  
 Strega è la musica, ora lo sai  
 Vuole il tuo cuore, e glielo darai

Da "La Melevisione"

Per corrispondenza:  
 Stefania Manetti  
 e-mail: [stefaniamanetti@virgilio.it](mailto:stefaniamanetti@virgilio.it)

informazioni per genitori

## Quando cominciare a fare ascoltare musica

La musica fa parte della storia di ogni popolo: è gioia, divertimento, gioco, emozione; è un modo per comunicare con gli altri e con l'ambiente che ci circonda. Quindi è superfluo chiedersi quando cominciare: subito.

### *Durante la gravidanza*

La musica vibra dentro il nostro corpo, e questo succede già da quando il tuo bimbo è ancora nel grembo: dal 6° mese di gravidanza infatti lui è già capace di ascoltare i suoni e addirittura di ricordarli dopo la nascita, tanto da riconoscerli e reagire con piccole modificazioni del viso o del suo stato d'animo. Su questo ci sono bellissime sperimentazioni. Alcune mamme raccontano di aver ascoltato molto spesso durante la gravidanza un brano preferito, e che questo poi le ha aiutato in alcuni momenti di difficoltà nel calmare il pianto o nell'accompagnare il sonno del proprio bimbo. Quindi, se c'è un disco preferito dai genitori, un disco che faccia parte della loro vita, del loro incontro è molto interessante farlo sentire al bimbo. Dal 5° mese di gravidanza si può essere certi che lui lo sente, perché il suo udito è già capace di ascoltarlo, e lo ricorderà anche dopo nato. Sia che si tratti di musica classica o di una canzone, di Wagner o di De André. È quindi un modo per inserire già da allora il bambino nella storia della famiglia. Molto meglio che portarsi a casa le foto ecografiche. Se poi questa canzone la canta la mamma o il padre, il piccolo riconoscerà con la musica anche la voce. Il legame sarà più stretto e sarà un gran bell'iniziare la vita con lui. Ascoltando e cantando per lui, anche voi vi sentirete più uniti.

### *Dopo la nascita*

Già dai primi mesi di vita i bambini ascoltano con grande interesse filastrocche, canzoncine, tutto ciò che attraverso la musica o la voce produce suono, ritmo: se i genitori gli cantano qualsiasi cosa (non serve essere intonati), il piccolo li guarderà ipnotizzato, attento, rapito; fin da allora completerà le frasi musicali dei genitori e, appena sarà più grande, potrà anche partecipare più completamente con la voce, con il corpo e con l'aiuto di tutto quanto gli capita a tiro per "fare musica".

Se fare musica diventerà una cosa familiare, la si potrà utilizzare anche in

momenti critici, quando la fatica, la noia o la paura mettono a dura prova: i lunghi viaggi in macchina, le interminabili attese nelle sale d'aspetto, un prelievo di sangue o qualche altra manovra che mette ansia. Cantare insieme una canzone rasserena anche i genitori e aiuta a trasferire al bimbo un senso di tranquillità che forse in quel momento non si riuscirebbe a ottenere con le parole.

Insomma, qualunque momento o età sono buoni. Una cosa importante da sapere è che non serve saper cantare, si può stonare insieme, si può suonare con coperchi e pentole, si può ballare in cucina mentre si prepara la cena. Ma la cosa più importante da sapere è quanto ci si può divertire insieme facendo musica, come ci si può sentire insieme in una canzone, quanto forti rimarranno i legami intorno a quella musica giocata insieme.

Quando poi il bambino sarà più grande e magari saprà cantare o avrà voluto imparare a suonare uno strumento (ma non è per questo che si deve fare musica in famiglia), potrà essere divertente farlo insieme agli amici, e questo avrà un grande valore anche per la sua formazione di adolescente e di persona adulta: far parte di un gruppo di amici con cui si condividono esperienze, emozioni e progetti aiuta a crescere in modo responsabile e maturo e ad avere relazioni più sicure e partecipate. Sono conosciute diverse esperienze di realtà giovanili con grandi difficoltà sia in altri Paesi (per esempio Sud America) sia nazionali, in cui appartenere a un progetto musicale ha aiutato i ragazzi a ripensare il proprio futuro, magari riprendendo gli studi, o cercando un lavoro, o smettendo abitudini e comportamenti pericolosi e dannosi. Per questo non c'è un tempo critico per avvicinarsi alla musica, ma qualunque momento della vita è buono per farlo, ma è meglio cominciare subito partendo dal periodo della gravidanza, quando si strutturano i legami più profondi tra la madre e il bambino, e subito dopo la nascita; anche le esperienze scolastiche sono importanti, o le iniziative che possono trovarsi in ambienti come ospedale o ambulatori pediatrici, dove la musica può fungere da aiuto per affrontare la sofferenza.

### **La musica aiuta**

Come già detto, cantare e ascoltare musica può aiutare nelle azioni di tutti i giorni: mangiare la pappa, andare a nanna, fare il bagnetto, o in momenti più difficili che si possono presentare. Oltre a que-

sti vantaggi immediati sembra che i bambini che ascoltano musica molto precocemente (dalla gravidanza o dai primi mesi di vita) comincino prima a fare quelle che in gergo tecnico si chiamano "lallazioni" musicali (cioè tutti quei rumoretti sonori che fanno i neonati) e con più varietà rispetto ai bambini che non hanno avuto contatti con la musica. Si è anche notato che questi bimbi sviluppano la capacità di cantare intonati verso i 2-3 anni, cioè molto prima degli altri che normalmente lo riescono a fare intorno ai 6-7 anni.

Negli ultimi anni i medici particolarmente interessati allo studio delle capacità di sviluppo del feto e del neonato (neurologi, pediatri e studiosi di neuroscienze) hanno approfondito il rapporto fra la musica e le capacità di reazione e di apprendimento, con l'intelligenza e la creatività, e hanno osservato che essa rappresenta un grosso stimolo. Alcuni studiosi sostengono che la musica funzioni da nutrimento per il cervello e che quindi influenzi la velocità del pensiero o le attitudini matematiche del bambino. Quello che è certo è che il contatto con la musica fin dalla nascita permette un arricchimento di tutte le capacità intellettive del bambino ed è di aiuto nello sviluppo della sua sensibilità musicale. Non va inoltre trascurato l'effetto che il contatto precoce con la musica produce sulla capacità di avvicinarsi a una cultura più ampia e consapevole.

### **Che musica ascoltare?**

Qualunque musica. La musica è un valore assoluto e qualunque genere piaccia, dalla classica al rock, può essere una buona compagnia. I motivi orecchiabili, quelli tipici delle canzoni per bambini, di solito risultano più facili da ascoltare, contrariamente alle forti percussioni che a volte possono essere disturbanti, ma si può scegliere quello che piace di più o che in quel momento sembra più adatto alla situazione, alle aspettative, alle cose che avete da fare. Anche andare ad ascoltare musica dal vivo, con il bimbo, è una esperienza da tentare. La magia di un suono che esce dallo strumento, la capacità di fondere più suoni in un'unica melodia, tutto affascinerà e aiuterà il tuo bambino a comprendere che fare musica è un'attività concreta che si può fare con violini e flauti ma anche con pentole e coperchi.

Per saperne di più [www.natiperlamusica.it](http://www.natiperlamusica.it) ♦

# Libri: occasioni per una

## Il tema di fin di vita



**Gianna Milano,  
Mario Riccio**  
*Storia di una morte  
opportuna*

Sironi Editore, 2008  
pp. 256, euro 18

La *Storia di una morte opportuna* raccontata da Gianna Milano, inizia con un monologo emozionante di Piergiorgio Welby che spiega perché “la sua paura non è morire ma dover vivere”.

Immobilitizzato da anni nel suo letto, incapace di respirare se non grazie a una macchina, per una distrofia muscolare progressiva, aveva chiesto pubblicamente – con un appello al Presidente della Repubblica – di essere lasciato morire. La storia che segue, intreccia la vicenda personale di Mario Riccio, il medico che ha accolto la volontà di Welby “assumendosi fino in fondo le proprie responsabilità”, con lo scenario politico, giuridico e culturale in cui si sono svolti i fatti. La ricca documentazione, riportata in calce quasi a ogni pagina, fa da costante contrappunto al racconto di Riccio e lo contestualizza nel panorama nazionale e nello sfondo più ampio dell’aperta discussione, anche internazionale, attorno ai temi di fine vita. Dai commenti dei politici e di personaggi di rilievo ai testi delle sentenze, fino alle riflessioni di filosofi, religiosi, eticisti.

Le questioni più rilevanti che emergono dalla scrittura a più piani di questo libro sono da un lato l’enorme potere acquisito dalla medicina moderna sugli aspetti più privati della vita umana, come la morte, e dall’altro la scarsa interiorizzazione dei principi etici sottesi al diritto alla scelta delle cure.

Si delinea infatti con chiarezza un ampio scollamento di tanta parte della nostra società – attraversata da forti tentativi di restaurazione – dal percorso culturale che portò, nel 1997, alla Convenzione europea di Oviedo “per la protezione dei diritti dell’uomo e la dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina”. Venne sancito

allora, il principio della scelta individuale che Stefano Rodotà descrive con parole limpide: “Nessuna volontà esterna, fosse pure quella moralmente espressa da tutti i cittadini o da un Parlamento unanime, può prendere il posto di quella dell’interessato”. Il libro aiuta a vedere contraddizioni e inadeguatezze ma nel contempo mette a disposizione i pensieri di personalità di alto profilo etico che provano a far luce su queste tematiche. Ma soprattutto dà voce a chi chiede che vengano rispettati i suoi diritti. Non a caso la storia si chiude, così come era iniziata, con le parole di Welby, espresse attraverso una sua poesia.

*Luisella Grandori*

## Diario di un medico deciso a fare meglio



**Atul Gawande**  
*Con cura*

Edizioni Einaudi, 2008  
pp. 242, euro 18

L’Autore è un chirurgo americano, figlio a sua volta di un medico immigrato dall’India, e tratta in questo suo libro argomenti molto vari, anche attinenti alla pediatria. Egli ci narra con precisione tecnica, associata a chiarezza e semplicità, una vasta gamma di episodi, introducendo una galleria di personaggi e situazioni che potrebbero rendere interessante la lettura anche a non medici. Dalla lotta contro le infezioni in un ospedale americano alla vaccinazione antipolio in India, dalla chirurgia di guerra in Iraq alla terapia della fibrosi cistica, l’Autore riesce anche a raccontare la storia di Semmelweis e di Virginia Apgar (sì, proprio quella dell’indice neonatale), oltre a una quantità di casi clinici appassionanti. In particolare si sofferma su questioni professionali ed etiche come l’errore in medicina, i procedimenti legali, la liceità della pena di morte e della partecipazione di sanitari alle esecuzioni,

il rischio di seduzione nei rapporti medico-paziente, l’organizzazione sanitaria e i rapporti col denaro.

Il tutto con un pragmatismo e una certa ingenuità tipicamente americani, ma anche con un entusiasmo, una curiosità e una onestà ammirevoli, che lo portano a interrogarsi, a intervistare colleghi, a recarsi sul campo, anche a mutare opinioni e sospendere giudizi, mantenendo sempre la spinta vitale a prendersi cura, come compito verso gli altri e come antidoto al burn-out. Peccato solamente che manchi un pensiero critico sulla guerra, causa delle orrende mutilazioni descritte. Un libro comunque che a mio avviso aiuta a riflettere sul significato del nostro lavoro, e che si conclude con una lista di 5 consigli per mantenere nelle difficoltà un atteggiamento positivo: imparare qualcosa sui pazienti facendo una domanda fuori copione, non lamentarsi, trovare qualcosa da contare, scrivere, trovare qualcosa da cambiare. Consigli probabilmente da sottoscrivere, sicuramente da meditare (vedi anche pag. 66).

*Gianni Garrone*

## Lui si svezza senza ricette



**Lucio Piermarini**  
*Io mi svezzo da solo!  
Dialoghi sullo svezzamento.  
Disegni  
di Franco Panizon*  
pp. 159, euro 14,90

Questo di Lucio Piermarini è un modo originale di trattare il problema dello svezzamento, o meglio della “alimentazione complementare” che segue quella con il latte come alimento esclusivo. L’Autore rifiuta di usare tabelle di composizione degli alimenti, ricette, pesi, misure. Nel libro vi è solo una figura, la piramide degli alimenti, ma visitata dal di dentro, come se fosse una piramide egizia: al piano terra, quello più vasto, dove ci sono gli alimenti da consumare più abbondantemente, fino all’ultimo, quello più angusto, dove si sta stretti, con gli alimenti da usare con più moderazione.



# buona lettura

Il principio di base dell'Autore è che il bambino apprende – come oramai abbondantemente dimostrato – per imitazione attraverso la relazione affettiva con i genitori ed è quindi sufficiente che questi si pongano, con umiltà, nella posizione di “esempi” perché il bambino attui una corretta adozione di alimenti complementari. L'importante è attendere che il bambino abbia uno sviluppo tale da potere imitare i genitori: il che accade – come oramai sappiamo, almeno noi dell'ACP – verso i 6 mesi, quando sta seduto e può afferrare i cibi dei genitori che sono posti sul tavolo. Il solutore del problema è quindi il bambino, mentre per un paio di decenni ha voluto esserlo il pediatra. La cosa è sempre stata, nei secoli, semplice e naturale, ma perché del divezzamento si è fatto un problema e perché è nato negli anni Sessanta e dopo, attorno a questo passaggio di vita, questo innaturale problema che ha creato difficoltà nelle famiglie? Tutto è nato, dice l'Autore, perché ci fu, attorno agli anni Sessanta, l'invito dei pediatri e dell'industria al divezzamento precoce, anche a tre mesi, per cui i cibi furono ideati per un bambino forse incapace di affrontare quella fase della vita. Questa violenza è rimasta anche quando i pediatri, o i più avvertiti di essi, dovettero finalmente accordarsi con la storia naturale dei bambini. La mancanza di tabelle, ricette, pesi, misure è quindi un atto di fiducia, ma anche una collocazione di responsabilità in capo ai genitori. Il libro si potrebbe anche chiamare “Esame di coscienza di un pediatra” perché l'Autore dice di avere partecipato all'errore dei divezzatori precoci e dei prescrittori di pappette e di ricette e di avere quindi molto sbagliato; da questo nasce una ironica polemica anche verso se stesso. Ma perché il sottotitolo “Dialoghi sullo svezzamento”? Perché il testo, efficacemente illustrato da Franco Panizon, è inframmezzato da dialoghi o meglio da discussioni fra due genitori, i quali arrivano però alla soluzione corretta sul modo di svezzare il loro bambino.

Piermarini sostiene dunque che il problema è semplice: riporre al centro il bambino. Semplice e difficile, in verità, perché la sua soluzione rientra nel complesso problema del recupero della genitorialità che è uno dei problemi che la società deve oggi affrontare.

Giancarlo Biasini

## Consumo critico anche per i bebè



Giorgio Cozza  
*Bebè a costo zero*

Il leone verde, 2008  
pp. 272, euro 18

Libro attualissimo che offre una serie di idee, proposte e suggerimenti pratici per salvarsi dal “caro bebè”, risparmiando svariate migliaia di euro e rispettando l'ambiente in cui viviamo. Si tratta di una sorta di guida al consumo critico che, come scrive l'Autore, “si addentra nell'affollato mondo dei prodotti per l'infanzia, per scoprire cosa può effettivamente essere utile durante la gravidanza e nei primi anni di vita del bambino, distinguendo le reali esigenze di mamma e bebè dai bisogni indotti, creati ad arte dalla pubblicità”. La gravidanza rappresenta un periodo privilegiato, un momento di riflessione sul passato e di progetti per il futuro; è, quindi, abbastanza difficile da comprendere come l'ansia degli acquisti e la preoccupazione per le spese siano riuscite a conquistarsi uno spazio tanto importante in questa esperienza così intima e spirituale. L'unica risposta a ogni esigenza del bambino sono mamma e papà.

Tra le braccia dei genitori il neonato trova tutto quello di cui ha bisogno: affetto, assicurazione, contatto e stimoli per un corretto sviluppo sensoriale. A che servono gli innumerevoli modelli di sdraiette, ovetti, palestrine rispetto ai caldi abbracci di mamma e papà e gli effetti sonori degli accessori per più piccoli rispetto alla voce della mamma, che il bambino ha già imparato a conoscere durante la gravidanza? E per la pappa, il non plus ultra è il latte materno: è ricco di anticorpi, protegge dalle malattie, dà il perfetto nutrimento e per di più... è a costo zero. E per i giochi, l'ambiente domestico è una fonte inesauribile di divertimento e scoperte stimolanti, via ai box e girelli, e creiamo piuttosto un ambiente sicuro e a misura di bambino. All'interno del libro si trovano, inoltre, numerose testimonianze di mamme e papà e approfondimenti da parte di esperti (ginecologi, pediatri, fisioterapisti ecc.) che forniscono al genitore gli strumenti per difendersi

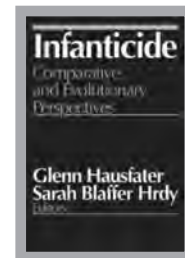
Riaccese la luce, prese il taccuino e annotò: “Non si mette la vita nei libri. La si trova”. Poi si addormentò.

Alan Bennett, *La sovrana lettrice*

dalle spese inutili e circondare il proprio bambino solo di quanto può realmente favorire il suo sviluppo psico-fisico.

Isodiana Crupi

## Il bambino “utile”



Glenn Hausfater  
and Sarah Blaffer Hrdy

*Infanticide. Comparative and evolutionary perspectives*

Aldine Transaction 2008  
pp. 598, \$ 42

Questa è la riedizione dell'originale pubblicato nel 1984 a cura di Sarah B. Hrdy, antropologa, e Glenn Hausfater, biologo. Il libro raccoglie gli interventi di numerosi scienziati (biologi, antropologi, storici, demografi, psicologi) alla conferenza tenutosi alla Cornell University nel 1982. La tesi di fondo, sostanzialmente mai contraddetta e sempre più confermata nel tempo, è questa: l'infanticidio è una costante biologica presente in tutte le specie animali. In accordo con la biologia evolutiva, l'infanticidio rimane quasi sempre un tratto adattativo per la nostra specie, e solo raramente (“accidentalmente” potremmo dire) acquisisce le caratteristiche di un tratto maladattativo. Le molte forme che può prendere questo atto spaziano dalla carenza di cure genitoriali fino alla necessità di una stabilità sociale o di un rimodellamento della famiglia. Un pianeta dove il bambino non è adorato, come noi abitualmente reputiamo, ma considerato per la sua utilità. Del resto la selezione naturale non va condannata in quanto non ha una morale da perseguire. Libro sorprendentemente amaro e pur tuttavia sorprendentemente vero, come dimostrano i numerosi contributi di specialisti che arricchiscono l'opera di ben venticinque capitoli riguardanti l'infanticidio descritto in numerose specie animali, uomo compreso. Gli ultimi cinque capitoli dell'opera riguardano l'infanticidio nella nostra specie, le sue motivazioni biologiche e le sue conseguenze in termini storici ed evolutivi. Un libro mancante purtroppo di una traduzione italiana, ma ancora attualissimo. Una conoscenza necessaria per un pediatra per meglio comprendere il fenomeno dell'abuso infantile e per conquistarsi quel primo posto professionale che compete alla pediatria nel ruolo di advocacy all'infanzia.

Costantino Panza

## The Millionaire: la vita in gioco

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Aveva ragione Michelangelo Antonioni quando sosteneva che la rielaborazione fantastica della realtà è una fonte inesauribile di storie da raccontare. Ci si guarda intorno, si focalizza l'interesse su un avvenimento e ci si lascia andare sulle ali della fantasia per costruirvi sopra una, dieci, cento storie.

Probabilmente è così che Vikas Swarup, diplomatico indiano, ha inventato il romanzo *Le dodici domande*, dal quale Danny Boyle (il regista britannico di *Trainspotting*, *Sunshine* e *Millions*) ha tratto *The Millionaire*.

Lo immaginiamo alle prese con una crisi di idee, quand'ecco, una sera qualsiasi, mentre se ne sta seduto davanti alla TV, gli si accende una lampadina. Sta andando in onda uno dei tanti quiz televisivi, *Se vuoi essere Milionario*, un fortunato format che nell'era della globalizzazione ha spopolato in tutti i Paesi, India compresa.

Da una parte il conduttore, dall'altra il concorrente: il primo a porre domande, il secondo a indovinare le risposte. In mezzo, apparecchi elettronici a segnalare quattro opzioni, tre aiuti, una risposta esatta. Il tutto, al centro di due arene: quella ridotta dei presenti nello studio televisivo e quella allargata degli spettatori incollati al video.

Le domande abbracciano tutto lo scibile – dalla letteratura all'arte, dallo sport al cinema, dal teatro alla moda, dalla storia alla politica – e ci sono solo due modi per rispondere esattamente: o si è dei pozzi di cultura, o si è semplicemente fortunati.

Jamal Malik, il diciottenne protagonista del romanzo e del film, è l'uno e l'altro, ma a modo suo. Egli, infatti, non ha mai amato la scuola perché, nella bidonville di Mumbai (ex Bombay) nella quale è nato, la priorità era quella di procurarsi il cibo con qualsiasi espediente, di difendersi dalla polizia e dal fanatismo dei religiosi, di trovare un posto dove ripararsi nelle notti di pioggia, di scappare

dalle grinfie dei malavitosi. Ma siccome non esiste solo la scuola della scuola, ecco allora la trovata geniale di Swarup e Boyle: proiettare Jamal nella scuola della vita e fargli apprendere tutto quello che gli servirà per rispondere esattamente alle 12 domande di "Chi vuol essere Milionario".

Egli conosce le risposte solo perché, prima di affrontare il gioco televisivo, ha affrontato quello della vita, si è messo in gioco sin da piccolo e ha arricchito il suo bagaglio culturale con una buona dose di furbizia e di fortuna. È per questo che ogni esperienza passata gli tornerà utile e gli farà intuire i trabocchetti dell'invidioso conduttore Prem Kumar, lo farà resistere alle torture della polizia e gli darà il coraggio di sfidare la fortuna. E così, la moderna favola mediatica si chiude, e non poteva essere altrimenti, con una favolosa vincita che farà vivere "felici e contenti" il giovane cavaliere senza macchia e senza paura e la sua bella, strappata dalle grinfie della prostituzione e della malavita.

Bella favola? Sì, ma non solo; perché, come tutte le favole, anche questa storia ha radici nella cruda realtà. L'India è un paese di *slum* e di grattacieli, di ricchezza e di povertà, di fanatismo religioso e di tolleranza, di odio e di amore. Contraddizioni ben sottolineate nella vita del diciottenne cameriere che, prima di rispondere all'ultima domanda da 20 milioni di rupie, ha provato il freddo, la fame, la sporcizia, la fuga, l'umiliazione, la tortura.

I riferimenti al cinema di Capra e di Tarantino e alla narrativa di Dickens non sono casuali; come non è casuale la scelta del regista di girare il film a Bollywood pensando a Hollywood. I due estremi si incontrano in una scena che, a storia finita, si rivela come iniziale riassunto di ciò che accadrà. Jamal e il fratello maggiore Salim hanno trovato il modo di racimolare qualche spicciolo occupando una lurida latrina pubblica e rivendendola a clienti bisognosi. Un giorno, qualcosa non va per il verso giusto: Jamal, senza volerlo, fa saltare l'affare e Salim lo punisce rinchiudendolo dentro. Non sarebbe grave se la punizio-

ne non coincidesse con l'arrivo di un campione sportivo.

Per vederlo e per ottenere l'autografo, il piccolo Jamal non esita a uscire dalla trappola immergendosi completamente nel liquame puzzolente.

Stalle e stelle si toccano; e si toccheranno sempre nella vita di questo ragazzo indiano perseguitato dalla società e baciato dalla fortuna. Una chiave di lettura metaforica che rende accettabili certe esagerazioni filmiche (fughe, cadute e botte senza conseguenze) e che trasforma la coreografia dei titoli di coda da tipica firma di Bollywood a canto di giubilo intonato in coro a dispetto della miseria, della cattiveria e della morte. ♦



*The Millionaire (Slumdog Millionaire)*

Regia: Danny Boyle

Con: Dev Patel, Anil Kapoor, Freida Pinto, Madhur Mittal, Irfan Khan, Mia Drake, Imran Hasnee, Faezeh Jalali, Shruti Seth ed Anand Tiwari.

Gran Bretagna, USA, 2008

Durata: 120'

Per corrispondenza:

Italo Spada

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

## Le iniziative di "Nati per la Musica"

A partire da questo numero dedicheremo uno spazio più ampio alla descrizione delle iniziative inerenti a "Nati per la Musica", che si stanno via via concretizzando in diverse realtà locali, parallelamente alla progressiva diffusione del progetto. Questa volta vengono descritte esperienze che riguardano in particolare il Nord Italia, ma altri eventi sono stati attivati col nuovo anno in altre zone, anche al Sud; di essi parleremo nei prossimi numeri.



### Piemonte

Il Progetto è stato presentato il 5 novembre 2008 ai pediatri di famiglia della ASL di Vercelli, al Direttore (dr. Sandro Provera) e alle caposala del locale Dipartimento Materno-Infantile, alla referente locale ABIO, alle insegnanti della Scuola Comunale di Musica "F.A. Vallotti". La serata, ben organizzata da Elena Uga, pediatra ACP già impegnata nel progetto locale "Genitori Neo...nati", ha incontrato l'interesse dei presenti e ha permesso di pensare a passi comuni futuri e a possibili collaborazioni all'interno dei due Punti Nascita e dei due reparti di pediatria di Vercelli e Borgosesia. Certamente più semplici nella realtà cittadina, le azioni e gli interventi a sostegno dell'accostamento precoce del bambino al mondo dei suoni e della musica dovranno fare i conti con un ambito territoriale che si estende fino alle pendici del Monte Rosa e con realtà locali in cui diventa ancora più determinante l'apporto del pediatra di famiglia.

FZ

Il 16 novembre scorso a Trecate, organizzato dalla SIEM di Novara, si è tenuto presso l'Asilo Nido "Scacciapensieri" il "Concerto per piccoli e grandi ascoltatori. Canti popolari, filastrocche e melodie da tutto il mondo", con l'Ensemble Musicale "Les jeux sont faits". Sono stati i bimbi stessi a dare l'avvio a "Nati per la Musica".

Nella saletta del Nido (sede di un innovativo progetto musicale in collaborazione con la SIEM e con musicisti di Novara) che ha ospitato il concerto, i piccoli sono apparsi inizialmente molto attenti, quasi sorpresi, in braccio ai genitori, accanto a strumenti musicali "veri" (la tastiera a terra, da toccare durante l'esecuzione dei pezzi di Bartok, il violino e la chitarra accessibili e vicini, gli strumenti più piccoli via via utilizzati dall'uno o dall'altro accompagnando melodie e canti folkloristici), e poi sempre più coinvolti e felici, senza mai scivolare nel caos e nella confusione. È seguita la presen-

tazione di "Nati per la Musica" ai genitori e agli educatori musicali. È stato molto bello e, nel mio contributo come pediatra, non ho fatto altro che raccogliere e riprendere per i genitori quello che i bimbi ci avevano indirettamente già "spiegato"...

FZ

### Lombardia

Prosegue a Busto Arsizio l'attività del "Laboratorio musicale per bambini da 3 a 6 anni accompagnati da un genitore", organizzato dalla Sezione territoriale SIEM di Varese insieme all'Associazione "G. Rossini" e alla Biblioteca Civica di Busto Arsizio (Quaderni acp 2008;5: 235).

Riportiamo quanto inviatoci da Paola Colombo, coordinatrice dell'Associazione Musicale "G. Rossini" onlus di Busto: «Anche oggi il laboratorio è piaciuto molto sia ai bambini sia ai genitori. Alcuni mi hanno detto di aver conosciuto questa iniziativa dalla pediatra. Sono molto soddisfatta del nostro lavoro e possiamo ringraziare anche le pediatre perché hanno collaborato per la buona riuscita di "Nati per la Musica".

C'erano bambini dai 2 ai 6 anni, anche con fratellini più piccoli. In tutto erano circa 30 bambini e altrettanti genitori». Da parte nostra possiamo aggiungere che queste parole confermano quanto abbiamo potuto verificare in tutti i progetti NpM attivati: piena soddisfazione e grande divertimento da parte di tutti i soggetti coinvolti (bambini, genitori, musicisti, educatori, pediatri).

SG

### Emilia-Romagna

#### Mostra "in forma d'acqua"

*musica è emozione, sogno, invenzione...  
la musica è un gioco sensoriale  
la musica è un gioco dell'immaginario  
la musica è un gioco per comporre.*

Curata da Arianna Sedioli e Luigi Berardi, si è tenuta a Forlì dal 26 dicembre 2008 al 6 gennaio 2009 la mostra-gioco "in forma d'acqua" presso l'"Associa-

zione Puntodonna". Patrocinata dalla Regione Emilia-Romagna, dalla Provincia di Forlì e Cesena, dal Comune di Forlì e da Nati per la Musica e con il contributo di Romagna Acque Società delle Fonti, ha voluto raccontare, attraverso suggestive installazioni interattive, le sonorità della natura e in particolare le voci della pioggia e del mare. I numerosissimi bambini intervenuti sono stati accompagnati dagli animatori alla scoperta delle opere inventando suoni, gesti, musiche e silenzi. A conclusione della visita, un atelier per costruire conchiglie e onde parlanti. Visite speciali guidate sono state dedicate anche a insegnanti di Nidi e Scuole materne e a mamme in attesa.

A Forlì, Nati per la Musica è diffuso tramite la dott.ssa Laura Borghesi della Pediatria di Comunità, che informa le future mamme sui vantaggi della musica per lo sviluppo del bambino durante i corsi preparato.

SG

### Tesi universitaria su Nati per la Musica

Si è brillantemente laureata il 25 novembre 2008 Martina Gesuelli, studentessa del corso di Laurea triennale in Formazione e gestione delle risorse umane, indirizzo "Educatore di Nido e di Comunità infantili", presso l'Università degli Studi di Macerata.

La tesi, dal titolo "La pediatria incontra la musica - Primi passi del progetto Nati per la Musica", è stata discussa nell'ambito della materia "Psicologia dell'educazione e dei processi evolutivi". Relatrice la prof.ssa Morena Muzi, correlatore prof. Stefano Polenta.

La Commissione, già a conoscenza di "Nati per Leggere", ha molto apprezzato l'argomento manifestando interesse e curiosità.

È la prima tesi che viene discussa in tema di "Nati per la Musica": alla neo-laureata le più vive felicitazioni da parte di tutto il coordinamento nazionale di NpM!

SG



*NpL in tre situazioni diverse, peculiari e difficili, come nel caso di Palma di Montechiaro, luogo, come scrive una pediatra siciliana, Maria Francesca Siracusano, metafora di un'Italia povera, metafora della durezza, eternamente sospesa tra Federico II e le solfatare, tra Teocrito e le tragedie, e la tragedia più universale: la cultura mafiosa. Situazione peculiare come quella dei bimbi con sordità, dove si promuove la lettura ad alta voce dando ai genitori qualcosa di bello e piacevole, ma anche efficace da fare con i loro bambini. E poi un altro contesto difficile, gli Asili Nido della Caritas a Salerno, mamme in difficoltà, famiglie disgregate e operatrici fortemente impegnate ed entusiaste del proprio lavoro di volontariato.*

## Campania

### *La lettura per i bambini con deficit uditivi*

La motivazione nasce dal bisogno di dare ai genitori di bimbi con sordità, diagnosticata con lo screening uditivo alla nascita, uno strumento efficace, come la promozione della lettura ad alta voce, e di piacevole utilizzo per lo sviluppo delle abilità necessarie per promuovere il linguaggio.

L'opportunità nasce in Campania, dove dal 2006 esiste il Centro di Riferimento Regionale costituito dall'Unità di Audiologia del Dipartimento di Neuroscienze, prof. Elio Marciano, e del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Napoli "Federico II", prof. Alfredo Pisacane, il cui ruolo è quello di coordinare tutte le attività di screening uditivo in Regione Campania. Lo screening uditivo viene attuato in tutti i Punti Nascita pubblici e privati a tutti i nuovi nati. Lo screening delle ipoacusie neonatali rappresenta una misura rilevante di salute pubblica, che

permette di avviare la protesizzazione e il percorso riabilitativo entro il sesto mese di vita.

Le basi scientifiche di questo modello di intervento nascono da lavori recenti sulla pratica della lettura ad alta voce in bimbi sordi e sulle conoscenze relative allo sviluppo della *emergent literacy* in questi bimbi. Un ulteriore rinforzo nasce poi dalla presenza di interventi di promozione della lettura ad alta voce in bimbi sordi, promossi dagli storici progetti anglosassoni di promozione della lettura come "Bookstart" nel Regno Unito e recentemente "Reach out and read" negli USA attraverso le modalità tipiche di ogni progetto e l'utilizzo di libri appropriati. Se i bimbi sordi vivono e si relazionano in un contesto familiare ricco da un punto di vista letterario, nonostante il ritardo del linguaggio dovuto alla loro disabilità, svilupperanno comunque una buona literacy. I bambini imparano molto attraverso la lettura e la condivisione del libro e lo sviluppo della *emergent literacy* sembra essere simile a quello dei bimbi senza deficit uditivi. La condivisione di storie con la propria mamma correla con le abilità linguistiche e le conoscenze dell'alfabeto e, indipendentemente dal grado di deficit uditivo, la condivisione si è mostrata predittiva della sensibilità fonologica e del linguaggio recettivo.

Studi sull'acquisizione della *emergent literacy* in bimbi con deficit uditivi hanno inoltre evidenziato che bimbi in età prescolare sordi, figli di genitori sordi o figli di genitori udenti, apprendono molto sul linguaggio scritto se impegnati con regolarità e continuità nella condivisione di libri in maniera interattiva e lo sviluppo delle abilità correlate alla *emergent literacy* è simile a quello di bimbi normo-udenti. La lettura ad alta voce e la condivisione interattiva del libro sono state poi molto ben recepite dai genitori e sono state da loro stessi definite come una pratica con grandi benefici per i propri bambini.

Con questi presupposti è stato organizzato un primo incontro a ottobre 2008 con logopedisti, psicologi e psicomotricisti che lavorano con le famiglie e i bimbi sordi nei centri di riferimento campani. L'obiettivo dell'incontro è stato quello di

fornire informazioni su NpL e di formare sulla importanza della lettura ad alta voce in età precoce e sulla possibilità di condividere questa pratica con i genitori ma anche con gli operatori.

Da parte degli operatori sono stati subito colti il senso e le potenzialità di questa pratica. Offrire alle famiglie, oberate spesso dai ritmi rigidi e formali delle terapie riabilitative, l'opportunità di fare qualcosa di divertente, facile ed efficace a casa, come la condivisione di un libro, rappresenta una modalità semplice da interiorizzare e allo stesso tempo, se parte delle routine quotidiane del bambino, un intervento di provata efficacia.

Durante l'incontro sono stati forniti i presupposti scientifici relativi all'efficacia della lettura ad alta voce se iniziata precocemente e in particolare con i logopedisti è emersa anche la disponibilità da parte loro di dare questa indicazione ai genitori dei bimbi in terapia logopedica. Gli psicologi presenti hanno poi evidenziato come, dal loro punto di osservazione, la lettura ad alta voce potesse essere una efficace modalità per promuovere la relazione tra mamma e bambino, in particolare in situazioni come queste, di disabilità, in cui l'accettazione della malattia passa attraverso un percorso interiore complesso. Dall'incontro sono poi scaturite varie prospettive di ricerca, finalizzate a valutare l'impatto della lettura ad alta voce iniziata precocemente, a partire dai 6 mesi di vita, nei bimbi con sordità e protesizzati precocemente. L'ipotesi è di un lavoro osservazionale con mamme che leggono ad alta voce con regolarità e continuità rispetto a una coorte storica di confronto, come per esempio i bimbi sordi screenati l'anno precedente, simili per grado di sordità e per altri parametri, e prevedere a distanza di tempo una valutazione dello sviluppo del linguaggio e della relazione. Sono previsti a breve incontri anche con i genitori per una breve formazione sulla promozione della lettura ad alta voce.

*Carmela Di Maio*

### *Lettura nei nidi della Caritas di Salerno*

Nel mese di dicembre 2008, presso la Caritas Diocesana di Salerno, si è svolto un incontro di formazione per le educa-

# Nati

# per Leggere

trici degli asili nido presenti sul territorio salernitano da circa due anni e rivolti alle mamme in difficoltà. Donne sole italiane e straniere abbandonate dal marito o compagno, famiglie monoreddito con bambini piccoli in circostanze difficili per la mancanza di lavoro, di abitazione e di persone a cui affidare i figli per poter lavorare, son questi gli utenti di questi asili nati grazie all'impegno della Caritas e al volontariato della responsabile del Servizio, Carmela Mollo, delle educatrici e di una pediatra che con grande entusiasmo sostiene questa iniziativa, Teresa Magurno.

La necessità di trovare soluzioni per questa emergenza sociale e la volontà di contribuire alla delineazione di un modello integrato di interventi socio-educativi nell'area della prima infanzia, che assuma come riferimenti prioritari la famiglia e la comunità locale, hanno dato vita a questo Progetto sostenuto da Caritas Italiana: "Una tata per amica".

Presso le parrocchie S. Michele in Rufoli di Ogliara, Volto Santo (associazione Oasi), San Gregorio VII di Battipaglia, coordinati da Carmela Mollo, sono stati attivati tre centri parrocchiali per la prima infanzia.

I bambini di età compresa tra 0 e 3 anni sono affidati quotidianamente a operatrici professionali che agiscono in collaborazione con i Servizi Sociali territoriali per:

- assistere il bambino, quando le mamme lo richiedono, anche per poche ore giornaliere;
- realizzare attività ludiche e di animazione;
- organizzare corsi preparto e di cura del neonato per le neo-mamme;
- costruire gruppi di auto-mutuo-aiuto tra le mamme e giovani donne, casalinghe, nonne del quartiere, al fine di incoraggiare lo scambio di esperienze e conoscenze che possano accompagnare le giovani mamme nella crescita dei piccoli.

L'obiettivo forte di questa grande impresa è di sostenere la relazione all'interno del nucleo familiare spesso in difficoltà, scongiurando il più possibile il sopravvento di situazioni che comportino la disgregazione del nucleo stesso. Quin-

di aiutare e sostenere la genitorialità per assicurare una buona crescita dei bambini. In questo contesto si inserisce NpL, accolto con grande entusiasmo e sensibilità da tutte le operatrici che si trovano a operare in situazioni estremamente complesse e svantaggiate.

Durante l'incontro sono emersi i tanti bisogni di questi bambini e la volontà delle operatrici di creare all'interno di questi piccoli asili ospitati presso le parrocchie, delle mini-biblioteche con tanti bei libri.

Promuovere momenti di scambio e condivisione tra famiglie, specie di diverse culture, e tra famiglie e operatori crea situazioni di forte sostegno alla genitorialità, specie in contesti svantaggiati dove la famiglia si trova priva di capacità adatte per sostenere la crescita del proprio bambino.

Questo è anche un appello a tutti coloro che ci leggono per reperire libri adatti a bimbi di questa fascia di età e poterli, contattando la responsabile di questa rubrica, inviarli agli asili nido salernitani.

*Stefania Manetti*

## Sicilia

Si è svolto il 7 febbraio, a Palma di Montechiaro, il Convegno "Nati per Leggere in Sicilia: un'occasione di crescita socio-culturale per il territorio".

Il Convegno è stato promosso da Enza Nogavero che dirige la Biblioteca Comunale "Giovanni Falcone" di Palma di Montechiaro, paese in provincia di Agrigento, e organizzato dall'AIB Sicilia, in collaborazione con l'ACP Siciliana e il CSB, allo scopo di illustrare i vari progetti di NpL che già si svolgono sul territorio dell'isola e confrontarne gli esiti, ma soprattutto cercare di avviare l'iniziativa anche a Palma.

Per questi obiettivi nella prima parte della mattinata gli interventi hanno fornito ai partecipanti i presupposti teorici di "NpL" per la crescita socio-culturale del singolo bambino e di tutto un territorio e il ruolo dalle figure professionali che lo svolgono: gli educatori, i pediatri le biblioteche, con gli interventi di Alessandra Sila (coordinamento nazionale Nati per Leggere-CSB, Trieste), Aurelia La Bella (Centro di Salute Mentale di Sciacca), Vincenzo Montalbano (pediatra ACP di Empedocle), Ni-

ves Benati (responsabile della sezione ragazzi della Biblioteca di Lugo). Nella seconda parte della giornata sono stati invece presentati nel dettaglio i progetti siciliani. A Sciacca e Messina i progetti sono stati avviati dai pediatri dell'ACP insieme alle Aziende Sanitarie, al CSB e all'AIB. Altrove (Catania, Mascalucia) i progetti vivono grazie all'iniziativa delle biblioteche e al coinvolgimento di alcuni pediatri. Donatella Natoli ha raccontato l'esperienza peculiare della Biblioteca delle Balate a Palermo, grande esperienza di conoscenza e analisi del territorio su cui si opera e di promozione sociale, offerta grazie a interventi mirati attuati da volontari formati.

L'incanto della lettura ad alta voce si è manifestato grazie ai due interventi "Il colore della voce: leggere ad alta voce ai più piccoli" di Silvana Alberti (Laboratorio permanente di lettura Villino Caprifoglio, Torino) e "Pagine per Incantare" di Giusi Germania (Spazio bambini e ragazzi della Biblioteca comunale "Bellini" di Catania).

Dal Convegno vengono formulate due proposte per il futuro del Progetto in Sicilia. La prima dovrebbe essere l'avvio del Progetto a Palma di Montechiaro, in cui sia la biblioteca che se ne fa promotrice, che il pediatra dell'ACP possono contare sull'esempio e la collaborazione di chi nei Comuni vicini già svolge da tempo NpL, riformulandolo in base alle peculiarità della realtà del paese.

La seconda è quella di avviare un coordinamento siciliano di NpL, allo scopo di rafforzare i progetti locali già in corso e fornire sostegno a quelli che si avvieranno. Il giorno seguente, a Trapani, presso la Biblioteca diocesana "Giovanni Biagio Amico" che - prima in città - ha appena inaugurato la Sezione bambini e ragazzi "Il piccolo principe", si è svolto un incontro di presentazione del progetto NpL con contributi di Benati, Sila, Saja e Natoli. La Alberti ha realizzato in seguito un Laboratorio di lettura per i bambini accorsi numerosi. La biblioteca che ha aderito con entusiasmo a NpL intende offrire attività di lettura, incontri per genitori, corsi per lettori volontari, e procedere con l'avvio concreto del Progetto in collaborazione con alcuni pediatri, l'ASL 9 e le scuole materne.

*Maria Francesca Siracusano*

# congressi

## “Troppo giovane per dire la mia?”

A Milano, nel gennaio scorso, si è discusso dell'autodeterminazione del minore.

«Le evoluzioni recenti del Diritto a livello nazionale e internazionale segnalano con forza crescente la necessità di tutelare a pieno il diritto all'autodeterminazione del minore nelle scelte rilevanti che lo riguardano, incluse quelle in ambito sanitario. Le leggi e le norme stentano però ad adeguarsi a tali “principi”, lasciando numerosi ambiti in cui la piena tutela dei diritti rischia di diventare un obiettivo incerto. A eccezione di alcuni definiti contesti clinici, infatti, la Legge italiana non prevede per il minore alcuna possibilità di accedere liberamente alle cure né di rifiutarle, o contrastare liberamente la volontà degli esercenti la potestà genitoriale. D'altra parte medici e psicologi sono tenuti per doveri deontologici a coinvolgere direttamente bambini e ragazzi nel percorso di cura. Ciò significa spesso muoversi in un terreno in cui il rapporto tra il personale sanitario e il paziente deve conoscere forme specifiche di articolazione tali da garantire contemporaneamente la tutela delle norme di legge e dei principi etici». Così recitava la locandina del Convegno milanese “Scegliere per la propria salute prima dei 18 anni: troppo giovane per dire la mia?”, organizzato lo scorso 29 gennaio dalla Camera Minorile di Milano e dalla UONPIA Fondazione Policlinico per “essere laboratorio di approfondimento sul tema a partire dalle esperienze di professionisti, esperti e utenti, e punto di partenza per ulteriori sviluppi futuri”.

Come coniugare la capacità di governare il proprio stato di salute e la capacità di partecipare agli elementi fondamentali della cura con il fatto che ad altri spetta assumere le decisioni? Come governare la richiesta di un figlio che ha un bisogno di aiuto e non vuole coinvolgere in esso i genitori? Qual è il codice della relazione di aiuto? Quello deontologico, quello professionale?

### Le relazioni

– *Sara Casati* ha svolto, in apertura, la sua riflessione. Filosofa e dottore in deontologia ed etica medica, la sua riflessione si è snodata intorno al rapporto tra partecipazione, servizi sanitari ed età evolutiva, dove il minore con malattia rara, ma anche quello con malattia cronica, diventa una sfida, un paradigma, un luogo di amplificazione di tutta quella complessità che attraversa oggi

la medicina, la società e la scienza. Il problema è cosa fare là dove ci sono un contesto di incertezza radicale e più punti di vista in gioco legittimi, e di come è possibile procedere con la conoscenza, che è tra le condizioni di una scelta buona e corretta. E allora ecco il tema della governance: E termine di cui noi italiani non abbiamo un equivalente, intesa come gestione innanzitutto della conoscenza e dei processi decisionali dove ogni singola persona è riconosciuta come partecipante valido, e non solo gli “stakeholder”, i rappresentanti degli interessi in gioco: nel “modello della partecipazione” ogni singolo ha voce in capitolo, in quanto portatore di differenze cruciali, sia di valori che di conoscenza necessaria a deliberare. Ed ecco quella che si può definire deliberazione collettiva, dove si deve dare ragione di quanto si sta proponendo e di quello che viene considerato indicato e anche della scelta che poi viene agita. E “dare ragione”, ha sottolineato ancora *S. Casati*, vuol dire avere conoscenza, avere indagato, esplorato e riconosciuto tutti gli elementi di complessità, introducendo anche dal punto di vista conoscitivo il sapere dell'esperienza (*expertise*): un sapere legittimo come il sapere cosiddetto scientifico, che permette di disporre di più elementi per affrontare in modo ragionevole una realtà e una pratica quotidiana dove si intrecciano pluralismo, dimensione dell'incertezza, riconoscimento del valore dell'altro, ridefinizione dei diritti. Riuscire a entrare in una relazione di cura responsabile e a costruire politiche e percorsi inclusivi con un minore, rende molto più in discesa anche con tutti gli altri interlocutori la pratica e la professione sanitaria.

– *Grazia Cesaro*, avvocato, ha di seguito analizzato gli aspetti giuridici in tema di autodeterminazione del minore, nel diritto nazionale e internazionale. Ha precisato che, all'interno della Camera Minorile di Milano nata nel 2004, possono intervenire anche esperti che non hanno competenze strettamente giuridiche e che hanno messo a confronto i rispettivi codici deontologici: ne sono emerse la mancanza di norme e indirizzi univoci, in particolare per quanto riguarda il tema della partecipazione del minore alle scelte sanitarie, e la necessità di studiare linee guida condivise. Ha ricordato anche che non esiste codicisticamente il termine “autodeterminazione”, intesa come libera capacità di scelta rispetto al proprio agire e alle responsabilità connesse a tali scelte. La filosofia del diritto minorile è sempre stata improntata ai principi di protezione e tutela; capacità, libertà e responsa-

bilità sono sempre state punto di arrivo, mai di partenza. E il Codice civile continua a richiamare il concetto di potestà, sostituito a livello europeo da quello di responsabilità del genitore.

– *Paola Vizziello*, neuropsichiatra infantile, è entrata nel merito del progetto in corso a Milano, nato dalla collaborazione tra la NPI della Fondazione Policlinico e la Camera Minorile, con il patrocinio della sezione lombarda della SINPIA, nell'ambito di un movimento culturale in atto rispetto all'ascolto del minore, a come coinvolgerlo nei progetti che lo riguardano per la tutela del suo diritto all'autodeterminazione, e a quando e come valutarne la capacità di esprimere un parere ed elaborare scelte in relazione alla sua salute. La prima parte del progetto ha riguardato l'analisi della letteratura esistente, con ottica strettamente interdisciplinare e aperta verso la realtà europea e internazionale. È stato analizzato lo iato esistente tra l'emancipazione da una parte dei sistemi deontologici e delle carte internazionali dei diritti e la posizione che stenta alquanto a decollare del nostro sistema giuridico in tema di assunzione di responsabilità. Sono stati considerati i codici del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale riguardo all'attenzione posta all'area minorile, all'area della famiglia, della promozione sociale e del rispetto di alcuni diritti fondamentali (consenso, segreto professionale, tutela della privacy, tematiche dell'ascolto), evincendo da due articoli del codice di deontologia medica (articolo 32 e 37) che c'è un allineamento del minore al non abile, ai dementi, ai pazienti fragili in un senso ipofunzionante. Relativamente all'ascolto è previsto dai codici deontologici di tutte le professioni che ascoltare il piccolo paziente rappresenta una buona pratica secondo quanto declina la deontologia professionale. Ancora *P. Vizziello* ha ricordato l'importante dibattito presente nella comunità bioetica sul modo del consenso o dissenso del minore e la propensione verso l'assenso come una buona pratica per coinvolgere il minore senza appesantirlo di una serie di autorità decisionali. È un campo che deve tenere conto quindi dell'intersezione cruciale e complessa fra principi e norme, ma anche dell'intrecciarsi di nuove patologie: sollecitazioni continue vengono dalla presenza in PS di adolescenti con richieste e sofferenze nuove, minori non accompagnati, migranti di idiomi e culture diverse, nuovi adolescenti appartenenti a una cultura moderna dove salute ed espressività del bisogno ap-

# controluce

partengono a sistemi di comunicazione che non sono più quelli di prima.

I contributi successivi hanno portato l'attenzione su esperienze cliniche "sul campo" in tema di autonomia decisionale e della sua tutela: cosa fare nel momento in cui chi si ha davanti ha un bisogno di salute che è un bisogno di salute molto particolare? Le scelte sanitarie dei minori migranti non accompagnati (*Luisa Roncari*, psicologa, consulente ASL), l'accesso spontaneo alle cure nelle nuove condotte di abuso e la decisione di comunicare o meno uno stato di tossicodipendenza (*Claudio Tosetto*, SERT, ASL Varese), una gravidanza in una giovanissima (*Alessandra Kustermann*, ginecologa, Servizio Violenza Sessuale Policlinico di Milano), la competenza decisionale dei minori affetti da patologie oncologiche (*Giuseppe Maserà*) e quella dei ragazzi che non possono usare la voce (*Caterina Dall'Olmo*, UONPIA, Treviglio), un disturbo psichiatrico che richiede un trattamento e trova un rifiuto delle cure da parte del minore e da parte di uno o entrambi i genitori (*Antonella Costantino*, NPI, UONPIA, Policlinico Milano). Troppo spesso manca una prassi condivisa, che non collochi né l'assistito né l'operatore nell'ambito di scelte semplicemente di buon senso e che non giustino, ma soprattutto nell'improvvisazione. Sono situazioni in cui i principi deontologici in tema di segreto professionale e le stesse buone pratiche paiono spesso contrastare con il complesso delle norme, dei principi e dei limiti operativi.

Nell'ultima parte del Convegno è stata illustrata la proposta di linee di indirizzo elaborate dal gruppo di lavoro milanese per gli interventi senza consenso del minore con disturbo psichiatrico, ribadendo che l'integrazione tra esercente la potestà giuridica e il ragazzino non è solo questione giuridica, ma è anche questione di comunicazione e accompagnamento, con un lavoro educativo, formativo, preventivo a vario livello, anche sui genitori.

Nella presentazione dei risultati di un questionario sull'autonomia decisionale, somministrato dal gruppo di lavoro come parte del Progetto in due scuole superiori di Milano, i ragazzi appaiono disponibili a una negoziazione della propria autonomia, ma soprattutto quasi un terzo di loro esprime una specie di incertezza pensante e risponde "dipende" alla domanda relativa a quale sia l'età in cui si diventa abbastanza capaci di decidere autonomamente (le stesse risposte si sarebbero ottenute dai genitori, ha giustamente sottolineato *Maurizio Bonati*, nella generale assenza di cultura e informa-

zione su queste tematiche). Rispondere allora a questo "dipende", con una definizione delle competenze decisionali (e cosa è la competenza decisionale? Cosa serve per essere competenti e a quali condizioni? Competenza generale o specifica? Competenza dipendente o indipendente dalle conseguenze?) e dei criteri per la sua determinazione diventa cruciale per avere un numero maggiore di elementi di riferimento per il minore e per gli operatori.

Quale la sensazione al termine dell'incontro? Certamente un grande interesse per l'importanza dei temi affrontati, la qualità dei contributi e la molteplicità delle esperienze comunicate, il confronto fra punti di vista diversi e la volontà di metterli insieme (in ogni sessione sono stati coinvolti un moderatore e due discussant), di aprire pensieri e di provare ad approfondirli, per poi immaginare come andare avanti nella strutturazione di linee guida e nella costituzione, se possibile, di un gruppo di lavoro permanente. L'argomento non si chiude, è molto grande, ha ricordato *Antonella Costantino*: è una sfida sulla complessità che pone ogni fragilità. E i minori sono in qualche modo considerati in un'area di confine: se poi sono minori e disabili e non parlano e hanno già incontrato nel loro percorso esperienze maggiori di quanto la loro età possa permettere di tollerare da soli, il problema di come collocarli nelle scelte che li riguardano diventa ancora più complesso.

*Federica Zanetto*

## Tabiano XVIII. A volte ritornano

Il Nord Ovest ACP, ma anche non ACP, ha riempito più che mai quest'anno la sala del Centro Congressi Grand Hotel Terme Astro. Non si è perso alcun momento... le rivisitazioni proposte sono state molteplici e hanno toccato, come d'abitudine a Tabiano, quesiti clinici reali e quotidiani, prassi ritenute consolidate da riprendere e aggiornare una volta tornati a casa, modelli ed esperienze cui fare riferimento e da provare a immaginare nel proprio contesto.

A volte ritornano... i farmaci antiepilettici e, sempre loro, gli antibiotici e la loro efficacia e appropriatezza prescrittiva; l'utilizzo del sintomo gastroenterologico e "l'invischiamento" del pediatra nel disturbo funzionale; il sospetto e la diagnostica delle malformazioni polmonari toraciche; la valutazione e i trattamenti possibili dei linfangiomi; l'ombelico (poco descritto nei trattati di pediatria e dermatologia) e i trat-

tamenti incongrui del granuloma ombelicale; l'ipotiroidismo subclinico e la sua corretta gestione; quando serve lo specialista e cosa succede al bambino quando l'invio non funziona e il secondo livello non è un riferimento appropriato per il pediatra e i genitori; la storia naturale delle dilatazioni prenatali delle vie urinarie e quando ci vogliono il nefrologo, l'esperto di imaging e il chirurgo; "il bambino che non dorme" e le aspettative sproporzionate rispetto alla reale autonomia di bimbi in una fase di sviluppo dove sono più vulnerabili all'ansia da separazione e dove la ricerca della prossimità fisica non è sempre "vizio" o "cattiva abitudine". Break rapidissimi (parmigiano sempre presente!) per poi riproporre, discutere e analizzare il tutto nelle sessioni parallele. Uno sguardo ancora agli altri contributi del Convegno e alle loro sollecitazioni, rilevanti ed essenziali: il ruolo del pediatra nel supporto alle competenze genitoriali, le proposte e gli obiettivi dei programmi di sostegno sottoposti a valutazione e gli interventi semplici (ma attenti, corretti e costruttivi) da parte degli operatori della cura che entrano in contatto con difficoltà, ambivalenze e crisi nell'essere genitori oggi; il richiamo sempre opportuno alla trasparenza nelle relazioni tra medici e industria e alla riflessione su principi e regole che devono ispirare la professione e le responsabilità del tutto peculiari del medico, e il suo rapporto con i pazienti; il progetto multidisciplinare del CRO di Aviano per gli adolescenti e i giovani affetti da tumore, dove, accanto a competenze e terapie d'avanguardia, operatori e sostenitori "speciali" accompagnano i ragazzi in un cammino evolutivo complesso e sofferto (emozioni, storie, speranze sono raccolte in "Non chiedermi come sto ma dimmi cosa c'è fuori" di Area Giovani del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano. Mondadori Illustrati); l'attenzione a opere cinematografiche per ripensare a criticità comunicative e aspetti etici e deontologici propri della pratica clinica quotidiana. E infine la possibilità di crearsi un proprio sito su UPPA e l'invito a pensare a possibili strategie e nuovi modelli organizzativi delle cure primarie: una tematica "calda", oggetto di dibattito vivace e "insofferenze" che hanno suggerito approfondimenti e proposte operative attese per Tabiano XIX. Un grande grazie ancora una volta a Giuseppe Boschi (alle prese quest'anno con le difficoltà economiche delle Terme e con il minimo di personale tecnico e segretariale) e arrivederci alla prossima edizione.

*Federica Zanetto*

## L'ACP partner di uno studio sul beclometasone nella prevenzione dell'asma

È stato firmato un contratto tra l'AIFA e l'IRF "Mario Negri" per la conduzione dello studio "Efficacy of nebulised beclometasone versus placebo in preventing viral wheezing in pre-school children". Partners formali dell'Istituto "Mario Negri" nella ricerca saranno l'ACP e il Centro di Economia Sanitaria Angelo e Angela Valenti (CESAV) di Bergamo. Il protocollo di ricerca, valutato anche da revisori internazionali, ha ricevuto un punteggio elevato per la rilevanza del tema e l'appropriatezza della proposta, che rappresenterà il primo trial in doppio cieco e con finanziamenti pubblici condotto in pediatria di famiglia. È quindi un'ulteriore ragione di soddisfazione anche per l'ACP.

Antonio Clavenna sarà il responsabile scientifico dello studio, che durerà tre anni (2009-2011). Per la partecipazione alla ricerca e per la sua organizzazione l'ACP riceverà un contributo secondo quanto proposto e approvato con il protocollo presentato all'AIFA. Analoga procedura e secondo la tempistica prevista e seguita dall'AIFA verrà fatto con il CESAV che curerà la valutazione economica in termini di costi-benefici (efficacia) dell'intervento terapeutico oggetto dello studio.

## Sostegno all'allattamento e decreto anticrisi

L'ACP con una lettera inviata all'on. Eugenia Maria Roccella, Sottosegretario di Stato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha sollecitato la convocazione del Comitato Nazionale per l'allattamento al seno, istituito dal Ministro il 15 aprile 2008 allo scopo di favorire il buon funzionamento di una rete territoriale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. L'urgenza della convocazione del Comitato scaturisce anche dal recente "decreto anticrisi" che prevede, tra le azioni a sostegno delle famiglie a basso reddito, il rimborso per l'acquisto del latte artificiale alle famiglie con bambini fino a tre mesi di età. Già in passato erano state proposte iniziative di vario tipo per sostenere l'acquisto del latte artificiale e

l'ACP, aderendo alle iniziative intraprese da IBFAN Italia, aveva sollevato perplessità sull'opportunità dell'iniziativa. L'ACP ritiene che il decreto, anziché aiutare le famiglie disagiate, le metta in maggiori difficoltà. I bambini alimentati con latte artificiale si ammalano più spesso e in maniera più grave rispetto a quelli allattati al seno, e questo si traduce in un aumento della spesa pubblica e in maggiori spese per le famiglie. Inoltre, fornendo latte artificiale gratuitamente per i primi tre mesi, molte famiglie inizieranno a utilizzarlo proprio per la sua gratuità, senza considerare che dal quarto mese in poi questo gravoso onere sarà interamente a carico della famiglia. A fronte di un risparmio di circa 250,00 euro nei primi tre mesi, grazie al decreto anticrisi, le famiglie dovranno infatti prevedere una spesa di altri 650,00 euro fino al compimento dei 12 mesi; questa spesa sarebbe evitata se il bambino fosse allattato al seno. In una famiglia a basso reddito si corre il rischio che, non riuscendo a far fronte alla spesa, si ricorra ad alimentare inadeguatamente il bambino, per esempio aumentando la diluizione del latte artificiale o ricorrendo prematuramente al latte vaccino. Sappiamo anche che più del 95% delle donne può allattare, a patto che ci sia un adeguato sostegno da parte degli operatori sanitari, della famiglia, della società. Il latte materno è gratuito per sempre e assicura bambini più sani, nel breve e nel lungo periodo. Questo sarebbe il vero risparmio, sia per le famiglie che per lo Stato. Solo l'esigua percentuale di donne che per documentate ragioni mediche non possono allattare, in base alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dovrebbe aver accesso a forniture gratuite di latte artificiale. Cosa che del resto sta già accadendo su iniziativa regionale in Toscana e Piemonte. L'ACP insieme con IBFAN Italia ha preparato un documento nel quale si propone, in alternativa al sussidio per l'acquisto del latte artificiale, di assegnare gli stessi fondi per un sostegno competente, da parte di operatori formati o di gruppi di sostegno mamma a mamma. Un'estensione della licenza di maternità per le madri lavoratrici e un aiuto economico per quelle che non possono godere di licenza di maternità rappresenterebbero un importante complemento al sostegno di cui sopra.

## Diritto alle cure per gli immigrati clandestini

È stato definitivamente abrogato il comma 5 dell'articolo 35 del Decreto 286/1998 (Testo Unico sull'Immigrazione) che prevedeva l'obbligatorietà del referto alle autorità di Polizia nei casi previsti dalla legge, ma, esclusi questi ultimi, non prevedeva la segnalazione dello straniero non in regola con le norme relative al soggiorno. L'ACP ha aderito all'appello della Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM), insieme a molte società mediche e associazioni impegnate nel sociale, che chiedevano il ritiro dell'emendamento che ha eliminato un punto fondamentale sull'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari. "Un atto – era scritto nell'appello – che porta a un acuirsi delle disuguaglianze e delle discriminazioni con gravi conseguenze socio-sanitarie". Sopprimere la norma che vieta ai medici di segnalare la presenza di irregolari equivale ad allontanare l'immigrato dai servizi sanitari e ad accrescere le disuguaglianze nel nostro Paese, con gravi conseguenze socio-sanitarie. La soppressione del "principio di non segnalazione" dell'immigrato costituisce una disastrosa regressione sociopolitica sui diritti dell'uomo e, in particolare, dell'infanzia. L'ACP, richiamandosi alla Convenzione sui diritti dei minori in Italia, ritiene che l'introduzione di questa norma rappresenti una grave violazione dei diritti dei minori migranti.

## Formazione sulla gestione del dolore

Il 15 gennaio 2009 a Roma presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali si è tenuta una riunione sul "Progetto di formazione di medici pediatri di famiglia e medici pediatri ospedalieri sul dolore nel neonato, bambino e adolescente".

Alla riunione hanno preso parte Guido Fanelli, Marco Spizzichino, Franca Benini, Maria Linetti (Ministero della Salute), Rita Melotti (ASR Emilia Romagna), Patrizia Papacci (Gemelli, Roma), Andrea Messeri (Mayer, Firenze), Egidio Barbi (Burlo Garofolo, Trieste), Luca Manfredini (Gaslini, Genova); per l'ACP era presente il Presidente, Michele



Gangemi. Invitati, ma non presenti, Pasquale Di Pietro (SIP), e Giuseppe Mele (FIMP). Nel corso della riunione è stato illustrato il lavoro svolto dalla Commissione Ministeriale "Terapia del Dolore e Cure Palliative" nell'ambito del progetto dedicato al dolore nell'adulto. Il progetto prevede la definizione di una roadmap per la gestione del dolore, per migliorare l'efficacia e la disponibilità degli interventi clinici necessari al paziente, l'efficienza dei servizi (territoriali e ospedalieri) e l'organizzazione dei percorsi e dei processi assistenziali. Si è deciso di duplicare l'iniziativa di formazione modellandola sulla rete assistenziale pediatrica.

La formazione sarà rivolta a pediatri di famiglia e ospedalieri: questo sulla base dei dati epidemiologici di prevalenza del sintomo, distribuzione e risorse disponibili, ma anche nell'ottica di costruire un approccio all'insegna della continuità e condivisione fra operatori. La Regione capofila per i fondi 2008 è il Veneto, che ha strutturato un centro di eccellenza istituzionalizzato di terapia del dolore pediatrico.

Il Progetto prevede per il 2009 l'allargamento ad altre Regioni per stimolare l'attenzione al sintomo dolore e proporre metodologie d'intervento in grado di portare un miglioramento concreto nella gestione del sintomo anche in ambito pediatrico (analisi dello stato dell'arte, valutazione della qualità e modalità delle risposte assistenziali nell'ambito del dolore pediatrico, proposta di strumenti e metodologie d'intervento, analisi di efficacy ed efficienza). Per quanto riguarda la prima fase, in Veneto, è prevista la formazione di 40 pediatri: 15 di famiglia e 25 ospedalieri. Sono stati stabiliti i criteri di reclutamento dei formatori attraverso la richiesta di un *curriculum vitae*; gli obiettivi formativi saranno rivolti ad acquisire competenze cliniche, psicologiche, metodologiche e didattiche. I corsi per i formatori prevedono un corso residenziale di due giorni a Roma, con un terzo giorno di recall a un mese di distanza.

### Accordo ACP-ISDE

Il 28 gennaio 2009 è stato firmato a Firenze un protocollo d'intesa tra l'Associazione Medici per l'Ambiente Italia

e l'ACP per la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per un ambiente salutare. In Europa un terzo delle malattie da 0 a 18 anni è riconducibile a fattori ambientali. Attraverso interventi mirati, gran parte di questi rischi potrebbe essere evitata. Per ISDE e ACP è prioritaria l'alleanza per sensibilizzare e informare correttamente le istituzioni locali e nazionali, i genitori e gli insegnanti sui rischi ambientali e su cosa può essere fatto per proteggere i propri figli; per formare pediatri e medici di medicina generale sulle patologie legate al rischio ambientale e sulle loro modalità di prevenzione, per intervenire con progetti locali per un ambiente salutare. Il protocollo formalizza una collaborazione già in atto da diversi anni e conferma l'impegno dell'ACP nella tutela della salute del bambino e dell'adolescente nei confronti dell'inquinamento ambientale. Segna un punto importante, anche a seguito dell'alleanza con Unicef Italia, nella realizzazione di una delle quattro priorità di intervento ACP nell'ambito delle cure primarie, quella sul rapporto ambiente/salute nel bambino e nell'adolescente. Da alcuni anni l'attenzione dell'ISDE è rivolta al bambino per la particolare sensibilità dell'organismo in via di sviluppo agli agenti inquinanti nell'ambiente e nelle catene alimentari. L'auspicio è che la collaborazione tra ACP e ISDE, già importante sul versante della formazione e dell'informazione sulle principali tematiche ambientali e sulle strategie per la salute globale, si trasformi in un'alleanza sempre più profonda, estesa al versante della ricerca nell'ambito dell'epidemiologia e della cancerogenesi ambientale. Tra le azioni prioritarie previste dal Protocollo la produzione di materiale informativo per le famiglie, gli insegnanti e le amministrazioni, la sensibilizzazione delle Istituzioni e la formazione dei medici sul tema del rapporto tra ambiente e salute infantile.

### Toh! Le riviste pediatriche si parlano

Il 16 gennaio a Roma si è tenuto un incontro tra i direttori di alcune riviste pediatriche: Fabio Sereni per *Prospettive in Pediatria*, Giancarlo Biasini per *Quaderni acp*, Paolo Becherucci per

*Area Pediatrica* e Alberto Tozzi per la *Rivista Italiana di Allergologia Pediatrica*. Assente Federico Marchetti di *Medico e Bambino* per motivi familiari. Si è discusso della possibilità di creare percorsi comuni tra le riviste per alcune attività come peer review, dichiarazione del conflitto d'interessi, modalità di sponsorship. In questo primo scambio di opinioni si è evidenziata una mancanza totale di confronto e di conoscenza dei processi editoriali delle riviste italiane che è probabilmente un "unicum" nel mondo medico internazionale. Si è valutato interessante eseguire una survey tra le riviste pediatriche per descrivere la realtà italiana. Tra gli obiettivi della survey dovrebbe essere compresa la descrizione della mission delle testate, la periodicità con cui sono pubblicate, i criteri di scelta degli autori, i processi di peer review, quelli di revisione e circolazione interna dei contributi, i criteri di gestione della pubblicità sulle pagine della rivista. L'indagine sarà rivolta alle riviste pediatriche istituzionali o pubblicate da privati (comprese le fondazioni ospedaliere). Saranno ovviamente escluse quelle prodotte dalle aziende farmaceutiche. Una bozza di protocollo e di questionario per l'indagine è stata preparata dalla redazione della RIAP e fatta circolare tra i presenti all'incontro entro breve tempo. Insieme alla messa a punto del questionario e del protocollo sarà iniziata un'attività di censimento delle riviste pediatriche italiane allo scopo di stabilire con precisione i destinatari dello studio.

### Un invito dell'ufficio stampa dell'ACP

Non avendo a disposizione un servizio per il monitoraggio delle testate nazionali e locali e dei notiziari online, è difficile disporre di un archivio completo e aggiornato di quanto la stampa scrive sull'ACP. Laura Tonon, addetto stampa ACP, chiede la collaborazione di tutti per riuscire nell'intento. Vi invitiamo perciò a contribuire, inviando via mail o per posta ai suoi recapiti ([ufficiostampa\\_acp@tiscali.it](mailto:ufficiostampa_acp@tiscali.it) o [laura@think2.it](mailto:laura@think2.it)), notizie che parlino dell'Associazione, oppure interviste a pediatri ACP reperibili su notiziari online, quotidiani, periodici della stampa laica e riviste specializzate per medici e operatori sanitari. ♦

## A proposito de "Il capitale" di Piero Camporesi

Caro Cerasoli,  
ho letto sui *Quaderni acp* (2008;5:204-6) l'interessantissimo articolo sul racconto di Piero Camporesi *Il capitale*. Le sono grato perché non lo conoscevo e non sapevo che Camporesi fosse stato uno dei bambini del nonno. Devo dire che è stata una lettura estremamente coinvolgente per diversi aspetti: prima di tutto per il fatto che ho ritrovato il nonno nel pieno della sua attività di medico. La descrizione di Camporesi è sublime. Per me, che non ho conosciuto mio nonno (sono nato nel '55, mentre lui è morto nel '49) e che faccio il medico come lui (non il pediatra però, ma il neuropsichiatra infantile) è stata una conferma: l'ho sempre immaginato così mentre visitava; ho sempre pensato che la sua voce fosse dolce e rassicurante e trasmettesse amore. E poi gli occhietti acuti e intelligenti e la barbetta appuntita.

Ma oltre a tutte queste cose che mi hanno commosso come nipote in segreto contatto con lui, che da sempre è stato il mio modello di medico dei bambini, ho trovato nel racconto degli spunti interessanti come neuropsichiatra infantile: la rapida metamorfosi corporea, vissuta in un momento così delicato come quello pre-puberale, le preoccupazioni, la difficoltà ad accettarsi in quelle condizioni e infine la chiusura relazionale. Questa sofferenza, legata anche alla sensazione di non essere accettato dagli altri e deriso dai coetanei, portò nel tempo allo strutturarsi nella mente di Camporesi di un "odio misto a repulsione" per il proprio corpo, che, egli ci dice, gli causò un vero complesso di inferiorità per tutta la vita.

In tutto il racconto si sente il disagio di essere vittima di quelle trasformazioni, la paura che fossero irreversibili, ma anche la fiducia in quell'uomo, in quel pediatra, del quale sentiva la "paterna bonomia", che però, a un certo punto, lo abbandonò, forse nel momento più critico, nelle mani di un collega sconclusionato (e qui ho percepito una certa delusione). Ma il colpo di scena sta nel finale, in cui egli prende a rivolgersi direttamente al suo caro e vecchio pediatra, con una tenerezza e una malinconia infinite, vedendolo fuggiasco e perseguitato e chiedendosi

che fine avesse fatto "il suo cranio" e tutto il resto. Il solo fatto di aver scritto un ricordo così bello e toccante di quell'uomo che si era interessato di lui con tanto amore, divenendo un vero punto di riferimento interiore, ci fa capire quale fosse la forza di questo legame empatico e misterioso che unisce due persone tra loro, particolarmente quando c'è di mezzo la sofferenza.

Io credo che sia proprio questo che abbia spinto Camporesi, a un certo punto della sua vita a scrivere, solo per sé, del suo vecchio pediatra, come se volesse di nuovo, superando la dimensione temporale, tornare a parlare con lui.

La ringrazio ancora tanto e spero di farle cosa gradita inviandole una foto in cui potrà trovare il nonno ai tempi del Gozzadini, con i suoi allievi (metà anni trenta, poco prima di essere cacciato dalla clinica per le leggi razziali).

Maurizio Pincherle  
S. Benedetto del Tronto (AP)

*La sua lettera è stata per me fonte di grande felicità. Felicità per vedere realizzato l'intento che mi ero proposto: permettere ai medici di vedersi anche attraverso gli occhi dei loro piccoli pazienti. Felicità per avere permesso a lei di riconoscere suo nonno nel medico descritto dall'autore e di avervi ritrovato le virtù che anche Camporesi gli riconosceva.*

*Quando, nel corso delle mie ricerche, ho incontrato la figura di Maurizio Pincherle, sono rimasto colpito dalla sua*

*grande forza morale e mi sono chiesto come avesse vissuto gli anni del ritiro dall'insegnamento e che sentimenti avesse provato nel ritornare su quella cattedra che gli era stata negata. La sua storia dovrebbe essere raccontata di nuovo per non perdere la memoria di come il male sappia trasformare le coscienze al punto di permettere l'abominio delle leggi razziali.*

*Nella sua lettera lei sottolinea come, attraverso quel breve scritto, Camporesi abbia svelato il suo "vissuto" di bambino ammalato, di adolescente preoccupato della sua rapida metamorfosi corporea e di adulto scontento della sua immagine corporea. Ma soprattutto, e questo pare evidente anche a me, è importante il colpo di scena del finale, dove si riallaccia il legame tra lo scrittore ormai adulto e il suo pediatra. Anche se in quelle frasi l'affetto e la nostalgia sono impastate con l'ironia e l'irriverenza, vi si coglie proprio l'empatia dell'autore verso quel medico, che fu capace di mettersi in contatto con lui, di ascoltarlo, di curarlo e di rassicurarlo. Si percepisce la tenerezza per le sue maniere dolci e gentili e la malinconia per l'età infantile che tutto sommato pareva a Camporesi "più tollerabile della presente".*

*Chi, come noi, si dedica alla cura dell'infanzia desidera entrare nella vita dei suoi piccoli pazienti proprio come Maurizio Pincherle entrò in quella di Piero Camporesi, con rispetto ed empatia.*

Giancarlo Cerasoli



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  
**A**ssociazione **C**ulturale **P**ediatri

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

### Ultime...

- [Com'è la scuola vista da un "somaro"?](#)
- [La pandemia di obesità: ma è colpa nostra?](#)
- [Allattamento al seno: rischi dalla pubblicità del latte artificiale](#)
- [Nasce un bambino? Nascono con lui due genitori](#)
- [Una guida per un approccio nuovo allo svezzamento](#)

venerdì 20 marzo 2009



### Com'è la scuola vista da un "somaro"?



**Daniel Pennac**  
*Diario di scuola*  
"I narratori" Feltrinelli, febbraio 2008  
pp. 241, euro 16

Un Pennac diverso da quello che siamo abituati a leggere ma altrettanto efficace. In questo romanzo, che è quasi un saggio, affronta il tema della scuola dal punto di vista dei "somari", di coloro che vanno male a scuola. Un libro per insegnanti, genitori e... pediatri.

Un libro che affronta il grande tema della scuola, e più ancora dell'insuccesso scolastico, dal punto di vista degli alunni, o meglio sarebbe dire dei "somari". Pennac lo scrive e lo vive in maniera empatica, da ex somaro (ebbene sì, c'è

una luce di speranza, anche i somari possono diventare grandi scrittori!) e insegnante di lungo corso. In questo libro mescola ricordi autobiografici e riflessioni sulla pedagogia, analizza il ruolo della televisione e di tutti i media contemporanei, delle devastazioni indotte dal giovanilismo. In *Diario di scuola* gli insegnanti sono imputati (direi pesantemente imputati) ma anche riabilitati e nobilitati ("in fondo, chi mi ha salvato dalla scuola se non tre o quattro insegnanti?"). Naturalmente si parla anche dei genitori e del ruolo della famiglia e delle molte disfunzioni del sistema scolastico (sembra che i mali siano sempre gli stessi, in Francia come da noi...), insomma temi attualissimi e a noi, pediatri e genitori, molto contigui. Il punto di vista dello studente affetto dal "mal di scuola" e appunto un po' somaro, ma anche quello dell'insegnante che non si arrende alla sconfitta di fronte a questi giovani virgulti poco promettenti e avari di soddisfazioni, danno a *Diario di scuola* una connotazione molto originale e affrontano la materia probabilmente nel modo giusto.

Una lettura interessante, da un insolito e originale punto di vista. Più che consigliabile.

*Fabrizio Fusco*

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

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

### Ultimo numero



Custom Search  

### Sottoscrivi il blog via mail

### Argomenti e indice analitico

[5 x 1000](#) (1)

[ACP](#) (1)

[Ambiente](#) (4)

[Annunci](#) (5)

[Appelli](#) (1)

[Appuntamenti](#) (6)

[Comunicato stampa](#) (11)

[Comunicazioni](#) (4)

[Concorso fotografico](#) (3)

## Editoriale

- 49 Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate  
*Ernesto Burgio*

## Ricerca

- 51 Ricercare la celiachia: report di una esperienza clinica  
*Giacomo Toffol, Giustina Bonato, Daniela Della Pozza, et al.*

## Research letters

- 57 Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero  
*Paolo Siani, Fabio Antonelli, Domenico Aronne, et al.*

## Attualità

- 60 La pedagogia dell'immigrazione  
*Laura Tussi*

## Info

- 62 Le disuguaglianze nella salute in Europa  
62 In Sanità avanti, ma con giudizio  
62 Un bilancio del 2008 tra disastri e nuove conoscenze  
62 Nasce Baby Consumers Italia  
62 Cerchi di Vita a partire da Palermo  
62 Il Codice Violato  
63 Ricerca under 40  
63 La modifica della Legge Bindi  
63 Piano Nazionale per la Prevenzione  
63 I girelli fanno danni  
63 La Scozia cambia i colori negli ospedali

## Osservatorio internazionale

- 64 La sfida di Pemba, in Tanzania  
*Valeria Confalonieri*

## Narrative medicine

- 66 I cinque consigli per un buon medico  
*Michele Gangemi*

## Il caso che insegna

- 67 Ematuria macroscopica in corso di polmonite  
*Luciano De Seta, Massimiliano De Vivo, Sara Di Stefano, Marco Maglione*

## Occhio alla pelle

- 70 Un bambino con difficoltà nel sonno: quale la causa?  
*Piero Minardi*

## Il punto su

- 72 "Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche  
*Maurizio Iaia*

## Per un mondo possibile

- 80 Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita  
*Giuseppe Primavera, Giacomo Toffol*

## Vaccinaci

- 81 Navigando senza bussola  
*Luisella Grandori*

## Farmacipi

- 82 Una formulazione adatta ai bambini per la cura della malaria  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

## Tenstories

- 83 L'influenza aviaria: un passo indietro, ma rimane la minaccia di una pandemia  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## Informazioni per genitori

- 84 Lettura ad alta voce e musica per crescere meglio  
*Antonella Brunelli, Stefania Manetti*

## Libri

- 86 Storia di una morte opportuna  
*di Gianna Milano e Mario Riccio*  
86 Con cura  
*di Atul Gawande*  
86 Io mi svezzo da solo! Dialoghi sullo svezzamento. Disegni di Franco Panizon  
*di Lucio Piermarini*  
87 Bebè a costo zero  
*di Giorgio Cozza*  
87 Infanticide. Comparative and evolutionary perspectives  
*di Glenn Hausfater and Sara Blaffer Hrdy*

## Film

- 88 *The Millionaire*: la vita in gioco  
*Italo Spada*

## Musical-mente

- 89 Le iniziative di "Nati per la Musica"  
*Federica Zanetto, Stefano Gorini*

## Nati per Leggere

- 90 Campania. La lettura per i bambini con deficit uditivi  
90 Lettura nei nidi della Caritas di Salerno  
91 Sicilia

## Congressi controllo

- 92 "Troppo giovane per dire la mia?"  
93 Tabiano XVIII. A volte ritornano

## Acp news

- 94 L'ACP partner di uno studio sul beclometasone nella prevenzione dell'asma  
94 Sostegno all'allattamento e decreto anticrisi  
94 Diritto alle cure per gli immigrati clandestini  
94 Formazione sulla gestione del dolore  
95 Accordo ACP-ISDE  
95 Toh! Le riviste pediatriche si parlano  
95 Un invito dell'ufficio stampa dell'ACP

## Lettere

- 96 A proposito de "Il capitale" di Piero Camporesi  
*Maurizio Pincherle, Giancarlo Cerasoli*

### Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru, 6, Narbolia (OR), indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta, dopo aver versato la quota come sopra indicato, occorre inviare una richiesta (fax 079 3027041 oppure e-mail: [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it)) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Gli iscritti all'ACP hanno diritto di ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo [info@csbonlus.org](mailto:info@csbonlus.org), la Newsletter bimestrale *La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLI** del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* e sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it).